



O . E . D . T .

**Observatorio Europeo de las
Drogas y las Toxicomanías**

Informe anual sobre el problema de la drogodependencia en la Unión Europea

1999

Advertencia legal

El Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías (OEDT) no se hace responsable real ni implícitamente, como tampoco persona ni empresa alguna que actúe en nombre del OEDT, del uso que se pueda dar a la información que figura en este documento. El contenido de este informe en modo alguno entraña la expresión de opinión alguna por parte del OEDT sobre el estatuto de país, territorio, ciudad o zona algunos o de sus autoridades, incluido el trazado de sus fronteras o límites.

Salvo indicación contraria, esta publicación, incluidas sus recomendaciones o manifestaciones de opinión, no representa la política del OEDT, de sus socios, de cualesquiera Estados miembros de la UE ni de ningún organismo o institución de la Unión Europea o de las Comunidades Europeas.

Puede obtenerse información sobre el OEDT en su dirección «web» (<http://www.emcdda.org>).

Existe en Internet abundante información adicional sobre la Unión Europea.

Puede accederse a ella a través del servidor EUROPA (<http://europa.eu.int>).

El presente informe está también publicado en alemán, danés, finés, francés, griego, inglés, italiano, neerlandés, portugués y sueco. Todas las traducciones fueron realizadas por el Centro de Traducción de los Órganos de la Unión Europea. Existe, asimismo, en inglés, una versión ampliada de este informe.

Al final de la obra figura una ficha bibliográfica.

Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, 1999

ISBN 92-9168-075-3

© Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías, 1999

Reproducción autorizada con indicación de la fuente bibliográfica.

Printed in Belgium



O . E . D . T .

Observatorio Europeo de las
Drogas y las Toxicomanías

Rua da Cruz de Santa Apolónia, 23-25

P-1149-045 Lisboa

Tel. (351) 21 811 30 00

Fax (351) 21 813 17 11

Correo electrónico: info@emcdda.org

Sitio Internet: <http://www.emcdda.org>

Prefacio

Es para mí motivo de satisfacción presentar el Informe anual del Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías (OEDT) de 1999. Éste es el cuarto informe anual que elabora el Observatorio. Con respecto al informe anterior, contiene algunos cambios menores en la forma y el contenido, encaminados a reflejar más claramente el rápido cambio en las tendencias y pautas del consumo de drogas en Europa, y a hacer el documento más accesible para su variado conjunto de lectores. Nuestro objetivo consiste en facilitar información actualizada y de calidad para contribuir a una toma de decisiones bien fundada. La recopilación y el cotejo de información comparable, fiable y útil lleva mucho tiempo y esfuerzo, al igual que la creación de las redes locales, nacionales y europeas necesarias para recopilarla.

Se ha dado prioridad a la acción en el ámbito de las drogas y a los problemas relacionados con las drogas tanto en Europa como fuera de ella. En 1998 se realizaron avances significativos. En la sesión especial sobre drogas de la Asamblea General de las Naciones Unidas (de los días 8 a 10 de junio de 1998), la comunidad internacional consolidó su compromiso de hacer frente al problema mundial de la droga por la vía de la colaboración y de forma equilibrada. La aprobación de una declaración política sobre los principios rectores de la reducción de la demanda de drogas por parte de 185 países participantes constituyó un avance considerable en el «debate» internacional sobre las drogas. Era la primera vez que se reconocía a este nivel la reducción de la demanda como componente imprescindible de cualquier planteamiento global del problema mundial de la droga. La Asamblea General pidió a la Comisión de Estupefacientes que estudiara la posibilidad de proponer un plan de acción basado en la citada declaración. El Programa de las Naciones Unidas para el Control Internacional de la Droga (PNUCID) elaboró un anteproyecto que fue debatido y modificado, en diciembre de 1998, por un grupo de trabajo intergubernamental y organismos especializados, entre ellos, el OEDT.

El 42º período de sesiones de la Comisión de Estupefacientes (1) concluyó con la adopción de una resolución sobre el primer plan de acción de las Naciones Unidas sobre la reducción de la demanda de drogas. El plan se centra en la identificación, evaluación y comunicación de la información sobre las causas y consecuencias del consumo de drogas; los mecanismos de coordinación y la participación de todas las autoridades y sectores pertinentes de la sociedad; la realización de investigaciones y la difusión de los resultados; la elaboración de programas específicos, desde la disuasión del consumo inicial hasta la reducción de las consecuencias del consumo de drogas para la salud y la sociedad; el aumento de la información y de los servicios ofrecidos al público y a los consumidores de droga en especial; y, el desarrollo de estrategias de evaluación.

La acción contra el tráfico y el consumo abusivo de drogas fue también una prioridad importante en la Unión Europea. El Convenio Europol entró en vigor el 1 de octubre, tras su ratificación en junio de 1998 por todos los Estados miembros, y proporciona a la UE un instrumento complementario para prevenir y combatir el tráfico ilícito de estupefacientes. La coordinación e implantación de una tercera Semana Europea de Prevención del Consumo de Drogas durante la Presidencia austríaca fue un paso importante en la aplicación del primer programa de acción comunitaria para la prevención de la drogodependencia.

Las Presidencias británica y austríaca desempeñaron un papel fundamental en el desarrollo de una amplia gama de iniciativas. A principios de 1998, la Presidencia británica invitó a los miembros del Grupo horizontal sobre drogas (GHD) a definir sus prioridades con el fin de incluirlas en una estrategia europea sobre drogas después de 1999. El GHD (2) coordinó la aportación de la Unión Europea en la sesión de la Asamblea General de la ONU consagrada a las drogas. El Consejo Europeo de Cardiff (3) aprobó un conjunto de elementos clave de una estrategia de la Unión Europea para abordar todos los aspectos del

(1) Viena, del 16 al 25 de marzo de 1999.

(2) Este Grupo horizontal sobre las drogas fue creado por el Comité de Representantes Permanentes (Coreper), en febrero de 1997, como foro para coordinar las actividades relativas a las drogas en la Unión, especialmente cuando afectan a diferentes pilares del Tratado. El GHD se reunió en 11 ocasiones en 1998.

(3) 15 y 16 de junio de 1998. Conclusiones de la Presidencia.

problema durante el período comprendido entre el año 2000 y el 2004 (4). La Presidencia austríaca prosiguió esta tarea y el Consejo Europeo de Viena (5), tras examinar el informe sobre drogas y problemas relacionados con la droga elaborado durante el período de la Presidencia, pidió a las instituciones europeas que siguieran desarrollando una estrategia integrada y equilibrada sobre el problema de las drogas para después de 1999, conforme a las nuevas oportunidades ofrecidas por el Tratado de Amsterdam. El Consejo subrayó que debería sacarse el máximo provecho de la experiencia del Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías.

El Parlamento Europeo examinó y formuló observaciones sobre el Informe del Consejo (6). Hizo especial hincapié en la necesidad de garantizar la máxima coordinación entre todas las iniciativas comunitarias e instó a la Comisión y al Consejo a que recogieran todas las iniciativas sobre drogas en un solo documento. La necesidad de disponer de información fiable y comparable sobre drogas quedó subrayada con la aprobación, por parte del Parlamento Europeo, del documento sobre el Informe anual del OEDT (7).

Está previsto que la estrategia en materia de droga de la UE para después de 1999 sea multidisciplinaria, equilibrada e integrada, y que abarque un conjunto de acciones que contribuyan a la reducción de la demanda y del suministro, lo cual exige una cooperación internacional en el marco de los tres pilares de la UE. Tanto el Parlamento Europeo como el Consejo declararon la importancia de centrarse en la mejora de la cooperación con los países candidatos a la adhesión a la UE y en la ayuda para facilitar la creación de un acervo comunitario en materia de droga.

La Comisión se sirvió del trabajo ya realizado por el Observatorio entre 1995 y 1999 y de las aportaciones tanto del Parlamento Europeo como del Consejo para preparar su propuesta de un plan de acción de la UE de lucha contra la droga (2000-2004). El plan de acción prevé un papel importante para el OEDT, que deberá facilitar información pertinente a las instituciones

europeas y a los Estados miembros, y pone de manifiesto que «el grado y magnitud del fenómeno de las drogas se conocen ahora mejor gracias al valioso trabajo llevado a cabo por el Observatorio Europeo de la Droga».

Cabe señalar, asimismo, la puesta en marcha en 1998 del quinto programa marco de investigación para 1998-2002. Este programa incluye apoyo a actividades de investigación sobre los factores psicológicos y socioeconómicos inherentes al consumo de drogas, a fin de desarrollar una mejor comprensión de las consecuencias a largo plazo para la salud y la sociedad y la continuación de estrategias de tratamiento más eficaces.

Se ha intentado utilizar el programa PHARE para desarrollar sistemas de información para la recogida, tratamiento y distribución de datos sobre el consumo de drogas, y para lograr la convergencia entre los Países de Europa Central y Oriental (PECO) y los datos disponibles actualmente y las tareas ejercidas por la red de centros de referencia nacionales Reitox del OEDT. Queda mucho por hacer y el Observatorio y sus socios son conscientes de que están en el umbral de una nueva e importante empresa.

El OEDT, en estrecha colaboración con los centros de referencia nacionales Reitox, seguirá centrando sus esfuerzos en la recogida, análisis y difusión regulares de datos a nivel europeo, la mejora de métodos de comparación de datos, la aplicación de indicadores epidemiológicos armonizados clave, la evaluación sistemática y científica de iniciativas de reducción de la demanda, y la cooperación con organismos y organizaciones europeos e internacionales.

Las tareas centrales del Observatorio incluyen, en el ámbito de la epidemiología, la aplicación de cinco indicadores clave armonizados (demanda de tratamiento por los consumidores de droga; muertes relacionadas con la droga, mortalidad y causas de muerte entre los consumidores de droga; incidencia de enfermedades infecciosas relacionadas con la droga; comparabilidad de las encuestas sobre el consumo de drogas, comportamiento

(4) Basado en el informe del Consejo, destinado al Consejo Europeo, que incluye los elementos clave de una estrategia de la Unión Europea en materia de droga después de 1999, sobre actividades en materia de droga y temas relacionados, bajo la Presidencia del Reino Unido (7930/2/98 REV 2).

(5) 11 y 12 de diciembre de 1998.

(6) Resolución del PE sobre el Informe del Consejo, destinado al Consejo Europeo, que incluye los elementos clave de una estrategia de la Unión Europea en materia de droga después de 1999, sobre actividades en materia de droga y temas relacionados, bajo la Presidencia del Reino Unido (7930/2/98 — C4-0409/98).

(7) Resolución sobre el Informe anual de 1997 del Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías sobre la situación de la problemática de la droga en la Unión Europea (C4-0552/97).

Prefacio

y actitudes del público en general; y, comparabilidad de las estimaciones de prevalencia en el problema del consumo de drogas). La mejora de la base de datos europea sobre las actividades de reducción de la demanda (EDDRA) es el principal proyecto destinado a determinar, evaluar y promover la evaluación sistemática y científica en el campo de la reducción de la demanda. Se prosigue la investigación científica y la colaboración con socios institucionales en la aplicación de la acción conjunta relativa a las nuevas drogas sintéticas, al igual que en la preparación y la publicación anual del presente Informe y en una serie de monografías de investigación y otros estudios.

Creo que este informe pone de manifiesto los avances realizados por el Observatorio desde su fundación. Estos avances se han logrado mediante el compromiso y el arduo trabajo de los participantes en el proceso a todos los niveles en toda la Unión Europea. Estoy convencido de que el OEDT ya está suficientemente capacitado para responder a los desafíos que sin duda planteará el próximo milenio.

Georges Estievenart

Director ejecutivo
OEDT

Agradecimientos

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

Directores de los centros de referencia nacionales Reitox y su personal

Los servicios en cada Estado miembro encargados de recoger los datos básicos para el informe

El Presidente, el Vicepresidente y los miembros del Consejo de Administración y del Comité Científico del OEDT

El Parlamento Europeo, el Consejo de la Unión Europea y, en particular, su Grupo horizontal sobre drogas, y la Comisión Europea

El Grupo Pompidou del Consejo de Europa, el Programa de las Naciones Unidas para el Control Internacional de la Droga, la Organización Mundial de la Salud, Europol, Interpol y la Organización Aduanera Mundial

El Centro de Traducción de los Órganos de la Unión Europea y la Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas

Nicholas Dorn, Harry Shapiro, Margie Lindsay, Andrew Haig, Lynda Durrant y Ian Roberts

Índice

CAPÍTULO 1	9
Evolución del consumo de drogas, problemas y respuestas	9
Prevalencia y pautas del consumo problemático de drogas	9
Tratamiento	10
Respuestas comunitarias	11
Desafíos para los sistemas sanitarios	12
Consumidores de droga y sistema jurídico-penal	12
Prevención y promoción de la salud	13
Evolución política	13
Información, evaluación e investigación	14
CAPÍTULO 2	17
Prevalencia, pautas y consecuencias del consumo de drogas	17
Prevalencia del consumo de drogas	17
Indicadores de consecuencias para la salud	20
Indicadores del sistema jurídico-penal	23
Indicadores del mercado de la droga	25
CAPÍTULO 3	28
Respuestas establecidas al consumo abusivo de drogas en la UE	28
Semana Europea de Prevención del Consumo de Drogas	28
Prevención y acontecimientos políticos	28
Seguimiento	29
Cánnabis: tendencias y respuestas	30
Pautas de consumo	31
Incautaciones	31
Potencia	32
Tratamiento	32
Prevención	33
Debates y discusiones	33
Drogas sintéticas: evolución y respuestas	34
Definición de drogas sintéticas	34
¿Qué es el éxtasis?	34
Prevalencia del consumo de drogas sintéticas	36
Tendencias recientes	36
Actividades relativas a la reducción de la demanda	36

Evolución del consumo de drogas, problemas y respuestas

En la Unión Europea (UE) están en plena evolución las políticas nacionales, regionales y locales de prevención del consumo de drogas y de la toxicomanía, así como la asistencia y tratamiento de los consumidores de drogas. Se están realizando cada vez más esfuerzos en todos los niveles y por todos los sectores para garantizar que la cooperación y la coordinación entre los sistemas educativo, sanitario, social y penal sean cada vez más efectivos y eficientes.

A pesar de las considerables diferencias entre Estados miembros de la UE, y entre consumidores de droga y pautas de consumo, están manifestándose en toda la Unión algunas tendencias y consecuencias claras del consumo de drogas. En el capítulo 2 se exponen con más detalle las pautas y consecuencias del consumo de drogas.

Prevalencia y pautas del consumo problemático de drogas

En la mayor parte de los Estados miembros, la principal sustancia registrada por los indicadores del consumo

problemático de droga fue la heroína. En algunos Estados del norte de Europa hay que destacar la importancia de las anfetaminas en lo que se refiere a las admisiones a tratamiento, aunque las sobredosis y las enfermedades infecciosas relacionadas con la droga a menudo se deben también a la heroína. Las estimaciones de prevalencia del número global de consumidores problemáticos de drogas tiene que ver, pues, con el consumo de opiáceos.

Aunque generalmente no sean fiables para medir el consumo problemático de drogas en la UE, las encuestas sugieren que hasta el 1 % de la población general y del 1 % al 2 % de la población escolar o de los jóvenes ha probado la heroína u otros opiáceos ilegales. Por tanto, el

Definición del consumo problemático de drogas

«El consumo problemático de drogas» se define como el consumo de drogas de un modo tal que aumente perceptiblemente el riesgo de consecuencias físicas, psicológicas o sociales graves, adversas para el consumidor. Esta definición incluye la dependencia (adicción), pero también las pautas de consumo no dependiente que puedan llevar al consumidor a buscar ayuda o que se asocien con una mortalidad o morbilidad cada vez mayor, como sobredosis o enfermedades infecciosas.

La definición operativa utilizada por el OEDT para comparar las estimaciones de prevalencia del consumo problemático de drogas se limita al consumo de droga por vía intravenosa o al consumo regular o de larga duración de opiáceos, cocaína o anfetaminas. Por razones prácticas, al comparar cálculos relativos a diversos países, no se incluyen el éxtasis y el cánnabis, aunque, según se muestra en otra parte de este informe, el uso de estas drogas puede ir asociado a veces con problemas personales o sociales.

número total de personas que han tenido experiencias con la heroína por lo menos una vez podría oscilar entre los 3 y los 5 millones.

La prevalencia global del consumo problemático de drogas parece ser en gran parte estable en la mayor parte de los Estados miembros de la UE, aunque haya una incidencia continuada de nuevos casos, contrarrestada por otras personas que dejan el consumo o mueren. La estimación en la UE en su conjunto (1 a 1,5 millones de una población total de aproximadamente 375 millones) es más elevada que la de los informes anuales anteriores, debido a la realización de cálculos nuevos o a la mejora de los existentes en varios países. Puesto que lo más probable es que la mayor parte de los indicadores utilizados para calcular la prevalencia detecten el consumo de drogas por vía intravenosa, es posible que los fumadores de heroína queden infrarrepresentados.

