

**Correcciones al
Informe Anual sobre
el problema de la drogodependencia en la Unión Europea - 2000
(correcciones subrayadas)**

Página 21, bajo el subtítulo **Evoluciones en las muertes relacionadas con la droga**

En la primera viñeta, la primera fase debería decir así:

En España, Francia y, hasta cierto punto, Alemania – aunque se ha detectado un aumento reciente -, Italia, Luxemburgo y Austria, las muertes por intoxicación aguda de drogas se han estabilizado o han disminuido.

Página 28, bajo el subtítulo **Políticas nacionales en materia de droga**

La primera frase del párrafo 4 debe ser sustituida por las siguientes frases:

En Luxemburgo la coordinación de la política en materia de drogas ha pasado del Ministerio de Justicia al Ministerio de Sanidad, tras las últimas elecciones parlamentarias celebradas en 1999. En la actualidad se encuentra en proceso de discusión un proyecto de ley para abolir las condenas a prisión y reducir las multas por posesión y consumo de cannabis y derivados para uso personal, así como para volver a valorar las condenas por consumo y posesión de otro tipo de drogas para consumo personal.

Página 31, bajo el subtítulo **Enfermedades infecciosas**

El penúltimo párrafo debería decir así:

Sin embargo, el programa de vacunación contra la hepatitis B llevado a cabo en Austria sí ha tenido éxito y Alemania, Luxemburgo y los Países Bajos han registrado experiencias positivas, incluso entre los grupos con alto riesgo de consumo de drogas por vía intravenosa.

Página 32, bajo el subtítulo **Consumidores problemáticos de drogas**

La segunda frase del primer párrafo debería decir así:

En Dinamarca, el 75 % o más y en Luxemburgo, el 82% de las personas admitidas a tratamiento consumen varias drogas.

Página 33, bajo el subtítulo **Reinserción**

La última frase del primer párrafo debería decir así:

Grecia, España, Irlanda, Luxemburgo, Austria, Portugal y Finlandia han intensificado sus esfuerzos para ayudar a los consumidores de droga a integrarse o reintegrarse en la sociedad y a estabilizar su modo de vida.

La última frase del segundo párrafo debería decir así:

Grecia, España, Luxemburgo, Austria y Portugal están aumentando sus iniciativas sobre vivienda para toxicómanos rehabilitados, ya sea en albergues, apartamentos, o con familias.

Página 35, en la **Tabla 1: Sustancias de sustitución usadas en la UE**

En la primera fila - 'Buprenorfina', en la columna 'Países que han registrado el uso de la sustancia' debería decir así:

Bélgica, Dinamarca, Francia, Italia, Luxemburgo, Austria, Reino Unido.

En la segunda fila - 'Dihidrocodeína', en la columna 'Países que han registrado el uso de la sustancia', debe eliminarse la referencia a Luxemburgo.

Página 36, en la **Tabla 2: Introducción del tratamiento de sustitución en la UE**

En la fila 'Luxemburgo', en la columna 'Introducción de otras sustancias de sustitución', debería decir así:

Mephenon® (1989), Metadona (1989) (c), y Buprenorfina (2000)

Página 37, en el **Gráfico 21: Resumen del tratamiento de sustitución en la Unión Europea**

El cuadro correspondiente a Luxemburgo debería decir así:

Mephenon®, Metadona y Buprenorfina (se receta desde el año 2000)

Página 40, en la **Tabla 3: Programas dirigidos a las necesidades de las mujeres consumidoras de droga**

En la fila correspondiente a Luxemburgo, en la columna 'Madres drogodependientes y sus hijos', el símbolo correcto es: **±**



2000

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



O . E . D . T .

Observatorio Europeo de la
Droga y las Toxicomanías

Advertencia legal

Esta publicación es propiedad del Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías (OEDT) y está protegida por los derechos de autor. El OEDT no acepta responsabilidad alguna por las consecuencias que pudieran derivarse del uso de los datos contenidos en este documento. 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 la Unión Europea a través del servidor Europa en la siguiente dirección de Internet: <http://europa.eu.int>

El presente informe está publicado en alemán, danés, español, 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. Se publicará asimismo en inglés un boletín estadístico con datos epidemiológicos que se podrá encontrar en la siguiente dirección «web»: <http://www.emcdda.org>

Al final de la obra figura una ficha bibliográfica.

Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, 2000

ISBN 92-9168-093-1

© Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías, 2000
Reproducción autorizada, con indicación de la fuente bibliográfica

Printed in Belgium



O . E . D . T .
Observatorio Europeo de la
Droga y las Toxicomanías

Rua da Cruz de Santa Apolónia, 23-25

P-1149-045 Lisboa

Tel. (351) 218 11 30 00

Fax (351) 218 13 17 11

E-mail: info@emcdda.org

Dirección «web»: <http://www.emcdda.org>

Índice

Prefacio	5
Agradecimiento	6
CAPÍTULO 1	
Tendencias generales	7
Tendencias en el consumo de drogas y sus consecuencias	7
Cánnabis	7
Anfetaminas y éxtasis	7
Cocaína	7
Heroína	8
Consumo múltiple de drogas	8
Consumo problemático de drogas y demanda de tratamiento	8
Muertes relacionadas con la droga	9
Enfermedades infecciosas relacionadas con la droga	9
Otras causas de mortalidad	9
Tendencias en las respuestas al consumo de drogas	10
Evolución política y estratégica	10
Prevención	10
Reducción del daño relacionado con el consumo de drogas	10
Tratamiento	10
CAPÍTULO 2	
Prevalencia y pautas del consumo de drogas	13
Prevalencia del consumo de drogas	13
Consumo de drogas entre la población en general	13
Consumo de drogas entre escolares	15
Estimaciones nacionales del consumo problemático de drogas	16
Consecuencias del consumo de drogas para la salud	17
Demanda de tratamiento	17
Muertes relacionadas con la droga	19
Mortalidad entre consumidores de droga	21
Enfermedades infecciosas relacionadas con la droga	22
Indicadores del sistema jurídico-penal	23
Detenciones policiales por delitos relacionados con la droga	24
Datos penitenciarios	24
Indicadores del mercado de la droga: incautaciones, precios y pureza de la droga	24
Cánnabis	24
Heroína	25
Cocaína	25
Anfetaminas, éxtasis y LSD	26

CAPÍTULO 3

Respuestas al consumo de drogas

Evolución política y estratégica	27
Políticas nacionales en materia de drogas	27
Estrategia de la Unión Europea en materia de drogas (2000-2004)	29
Garantía de calidad	29
Respuestas a la reducción de la demanda	29
Prevención	29
Reducción del daño relacionado con el consumo de drogas	31
Tratamiento	32

CAPÍTULO 4

Temas escogidos

Tratamiento de sustitución	35
Sustancias de sustitución	35
Introducción del tratamiento de sustitución en la UE	36
Extensión y centros de servicios de sustitución	37
Procesamiento de los delitos relacionados con la droga	37
Posesión de heroína	37
Delitos contra la propiedad	38
Venta de drogas	39
Problemas que afrontan las mujeres consumidoras de droga y sus hijos	39
Consumo de drogas entre mujeres	39
Enfermedades infecciosas	41
Embarazo y mujeres con hijos	41
Tratamiento por consumo de drogas	41
Prevención del consumo de drogas específico para mujeres	42