La población conocida o tratada es predominantemente masculina, con una media de edad de aproximadamente 30 años. La cifra está aumentando lentamente en la mayor parte de los Estados miembros, pero la tendencia puede ser en parte resultado de la ampliación del tratamiento de sustitución. También se asocia a esta población con graves problemas de salud y con problemas sociales, relacionados con el consumo múltiple de drogas, la comorbilidad psiquiátrica, las enfermedades infecciosas, la actividad delictiva, el encarcelamiento y la exclusión social.

Distribución y difusión sociales

El consumo problemático de drogas se distribuye de manera desigual entre países y dentro de ellos, con amplias diferencias asimismo entre ciudades y dentro de ellas. Se da generalmente una mayor prevalencia en las zonas socialmente más desfavorecidas, pero la relación entre la prevalencia y los factores socioeconómicos es compleja. La relación entre la heroína y las zonas urbanas desfavorecidas no es tan automática. Aunque, en general, la heroína es más frecuente en zonas urbanas, está extendiéndose a ciudades más pequeñas y zonas rurales. Hay también informes de nuevos grupos en los que se fuma heroína, entre ellos los de jóvenes de procedencia socialmente integrada, que son grandes consumidores, con fines de diversión, de éxtasis, anfetaminas y otras drogas, así como personas de algunos grupos minoritarios y personas de más edad con fuerte consumo problemático de alcohol y/o de medicamentos.

Tratamiento

Desafíos para los servicios de tratamiento

El consumo múltiple de drogas, la comorbilidad y el envejecimiento de la población ponen a prueba a los servicios de tratamiento. Esta evolución es crucial para determinar cuál es el mejor enfoque para la prestación de un tratamiento de alta calidad. Dado que las pautas de consumo de drogas cambian, se multiplica también el número de patrones de respuesta.

Atención primaria

Los sistemas de asistencia médica primaria de toda la UE están participando en mayor medida en el ámbito de los consumidores de droga, probablemente debido a la evolución del tratamiento de sustitución y a las restricciones financieras en el sector social en muchos países. Al mismo tiempo, las tendencias actuales se inclinan por sustituir el internamiento por el tratamiento ambulatorio.

Dependencia de la heroína y tratamiento de sustitución

El tratamiento de sustitución para dependencias de opiáceos se está extendiendo rápidamente, a menudo con la participación de médicos generalistas. Se considera que alrededor de 300 000 personas en la UE están recibiendo tratamiento de sustitución, principalmente con metadona. En la Unión, quizás el 20 % de todos los consumidores problemáticos de opiáceos y el 30 % de consumidores adictos reciben tratamiento de sustitución. En 1998 se puso en marcha en los Países Bajos un experimento para suministrar heroína por motivos estrictamente médicos. La prescripción médica de heroína también fue objeto de debate en Dinamarca, Alemania, España y Luxemburgo. El OEDT publicará en 1999 un estudio detallado sobre el tratamiento de sustitución en la UE.

¿Hacia algunas respuestas?

Actualmente, se dispone solamente de datos limitados sobre la investigación y la evaluación de procedimientos de tratamiento, sus beneficios y los factores asociados con el buen tratamiento. Entre estos factores se incluye la calidad de la gestión y de la organización de servicios, del personal y del nivel de trabajo multidisciplinario y de la labor de coordinación entre organismos para garantizar el desarrollo de buenas relaciones y el establecimiento de vínculos entre una serie de instituciones comunitarias.

La alternativa francesa

En Francia, la prescripción de buprenorfina ha aumentado rápidamente desde su introducción en 1996. Los médicos franceses prescriben buprenorfina a alrededor de un tercio de los consumidores de heroína que los consultan. Según un estudio de evaluación, el contexto social de tales clientes es generalmente pobre y los pacientes son generalmente consumidores de más edad (45 % de más de 30 años de edad).

Desde hace un año, los médicos de medicina general continúan encargándose del seguimiento de alrededor del 69 % de estos pacientes. De este grupo, 9 de cada 10 siguen tomando buprenorfina. Aunque el consumo

global de heroína ha descendido en un 43 %, alrededor de una quinta parte de los consumidores sigue inyectándose, y también se inyecta en muchos casos buprenorfina. Se piensa que este comportamiento se debe a que dependen del propio ritual y de su contexto social (inyectarse con otros), y a que el efecto de la droga es insuficiente si se toma oralmente.

Parece que se han producido muertes sobre todo por la mezcla de buprenorfina y benzodiazepinas, particularmente en países con un nivel alto en la medicación de sustitución, donde la combinación con benzodiazepinas es también frecuente.

La metadona es, con mucho, el medicamento más común de sustitución en la UE y existe ahora un consenso sustancial sobre los beneficios de su mantenimiento. El tratamiento puede mejorar el bienestar psicológico y social, reducir el consumo ilegal de heroína y la delincuencia, así como reducir la transmisión del VIH, aunque sea necesaria investigación complementaria para determinar el papel de dicho tratamiento en la reducción de la transmisión de la hepatitis C. En los últimos cinco años se ha producido un crecimiento sustancial en la evaluación del tratamiento.

Respuestas comunitarias

Una amplia serie de pautas de consumo de drogas en la UE supone algo más que el consumo casual, experimental o intermitente, pero esto generalmente no se refleja en indicadores de problemas, tales como la demanda de tratamiento, ni se incluye en las estimaciones de prevalencia del consumo problemático de drogas. Las respuestas comunitarias al consumo de drogas por los jóvenes se centran principalmente en el consumo de drogas sintéticas. Sin embargo, se tienen noticias de algunas iniciativas destinadas a consumidores experimentales de diversas drogas realizadas en Bélgica, Dinamarca, Grecia, España, Francia y Austria. A menudo, dichas iniciativas intentan incluir a jóvenes en actividades alternativas dentro y fuera del sistema educativo, sensibilizar acerca de los efectos de la droga y de otras opciones de vida e incluir grupos de personas de la misma generación, padres y profesores en esas actividades.

Exclusión social

La exclusión social y los problemas de la droga están estrechamente relacionados con las comunidades y

personas marginales, en los que la salud y las condiciones sociales de los pacientes (a menudo envejecidos) están en franco deterioro. Esto sugiere que son necesarias tanto respuestas estructurales como intervenciones más específicas. Aunque se haya dado una cierta publicidad al consumo cada vez mayor de drogas por jóvenes relativamente acomodados, los servicios competentes son conscientes de que los problemas principalmente surgen en grupos y zonas socialmente marginales. En las zonas desfavorecidas hay una necesidad cada vez mayor de trabajo comunitario que integre la cooperación entre la educación, la salud, los sistemas sociales y el ámbito jurídico, los empresarios y las organizaciones no gubernamentales (ONG).

Los gitanos y las drogas

En España, la toxicomanía afecta a grupos específicos de gitanos, y conduce a una fragmentación y enajenación social, familiar y cultural cada vez mayor, en una comunidad ya vulnerable. La venta de drogas por algunos miembros de esta comunidad refuerza el estereotipo de los gitanos como «camellos».

Generalmente, los drogadictos gitanos no se benefician adecuadamente de los servicios de tratamiento y reducción de daños. De ahí que exista un índice más alto de infección del VIH en esa comunidad, aunque se han aceptado programas de mantenimiento con metadona que pueden ser una solución a este problema.

Trabajo ambulatorio e intervención anticipada

En un estudio piloto del OEDT se analiza cuánto tiempo habían consumido droga los consumidores de heroína sometidos a tratamiento antes del primer tratamiento. El

Análisis de datos de tratamiento mediante modelos estadísticos y matemáticos

Un proyecto del OEDT analizó el tiempo de espera entre el primer consumo de opiáceos (principalmente heroína) y la primera demanda de tratamiento en Amsterdam, Lisboa, Londres y Roma. El cuadro siguiente, que expone los resultados de Roma, muestra que el tiempo medio de latencia difiere considerablemente en función de la edad, y es mucho más largo en el caso de los que empezaron a consumir drogas de modo precoz. Hay también mucha variabilidad en cada categoría de edad: entre quienes empezaron a consumir drogas con menos de 16 años de edad, el 25 % inicia el tratamiento en un plazo de seis años, el 50 % (incluido el primer grupo) en un plazo de ocho años y el 75 % (incluidos los dos grupos previos) en

un plazo de 13 años. Esta información es importante para los servicios de tratamiento, pues puede reflejar en parte el «atractivo del tratamiento».

Así queda claro que los servicios de tratamiento no atraen a consumidores jóvenes de droga. Esto puede deberse a que estos consumidores no sienten la necesidad de tratamiento, o porque los servicios no son lo suficientemente adecuados para tratarlos. Esto debería estudiarse más a fondo a nivel local, por ejemplo, entrevistando a consumidores en la calle y en los centros de tratamiento sobre sus razones para asistir o no a los centros.

Tiempo de espera entre el primer uso de opiáceos y la primera demanda de tratamiento en Roma

Edad al primer consumo	Tamaño de la muestra	Media	25 %	Mediana (50 %)	75 %
Menos de 16	555	9.2	6	8	13
16-21	2 675	7.0	3	6	10
Más de 21	1 426	4.7	1	3	7

estudio mostró que, cuanto más joven se era al consumir por primera vez heroína, más largo era el tiempo transcurrido antes del tratamiento. Los consumidores más jóvenes tardan de siete a ocho años o más en someterse a tratamiento. Los indicadores de la demanda de tratamiento, por lo tanto, no detectan nuevas epidemias entre los jóvenes y los servicios de tratamiento tienen poco contacto con ellas. Este factor plantea cuestiones de disponibilidad, accesibilidad y atractivo del tratamiento, y la necesidad de investigar los obstáculos para la obtención del tratamiento, especialmente para los consumidores más jóvenes.

Desafíos para los sistemas sanitarios

Mortalidad y morbilidad

Estos últimos años, en la UE se han registrado oficialmente entre 6 000 y 7 000 muertes relacionadas con el consumo agudo de droga (sobredosis) cada año. Esta cifra ha seguido siendo relativamente estable, aunque puedan observarse diferencias en países concretos. La gran mayoría de esos fallecimientos se debe a opiáceos, principalmente heroína, pero a menudo también se encuentran otras sustancias tales como las benzodiazepinas y el alcohol. Es probable que el número real de muertes por consumo agudo atribuidas directamente a la intoxicación con heroína u otros opiáceos sea quizás

algo mayor debido a no haberse registrado como es debido. La infección del VIH y las hepatitis B y C siguen siendo importantes problemas de salud vinculados al consumo por vía intravenosa.

Servicios disponibles

Actualmente existen en todos los Estados miembros de la UE servicios de umbral bajo, pero difieren en cuanto a la disponibilidad y el tipo de servicios. Por lo general, prestan ayuda individual, atención médica, psicológica y social principalmente a consumidores muy desfavorecidos, sobre todo a consumidores de más edad con una largo historial de drogodependencia. En todos los países se producen intercambios de agujas y jeringuillas, aunque en diversos grados. En algunos países, las farmacias proporcionan agujas gratuitas o baratas. Un servicio polémico disponible en algunos Estados miembros es la oferta de espacios en los que inyectarse.

Consumidores de droga y sistema jurídico-penal

Entre el 15 y el 50 % o más de los presos en la UE tienen o han tenido problemas con el consumo de drogas. Varios Estados miembros informan de que el hacinamiento en las cárceles obstaculiza a menudo el progreso hacia la atención apropiada a los consumidores de droga. El intercambio de jeringuillas existe en algunas prisiones

de Alemania y España, y en el Reino Unido se ha permitido recientemente a los internos que se inyectan disponer de pastillas de esterilización. Otro problema es la falta de formación del personal penitenciario.

Un estudio del OEDT sobre «alternativas a la prisión en casos de toxicomanía» proporciona una descripción de las diversas opciones disponibles en los Estados miembros estudiados, que van del aplazamiento o de la exención de la responsabilidad criminal a la libertad condicional.

Solamente los Países Bajos y Suecia informan sobre la atención obligatoria, aunque la elección de la terminología pueda ocultar el hecho de que hay más o menos atención obligatoria en la mayor parte de los Estados miembros de la UE cuando los adictos pueden o tienen que elegir entre la alternativa de encarcelamiento o tratamiento.

En un número de países cada vez mayor se ha adoptado el principio de terapia en vez de castigo en las directrices generales de las políticas relativas a la droga. Algunos Estados miembros han consolidado el apoyo social y médico a delincuentes drogodependientes que entran por primera vez en contacto con las autoridades judiciales como puerta de acceso al tratamiento o a los servicios de asesoramiento.

Prevención y promoción de la salud

La familia, los padres y las escuelas, todos ellos, tienen una función que desempeñar en la prevención del consumo de drogas. La escuela sigue siendo el marco principal de las actividades de prevención y es probablemente una de las mejores maneras de llegar a la mayoría de los niños. La formación del profesorado y la participación de los padres son cruciales y se promueven en toda la UE, aunque varíe el papel de la familia y especialmente el de los padres.

Evolución política

Hacia un planteamiento equilibrado

Lograr un equilibrio razonable entre la reducción de la demanda y del suministro es una consideración política de primer orden. Europa se está alejando poco a poco de respuestas represivas y se está centrando más en la prevención y el tratamiento y en la necesidad de reducir los riesgos provocados por el consumo de drogas.

Reducción de daños

Tras haberse mantenido al margen durante años en muchos países, la reducción de daños se reconoce cada vez más como una herramienta importante de las políticas nacionales y locales relativas a la droga. El debate se centra ahora, sobre todo, en la evidencia científica. Los proyectos pretenden dar reconocimiento legal, profesional o político a una gama de actividades, tales como el intercambio de jeringuillas, espacios en los que poder inyectarse o el tratamiento de sustitución que intentan reducir el perjuicio a la salud y el daño social causados por la toxicomanía.

Despenalización

La prohibición de la posesión y/o del consumo de drogas es el concepto general seguido por todos los Estados miembros de la Unión Europea. La legalización no se considera una opción en ningún Estado miembro, pero se es consciente de que el procesamiento y el encarcelamiento de personas con problemas de droga causa incluso mayores problemas.

La distancia entre consumidores y traficantes ha aumentado en Europa debido a la adopción de nuevas estrategias relativas a las drogas, que se centran en problemas tales como la prevención, la ayuda y el tratamiento de los consumidores de droga, aunque sean delincuentes convictos, y el castigo para los traficantes de droga, aunque sean consumidores. El consumo de droga en general parece no estar penalizado en la mayor parte de los Estados miembros de la UE. Sin embargo, continúa el debate sobre cómo tratar a los consumidores en posesión de pequeñas cantidades de droga para consumo personal o que cometen delitos de menor gravedad a causa de su dependencia de la droga.

La evolución de las políticas europeas sobre las drogas y los nuevos planteamientos legales para con las drogas ilegales revelan un cambio hacia la despenalización de ciertas conductas ligadas al consumo y posesión de drogas para consumo personal. La mayor parte de los Estados miembros rechazan soluciones extremas, tales como la legalización completa o la represión dura, pero continúan prohibiendo el consumo de drogas y modificando al mismo tiempo las penas y las medidas que se les aplican.

Aunque se tiende en muchos Estados miembros a aminorar la insistencia en el procesamiento y el encarcelamiento de consumidores de droga, las detenciones policiales y los indicadores del consumo de drogas en prisión sugieren una cierta contradicción entre la teoría y la práctica en algunos ámbitos del sistema jurídico-penal.

Drogas legales e ilegales

La distinción entre drogas legales e ilegales está muy difuminada. El debate se centra en hasta qué punto es útil mantener la distinción tradicional entre drogas ilegales (cánnabis o cocaína), sustancias legales para el disfrute (alcohol y tabaco) y medicamentos psicoactivos legales (tranquilizantes o analgésicos). La situación de otras sustancias (disolventes o esteroides) añade una nueva dimensión.

Las pautas de consumo de drogas ilegales suelen implicar asimismo el uso de sustancias legales, especialmente el alcohol, el tabaco y los tranquilizantes (tomados con fines no médicos). Son pautas más problemáticas del consumo de drogas las que se caracterizan por el uso múltiple de sustancias legales e ilegales, mientras que los centros de tratamiento informan cada vez más del consumo múltiple de drogas. Las iniciativas de prevención se destinan generalmente a la prevención del consumo de cualquier droga, legal o ilegal. Cada vez más se está manifestando esta tendencia en el campo del tratamiento, junto con la tendencia hacia la prestación del mismo tipo de asistencia a quienes tengan problemas de droga, alcohol o medicamentos.

Cooperación en todos los niveles

En toda Europa se tiene la impresión de que aumenta la cooperación entre los sistemas sanitario, social, educativo y penal a escala nacional, regional y local. Esta tendencia también se está fomentando entre los Estados miembros.

A medida que las fronteras entre la prevención y el tratamiento se difuminan, los consumidores de droga, según las diferentes fases, dependen de diferentes estructuras de ayuda. La naturaleza del propio consumo de drogas se caracteriza por pasar por altibajos, y esto se refleja en el tipo de prevención y tratamiento que se lleva a cabo. En la mayor parte de los países se están desarrollando rápidamente el tratamiento ambulatorio y los servicios de bajo umbral. La cooperación entre el sistema jurídico-penal y los sectores sanitario y social también se está desarrollando mediante planes alternativos destinados a delincuentes consumidores de droga y proyectos destinados a consumidores de droga encarcelados.

Se observa una tendencia clara al desarrollo de organismos horizontales de coordinación en materia de droga en las administraciones nacionales. Estos grupos coordinan estrategias nacionales respecto a la droga y apoyan a las autoridades locales que aplican las directrices políticas y legales nacionales. La Semana Europea de Prevención

del Consumo de Drogas (véase el capítulo 3) ha contribuido claramente a aumentar la cooperación en Europa en el campo de la prevención. Pero Europa también está mejorando su cooperación en otros ámbitos, incluidas la cooperación y el intercambio de experiencias transfronterizas.

Información, evaluación e investigación

Armonización de indicadores clave

La mejora de la comparabilidad de datos es una tarea central del OEDT. El observatorio está trabajando con expertos científicos y socios de diversos centros nacionales de coordinación para desarrollar cinco indicadores epidemiológicos clave en la prevalencia y consecuencias sanitarias del uso de droga. Estos cinco indicadores se refieren a:

- encuestas sobre el consumo, comportamiento y actitudes respecto a la droga entre el público en general;
- estimaciones de prevalencia del consumo problemático de drogas;
- demanda de tratamiento de consumidores de droga;
- muertes, mortalidad y causas de muerte relacionadas con la droga entre consumidores de drogas; y
- enfermedades infecciosas relacionadas con la droga (VIH, sida, hepatitis B y C).

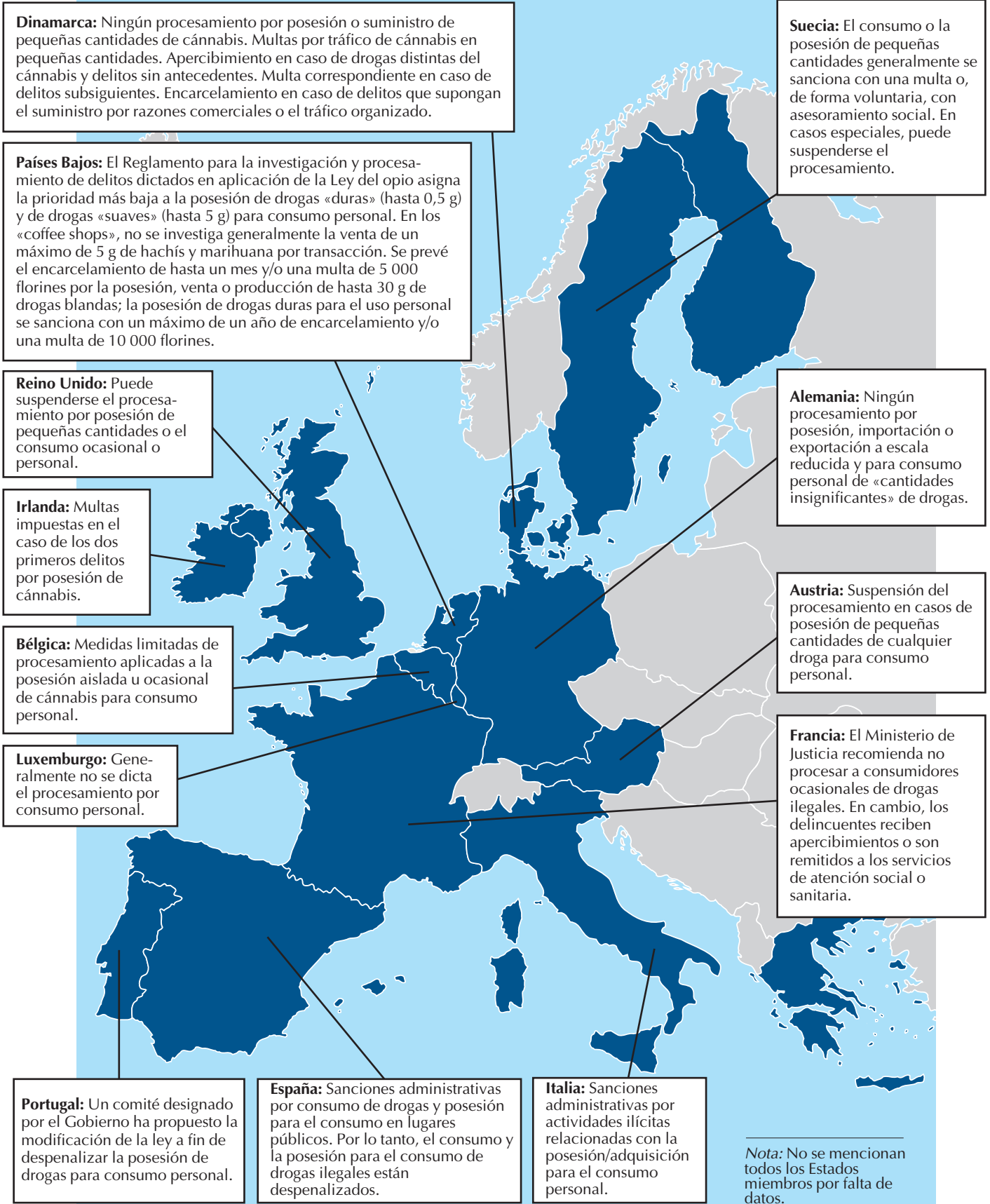
Aunque la naturaleza de las normas que deben aplicarse varíe según el indicador, cada uno incluirá un conjunto de datos fundamentales, definiciones y directrices metodológicas para la recopilación de datos, los análisis y la elaboración de informes.

Puesto que las estructuras de recogida de datos sobre cada indicador difieren entre Estados miembros, y los propios centros nacionales de coordinación varían considerablemente en cuanto a su experiencia y sus posibilidades de influir en la aplicación de las normas, la primera tarea será que cada centro de referencia establezca objetivos realistas y ponga en práctica planes de trabajo concretos para lograr gradualmente estos objetivos. Es importante que cada centro de referencia cree grupos nacionales de referencia para llevar a cabo el trabajo sobre cada indicador.

Evaluación e investigación

La práctica de la evaluación ha mejorado en la UE, aunque sigue habiendo muchas lagunas. Las «directrices

Resumen del tratamiento de delitos menores relacionados con la droga en la UE



para la evaluación de la prevención del consumo de drogas» del OEDT y el fomento de su intercambio en el sistema de información sobre la acción de reducción de la demanda de drogas (EDDRA) por parte de los centros de referencia nacionales deberían contribuir igualmente a incluir la evaluación en los planes de las administraciones nacionales y de los profesionales en toda la UE.

Asimismo, la UE está otorgando mayor importancia a la investigación sobre las drogas. Por primera vez, las

drogas están específicamente incluidas en el quinto programa marco (1998-2002) de la Dirección General XII (Ciencia, Investigación y Desarrollo) de la Comisión Europea. Se dispone así de una excelente oportunidad para consolidar la base de conocimientos científicos necesaria para mejorar la comprensión de los problemas relacionados con la droga y para desarrollar pruebas del impacto y de la eficacia de las medidas tomadas por la sanidad pública.

Prevalencia, pautas y consecuencias del consumo de drogas

Este capítulo presenta información actualizada sobre los indicadores de prevalencia del consumo de drogas, las consecuencias sanitarias, la aplicación de la legislación y los mercados ilegales de droga en la UE. Está en gran parte basado en informes nacionales proporcionados por los centros de referencia nacionales, completados con resultados de investigaciones publicadas o de estudios científicos llevados a cabo por el OEDT.

Prevalencia del consumo de drogas

Consumo de drogas entre la población en general

El nivel y las pautas de consumo de diversas drogas ilegales entre la población en general, así como las características y el comportamiento de los consumidores y las actitudes hacia las drogas de diversos sectores de la población, pueden evaluarse a través de encuestas de población. Esta metodología es útil para las sustancias cuyo uso es relativamente común y no está mal visto socialmente, pero es más limitada en lo que se refiere al estudio de formas más marginales de consumo de drogas.

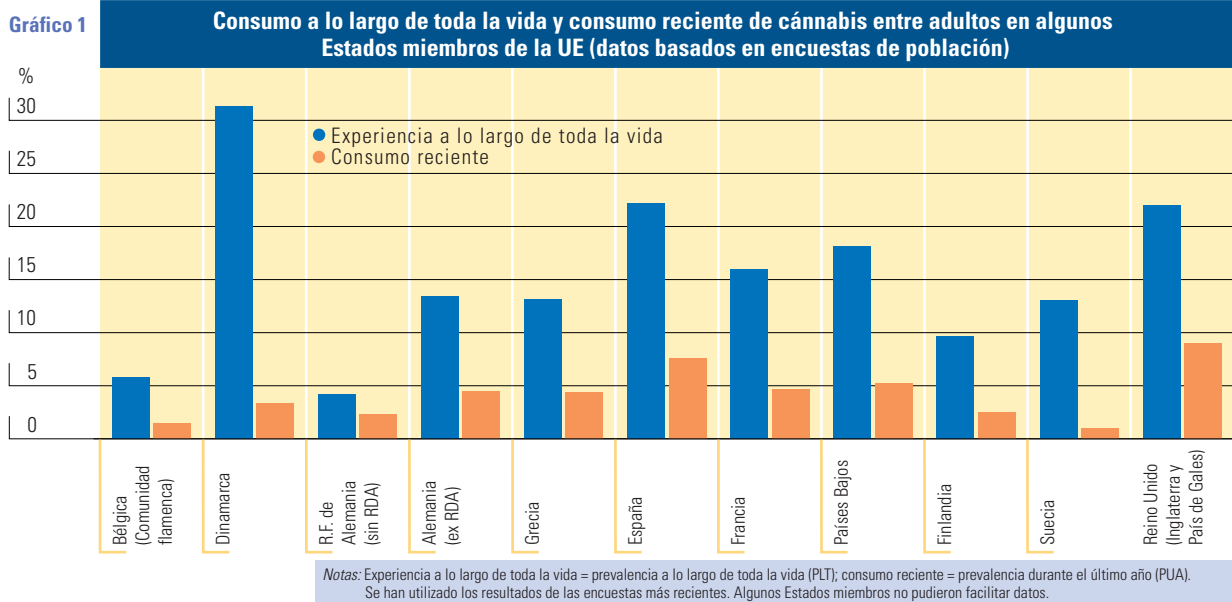
Existen, claro está, diferencias en cuanto a la prevalencia del consumo de drogas entre países, pero las comparaciones directas deberán hacerse con precaución, puesto que las variaciones pueden ser consecuencia de factores metodológicos como, por ejemplo, los métodos de recopilación de datos, el marco de muestreo utilizado, los grupos de edad elegidos en la comunicación de los resultados, así como las diferencias sociales y culturales relativas al consumo de drogas. Además, la proporción relativa de las poblaciones rurales y urbanas de un país puede influir en sus cifras de prevalencia globales. En un intento por reducir estas diferencias, el OEDT ha estado

desarrollando directrices europeas comunes para encuestas de población sobre las drogas.

A pesar de las diferencias entre países y los diversos métodos de información, se perfilan algunos modelos. El cannabis es la sustancia ilegal más frecuentemente utilizada en todos los países, mientras que otras drogas tienen índices mucho más bajos de prevalencia. El consumo de cannabis entre adultos oscila entre el 10 % en Finlandia y el 20-30 % en Dinamarca, España y el Reino Unido. En el caso de adultos jóvenes, los índices son más altos: entre el 16 y el 17 % en Finlandia y Suecia y entre el 35 y el 40 % en Dinamarca, España y el Reino Unido.

El consumo a lo largo de toda la vida de anfetaminas, generalmente la segunda sustancia más frecuente, se sitúa entre el 1 y el 4 % de todos los adultos y entre el 1 y el 5 % de los adultos jóvenes en la UE. Han probado éxtasis del 0,5 al 3 % de todos los adultos europeos y del 1 al 5 % de los adultos jóvenes. Los índices tanto para las anfetaminas como para el éxtasis son perceptiblemente más altos en el Reino Unido.

Han probado cocaína del 1 al 3 % de todos los adultos y del 1 al 5 % de los adultos jóvenes en Europa. En España y Francia, los índices de consumo de cocaína son más altos que los de las anfetaminas.



El consumo reciente de cánnabis (últimos 12 meses de prevalencia) se sitúa entre el 1 y el 9 % de todos los adultos europeos y entre el 2 y el 20 % de los adultos jóvenes (entre el 6 y el 10 % en la mayor parte de los países). El consumo reciente de otras sustancias es generalmente muy bajo: no más del 1 % entre todos los adultos y menos del 2 % entre los adultos jóvenes, aunque hay niveles más altos de consumo de cocaína en España y de anfetaminas y éxtasis en el Reino Unido.

No se dispone de demasiada información coherente sobre las tendencias de consumo, pero es evidente que el consumo de cánnabis ha aumentado durante la década de los noventa en la mayor parte de los países. Parece haberse estabilizado durante los últimos años en países con cifras de prevalencia entre medias y altas, pero ha aumentado en países de baja prevalencia.

Consumo de drogas entre escolares

La mayor parte de los Estados miembros de la UE han llevado a cabo encuestas nacionales en escuelas durante los últimos años, algunas como parte del proyecto escolar europeo de encuestas sobre consumo de alcohol y otras drogas (ESPAD). No obstante, las variaciones en las escuelas seleccionadas, las categorías de edad y el contexto social pueden influir sustancialmente en los resultados.

En la mayor parte de los Estados miembros, el cánnabis es la sustancia ilegal de mayor consumo. El consumo de adolescentes de 15 a 16 años de edad oscila aproximada-

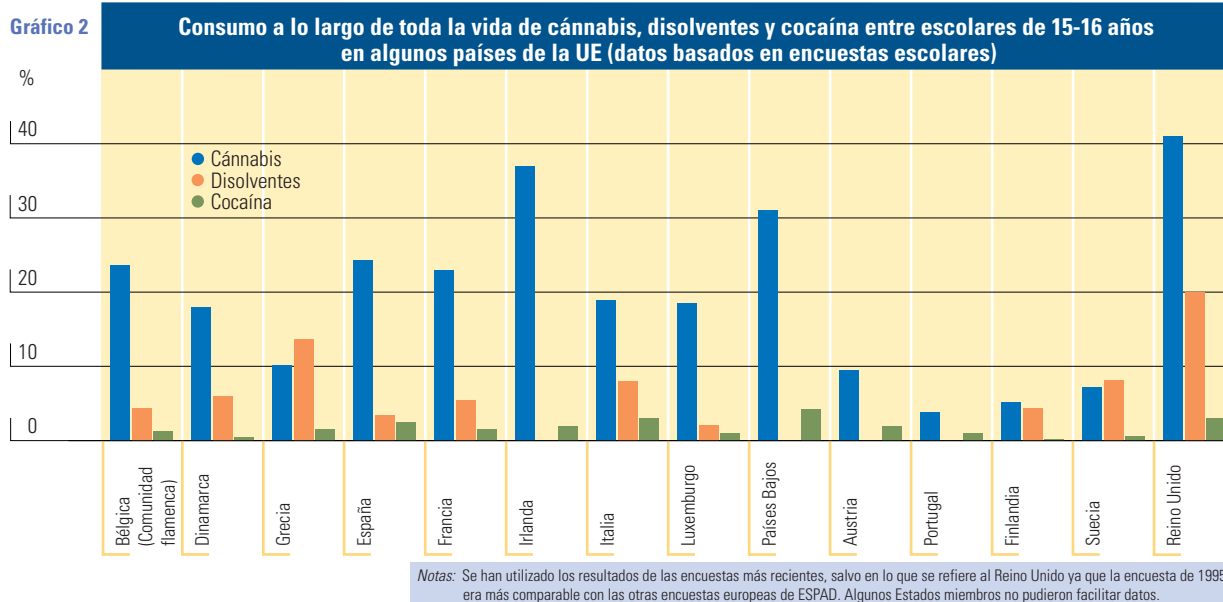
mente entre el 5 % (Portugal y Finlandia) y el 40 % (Irlanda y Reino Unido).