CAPÍTULO 5

El problema de la droga en Europa Central y Oriental

Prevalencia y pautas del consumo de drogas	43
Cánnabis	43
Opiáceos	44
Cocaína	45
Drogas sintéticas	46
Otras sustancias	46
Respuestas	46
Respuestas institucionales y legislativas	46
Reducción de la oferta y la demanda	47

Publicaciones recientes del OEDT

49

Puntos focales Reitox

50

Prefacio

Mediante el presente *Informe Anual de 2000 sobre el problema de la drogodependencia en la Unión Europea*, el Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías (OEDT) ofrece a la Unión Europea (UE) y a los Estados miembros una visión general del fenómeno de la droga en Europa al comienzo del nuevo milenio. La exactitud de la información es esencial para lograr una acción efectiva, por lo que el OEDT, al cubrir las necesidades de información de los responsables de la toma de decisiones a todos los niveles, contribuye de un modo significativo al desarrollo de una política sobre las drogas en Europa.

El Informe Anual —preparado en estrecha colaboración con los puntos focales nacionales y de la Comisión Europea pertenecientes a la red Reitox y otros colaboradores clave— es el principal vehículo de información del Observatorio, y los datos y análisis que incluye son esenciales para la planificación e introducción de las medidas adecuadas para contrarrestar el problema de la drogodependencia, tanto a escala nacional como de la UE.

Dada la diversidad de los métodos de recogida y comparación de datos en toda Europa, el OEDT se ha propuesto desarrollar unos instrumentos específicos que faciliten el análisis de las legislaciones, políticas y estrategias en materia de drogas de todos los Estados miembros. Con este propósito, se han armonizado cinco indicadores epidemiológicos sobre el consumo de drogas —encuestas de población general, estimaciones de la prevalencia del consumo de drogas, demanda de tratamiento, muertes relacionadas con la droga y enfermedades infecciosas relacionadas con la droga— que se emplean en la actualidad. Estos indicadores no sólo proporcionan información vital sobre aspectos esenciales del fenómeno de la droga, sino que, además, tienen un gran valor estratégico. La importancia de evaluar el impacto de las políticas sobre el problema de la droga es ampliamente reconocida, y las evaluaciones futuras se llevarán a cabo basándose en estos cinco indicadores.

En su reunión de Helsinki en diciembre de 1999, el Consejo Europeo adoptó formalmente la Estrategia europea en materia de lucha contra la droga (2000-2004). Este documento establece seis objetivos que deberán cumplirse a finales de ese período:

- reducir de un modo significativo la prevalencia del consumo de drogas y de nuevos toxicómanos menores de 18 años;

- reducir de un modo significativo la incidencia de las consecuencias negativas para la salud asociadas al consumo de drogas y las muertes relacionadas con la droga;
- aumentar sustancialmente el número de toxicómanos tratados con éxito;
- reducir sustancialmente la disponibilidad de drogas ilícitas;
- reducir sustancialmente los delitos relacionados con la droga; y
- reducir sustancialmente el blanqueo de dinero y el tráfico ilegal de precursores químicos.

El OEDT, en estrecha colaboración con la Comisión Europea y los Estados miembros de la UE, se encargará de reunir los instrumentos y las metodologías necesarias para introducir, supervisar y evaluar esta estrategia durante los próximos cinco años.

En consonancia con la política de información en materia de drogas de la UE, el Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de las Drogas (PNUFID) está llevando a cabo un esfuerzo concertado —mediante el «documento de consenso de Lisboa» de enero de 2000 que suscribe siete indicadores clave armonizados— para promover a escala internacional un sistema de recogida de datos que complemente la labor del OEDT en el ámbito de la UE.

La importancia del destacado papel que desempeña el OEDT en el ámbito de la UE para obtener información fiable y comparable sobre la droga se ha visto reflejada internacionalmente por la Declaración sobre los principios rectores aplicables a la reducción de la demanda de drogas, adoptada en el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas en junio de 1998. Este reconocimiento, junto con el creciente énfasis en la evaluación de las actividades tendentes a la reducción de la demanda como base de toda estrategia nacional o internacional de éxito en la lucha contra las drogas, no puede sino considerarse como un gran paso adelante en este sentido. Espero que consideren este informe como un paso más en la misma dirección.

Georges Estievenart
Director Ejecutivo

Agradecimiento

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

- los directores de los puntos focales nacionales Reitox y su personal;
- los servicios de cada Estado miembro encargados de recoger los datos básicos para el informe;
- los miembros del Consejo de Administración y del Comité Científico del OEDT;
- el Parlamento Europeo, el Consejo de la Unión Europea —en particular, su Grupo horizontal sobre drogas— y la Comisión Europea;
- el Grupo Pompidou del Consejo de Europa, el Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de las Drogas, la Organización Mundial de la Salud, Europol, Interpol, la Organización Mundial de Aduanas y el Centro de Control Epidemiológico del Sida;
- el Centro de Traducción de los Órganos de la Unión Europea y la Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas;
- Mike Ashton y Rachel Neaman;
- Andrew Haig & Associates, diseño gráfico y composición.

Tendencias generales

Tendencias en el consumo de drogas y sus consecuencias

Cánnabis

El cánnabis continúa siendo la droga más fácilmente disponible y más ampliamente consumida de toda la UE, y a lo largo de los años noventa se produjo un considerable incremento de su consumo. Los constantes aumentos en países con niveles previos de consumo mucho menores y una cierta estabilización en países con una mayor prevalencia confirman la tendencia hacia la convergencia observada el pasado año.

- Al menos 45 millones de europeos (el 18 % entre 15 y 64 años) han probado el cánnabis al menos una vez. Alrededor de 15 millones (aproximadamente el 6 % de entre 15 y 64 años) han consumido cánnabis en los últimos 12 meses.
- El consumo es mayor en los grupos de jóvenes. Aproximadamente un 25 % de los jóvenes de entre 15 y 16 años y el 40 % del grupo de 18 años han probado el cánnabis. En algunos países, el consumo se ha duplicado desde 1990, en otros el incremento es menos notorio y en algunos se ha estabilizado.
- La «curiosidad» es el principal motivo para probar el cánnabis, y su uso es más experimental o intermitente que constante.
- El aumento en la cifra de pacientes atendidos en centros de tratamiento por consumo de cánnabis observado el pasado año se ha visto confirmado, especialmente entre los consumidores más jóvenes. Con frecuencia también se consumen otras drogas.
- El cánnabis continúa siendo la principal sustancia implicada en los delitos relacionados con la droga, principalmente por consumo o posesión más que por tráfico. El número de incautaciones ha aumentado considerablemente desde 1997.