Las cifras de consumo de disolventes deben interpretarse con precaución. Generalmente, los disolventes son la segunda sustancia de consumo más habitual entre los jóvenes de 15 y 16 años de edad, y oscilan entre el 3-4 % (Comunidad Flamenca de Bélgica, España y Luxemburgo,) y el 20 % (Reino Unido). En Grecia y Suecia, el consumo de disolventes es más frecuente que el de cánnabis.

El consumo de anfetaminas oscila entre el 1 y el 13 % de los adolescentes de 15 a 16 años (2-8 % en la mayoría de los casos), el de éxtasis oscila entre el 1 y el 9 % y el de LSD y alucinógenos entre el 1 y el 10 % (2-5 % en la mayoría de los casos). Irlanda, los Países Bajos y el Reino Unido muestran cifras comparativamente más elevadas de consumo de anfetaminas, alucinógenos y éxtasis que otros países.

Entre el 1 y el 3 % de los alumnos ha consumido cocaína, y menos del 1 % ha consumido heroína, aunque el porcentaje se eleva al 2 % en Dinamarca, Irlanda, Italia y el Reino Unido.

En general, en estos últimos años ha continuado la tendencia al alza del consumo de cánnabis por parte de los jóvenes, así como el de anfetaminas y éxtasis, aunque con niveles más bajos. En Finlandia y el Reino Unido, sin embargo, el consumo de cánnabis entre los jóvenes se ha estabilizado o incluso ha disminuido.



Apreciación del consumo problemático de drogas

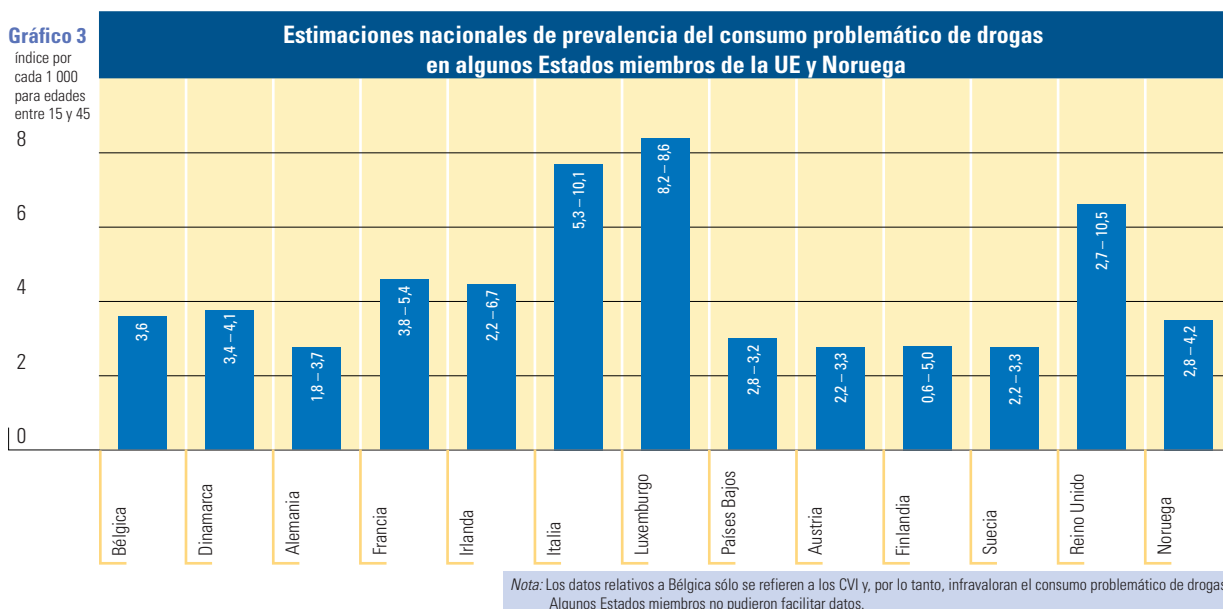
Pese a las amplias repercusiones del consumo problemático de drogas, el número de consumidores es relativamente reducido con respecto al número de consumidores ocasionales de cannabis o éxtasis. La adicción a opiáceos o el consumo de drogas por vía intravenosa es generalmente baja en la población adulta y casi inexistente en la edad escolar. Pero el consumo de drogas duras suele ocultarse, y los consumidores temen la condena social si lo admiten. En estas circunstancias, las encuestas de población a escolares no pueden proporcionar cifras fiables de prevalencia.

Por razones de metodología, de heterogeneidad en cada país o de falta de datos, las estimaciones nacionales de

prevalencia son difíciles de obtener. Las cifras de prevalencia deberían interpretarse, pues, sólo como indicaciones no matizadas o como «la mejor apreciación posible».

Las estimaciones nacionales actualizadas que se presentan aquí son las de los países que participaron en un estudio del OEDT para mejorar las estimaciones de prevalencia a nivel nacional (véase el gráfico 3). Hasta fecha reciente, los métodos y las definiciones variaron perceptiblemente, en algunos países se utilizaban los términos «adictos a opiáceos» o «adictos a heroína», mientras que en otros se utilizaba una definición más amplia de «drogodependientes agudos» o «consumidores de droga de alto riesgo».

En el estudio, todos los países proporcionaron cifras con la misma definición del consumo problemático:



consumo de droga por vía intravenosa (CVI) o consumo de larga duración/regular de opiáceos, cocaína y/o anfetaminas. Esta definición excluye a los consumidores de éxtasis y cánnabis y a los consumidores no habituales de opiáceos, cocaína o anfetaminas.

En general, la prevalencia del consumo problemático de drogas es más baja en Alemania, Austria, Finlandia y Suecia y más elevada en Italia, Luxemburgo y Reino Unido. En los países con prevalencia intermedia, las estimaciones están entre tres y cinco consumidores problemáticos de droga por mil habitantes entre 15 y 54 años de edad.

Un nuevo estudio del OEDT está investigando indicadores sociales para calcular la prevalencia del consumo problemático de drogas utilizando técnicas de modelos estadísticos. Los posibles indicadores incluyen el desempleo, delitos contra la propiedad, inmigración, densidad de vivienda y situación socioeconómica.

Otro estudio del OEDT ha examinado cómo utilizar la incidencia registrada de nuevos consumidores de droga en tratamiento para calcular la incidencia real del consumo problemático de drogas.

Un tercer proyecto del OEDT evaluó el posible uso de sistemas de información geográfica (SIG) para trazar datos y estimaciones relativos al consumo de drogas y para desarrollar modelos de distribución geográfica entre ciudades y pueblos.

Indicadores de consecuencias para la salud

Demanda de tratamiento

El número de admisiones a tratamiento por consumo de drogas es otro útil indicador indirecto de tendencias en la prevalencia del consumo problemático de drogas, aunque deban tenerse en cuenta también los cambios en la disponibilidad de servicio, modalidades de tratamiento o información sobre procedimientos. Esta información puede ser especialmente útil a la hora de describir características y pautas del consumo de drogas (vía intravenosa, consumo múltiple de drogas) entre consumidores problemáticos, e identificar modelos de absorción de servicio, contribuyendo así a la evaluación de las necesidades de servicio.

Casi todos los Estados miembros de la UE proporcionan información sobre el tratamiento por consumo de drogas, pero la recopilación de datos y la cobertura de los diver-

sos tipos de centros de tratamiento varían. Los nuevos servicios pueden atraer a nuevos consumidores, aumentar el número de admisiones a tratamiento o cambiar perfiles como la edad, el sexo y el método de administración. Otras características, especialmente la proporción de consumidores por vía intravenosa entre pacientes tratados, difieren de un país a otro. Aprovechando el trabajo previo emprendido por el Grupo Pompidou, el OEDT ha elaborado un nuevo protocolo europeo común para mejorar la calidad y la comparabilidad de la información sobre la demanda de tratamiento. Este protocolo será adoptado y promovido por ambos organismos.

La mayoría (del 70 al 95 %) de las admisiones a tratamiento se debe al consumo de opiáceos (principalmente heroína), aunque en la Comunidad Flamenca de Bélgica, Finlandia y Suecia, los casos de opiáceos representan menos del 40 % de las admisiones. Esta cifra más baja puede reflejar diferencias en la metodología.

En la mayoría de los países, la cocaína figura como droga principal en menos del 10 % de las admisiones a tratamiento, aunque este porcentaje se eleva al 15 % en Luxemburgo y al 18 % en los Países Bajos. Los consumidores de heroína a menudo señalan que consumen cocaína como segunda droga.

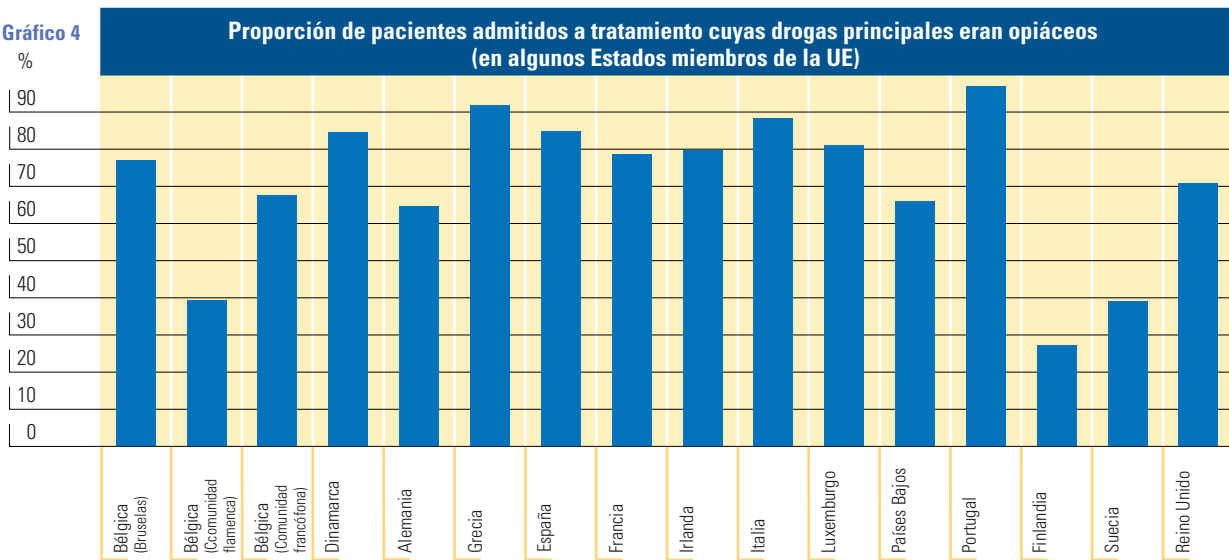
El cánnabis aparece generalmente como la principal droga del 2 % al 10 % de los pacientes en tratamiento, aunque el consumo es más elevado (del 13 al 22 %) en Bélgica, Alemania y Finlandia.

Las anfetaminas, los estimulantes de tipo anfetamínico (tales como éxtasis) y los alucinógenos son la droga principal, por lo general, para menos del 1 o 2 % de los casos en tratamiento. Sin embargo, la proporción es más alta en la Comunidad Flamenca de Bélgica (19 %), Finlandia (48 %), Suecia (20 %) y el Reino Unido (9 %).

La prevalencia del consumo de drogas por vía intravenosa es más común entre los consumidores de opiáceos, y pasa de alrededor del 14 % (Países Bajos) a más del 80 % (Grecia y Luxemburgo). El consumo por vía intravenosa de anfetaminas se produce frecuentemente en los países escandinavos y en el Reino Unido, aunque éste no sea un patrón común en la mayoría de los países.

En todos los Estados miembros de la UE, los varones representan del 70 al 85 % de los pacientes admitidos a tratamiento. La edad media se sitúa entre 25 y 35 años en la mayoría de los casos. Algunos países han registrado un aumento de esta cifra.

Gráfico 4



Nota: Algunos Estados miembros no pudieron facilitar datos.

La información disponible sobre el tratamiento indica que, en general, la proporción de admisiones a tratamiento por consumo de opiáceos está disminuyendo, mientras que aumentan los casos de tratamiento por consumo de cocaína y cánnabis, aunque sigan estando a niveles más bajos que los de los opiáceos. Recientemente, algunos países señalaron un aumento de los casos por consumo de cánnabis, especialmente de pacientes tratados por primera vez. Sin embargo, esta tendencia requiere un examen más detallado, ya que deben considerarse también otros factores. En la mayoría de los Estados miembros de la UE se ha producido una disminución de la proporción de consumidores por vía intravenosa entre los consumidores tratados por consumo de opiáceos.

Fallecimientos relacionados con la droga y mortalidad de los consumidores de droga

La muerte es una posible consecuencia de algunas formas de consumo de drogas, aunque el riesgo varíe según la sustancia y la pautas de consumo. El número de muertes relacionadas con el consumo agudo de droga (sobredosis) se utiliza a menudo de forma simplista como indicador de la situación del problema de la droga de un país.

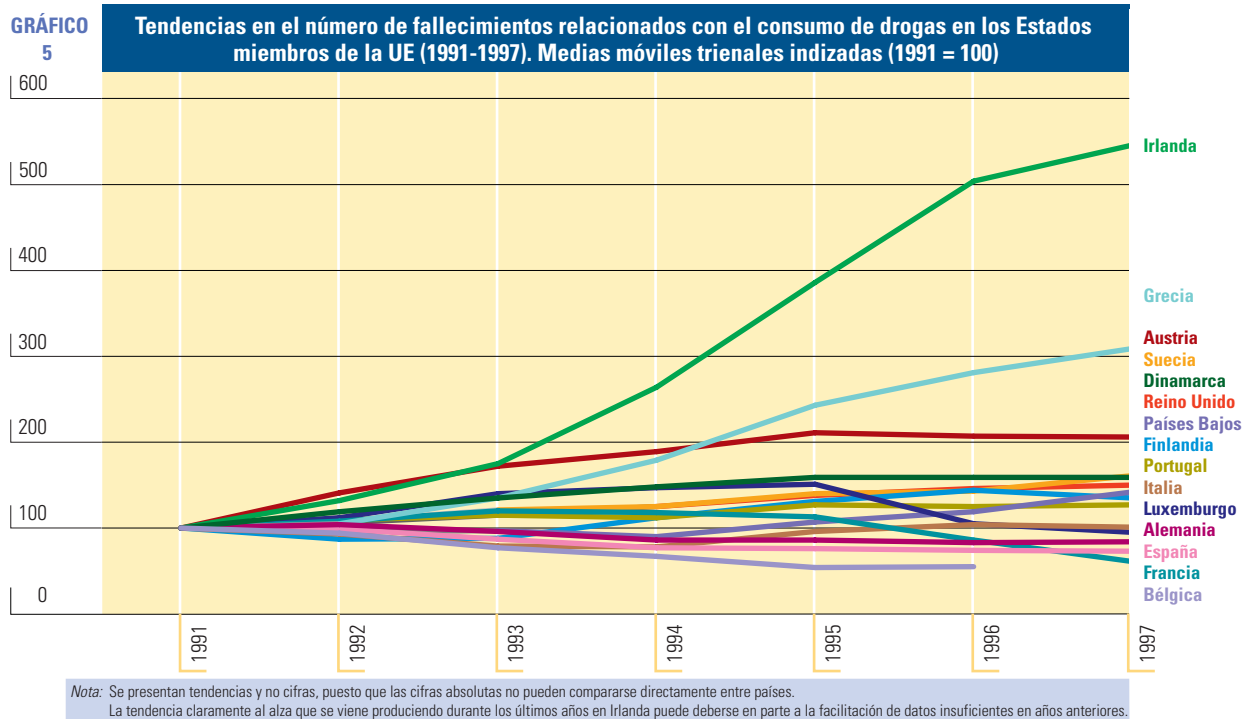
Las estadísticas de la UE sobre fallecimientos relacionados con el consumo de drogas se refieren generalmente a muertes que se producen poco después del consumo de la droga (también conocidas como intoxicación aguda, sobredosis, envenenamiento o muerte inducida por la droga), aunque deban también tenerse en cuenta otros tipos de muertes. No pueden hacerse comparaciones directas de estadísticas nacionales debido a las diferen-

cias en la prevalencia del consumo de droga y los métodos y definiciones utilizados para registrar casos. El OEDT colabora con Eurostat y la Organización Mundial de la Salud para elaborar directrices normalizadas relativas al modo de presentación de los datos de los registros de mortalidad general y de los registros forense y policial.

Tras los fuertes aumentos que se produjeron a finales de los años ochenta y a principios de los años noventa en muchos Estados miembros de la UE, el número de fallecimientos relacionados con la droga se ha estabilizado o incluso ha disminuido. No obstante, dichos aumentos se mantuvieron en algunos países hasta fecha reciente.

La mayor parte de las muertes por intoxicación aguda se debe a opiáceos, aunque a menudo también se encuentran indicios del consumo de alcohol y benzodiazepinas. Las muertes por intoxicación aguda relacionadas solamente con el consumo de cocaína o anfetaminas son poco frecuentes. Pese a ser objeto de gran atención mediática, las muertes relacionadas con el éxtasis o sustancias similares no son numerosas.

Además de las estadísticas nacionales sobre fallecimientos relacionados con la droga, el riesgo de mortalidad asociado con algunas formas de consumo de drogas puede evaluarse mediante el seguimiento de grupos de consumidores de droga y el control de su índice de mortalidad (estudios de cohorte). Los consumidores problemáticos de drogas afrontan un riesgo mucho más alto de muerte que la población en general, debido a una amplia gama de causas y no solamente por el riesgo de intoxicación aguda. Determinados estudios indican que los consumidores de opiáceos por vía intravenosa afron-

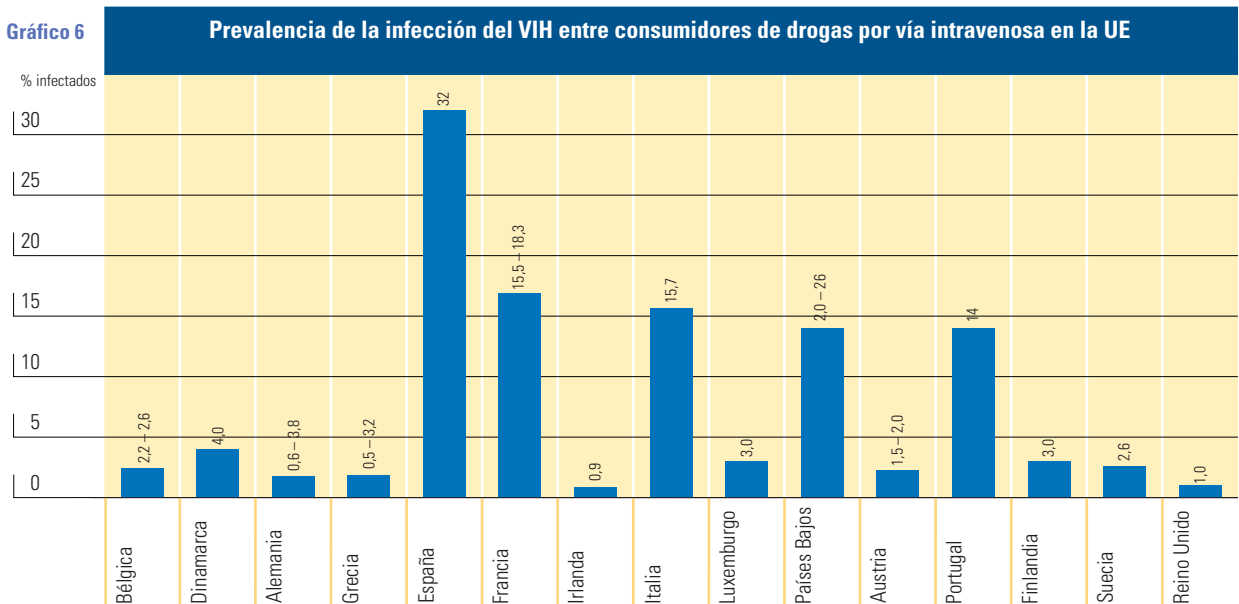


tan un riesgo 20 a 30 veces más elevado de muerte por sobredosis, infección del VIH, accidente y suicidio que los no consumidores de droga de la misma edad. La mortalidad entre consumidores por vía intravenosa aumentó con la propagación de la infección del VIH, mientras que los no consumidores por esta vía o los consumidores de otras sustancias psicoactivas se enfrentan a un riesgo de muerte mucho menor.

Para mejorar la comparabilidad de resultados en diferentes lugares de la UE, el OEDT ha desarrollado un protocolo normalizado para llevar a cabo estudios de cohorte de la mortalidad entre consumidores de droga seleccionados en centros de tratamiento.

Enfermedades infecciosas asociadas a la droga

Las enfermedades infecciosas, tales como el VIH y las hepatitis B y C, han alcanzado una alta prevalencia entre los consumidores de droga por vía intravenosa (CVI). Los índices de prevalencia respecto a la infección del VIH muestran, no obstante, importantes diferencias entre países, que van del 1 % en Inglaterra, Irlanda y País de Gales al 32 % en España (véase el gráfico 6). También existen diferencias en torno a la prevalencia dentro de países y entre regiones y ciudades. Al parecer, la prevalencia está disminuyendo lentamente en algunos países (Francia, Italia), pero no en otros (España). Incluso en los



países en donde la prevalencia sigue siendo estable, la transmisión continúa probablemente entre los CVI. La epidemia del VIH ha entrado ahora en una fase estable (endémica) en la mayoría de los países de Europa Occidental.

Los índices de incidencia del sida también varían considerablemente entre los países y, por lo general, siguen disminuyendo (véase el gráfico 7). Probablemente sea éste un efecto del aumento constante de la aplicación de nuevos tratamientos de combinación entre consumidores de droga por vía intravenosa que retrasan la aparición del sida. En algunos países (Portugal), los casos de sida no están disminuyendo, lo que podría evidenciar una falta de acceso a tratamiento del VIH. La proporción de consumidores de droga por vía intravenosa entre todos los casos acumulativos de sida difiere perceptiblemente entre países, lo que indica variaciones en su importancia relativa respecto a la epidemia. El control del sida es cada vez menos útil como indicador del grado de infección del VIH y se está convirtiendo, en contrapartida, en un indicador de la aceptación de tratamiento. Actualmente, se está estudiando la posibilidad de mantener un registro centralizado de los casos conocidos del VIH en Europa a fin de complementar la información existente sobre el sida.

Para ayudar a combatir la infección, pueden obtenerse jeringuillas fácilmente en la mayoría de los países (excepto en Finlandia y Suecia), así como preservativos y asesoramiento y pruebas sobre el VIH. También hay trata-

mientos de sustitución, que contribuyen a reducir el consumo intravenoso, en todos los países, sobre todo en forma de metadona por vía oral.

Muchos estudios entre consumidores de droga por vía intravenosa muestran una prevalencia más elevada de enfermedades infecciosas entre las personas que han estado en prisión alguna vez.

La infección por virus de la hepatitis C (VHC) muestra índices más altos y más similares de prevalencia en toda la UE que la hepatitis B, generalmente entre un 50 y un 90 %, incluso en países con índices bajos de infección del VIH como, por ejemplo, Grecia (véase el gráfico 8). Durante años, la prevalencia del VHC parecía no seguir la disminución observada en las infecciones del VIH. Más recientemente, la prevalencia del VHC parece estar disminuyendo en el Reino Unido, lo que sugiere que las medidas de reducción de daños podrían haber incidido en la transmisión del VHC. Por otra parte, el servicio de urgencia de drogas de Francfort (Alemania) ha detectado un incremento local del 89 al 95 %.

Indicadores del sistema jurídico-penal

Detenciones policiales por delitos relacionados con la droga

Los únicos datos sistemáticamente disponibles sobre las intervenciones del sistema jurídico-penal se refieren a

VIH, hepatitis C y comportamiento de riesgo entre consumidores de droga por vía intravenosa (CVI) en prisión (%)

Situación de la prisión	CVI infectados con el VIH	CVI infectados con VHC	CVI que compartieron material durante la última inyección fuera de la prisión cuatro semanas antes del ingreso	CVI que se inyectan en prisión	CVI que comenzaron a inyectarse en prisión
Bélgica (una cárcel)	0	38,5	47	35 (10*)	15
Alemania (una cárcel)	1,4	14,4	nd	36 (18*)	9
España (una cárcel)	23,4	n.a.	32	79	10
Francia (tres cárceles)	13,3	53,2	34	37 (29*)	7
Italia (tres cárceles)	16,1	64,2	32	25	6
Portugal (tres cárceles)	28,1	61,9	49	57	5
Suecia (nueve cárceles)	2,6	57,6	30	64	5

nd = no disponible

(*) Las cifras entre paréntesis se refieren al porcentaje del número total de CVI que se han inyectado en las cuatro semanas previas.

Fuente: Red europea de prevención de VIH/sida y hepatitis en prisión, «Informe anual a la Comisión Europea», mayo de 1998.

Gráfico 7 Incidencia del SIDA en consumidores de drogas por vía intravenosa en la UE (1987 - 1998)

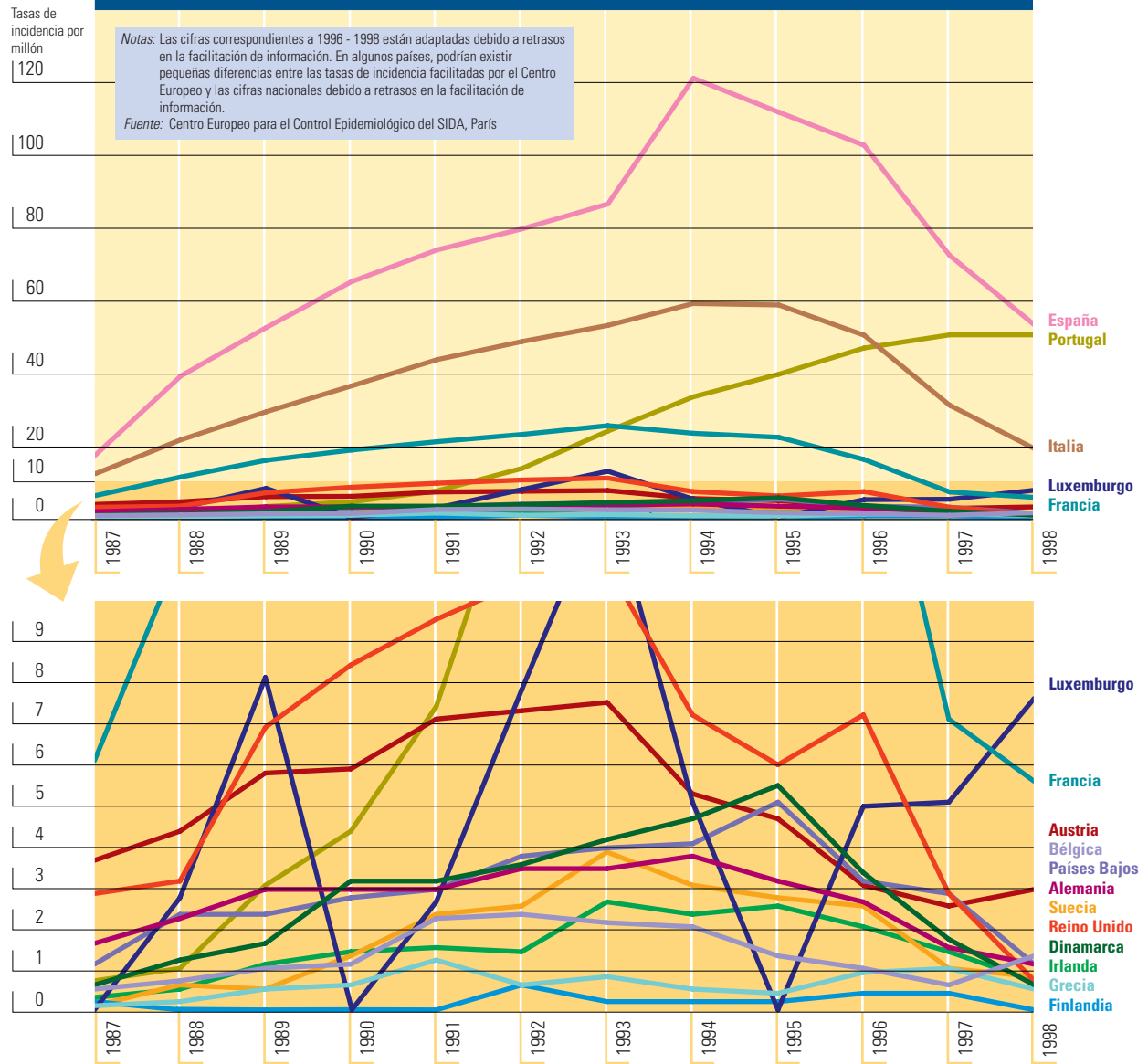


Gráfico 8 Presencia de anticuerpos de las hepatitis B y C entre consumidores de drogas por vía intravenosa en la UE

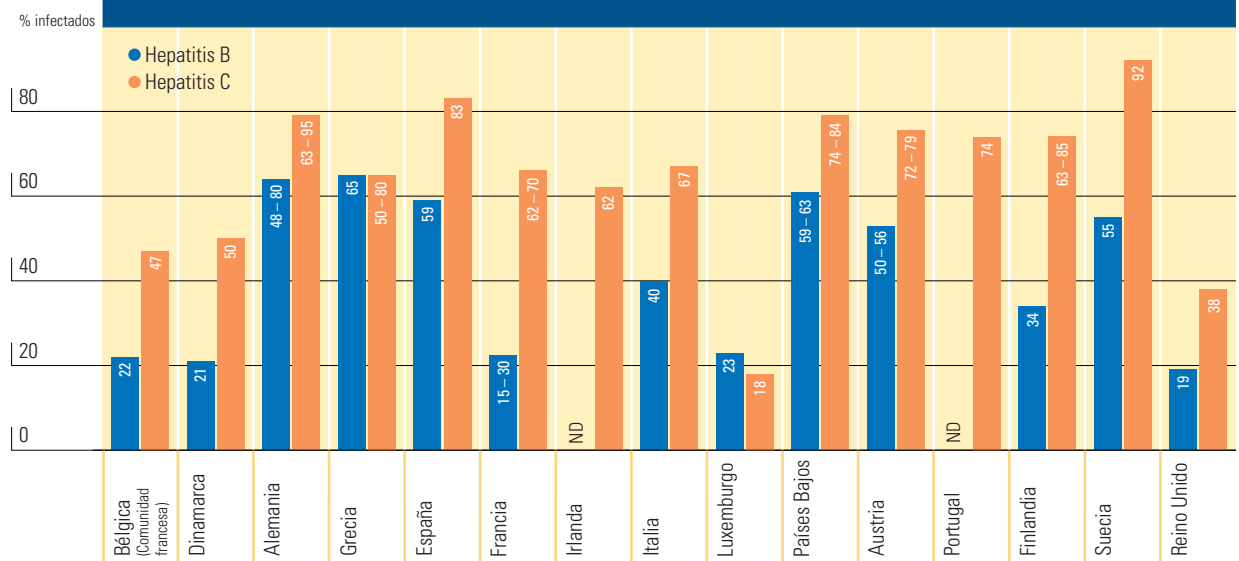
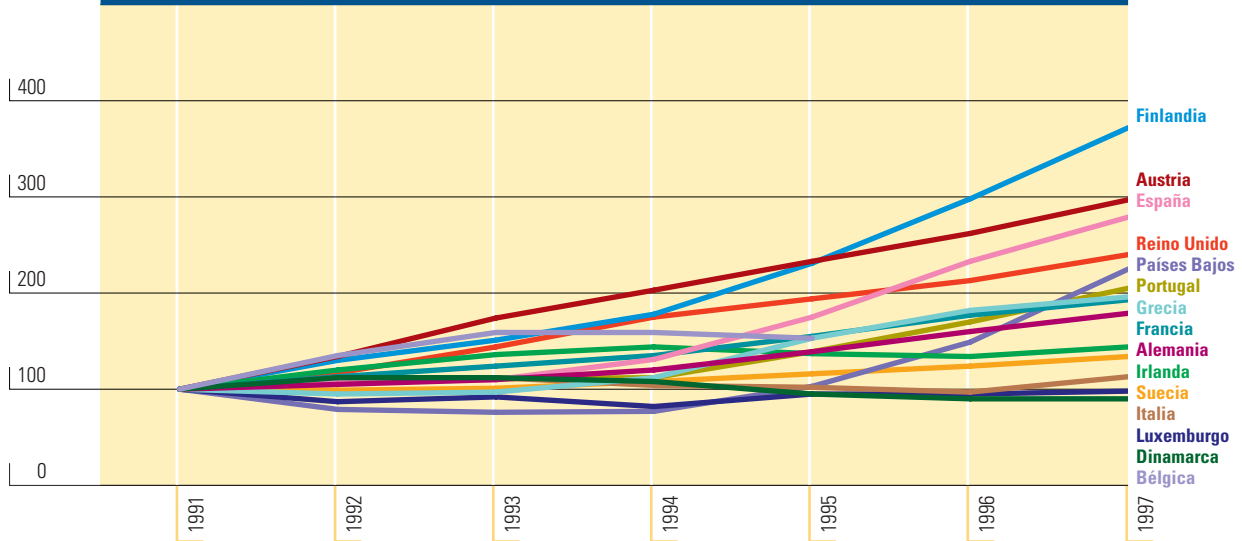


Gráfico 9

Detenciones por delitos relacionados con la droga en la UE (1991-1997)
Medias móviles trienales (1991 = 100)



delitos contra leyes nacionales relativas a la droga (tráfico, posesión, consumo y otros). Estos datos reflejan la legislación específica del Estado miembro, los procedimientos de registro y los recursos y prioridades de la policía. Dada la dificultad de comparar datos directamente, se hace hincapié en las tendencias del momento.