Anfetaminas y éxtasis

Las anfetaminas y el éxtasis son el segundo tipo de drogas más consumidas en Europa. Tras el aumento producido en los años noventa, el consumo de éxtasis parece haberse estabilizado e incluso haber disminuido, mientras que el consumo de anfetaminas permanece estable o aumenta.

- Entre el 1 % y el 5 % del grupo de 16 a 34 años ha consumido anfetaminas y/o éxtasis. Los índices son superiores a medida que se estrechan los grupos de edad, pero es raro que excedan del 10 %.
- La proporción de consumidores que solicitan tratamiento por consumo de anfetaminas u otros estimulantes es baja, pero está aumentando en algunos países.
- El consumo de drogas continúa desplazándose de las grandes discotecas a clubes, bares y locales privados geográficamente más dispersos.
- Se ha observado una amplia gama de drogas y pautas de consumo ligadas a diferentes grupos sociales y estilos de vida.
- Tanto el número de incautaciones como las cantidades de anfetaminas aprehendidas se estabilizaron en 1998. Las incautaciones de éxtasis permanecen estables desde 1997, si bien las cantidades involucradas fluctúan.

Cocaína

Aunque el consumo de cocaína no es tan corriente como el de las anfetaminas o el éxtasis, su consumo está aumentando —en particular entre grupos socialmente activos— y se amplía a otros grupos de población.

- Entre el 1 % y el 6 % del grupo de 16 a 34 años y del 1 % al 2 % de los escolares han probado la cocaína al menos una vez, si bien algunas encuestas muestran niveles de hasta un 4 % entre los jóvenes de 15 a 16 años.

Informe anual de 2000 sobre el problema de la drogodependencia en la Unión Europea

- Los mayores niveles de consumo se detectan entre adultos jóvenes socialmente activos y con empleo, residentes en centros urbanos.
- El consumo de cocaína tiende a ser experimental o intermitente y normalmente se inhala en polvo.
- Muchos consumidores tratados por consumo de heroína también consumen cocaína, ya sea por inyección intravenosa o bien fumando «crack».
- Se han identificado graves problemas asociados con la adicción a fumar «crack», en particular entre las mujeres dedicadas a la prostitución.
- La proporción de consumidores que solicitan tratamiento por consumo de cocaína va en aumento en muchos países. Todavía no está claro, sin embargo, hasta qué punto guarda esta relación con el consumo de heroína o se debe a un excesivo consumo de otras drogas con fines de diversión.
- El número de incautaciones de cocaína siguió aumentando a lo largo de 1998, si bien las cantidades incautadas fluctuaron.
- Los nuevos toxicómanos admitidos a tratamiento por consumo de heroína en general la fuman en lugar de inyectársela, a diferencia de los consumidores que repiten tratamiento.
- El número de incautaciones de heroína y las cantidades confiscadas permanecen estables en toda la UE, si bien existen variaciones entre los países.

Consumo múltiple de drogas

Las pautas del consumo de drogas los fines de semana y con fines de diversión entrañan cada vez más una combinación de drogas legales e ilegales, entre las que se incluyen el alcohol y los tranquilizantes.

- Los estudios sobre la vida nocturna revelan que existe un fuerte consumo de múltiples drogas entre una minoría de jóvenes.
- Se constata también consumo de drogas sintéticas como la cetamina y el gamahidroxibutirato (HBG), pero es mucho menos corriente que el consumo de anfetaminas o éxtasis.
- Aún más significativo es el aumento del consumo de cocaína, normalmente unido a un gran consumo de alcohol.
- El abuso de sustancias volátiles (fueles ligeros, aerosoles, pegamentos) también es generalmente más frecuente entre escolares que las anfetaminas y el éxtasis, y va en aumento en algunos países.

Consumo problemático de drogas y demanda de tratamiento

Las pautas del consumo problemático de drogas —con frecuencia caracterizado por la «dependencia», especialmente de la heroína— están cambiando en la UE. Además de la dependencia de la heroína, y el problema del consumo de cocaína (con frecuencia unido al alcohol), está surgiendo un consumo de múltiples drogas como anfetaminas, éxtasis y medicamentos, así como un gran consumo de cánnabis.

- La UE tiene estimaciones de 1,5 millones de consumidores problemáticos de drogas, principalmente de heroína (entre el 2‰ y el 7‰ de los habitantes de entre 15 y 64 años). Se calcula que probablemente 1 millón necesitará asistencia clínica a causa de su dependencia.
- La proporción de consumidores que se someten a tratamiento por consumo de heroína en general está bajando, mientras que las nuevas admisiones por consumo de

Heroína

El nivel de dependencia de la heroína permanece ampliamente estable. El consumo habitual corresponde a una población mayoritariamente envejecida, con graves problemas de salud, sociales y psiquiátricos, si bien se observan indicios de consumo de heroína entre grupos más jóvenes.

- En general la experimentación con heroína se mantiene en un nivel bajo (del 1 % al 2 % en adultos jóvenes) y las encuestas escolares indican que los estudiantes se muestran muy precavidos con respecto al consumo de esta sustancia.
- Algunos países han registrado evidencias anecdóticas sobre el aumento del consumo de heroína fumada entre los jóvenes, ya que, según revelan algunas encuestas escolares, se produce una mayor experimentación.
- Se registra un consumo de heroína entre grupos de jóvenes que son grandes consumidores de anfetaminas, éxtasis y otras drogas con fines de diversión. Otros grupos de alto riesgo incluyen minorías marginadas, jóvenes socialmente muy desfavorecidos, acogidos en instituciones y delincuentes, reclusos (en particular, mujeres) y prostitutas.

Tendencias generales

cocaína o cánnabis experimentan un cierto incremento (especialmente entre los consumidores jóvenes).

Muertes relacionadas con la droga

La cifra de muertes por intoxicación aguda relacionadas con la droga (sobredosis o envenenamiento) se ha estabilizado en la UE tras los acusados aumentos de la segunda mitad de los años ochenta y principio de los años noventa. Sin embargo, las tendencias varían según los países.

- La cifra estable o decreciente puede estar relacionada con la prevalencia estable o decreciente de la heroína, un consumo más seguro o el aumento de las facilidades de tratamiento, especialmente mediante los programas de sustitución.
- Los países que anteriormente presentaban un menor número de muertes por intoxicación aguda directamente ligadas al consumo de drogas («sobredosis») han registrado un aumento considerable en los últimos años. Esto puede reflejar un aumento de la prevalencia del consumo problemático de drogas, pero también mejores métodos de detección.
- En otros países continúan registrándose aumentos menos considerables pero constantes de muertes por intoxicación aguda.
- Las cifras de muertes relacionadas con la droga son significativamente más altas entre hombres que entre mujeres, lo que refleja la mayor prevalencia del consumo problemático de drogas en el sexo masculino.
- La mayor parte de las muertes por intoxicación aguda se debe a opiáceos, con frecuencia combinados con alcohol o tranquilizantes. Algunos países han registrado cifras significativas de muerte por sustancias volátiles entre adolescentes. Las muertes relacionadas con el consumo de cocaína, anfetaminas o éxtasis son poco frecuentes.
- El índice general de mortalidad anual entre consumidores de drogas problemáticas ha descendido en algunos países, tras los aumentos registrados a lo largo de varios años. Esto se traduce en una caída del número de muertes por sobredosis y sida e indica que algunas muertes son evitables.

Enfermedades infecciosas relacionadas con la droga

Las tendencias generales en la prevalencia del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y las hepatitis B y C entre los consumidores de droga por vía intravenosa (CVI) parecen relativamente estables, si bien se han registrado algunos aumentos locales de infección por VIH.

- La incidencia de nuevos casos de sida varía considerablemente entre los países, pero en general continúa bajando, probablemente debido a los nuevos tratamientos que demoran la aparición de la enfermedad.
- La prevalencia de infecciones por hepatitis C entre consumidores de droga por vía intravenosa es elevada —del 50 % al 90 %— incluso en países con bajo índice de infección por VIH.
- Las tendencias relacionadas con la hepatitis B resultan difíciles de determinar ya que la presencia de anticuerpos puede ser indicio de la vacuna en lugar de la infección.
- Los comportamientos de riesgo que pueden transmitir infecciones son preocupantes. Los grupos de alto riesgo incluyen: los jóvenes consumidores de drogas por vía intravenosa no expuestos a anteriores campañas de educación; las mujeres, que tienden a compartir las jeringuillas más que los hombres; los consumidores de heroína por vía intravenosa que también consumen cocaína; y la población reclusa consumidora de droga.

Otras causas de mortalidad

El posible daño neuronal que pueden padecer a largo plazo los grandes consumidores de éxtasis se ha convertido en un motivo de preocupación cada vez mayor.

- El creciente número de estudios, tanto en animales como en seres humanos, indica que la exposición crónica al éxtasis provoca cambios funcionales y morfológicos en las zonas del cerebro que regulan funciones fisiológicas y psicológicas como el sueño, el apetito, el estado de ánimo, la agresividad y la percepción.
- Algunos estudios indican leves daños cognitivos en grandes consumidores de éxtasis, pero los informes científicos no se ponen de acuerdo con respecto a otras funciones. Otros temas no resueltos incluyen la variedad de dosis «peligrosas», la frecuencia del consumo y la reversibilidad o irreversibilidad de los daños.
- El consumo de HBG —sustancia que en pequeñas dosis reduce la tensión pero que en dosis mayores puede provocar intoxicaciones potencialmente mortales, en particular cuando se toma con alcohol y otros sedantes— también es causa de preocupación.

Tendencias en las respuestas al consumo de drogas

Evolución política y estratégica

Se han adoptado nuevas estrategias sobre la droga en España, Francia, Portugal y el Reino Unido así como en la propia Unión Europea.

- Las políticas nacionales en materia de drogas presentan un enfoque cada vez más equilibrado, poniendo relativamente mayor énfasis en la reducción de la demanda en relación con la reducción de la oferta.
- El problema de la droga se contempla, cada vez más, dentro de un contexto social más amplio, y los objetivos comunes incluyen la prevención del consumo de drogas, la reducción del daño y la disuasión de los delitos relacionados con el consumo de drogas.
- Para tales estrategias resulta indispensable disponer de una evidencia científica precisa, un propósito claro, unos objetivos de actuación medibles y una evaluación.
- La despenalización de los delitos por consumo de drogas se está generalizando debido al consenso alcanzado en considerar que los consumidores de droga no deben ser encarcelados debido a su adicción, y se están introduciendo paulatinamente alternativas previstas en la ley.

Prevención

La prevención del consumo de drogas en colegios, instalaciones recreativas y entre los grupos de alto riesgo se ha convertido en asunto prioritario para todos los Estados miembros de la UE.

- Los programas de prevención del consumo de drogas en los colegios combinan la información a los escolares con la realización de una serie de actividades sociales que refuercen su asertividad. La comunicación entre jóvenes de la misma edad pretende implicar activamente a los jóvenes en la puesta en marcha de actividades preventivas en sus respectivos colegios.
- También se están fomentando cada vez más la formación y las orientaciones específicas para el profesorado, así como las iniciativas dirigidas a los padres.
- Asimismo aumenta el uso de Internet como instrumento educativo indistintamente para escolares, profesores y padres.

- En algunos países se está fomentando la formación de los animadores socioeducativos y del personal de bares y discotecas en la prevención del consumo de drogas.
- La prevención del consumo de drogas sintéticas se está llevando a cabo de un modo más profesional, combinando información, trabajo ambulatorio, asesoramiento y en ocasiones análisis de pastillas.
- Con el fin de afrontar las necesidades de los grupos de alto riesgo se están llevando a cabo políticas locales entre jóvenes de distintos sectores representativos.
- Es urgente la necesidad de una metodología que evalúe el trabajo ambulatorio con grupos de alto riesgo y, en consecuencia, el OEDT está preparando unas directrices que cubran esta necesidad.

Reducción del daño relacionado con el consumo de drogas

La reducción del daño que se produce como consecuencia del consumo de drogas resulta esencial para las estrategias en materia de drogas de la mayoría de Estados miembros.

- Los programas de prevención de intercambio de jeringuillas se están extendiendo por la UE y se están intensificando las actividades en este sentido para contrarrestar el desconocimiento de los riesgos que entraña inyectarse.
- El trabajo ambulatorio y los servicios de bajo umbral están en franco crecimiento, como complemento de los centros convencionales de tratamiento a toxicómanos.
- Las «narcosalas», donde pueden consumirse drogas bajo supervisión y en condiciones higiénicas, continúan siendo un foco de controversia, y su efectividad está siendo analizada en un estudio subvencionado por la Comisión Europea.

Tratamiento

Para cubrir el creciente número y las necesidades divergentes de quienes solicitan tratamiento por consumo de drogas, en la UE se están estudiando actualmente una serie de pautas diversificadas sobre este tipo de atención.

- La colaboración entre los servicios sociales y socioeducativos y los servicios convencionales de atención a toxicómanos ha aumentado, ya que por sí solo cada uno de ellos resulta inadecuado para el tratamiento de las nuevas pautas de consumo de drogas y los nuevos grupos de consumidores.

Tendencias generales

- En toda la UE existen servicios especializados para mujeres, muchos de ellos específicamente diseñados para mujeres embarazadas y mujeres con hijos, así como prostitutas.
- Los servicios psiquiátricos y de sanidad públicos están aumentando su participación en el tratamiento del consumo de drogas múltiples.
- El tratamiento de sustitución se está extendiendo —incluso a los centros penitenciarios— tanto en cuanto al número de consumidores atendidos como al tipo de sustancias consumidas.
- También ha aumentado considerablemente la percepción de la necesidad de proporcionar una adecuada atención posterior a los consumidores de droga que salen de tratamiento o de la cárcel, o a aquellos que se someten a tratamientos de sustitución a largo plazo.
- Una gran proporción de los reclusos son consumidores de drogas y, por tanto, se intenta facilitarles cada vez más un tratamiento que evite su recaída en el consumo de drogas ilegales y en la delincuencia.