El número de detenciones por delitos relacionados con la droga ha ido aumentando desde mediados de los años ochenta en la UE: más del doble en Dinamarca, Italia, Luxemburgo y Suecia y más de seis veces en Bélgica, Grecia, España, Portugal y Finlandia (para definiciones de «detenciones» por delitos relacionados con la droga en cada Estado miembro, véase la versión ampliada del presente informe). En estos últimos países, más Italia y los Países Bajos, la tendencia se ha acelerado en los últimos años. En Dinamarca, Irlanda y Luxemburgo el número de detenciones relacionadas con la droga se ha estabilizado.

En diez Estados miembros, el cannabis es la droga más frecuente entre el 46 y el 85 % de las detenciones. En Luxemburgo y Portugal, la heroína es la droga predominante; en los Países Bajos lo son las «drogas duras», mientras que en Suecia las anfetaminas son las más comunes.

Los delitos relacionados con el consumo siguen siendo predominantes, y las cifras van del 61 % en Portugal a más del 85 % en Austria y Suecia. En todos los países, excepto en Bélgica e Irlanda, donde está disminuyendo, la proporción de delitos relacionados con el uso está aumentando o en situación estable.

Los índices de detenciones relacionadas con la droga por 1 000 habitantes van de 0,4 a 2,5. Dado que la unidad

estadística (delito, persona, detención) varía según el país, las comparaciones deben realizarse con precaución.

Datos penitenciarios

La información del nivel nacional sobre el consumo de drogas en las cárceles sigue siendo muy limitada y los datos fiables son escasos.

El porcentaje de delincuentes en prisiones de la UE por delitos relacionados con la droga oscila entre el 15 y el 50 % de la población carcelaria total. En más del 75 % de estos casos, el delito principal está vinculado al comercio o al tráfico.

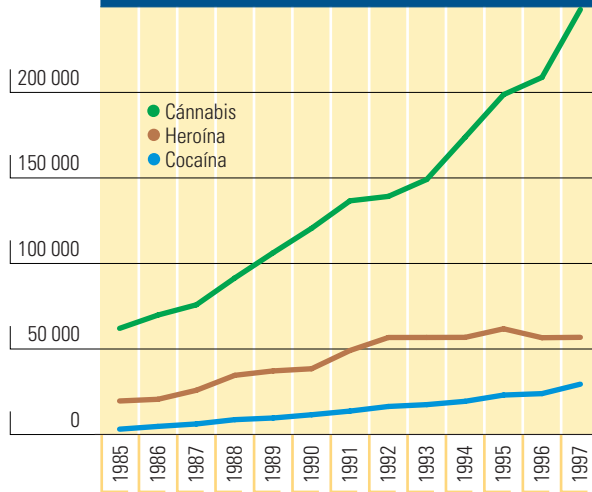
Los datos sobre consumidores de droga en prisión se refieren a diversas definiciones y no pueden compararse directamente. El consumo de drogas se da entre el 30 y el 90 % de los presos, mientras que el consumo problemático de droga se produce entre el 10 y el 45 %.

Indicadores del mercado de la droga

Incautaciones, precio y pureza de la droga

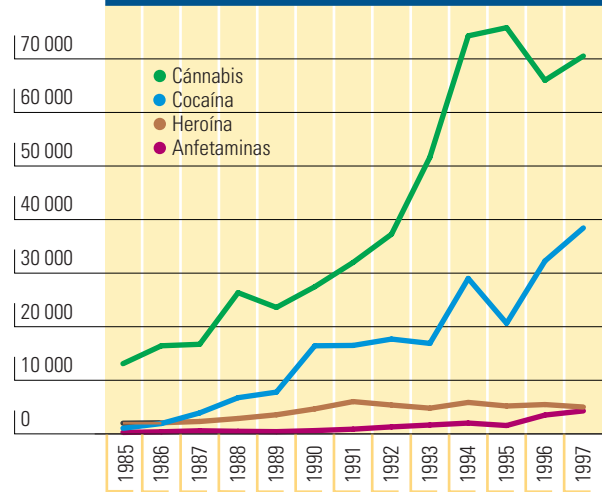
La mayor parte de las incautaciones de droga son de cannabis. La cantidad total de cannabis incautada fue aumentando rápidamente hasta 1995, pero se ha estabilizado desde entonces, realizándose las mayores incautaciones en España en 1998. En la mayor parte de los países, el número de aprehensiones, a diferencia de las cantidades incautadas, sigue aumentando. El precio del cannabis parece ser estable o ir en descenso.

Gráfico 10 Número de incautaciones de cánnabis, heroína y cocaína en la UE (1985-1997)



Notas: No se dispone de datos para Grecia y los Países Bajos. El número de incautaciones para 1996 y 1997 está infravalorado debido a la falta de datos correspondientes a Bélgica.

Gráfico 11 Cantidades de cánnabis, cocaína heroína y anfetaminas incautadas en la UE (1985-1997)



Nota: El número de incautaciones en 1997 está infravalorado debido a la falta de datos correspondientes a Bélgica y los Países Bajos.

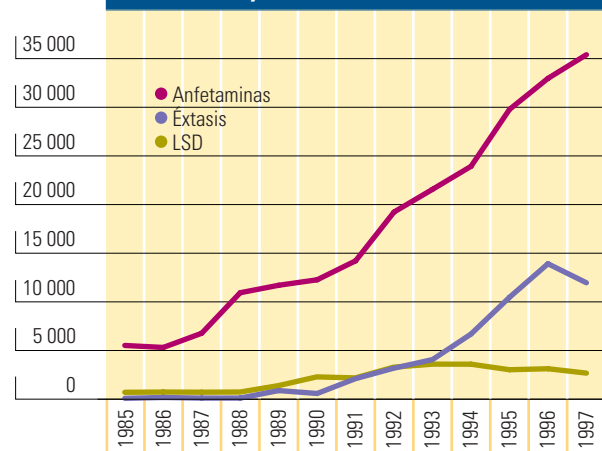
Tras alcanzar su punto más alto en 1991, las cantidades de heroína incautadas han fluctuado entre 5 y 6 toneladas. Desde 1995, en el Reino Unido se han incautado las mayores cantidades, que representan casi la mitad de la cantidad total incautada en la UE en 1997. En conjunto, el número total de incautaciones aumentó hasta 1992 y actualmente se ha estabilizado, aunque en algunos países se ha producido una disminución clara en los últimos tres años y en otros se ha producido un incremento. La cantidad media de heroína por incautación en la UE se ha mantenido estable, desde mediados de los años ochenta, en alrededor de 60 a 80 g. El precio al por menor o en la calle de la heroína es estable en la mayor parte de los países y su pureza oscila entre el 10 y el 50 %.

Las cantidades de cocaína incautadas llegaron a un máximo de 38 toneladas en 1997 y las incautaciones más importantes se produjeron en España el mismo año. Los datos disponibles para 1998 parecen indicar que la cantidad de cocaína incautada en la UE ha disminuido, especialmente en España. El número de incautaciones, sin embargo, ha estado aumentando a un ritmo constante. La cantidad media de cocaína incautada en la UE es muy superior a la de la heroína, y ha aumentado desde 1985 de alrededor de 250 g por incautación a alrededor de 1 kg en 1997. El precio en la calle de la cocaína es relativamente estable en la mayoría de los países en cuestión, y la pureza al por menor va del 50 al 70 %, aunque en Grecia la pureza de la cocaína destinada al consumidor se sitúa entre el 5 y el 10 %.

El número de incautaciones de anfetaminas y las cantidades incautadas en la UE han estado aumentando desde

1985, con un rápido incremento desde principios de los años noventa. Las cantidades de éxtasis incautadas han aumentado considerablemente entre 1987 y 1996 hasta disminuir a mediados de 1997. Más del 75 % de las incautaciones se produjeron en el Reino Unido. Tras una tendencia constante al alza, el número de incautaciones de éxtasis disminuyó o se estabilizó en la mayor parte de los países en 1997 y 1998. Los datos sobre las incautaciones correspondientes a 1998 parecen confirmar que, a pesar de la creciente preocupación causada por el éxtasis en estos últimos años, las anfetaminas realmente están dominando cada vez más el mercado de las drogas sintéticas.

Gráfico 12 Número de incautaciones de anfetaminas, éxtasis y LSD en la UE (1985-1997)



Notas: No se dispone de datos para Grecia y los Países Bajos. El número de incautaciones en 1997 y 1998 está infravalorado debido a la falta de datos correspondientes a Bélgica y los Países Bajos. El número de incautaciones de éxtasis para 1985-1994 está sobrestimado debido a la inclusión de datos sobre el LSD en la información relativa a España.

Prevalencia, pautas y consecuencias del consumo de drogas

Se ha producido recientemente una disminución de precios, tanto de anfetaminas como de éxtasis. La pureza de las anfetaminas parece situarse entre el 10 y el 100 %. La pureza y composición de pastillas vendidas como éxtasis varían considerablemente.

Las incautaciones de LSD son menos comunes que las de anfetaminas o éxtasis. Desde 1993-1994, dichas incautaciones se han estabilizado o han descendido en todos los Estados miembros excepto en Austria, donde se produjo un aumento constante hasta 1997.

Respuestas establecidas al consumo abusivo de drogas en la Unión Europea

Semana Europea de Prevención del Consumo de Drogas

Cánnabis: tendencias y respuestas

Drogas sintéticas: evolución y respuestas

Semana Europea de Prevención del Consumo de Drogas

La prevención del consumo de drogas, cuestión a la que ya se ha dado prioridad en el programa de trabajo de la UE, recibió un impulso con el lanzamiento de la tercera Semana Europea de Prevención del Consumo de Drogas del 16 al 22 de noviembre de 1998, bajo la Presidencia austríaca del Consejo Europeo. El acontecimiento resaltó el lanzamiento de diversas iniciativas y proyectos en toda la UE, así como en terceros países participantes como, por ejemplo, Noruega.

El principal objetivo de esta Semana consiste en reforzar la cooperación a nivel europeo en los aspectos sanitarios del fenómeno del consumo de drogas, resaltar actividades de prevención a largo plazo en los Estados miembros y aumentar la sensibilización pública acerca del problema.

Desde su primera celebración en 1992, la Semana ha ayudado a consolidar la cooperación entre los profesionales que participan en la prevención del consumo de drogas, particularmente en los sectores de la sanidad, la educación, los servicios sociales, el trabajo juvenil y las autoridades policiales, dentro de los Estados miembros y entre ellos.

Prevención y acontecimientos políticos

La Semana de 1998 fue la primera organizada y celebrada en el contexto del Programa de acción de la UE para la prevención de la drogodependencia (1996-2000). Por primera vez, los nuevos Estados miembros, Austria, Finlandia y Suecia participaron junto con Noruega, país no perteneciente a la UE. El tema era multidisciplinario: aumentar la sensibilización en la sociedad y fomentar la cooperación.

La Semana, celebrada durante la Presidencia austríaca de la UE, fue inaugurada con una conferencia en Viena que contó con la asistencia de 300 expertos y políticos de todos los Estados miembros, así como de representantes de Liechtenstein, Noruega y Europa Central y Oriental. La conferencia, concebida como foro para intercambiar información y buenas prácticas, debatió métodos de cooperación y estrategias de coordinación de la prevención del consumo de drogas a nivel local, nacional y europeo, y examinó problemas sanitarios y de política social, temas relacionados con la educación y la juven-

tud, políticas de seguridad, política regional y local y relaciones públicas.

Los delegados llegaron a la conclusión de que era necesario seguir trabajando para mejorar la calidad y comparabilidad de datos sobre el fenómeno de la droga en la UE y a nivel global. Tal información contribuiría sustancialmente a la elaboración de estrategias actuales y nuevas.

Una campaña a escala comunitaria, «Hablar es el primer paso», resaltó la importancia del diálogo en la prevención del consumo de drogas. La campaña se dirigió principalmente a adultos en contacto permanente con jóvenes, incluidos los padres, los profesores, los animadores socioeducativos, los instructores y los entrenadores deportivos.

La campaña en los medios de comunicación consistió en un anuncio televisivo en 18 lenguas, un anuncio publicitario de radio en 6 lenguas, un cartel presentado en 19 versiones lingüísticas, un prospecto en 13 lenguas, un anuncio de prensa en 12 lenguas y un comunicado de prensa en 18 lenguas.

En los Estados miembros, se pusieron en marcha más de 1 000 iniciativas a nivel de la UE, así como a nivel nacional, regional y local, que contaron con una contribución de la Comisión de 950 000 euros. Los Estados incorporaron la Semana en sus estrategias anuales nacionales de prevención del consumo de drogas y la utilizaron para llamar la atención pública sobre proyectos a largo plazo. Algunos Estados miembros entablaron a lo largo de la Semana debates sobre las actuales estrategias nacionales de prevención y los nuevos planteamientos de prevención.

Todos los jóvenes y los animadores socioeducativos, las familias, los profesionales del sector, los políticos y los medios de comunicación estuvieron en el punto de mira de las actividades de la Semana. Algunos Estados miembros también identificaron a otros grupos, tales como minorías étnicas, consumidores de droga y niños muy jóvenes. Por ejemplo, en Francia, 39 de cada 46 proyectos se dirigieron a los jóvenes, alcanzando a 18 000 personas. En Austria, durante las «Sesiones del verano del 98», expertos austríacos, alemanes y húngaros examinaron una serie de posibilidades de prevención del consumo de drogas entre niños de tres a seis años de edad, y el Centro de Información de Prevención de la Adicción de Viena organizó una conferencia sobre la prevención del consumo de drogas en guarderías.

Además de las conferencias, los seminarios y los cursos de formación, todos los Estados miembros organizaron actividades para fomentar el diálogo con los jóvenes, aumentar la sensibilización y reforzar la autoestima. Se celebraron numerosos acontecimientos artísticos y culturales en toda la UE, incluyendo música, teatro, danza, juegos, fotografía, películas y vídeo.

En la mayor parte de los Estados miembros se pusieron de relieve los enfoques de «igual a igual», que incluían cuestiones tales como la comunicación entre jóvenes de una misma generación, el alcohol y las drogas.

Los nuevos medios de comunicación, en especial Internet, así como los CD-ROM, los grupos de charla y el vídeo, también desempeñaron su papel durante la Semana, facilitando información sobre la reducción de daños y la prevención y evaluando el conocimiento y las actitudes hacia las drogas.

Cada Estado miembro respondió al desafío fortaleciendo la cooperación y los enfoques interdisciplinarios de diversas maneras. Los Países Bajos crearon un comité directivo nacional compuesto por representantes del Gobierno y de las ONG responsables de la prevención del consumo de drogas para elaborar y aplicar programas nacionales con arreglo a las directrices de la Comisión Europea. Otras iniciativas de los Estados miembros intentaron poner de relieve en mayor medida los esfuerzos de prevención del consumo de drogas dirigiéndose a los que trabajan con jóvenes, a las estructuras ya activas en la prevención del consumo de drogas y al público en general, promoviendo la cooperación entre ellos.

Seguimiento

La Comisión Europea está evaluando actualmente la Semana y otras actividades organizadas como parte del programa de acción de la UE para la prevención de la drogodependencia (1996-2000). La evaluación global del programa de acción se está llevando a cabo con el apoyo de la «Association of Schools of Public Health in the European Region» (Asociación de escuelas de la salud pública en la región europea, ASPHER).

La metodología de evaluación tiene por objeto garantizar que los Estados miembros informen de manera coordinada sobre la Semana. Para ello, la Comisión proporcionó a todos los coordinadores nacionales un cuestionario de información elaborado por el OEDT para el intercambio de opiniones sobre el sistema de información relativo a la acción de reducción de demanda de droga

Conclusiones extraídas de la Semana Europea de Prevención del Consumo de Drogas

Aunque aún está por concluir la evaluación final, por parte de la Comisión Europea, de los acontecimientos europeos desarrollados en el marco de la Semana Europea de Prevención del Consumo de Drogas en los países participantes, ya pueden formularse algunas observaciones sobre este acontecimiento celebrado en 1998. La distribución de los informes nacionales de los centros de referencia nacionales Reitox ha contribuido a resaltar algunos de los elementos clave de la Semana.