Prevalencia y pautas del consumo de drogas

Este capítulo ofrece una visión general de la prevalencia, las pautas y las consecuencias del consumo de drogas en la UE basada en encuestas, estadísticas de rutina y otras investigaciones. Se ha hecho hincapié en los datos nacionales, lo que puede enmascarar fenómenos locales o de reciente aparición.

Prevalencia del consumo de drogas

Consumo de drogas entre la población en general

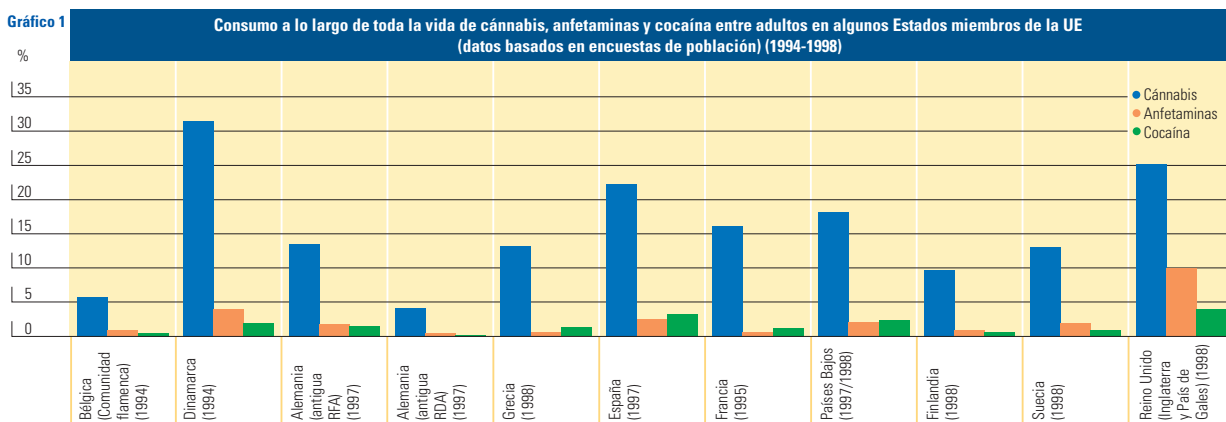
Durante la década de los años noventa se han llevado a cabo encuestas a escala nacional sobre el consumo de drogas entre la población general de once Estados miembros. Estas encuestas contienen una serie de datos útiles sobre sustancias como el cannabis, cuyo consumo es relativamente frecuente y no está demasiado mal considerado, pero no ofrecen datos fiables sobre otra serie de pautas ocultas de consumo, como el de heroína por vía intravenosa.

Las comparaciones directas entre los niveles de consumo de los Estados miembros deben hacerse con cautela, especialmente cuando las variaciones son pequeñas. Las diferencias sociales (como el grado de urbanización) o los factores

culturales (incluidas las actitudes hacia las drogas) parecen ejercer una significativa influencia, incluso cuando los métodos de investigación son similares.

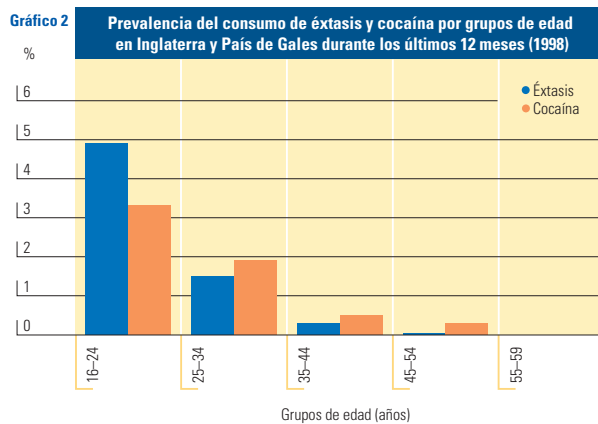
Pautas en el consumo de drogas

El cannabis es la sustancia más frecuentemente consumida en la UE. Por ejemplo, el consumo a lo largo de toda la vida (cualquier consumo durante toda la vida de una persona) entre la población adulta varía desde el 10% de Finlandia hasta el 20% o el 30% de Dinamarca, España y el Reino Unido (gráfico 1). Generalmente, el consumo de anfetaminas se sitúa entre el 1% y el 4% de los adultos, pero llega al 10% en el Reino Unido. Los adultos europeos que han probado el éxtasis fluctúan del 0,5% al 4%, y, en el caso de la cocaína la cifra oscila entre el 0,5% y el 3%. Resulta más difícil hacer estimaciones sobre las experiencias con heroína debido a su menor prevalencia y a su carácter más oculto, pero en general



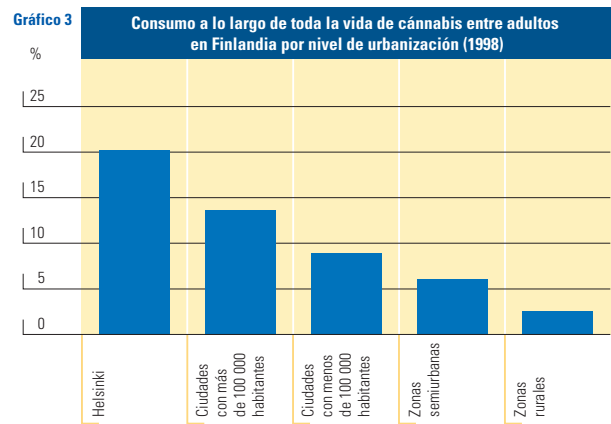
El cannabis es la droga ilegal consumida con mayor frecuencia en la UE

N.B.: Se han utilizado los datos procedentes de las encuestas de población más recientes. La franja de edad se sitúa entre 15-18 y 59-69 años. Las variaciones en las franjas de edad pueden influir en las diferencias entre países.
Fuente: Informes Nacionales Reitox 1999, procedentes de informes sobre encuestas de población o de artículos de revistas científicas.



El consumo de éxtasis y de cocaína constituye un fenómeno de juventud que disminuye con la edad

Fuente: Informe nacional del Reino Unido, 1999, tomado de Ramsay, M., and Partridge, S., *Drug misuse declared in 1998: Results from the British Crime Survey* (Abuso de drogas declarado en 1998: Resultados procedentes del British Crime Survey) (Londres: Home Office, 1999).



El consumo ilegal de drogas es superior en las zonas urbanas

Fuente: Informe nacional de Finlandia, 1999, tomado de Partanen, J., y Metso, L., *Suomen toinen huumeaalto* (La segunda ola de drogas finlandesa), Yhteiskuntapolitiikka (2) 1999.

los datos registrados señalan que está por debajo del 1 % de los adultos.

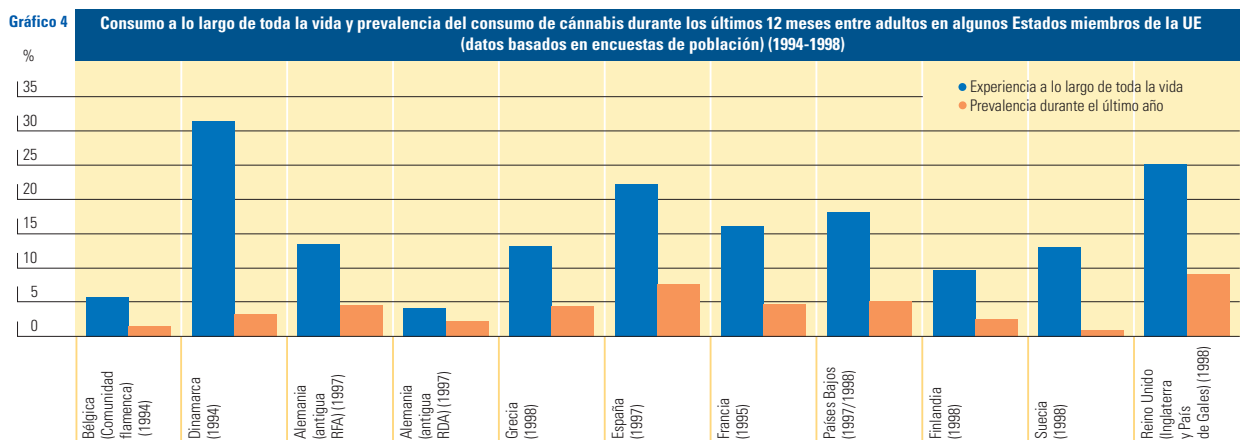
El consumo de drogas ilegales aparece más concentrado en adultos jóvenes entre 16-18 y 34-39 años, con índices que no sólo duplican, sino que superan a veces el total de la población adulta (gráfico 2). En Finlandia y Suecia han consumido cánnabis del 16 % al 17 % de los adultos jóvenes, mientras que en Dinamarca y el Reino Unido la cifra se aproxima al 40 %. Los adultos jóvenes que han probado las anfetaminas y el éxtasis se sitúan entre el 1 % y el 5 %, si bien las cifras del Reino Unido indican del 16 % al 18 % respectivamente. En cuanto a la cocaína, el porcentaje de adultos jóvenes europeos que la ha probado varía del 1 % al 6 %.

Los datos de que disponen algunos países revelan un consumo mucho mayor en áreas urbanas, si bien también puede estar difundándose por algunas zonas rurales (gráfico 3). Es posible que las variaciones en las cifras

nacionales se vean condicionadas en gran parte por la proporción relativa de la población rural y urbana de cada país (los países con una mayor proporción de población urbana tienden a presentar cifras más elevadas de consumo general de drogas a escala nacional).

El consumo a lo largo de toda la vida no es un buen indicador del uso reciente de drogas, ya que incluye a todos los que han probado las drogas, ya sea una sola vez o hace mucho tiempo. El consumo durante el año anterior (prevalencia de los últimos 12 meses) es un dato más exacto del consumo reciente (gráfico 4).

El consumo de cánnabis registrado durante los últimos 12 meses es del 1 % al 9 % entre los adultos europeos, y del 2 % al 20 % (aunque principalmente por debajo del 10 %) entre los adultos jóvenes. El consumo de otras sustancias ilegales raramente excede del 1 % entre los adultos y es inferior al 3 % entre los adultos jóvenes.



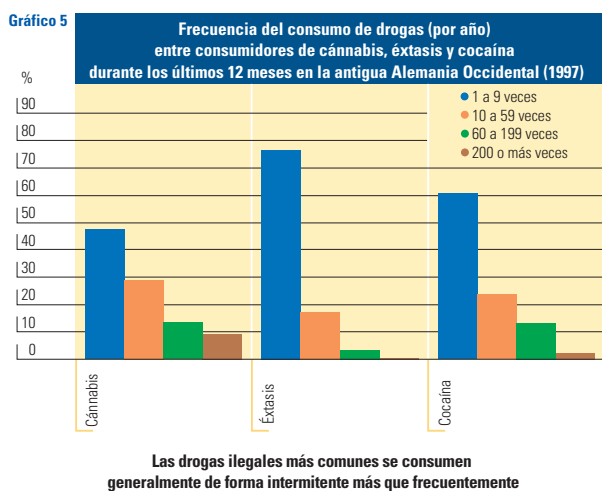
El consumo reciente de drogas se sitúa muy por debajo del consumo a lo largo de toda la vida

N.B.: Se han utilizado los datos procedentes de las encuestas de población más recientes disponibles en cada país. La franja de edad se sitúa entre 15-18 y 59-69 años. Las variaciones en las franjas de edad pueden influir en las diferencias entre países.

Fuente: Informes nacionales Reitox, 1999, tomados de informes de encuestas o de artículos procedentes de revistas científicas.

Prevalencia y pautas del consumo de drogas

Algunas encuestas indican que la mayoría de las personas que han consumido drogas recientemente tienden a hacerlo de forma ocasional (gráfico 5).



Fuente: Informe nacional de Alemania, 1999, tomado de Kraus, L., y Bauernfeind, R., *Encuesta representativa sobre el consumo de sustancias psicoactivas entre adultos en Alemania 1997* (Munich: Instituto para investigación terapéutica, 1998). Las frecuencias fueron reagrupadas por el OEDT a partir de la distribución original. Porcentajes expresados como porcentajes válidos, excluyendo la respuesta «desconocida» (cocaína 17,5 %, éxtasis 2,2 % y cánnabis 0,7 %).

Evolución del consumo de drogas

Aunque varios países han llevado a cabo más de una encuesta de población durante los años noventa, únicamente Alemania, España, Suecia y el Reino Unido han realizado encuestas comparables.

El consumo de cánnabis a lo largo de toda la vida ha aumentado durante la última década en la mayoría de los países, y los niveles parecen converger. En los países donde la prevalencia era baja a principios de la década (por ejemplo, en Grecia, Finlandia y Suecia), los aumentos han sido proporcionalmente mayores que en aquellos

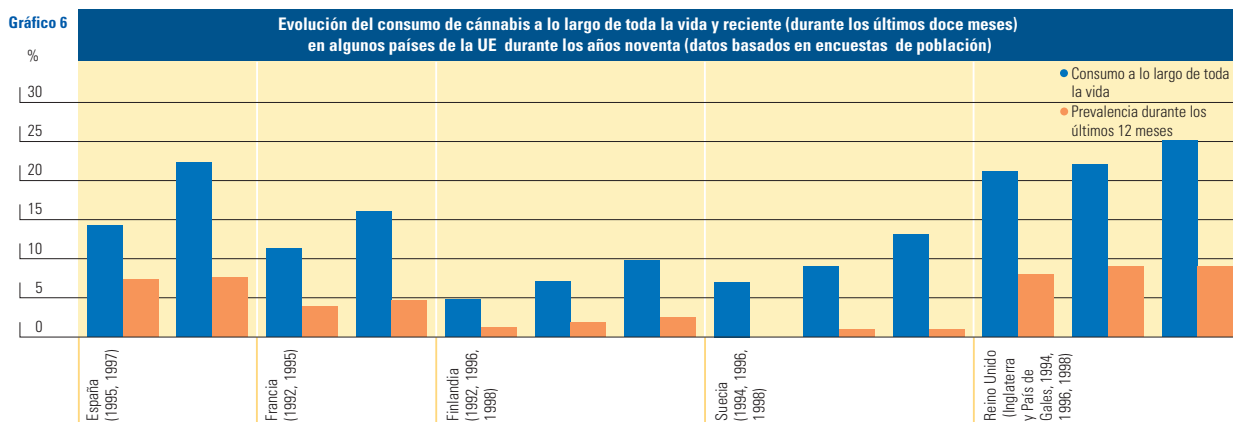
en que la prevalencia inicial era más alta (por ejemplo, Dinamarca, Alemania y el Reino Unido).