- Las semanas europeas de prevención del consumo de drogas son instrumentos eficaces para promover actividades de prevención, tanto a escala de la UE como nacional. Los acontecimientos ayudan a fomentar y promover el intercambio de información sobre mejores prácticas de prevención a nivel europeo.
- La organización de la propia Semana de 1998 resaltó los beneficios de la coordinación dentro de la UE, y contribuyó también a que los organismos nacionales colaboraran en un contexto europeo más amplio.

(EDDRA). El OEDT también proporcionó a la Comisión y a los coordinadores nacionales sus directrices para la evaluación de la prevención del consumo de drogas, con vistas a su distribución a los responsables del proyecto.

- La campaña europea en los medios de comunicación tuvo su impacto, pero habría ganado en eficacia si hubiera abordado un mensaje específico y común de prevención del consumo de drogas similar al de la Semana Europea de Lucha contra el Cáncer.

- Teniendo en cuenta las dificultades a que se enfrentaron algunos responsables del proyecto a la hora de desarrollar el componente europeo de sus iniciativas, debería preverse algún tipo de apoyo, en fase temprana, para que la próxima semana que se celebre facilite el desarrollo de los proyectos con una dimensión a escala europea que se centren en un tema común europeo.

- El uso de los instrumentos de información del OEDT contribuirá a una presentación normalizada de las actividades de las semanas que se celebren en lo sucesivo. Sin embargo, el procedimiento de evaluación no se inició con suficiente antelación, por lo que llevará algún tiempo hasta que se complete la elaboración de un informe.

Este instrumento tiene como fin promover la evaluación de actividades preventivas y orientar a los responsables del proyecto acerca de la elaboración de actividades y la consiguiente evaluación.

Cánnabis: tendencias y respuestas

El cánnabis es la droga ilegal más común en Europa. Durante la década de los noventa se han producido cambios en relación con el nivel y las pautas de consumo y disponibilidad del cánnabis. Además, se están reexaminando los problemas sanitarios y sociales relacionados con el cánnabis, así como las medidas apropiadas, y se han intensificado los debates sobre la situación jurídica y las posibles aplicaciones médicas del cánnabis.

Los extractos de cánnabis —marihuana, hachís y aceite— están clasificados como estupefacientes en la Lista I de la Convención Única de las Naciones Unidas de 1961 sobre Estupefacientes. La Convención establece fuertes medidas de control de la producción, comercio, posesión o consumo de estupefacientes, a excepción de las cantidades necesarias para la investigación médica o científica. Estas obligaciones están reforzadas aún más por la Convención de las Naciones Unidas de 1988 contra el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas.

Los Estados miembros de la UE aplican las convenciones de la ONU en función de sus propias circunstancias locales o regionales. Algunos países o regiones toleran ciertas formas de posesión y consumo; otros países aplican sanciones administrativas o multas, mientras que otros imponen sanciones penales.

Cánnabis, marihuana y hachís

La planta *cannabis sativa* contiene la sustancia psicoactiva delta9-tetrahidrocannabinol (THC), principal componente psicoactivo de esta droga. «Marihuana» es otro término para la misma planta y se utiliza la mayoría de las veces para hacer referencia a sus hojas secas y cogollos florecidos. La resina extraída de los brotes y cogollos se conoce como hachís, y el aceite de hachís puede extraerse de la resina. Los términos «cánnabis», «marihuana» y «hachís» se utilizan habitualmente, en ocasiones sin distinción alguna entre sí.

A pesar de estos diversos planteamientos jurídicos respecto al cannabis, puede apreciarse, en la fase de procesamiento, una tendencia común en los Estados miembros, a saber, el desarrollo de una serie de medidas alternativas en casos de posesión de pequeñas cantidades de cannabis para consumo personal siempre que no concurren circunstancias agravantes.

Las multas, las fianzas, la libertad condicional, la exención del castigo y el asesoramiento son las respuestas más comunes de los sistemas judiciales europeos a los delitos relacionados con el cannabis. Al mismo tiempo, sin embargo, aumentan en varios países las detenciones policiales por delitos relacionados con las drogas, principalmente cannabis, y delitos relacionados con el consumo.

Una comprensión más exacta de la aplicación práctica de la política en materia de drogas en lo que se refiere al cannabis sólo puede lograrse a través de estudios específicos que analizan más detalladamente datos obtenidos por la policía y el sistema judicial.

Pautas de consumo

Las encuestas recientes parecen indicar que más de 40 millones de personas en la UE han consumido cannabis. Por término medio, alrededor de una de cada cinco personas de 15 y 16 años de edad y por lo menos una de cada cuatro personas de entre 15 y 34 años ha consumido cannabis alguna vez.

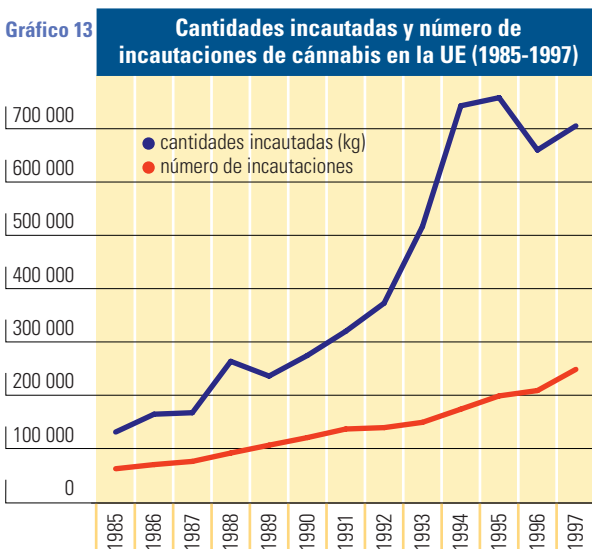
Siguen existiendo considerables diferencias entre países en torno al nivel de consumo de cannabis, pero hay indicaciones de convergencia en los niveles de prevalen-

cia. En los países de prevalencia más elevada, tras los aumentos de la década de los noventa, la tendencia parece encontrarse estable o en descenso. En los países de baja prevalencia está aumentando el consumo.

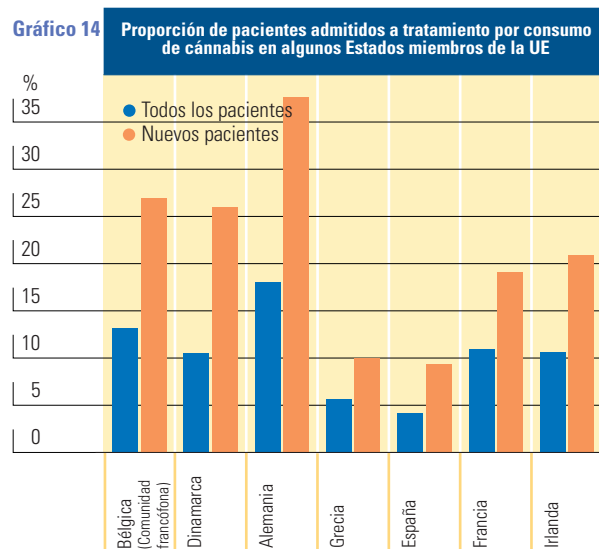
En gran parte de la UE, el consumo de cannabis no se asocia con ningún contexto o grupo social o de ocio específico. Al parecer, en muchos Estados miembros se tiende a percibir el consumo de cannabis como algo normal y común, en lugar de marginal. Sin embargo, los consumidores de cannabis no pueden considerarse como un grupo homogéneo y hay constancia de diversas pautas de consumo. Por ejemplo, en Alemania, los consumidores de cannabis viven frecuentemente de la manera más normal y sin grandes problemas, aunque en los últimos años se haya producido un claro aumento en el número de pacientes que se someten a tratamiento en centros ambulatorios por problemas relacionados con el cannabis.

Incautaciones

Las cantidades de cannabis incautadas cada año en la UE se han estabilizado desde 1994, aunque el número de incautaciones no haya cesado de aumentar. La disponibilidad sigue siendo alta en casi toda la Unión y el mercado del cannabis parece estar bien establecido, con precios relativamente estables. El cannabis incautado en la UE procede principalmente de Marruecos, aunque se han incautado cantidades menores de cannabis procedente de Afganistán, Líbano y Paquistán. España y los Países Bajos parecen ser los países de tránsito del cannabis introducido en la UE.



Notas: No se dispone del número de incautaciones en Grecia y los Países Bajos. El número de incautaciones para 1996 y 1997 está infravalorado debido a la falta de datos correspondientes a Bélgica.



Para Dinamarca se trata de «nuevos pacientes» frente a «antiguos pacientes»

Cánnabis y conducción de vehículos

Según un estudio sobre las publicaciones científicas relativas a las drogas y la conducción de vehículos, encargado por el OEDT, los resultados sobre si el cánnabis afecta a la conducción y aumenta el riesgo de accidentes de carretera son poco concluyentes.

Los estudios experimentales no son del todo coherentes, algunos no encontraron ningún efecto significativo sobre la percepción, y otros advirtieron una cierta debilitación de la atención y de la memoria a corto plazo, aunque estos efectos se observen habitualmente con dosis más altas.

En algunos estudios sobre el terreno en los que se analizaron los fluidos corporales de conductores implicados en accidentes, se encontró en muchos casos la presencia de cánnabis, pero como estos análisis pueden dar resultados positivos hasta un mes después de haberse consumido la sustancia, puede que no sean del todo fiables.

La interpretación de la posible contribución del cánnabis a los accidentes de carretera se complica aún más con la presencia simultánea de otras drogas, especialmente alcohol. Algunos estudios parecen indicar que el cánnabis no plantea un alto riesgo para los conductores, puesto que pudo comprobarse que los conductores bajo la influencia de esta droga, de hecho, conducen con más atención.

La marihuana en forma de hierba incautada en la UE procede en gran parte de Colombia, Nigeria, Sudáfrica y Tailandia. También se cultiva cánnabis en casi todos los Estados miembros, aunque hay pocos indicios de tráfico a gran escala.

cen el comportamiento y las preferencias de los consumidores. Unos estudios detallados y sistemáticos contribuirían sin duda a sentar las bases de un debate con mayor conocimiento de causa.

Potencia

En algunos países, se está desarrollando, específicamente para su cultivo en interiores, una variedad de cañamones con «pedigrí» (índica) que produce plantas espesas y cogollos de alta calidad. Muchas de estas nuevas variedades parecen proceder de plantas del Himalaya, mientras que hasta ahora el cánnabis cultivado en Europa procedía de semillas de África, el Caribe y Extremo Oriente que dan plantas más altas.

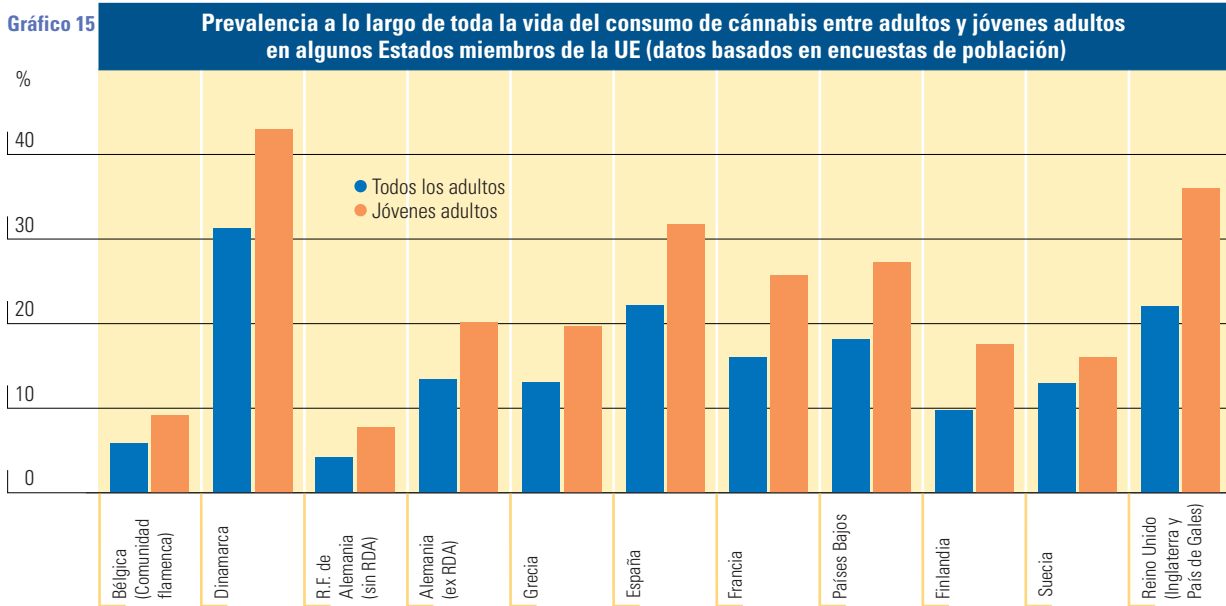
En algunos países se ha producido un aumento de la potencia del cánnabis, en especial en su variedad de hierba (marihuana), durante los últimos años, y esto ha sido motivo de preocupación, entre otros, para las autoridades policiales. Los limitados datos disponibles en los centros de referencia nacionales dan índices de contenido de THC en el cánnabis, en general, del 5 al 11 % en Alemania, del 6 al 9 % en los Países Bajos y del 2 al 14 % en el Reino Unido. En algunos casos se da una potencia más elevada, pero no siempre se especifica si esto se refiere al hachís, la marihuana o el aceite. Otros señalan que la marihuana contiene del 0,5 al 5,0 % de THC, el hachís del 2 al 20 % y el aceite de hachís del 15 al 50 %.

No está claro ni el contenido habitual de las diversas formas de cánnabis en el mercado, ni hasta qué punto ha aumentado realmente la potencia. Además, se descono-

Tratamiento

El cánnabis se considera como droga principal sólo en una minoría de los pacientes que se someten a tratamiento, habitualmente un 10 % o menos, pero aparece generalmente como droga secundaria en aquéllos que se someten a tratamiento debido a otras sustancias. Se ha observado un cierto aumento en varios países y la proporción es más alta en los nuevos pacientes que se someten por primera vez a tratamiento. La mayor parte de las solicitudes de tratamiento por cánnabis son de pacientes mucho más jóvenes que los que tienen como droga principal la heroína u otras drogas.

Hay muy pocos servicios destinados específicamente a consumidores de cánnabis, por lo que los pacientes que desean ponerse en tratamiento por problemas relacionados con esta droga generalmente acuden a centros en los que la mayor parte de los pacientes solicitan tratamiento por otras sustancias, tales como heroína o cocaína. Dado que los pacientes con problemas relacionados con el cánnabis constituyen solamente una minoría de quienes están en tratamiento en Europa y presentan un perfil diferente del de otros consumidores de droga en tratamiento, es difícil saber si el tratamiento que se ofrece es el apropiado y qué clase de planteamientos alternativos podrían ser los más útiles.



Se necesita mucha más información sobre la naturaleza de los problemas relacionados con el cánnabis. Dado que es posible que las personas que experimentan dificultades con el cánnabis estén también consumiendo otras sustancias o tengan una serie de problemas psicosociales, es importante aclarar en qué medida son necesarios servicios específicos respecto al consumo de cánnabis y en qué medida podría proporcionarse ayuda en el contexto de otras intervenciones.

Prevención

La mayoría de las iniciativas de prevención consisten en intentar convencer a los consumidores de que dejen de tomar cánnabis. Como ocurre con el tratamiento, pocas iniciativas de prevención se dirigen sólo a los consumidores de esta droga. Los servicios de ayuda telefónicos están abiertos a los consumidores de cánnabis, pero ninguno de ellos les está dedicado exclusivamente.

Todos los Estados miembros distribuyen información sobre drogas, incluyendo información sobre el cánnabis, y algunos han preparado material específico al respecto. Existen algunas iniciativas destinadas a proporcionar información de carácter general sobre el cánnabis y los efectos del THC, mientras que otras están dirigidas a los padres.

Debates y discusiones

El debate sobre si el cánnabis puede o debe utilizarse con fines médicos en Europa se ha intensificado. En la mayor parte de los países, el debate es informal, pero en Dinamarca, Alemania, España, Países Bajos, Austria y Reino Unido ha adquirido un carácter más oficial.

En otras regiones del mundo, el debate sobre el valor terapéutico de la marihuana ha llevado a discusiones políticas, centrándose sobre todo en iniciativas de reforma de las «leyes de prohibición», para permitir a los médicos recetar marihuana.

Drogas sintéticas: evolución y respuestas

La preocupación política y pública por las drogas aumentó durante la década de los noventa en respuesta al aumento y al consumo de éxtasis, al parecer generalizado, entre un amplio sector de la juventud en general. Controlar estas drogas de fácil fabricación a bajo coste, a partir de materiales fácilmente disponibles, ha sido cada vez más difícil en la UE.