El incremento del consumo de cánnabis a lo largo de toda la vida no implica necesariamente un crecimiento paralelo del consumo reciente (gráfico 6). La prevalencia para los últimos 12 meses ha aumentado en general mucho menos que el consumo a lo largo de toda la vida, lo que implica que los aumentos registrados se deben principalmente al consumo ocasional y que la mayoría de los que consumen de forma experimental no parecen continuar consumiendo a largo plazo.

Las tendencias del consumo de otras sustancias son más difíciles de determinar porque la prevalencia es más baja. Los datos obtenidos y bien documentados, como los relativos al reciente aumento del consumo de éxtasis entre grupos de jóvenes, se diluyen entre las cifras que abarcan la población total. En algunos países, el consumo de anfetaminas, éxtasis y cocaína ha aumentado moderadamente —pero no de forma coherente— en conjunto durante la década de los años noventa, siendo el consumo de éxtasis más evidente que el de las anfetaminas o la cocaína entre adultos jóvenes en general.

Consumo de drogas entre escolares

Durante la década de los años noventa se realizaron encuestas escolares en la mayoría de los países, muchas de ellas como parte del proyecto escolar europeo de encuestas sobre consumo de alcohol y otras drogas (ESPAD). Las encuestas se llevaron a cabo en 1995 y de nuevo en 1999, centrándose en el consumo de drogas a lo largo de toda la vida de escolares de entre 15 y 16 años, pero las comparaciones directas deben hacerse con precaución (1). Al igual que en los adultos, los índices de



A pesar del aumento continuo del número de personas que han probado el cánnabis, el número de consumidores habituales no está experimentando un aumento al mismo nivel

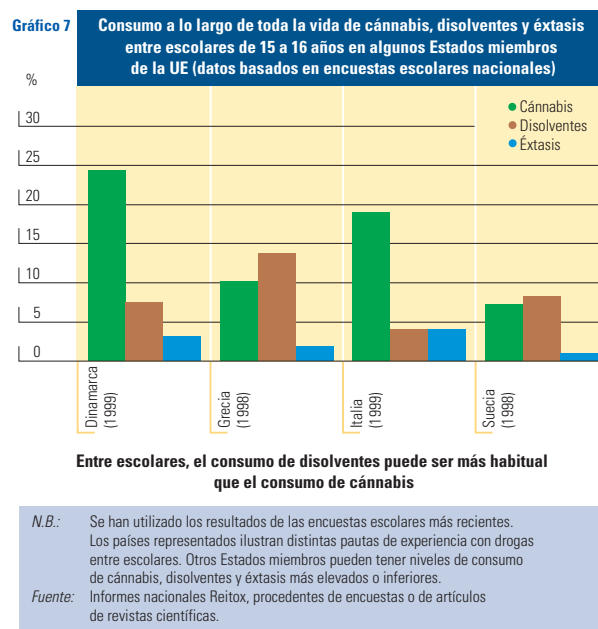
Fuente: Informes nacionales Reitox, 1999, procedentes de encuestas o de artículos de revistas científicas.

(1) Todas las cifras de escolares presentadas en este informe se refieren a escolares de 15 a 16 años, por coherencia con las encuestas de ESPAD. Los resultados de la encuesta de 1999 no están disponibles todavía.

prevalencia del consumo a lo largo de toda la vida son indicativos de un consumo experimental. Aparte de las variaciones metodológicas y contextuales, las pequeñas disparidades de edad de este grupo tienen un mayor impacto sobre las cifras.

Pautas del consumo de drogas

El cannabis es la sustancia ilegal más ampliamente consumida entre escolares. El consumo a lo largo de toda la vida varía del 5% al 7% en Portugal y Suecia al 30% y 40% en Irlanda, los Países Bajos y el Reino Unido. En algunos países, sin embargo, el consumo de disolventes es más corriente en esta franja de edad (gráfico 7).



El consumo de anfetaminas registrado entre escolares oscila del 1% al 7% y el consumo de éxtasis va del 2% al 8%, mientras que las cifras para consumo de cocaína se sitúan entre el 1% y el 4%. Algunas encuestas del Reino Unido registran un consumo superior de anfetaminas y éxtasis.

Evolución del consumo de drogas

El consumo a lo largo de toda la vida de cannabis entre escolares aumentó sustancialmente durante la década de los años noventa en la mayoría de los países de la UE. Si bien el consumo de disolventes, anfetaminas, éxtasis y cocaína también ha crecido, su prevalencia permanece muy por debajo del cannabis.

Estimaciones nacionales del consumo problemático de drogas

Metodología y definiciones

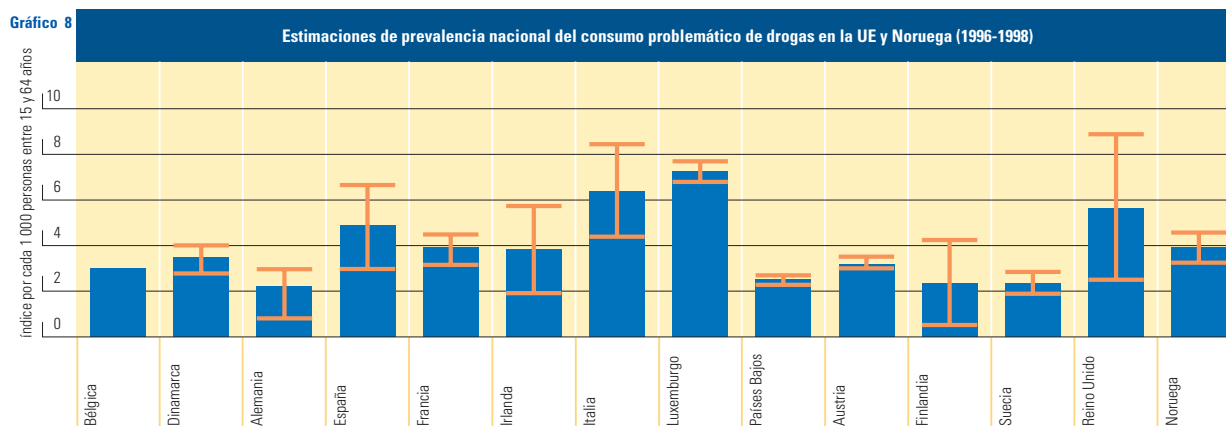
El «consumo problemático de drogas» se define como el «consumo por vía intravenosa o habitual/a largo plazo de opiáceos, cocaína y/o anfetaminas». Esta definición operativa excluye el éxtasis y el cannabis y el consumo ocasional de cualquier droga. Las estimaciones nacionales van de 1996 hasta 1998 excepto para Austria (1995) y Suecia (1992), donde faltan los datos más recientes (gráfico 8). Los índices de prevalencia se han vuelto a calcular para la franja de edad de entre 15 y 64 años, por lo que no son directamente comparables con el Informe anual de 1999 del OEDT. Las estimaciones se basan principalmente en modelos estadísticos que incorporan los indicadores relacionados con la droga e incluyen:

- un método indicador multivariable;
- toma-recuperación (de datos);
- tres multiplicadores basados en datos policiales, datos de tratamiento y tasas de mortalidad; y
- un método multiplicador que emplea las cifras calculadas anteriormente de consumidores de droga por vía intravenosa (CVI) con VIH/sida en combinación con los índices de VIH/sida entre CVI.