Entender la cultura del baile

«No puede entenderse la cultura del baile si no se entiende el éxtasis. Es como intentar comprender la cultura de los bares sin entender la cerveza... Los pinchadiscos y los productores discográficos que dicen que no tienen nada que ver con las drogas son unos hipócritas. Deben su carrera entera a las drogas. Antiguamente, la gente solía bailar horas y horas para ambientarse. Ahora, por así decirlo, se prefiere el subidón del ascensor, en vez de ir paso a paso por las escaleras.»

Irvine Welsh (el aclamado autor de *Trainspotting* y *Ecstasy*) Entrevista en *Ministry Magazine*, abril de 1999

Definición de drogas sintéticas

El término droga «sintética» se refiere en sentido estricto a las sustancias psicoactivas fabricadas en laboratorio, frente a las drogas de procedencia natural, e incluye por lo tanto los tranquilizantes, la metadona, las anfetaminas, el éxtasis y el LSD. El término también se utiliza en relación con las nuevas sustancias que han aparecido, dentro del mercado de éxtasis, que quedan fuera de los controles legales existentes, con algunos productos deliberadamente fabricados con ese fin. Este uso del término indica, pues, una preocupación con los problemas particulares relacionados con el control de la producción y distribución de drogas sintéticas, más que reflejar las pautas de consumo.

En muchos lugares de diversión es probable que los jóvenes no sólo consuman éxtasis, sino también anfetaminas, LSD y benzodiazepinas, que son drogas sintéticas «antiguas», así como sustancias que no son drogas sintéticas como, por ejemplo, alcohol, cánnabis, cocaína, hongos alucinógenos y, a veces, heroína.

¿Qué es el éxtasis?

El «éxtasis» es el nombre común que se da a la anfetamina MDMA con sustitución en el anillo. La mayor parte de los consumidores creen que las pastillas llamadas «éxtasis» contienen MDMA, pero éste es sólo uno de los componentes de la familia de las fenetilaminas, entre las que figuran MDA, MDEA y MBDB.

A principios de los años noventa, el éxtasis se hizo muy popular entre los jóvenes, por considerar que el MDMA era seguro y no producía adicción. Esta nueva tendencia en el consumo de drogas se desarrolló en una cultura de ocio y música de masas conocida como «rave», «acid house» o «tecno».

Comparado con otros estimulantes, el éxtasis no tiende a producir oscilaciones extremas de humor (característica habitual de las anfetaminas) y, comparado con la cocaína, sus efectos positivos son mucho más prolongados. Estos efectos se experimentan generalmente como una sensación de energía, euforia y entactogenia, una combinación que le ha asignado un papel clave en los acontecimientos de música y baile. A su vez, el éxtasis contribuye al éxito de espectáculos festivo-comerciales al fomentar esa atmósfera de inclusión, hermandad y energía para bailar.

¿Qué contiene una pastilla de éxtasis?

En la fabricación de pastillas dirigida al mercado del éxtasis, los productores suelen utilizar marcas y logotipos

Efecto entactogénico

El Dr. David Nichols, profesor de química y farmacología médicas de la Universidad de Purdue, en los Estados Unidos, acuñó el término «entactógeno» para referirse a las drogas del tipo MDMA (éxtasis). Se define como efecto entactogénico de una droga la actuación de ésta como «abrazadera» emocional, facilitando la recuperación del material íntimo e intensificando el estado introspectivo. En palabras de Nichols, un efecto entactogénico «significa esencialmente provocar un contacto interior».

En palabras de un consumidor de MDMA, se tiene la sensación de que el mundo es «un lugar chachi».

Otros consumidores de éxtasis comentan que no sienten ninguna necesidad de afirmación, reconocimiento o juicio, como se advierte en la siguiente declaración: «Sentí que podía enfrentarme al mundo entero y que, al mismo tiempo, no tenía ninguna necesidad de hacerlo. Mantenía conversaciones sin sentirme coartado u obligado a competir con mi interlocutor».

Riesgos del éxtasis para la salud

El consumo excesivo o frecuente de éxtasis reduce, o elimina, el efecto entactogénico, aunque permanece el efecto energético. Por lo tanto, el consumo del éxtasis se ha limitado en su mayor parte al fin de semana, como válvula de seguridad frente a los problemas que se derivarían de su consumo intensivo o diario.

Riesgos agudos

Cálculos moderados del consumo de éxtasis en el Reino Unido a mediados de los años noventa indican un consumo de más de un millón de dosis en discotecas cada fin de semana. Esto llevó a calcular el riesgo de muerte por consumo de éxtasis en aproximadamente 1 de cada 6,8 millones. Los riesgos sanitarios agudos aumentan con la diversificación hacia un consumo más intenso y cuando se utiliza el éxtasis en combinación con drogas con efectos sedantes, tales como el alcohol, la heroína y las benzodiacepinas.

como instrumentos de comercialización para distinguir su producto del de los competidores. A pesar de estas marcas y logotipos, no hay ninguna garantía en relación con el tipo de pastilla adquirido ni lo que contiene.

La dificultad de evaluar el contenido de la pastilla es una característica clave del mercado del éxtasis y los análisis de laboratorio han demostrado que los consumidores experimentados de éxtasis se equivocan en su evaluación personal del contenido de una pastilla.

Estudios recientes llevados a cabo en algunos Estados miembros en los que se analizaron pastillas de éxtasis

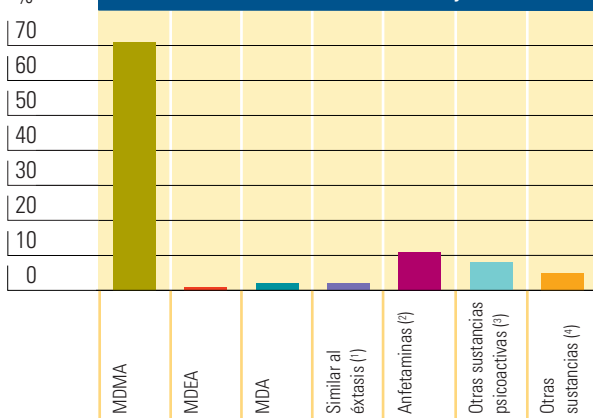
Riesgos crónicos

La investigación sobre los efectos crónicos del consumo de éxtasis se ha visto limitada por prejuicios y la escasa fiabilidad de los datos. La acumulación de pruebas científicas indica un cierto grado de neurotoxicidad relacionada con el consumo intenso de éxtasis. Recientes resultados de experimentos con monos muestran que cuatro días de exposición al MDMA causaron un cierto daño a zonas del cerebro que persistió durante seis o siete años, aunque no se comprendan todavía claramente las consecuencias de este daño. Los estudios en seres humanos han mostrado daños a las neuronas que producen serotonina, así como la debilitación de la memoria como consecuencia del efecto tóxico del MDMA sobre esas células cerebrales.

han comprobado que su contenido varía considerablemente. Algunas pastillas contienen MDMA puro, otras presentan altos niveles de anfetaminas y otras, incluso una mezcla de lactosa y cafeína.

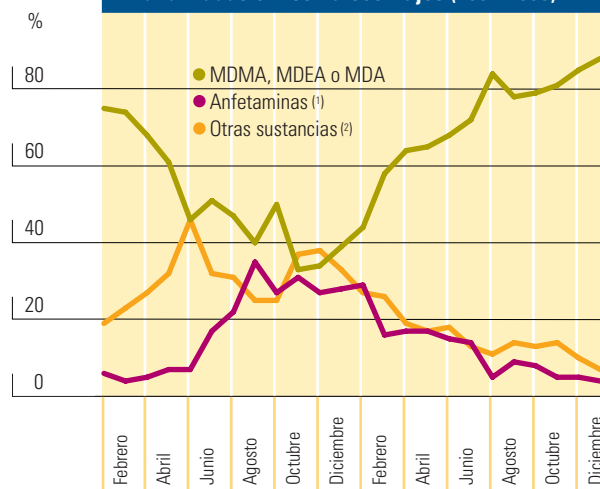
Se tiene constancia de que principalmente se producen drogas sintéticas en laboratorios clandestinos en los Países Bajos, Polonia, España y el Reino Unido. La delincuencia organizada está implicada en la fabricación y distribución de drogas de tipo éxtasis en varios países. Algunos consumidores jóvenes de drogas implicados en la distribución de tales pastillas han sido amenazados por distribuidores más organizados.

Gráfico 16 Contenido de las pastillas analizadas en el laboratorio de los Países Bajos (1998)



(1) Combinación de MDMA y/o MDEA y/o MDA con o sin sustancias (exceptuando anfetaminas).
 (2) Con anfetaminas o metanfetaminas, solo o junto con otras sustancias.
 (3) Con, por ejemplo, 2-CB, a-MBMA, cannabinoides, MBDB u otras sustancias similares al éxtasis (exceptuando anfetaminas).
 (4) Cafeína, paracetamol, quinina, yohimbina, otros fármacos y sustancias desconocidas.

Gráfico 17 Evolución mensual del contenido de las pastillas analizadas en los Países Bajos (1997-1998)



(1) Con anfetaminas o metanfetaminas, solo o junto con otras sustancias.
 (2) Todas las demás sustancias psicoactivas, no psicoactivas y desconocidas.

Prevalencia del consumo de drogas sintéticas

La fuente principal de información sobre el consumo de drogas sintéticas han sido jóvenes en discotecas y fiestas, aunque se dé también el consumo de drogas sintéticas en otras circunstancias.

Las encuestas escolares indican que la proporción de jóvenes entre 15 y 16 años que admiten haber probado las anfetaminas oscila típicamente entre el 2 y el 4 %, pero asciende de menos del 1 % en Finlandia a casi el 8 % en los Países Bajos y el 13 % en el Reino Unido. Hay una amplia diversidad en el uso de éxtasis en esta categoría de edad; menos del 1 % en Finlandia, del 5 al 6 % en Bélgica y España, y del 8 al 9 % en Irlanda, los Países Bajos y el Reino Unido.

Las cifras de prevalencia a lo largo de toda la vida del LSD entre escolares se sitúan entre el 13 y el 14 % en Irlanda y el Reino Unido, entre el 5 y el 6 % en España e Italia y el 2 % o menos en los otros Estados miembros. La proporción de adultos jóvenes que han consumido anfetaminas y éxtasis se sitúa previsiblemente entre el 2 y el 5 %, aunque los índices sean más altos en la franja de edad de 18 a 25 años.

En cuanto al consumo reciente de anfetaminas, éxtasis y LSD en el último año, los índices oscilan en general entre el 1 y el 2 %, aunque son más elevados en el Reino Unido.

Tendencias recientes

Informes recientes de varios Estados miembros se refieren a una estabilización o disminución del nivel de consumo del éxtasis y un cierto desencanto con lo que se está vendiendo como éxtasis. Los artículos en las revistas de música se quejan de la pérdida de exclusividad en las pistas de baile del mercado de éxtasis y critican las manifestaciones físicas del consumo de tipo anfetamínico con actitudes de «lenguas fofas, caras enrojecidas y muecas deformes». Esto no significa, sin embargo, que el éxtasis esté desapareciendo, sino que las pautas de consumo se están diversificando.

La disponibilidad y el consumo de anfetaminas sigue incrementando. Dentro de la amplia cultura de ocio joven se consumen sobre todo en forma de polvo y por vía nasal, o bien oralmente en forma de pastillas o añadidas a las bebidas.

Al igual que ocurre con el éxtasis, el aumento del consumo de anfetaminas apenas se refleja en indicadores

tales como la demanda de tratamiento. No es de extrañar, habida cuenta del escaso número de jóvenes que acude a los servicios de tratamiento. Esto puede significar que el aumento agudo en el consumo no está creando problemas sanitarios, o que no se han registrado los problemas, o que los servicios en materia de drogas no están respondiendo adecuadamente a esta tendencia.

Pautas divergentes, drogas divergentes

En los últimos años han empezado a aparecer en clubes y discotecas de todo tipo tanto drogas de baile como música de baile, y el consumo de alcohol está comenzando a aumentar. La naturaleza lucrativa del mercado de la música de baile parece haber llevado a la industria del alcohol a patrocinar, anunciar y promover el alcohol dirigido específicamente al mercado de las drogas de baile o del éxtasis, a menudo utilizando simbología de droga en sus estrategias.

Es difícil definir pautas más específicas de la diversificación en el consumo de drogas sintéticas. Diversos informes apuntan a un consumo cada vez mayor de alcohol y a un mayor interés por drogas de tipo estimulante, tales como anfetaminas, cocaína y alucinógenos (tales como LSD u hongos alucinógenos). Algunos organismos de bajo umbral dedicados al problema de la droga han informado del aumento de las peticiones de ayuda de jóvenes que han desarrollado un cierto grado de dependencia psicológica del fuerte consumo de droga en discotecas y fiestas. En una minoría de estos casos también se consume heroína.

Otros informes ponen de relieve el consumo de Viagra y de diversos esteroides vendidos como drogas de baile y fiesta.

Actividades relativas a la reducción de la demanda

Las estrategias principales de reducción de la demanda de drogas sintéticas en la UE pueden clasificarse según el modo en que se propongan llegar al grupo no homogéneo de consumidores en cuestión. No obstante, sólo se dispone de información procedente de algunos países.

Dado el creciente número de consumidores que incluye el consumo de droga en su vida cotidiana o en sus actividades de ocio, la prevención del daño para la salud exige proporcionar información sobre los riesgos que plantean un consumo excesivo y pastillas adulteradas.

Independientemente de las fiestas «rave», los enfoques de una acción comunitaria más amplia en vecindarios específicos y en centros de juventud tienen por objeto

fomentar la participación de los clubes «tecno» en la labor de prevención.

En el Reino Unido, las autoridades locales y las ONG elaboran tradicionalmente consejos de «baile seguro», que también se están adoptando en Dinamarca y Alemania. Al mismo tiempo, los centros de asesoramiento sobre droga están llevando a cabo campañas destinadas a diversos grupos con una variedad de mensajes sobre un «uso más seguro» o un «uso limpio».

Análisis de pastillas

Las pruebas toxicológicas de pastillas realizadas sobre el terreno sólo se llevan a cabo en algunos países, por lo que la información es incompleta. Algunos países, como los Países Bajos, consideran que el análisis anónimo y gratuito de pastillas vendidas como éxtasis en importantes eventos «rave», así como la información y el asesoramiento sobre el terreno, representa un buen planteamiento de prevención. En Austria, los análisis de pastillas se utilizan con fines de investigación y de prevención.

La misión «rave» dirigida por la organización «Médecins du Monde» efectúa análisis de pastillas en eventos «rave», recopilando, asimismo, información sobre el consumo de drogas sintéticas y sobre consumidores e intentando conversar con jóvenes sobre el consumo de droga.

Los medios de comunicación

En muchos países se utilizan los medios de comunicación de masas para sensibilizar a los jóvenes. El tema más frecuentemente abordado es el del alcohol, pero en algunos casos se hace hincapié en las drogas sintéticas. Otras campañas se dirigen a temas más concretos.

Internet es un nuevo medio que permite informarse sobre las drogas y que se utiliza en las actividades de reducción de demanda de drogas.

Un sitio «Web» de Internet denominado «Drugsmart», administrado por el Ministerio de Sanidad y Asuntos Sociales de Suecia, está dirigido a los más jóvenes, pero incluye también información destinada a profesores. El objetivo consiste en consolidar la actitud de los adolescentes que todavía no hayan consumido drogas o que hayan dejado de experimentar con ellas. Independientemente de la información detallada sobre diversas sustancias, el sitio «Web» proporciona respuestas a las preguntadas planteadas por correo electrónico y un servicio de charla para quienes deseen hablar de temas relacionados con la droga. Se están desarrollando otros sitios de Internet similares en toda Europa.

Evaluación

Las evaluaciones de las acciones sobre drogas sintéticas son escasas. Una excepción es la campaña «SafeRave» de 1997 y 1998 organizada en Dinamarca, que descubrió cierto interés en el ambiente «tecno» por tomar una postura contra las drogas, lo cual podría influir en el trabajo de prevención ulterior.

En los Países Bajos, la evaluación de los enfoques de grupos de iguales ha contribuido a un planteamiento más realista y no moralizador de la prevención del consumo de droga.

En conjunto, la evaluación de la campaña «Un baile más seguro», realizada en Londres, contribuyó a un mejor conocimiento de los efectos del éxtasis, el cánnabis y las anfetaminas.

Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías

Informe anual de 1999 sobre el problema de la drogodependencia en la Unión Europea

Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas

1999 — 37 pp. — 21 x 29,7 cm

ISBN 92-9168-075-3



OFICINA DE PUBLICACIONES OFICIALES
DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS

L-2985 Luxembourg

ISBN 92-9168-075-3



9 789291 680757 >