Los rangos del gráfico 8 se basan en las cifras más bajas y más altas por país obtenidas por diferentes métodos. Las técnicas no siempre se refieren al mismo grupo objetivo, ya que por ejemplo los cálculos anteriores cubren únicamente los CVI. Y, mientras la cifra más baja de un determinado rango define a los consumidores de opiáceos por vía intravenosa, la cifra más alta incluye otras formas de consumo problemático de drogas, como el consumo habitual no intravenoso de opiáceos, cocaína o anfetaminas.

Italia aplicó cinco métodos; Dinamarca, Alemania, Francia, Irlanda, Finlandia y el Reino Unido aplicaron tres; España, Luxemburgo y los Países Bajos emplearon dos; mientras que Bélgica, Austria, Suecia y Noruega únicamente pudieron aplicar uno. El uso de varios métodos independientes permite la validación cruzada de las estimaciones de cada país, y podría permitir realizar unas estimaciones generales más fiables. No obstante, la comparación entre países podría no ser simple, ya que la mayoría de países podrían no aplicar todos los métodos.

Prevalencia y pautas del consumo de drogas



La prevalencia del consumo problemático de drogas parece ser relativamente similar en la mayor parte de los países

N.B.: Todas las estimaciones se basan en un período de 12 meses entre 1996 y 1998, a excepción de Austria (1995), de Irlanda (1995-1996) y de Suecia (1992). No se dispone de datos para Grecia y Portugal. Los datos relativos a Bélgica sólo se refieren a los CVI y, por lo tanto, infravaloran el consumo problemático de drogas; los datos de la policía relativos a Irlanda incluyen a un 7 % de no adictos a opiáceos, 10 % de los identificados lo fueron por causa de tenencia (no necesariamente son consumidores) y en un 5 % de los casos no se especifica el modo de identificación. Suecia (1992): 1 700 a 3 350 adictos a heroína; 8 900 a 12 450 otros adictos, en su mayor parte a anfetaminas por vía intravenosa (excluyendo adictos a cannabis). De encontrarse disponibles, las estimaciones se facilitan como el intervalo entre los resultados superior e inferior procedentes de cálculos independientes. Las diferencias dependen de las fuentes de información y de los supuestos; véanse las tablas estadísticas en la dirección de Internet: <http://www.emcdda.org>.

Fuente: OEDT, proyecto CT.99.RTX.05, coordinado por el Instituto para Investigación Terapéutica, Múnich.

Estimaciones de prevalencia nacional

A pesar de las limitaciones existentes, los índices de prevalencia parecen más elevados en España, Italia, Luxemburgo y el Reino Unido (de 5 a 7 consumidores problemáticos de drogas por 1 000 en el grupo de 15 a 64 años, con fluctuaciones del 2,3 al 8,9) y menor en Bélgica, Alemania, los Países Bajos, Austria, Finlandia y Suecia (de 2 a 3 por 1 000, con fluctuaciones del 0,5 al 5,7). Dinamarca, España, Francia, Irlanda y Noruega registraron índices intermedios, mientras que Portugal y Grecia no pudieron proporcionar estimación alguna.

Los índices sugieren una escasa asociación directa entre la prevalencia del consumo problemático de drogas y las políticas nacionales en materia de drogas, ya que los países parecen presentar niveles de consumo similares, en general moderados, independientemente de que sus políticas sean más liberales o más restrictivas. Sin embargo, las políticas en materia de drogas pueden resultar significativas para minimizar algunas de las consecuencias del consumo problemático, como las infecciones y las sobredosis.

Las variables demográficas, como la estructura de edad, la densidad de población y el coeficiente urbano-rural, también pueden afectar a la prevalencia, y los factores socioeconómicos, como el desempleo, la educación o los ingresos, están en correlación con los niveles de prevalencia en algunos, si bien no en todos, los estudios. Los factores relativos a la propagación geográfica, como las rutas del tráfico de drogas, también pueden tener su influencia (véase el recuadro de la p. 18).

Consecuencias del consumo de drogas para la salud

Demanda de tratamiento

Las características de los consumidores admitidos a tratamiento, como la proporción de CVI o de consumidores de opiáceos, constituyen unos indicadores potenciales de tendencias más amplias en el consumo problemático de drogas. Sin embargo, pueden surgir algunas desviaciones, como la excesiva representación de CVI debido a su mayor necesidad de tratamiento o la infrarrepresentación de los consumidores de cocaína debido a la falta de servicios de tratamiento.

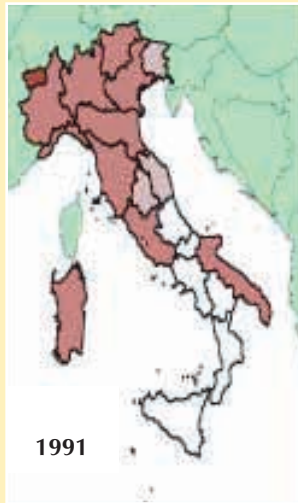
Pautas del consumo de drogas entre consumidores tratados

A pesar de las diferencias en las políticas de tratamiento y en el registro de las consultas, se observan en toda Europa unos aspectos comunes y otros divergentes que no pueden atribuirse a la metodología.

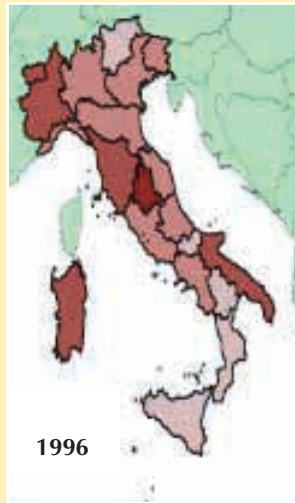
Entre el 65 % y el 95 % de los consumidores son admitidos a tratamiento por consumo de opiáceos (principalmente heroína). Las cifras son menores únicamente en la Comunidad flamenca de Bélgica, en Finlandia y en Suecia.

La cocaína constituye la principal droga de menos del 10 % de las admisiones a tratamiento, excepto en España (11 %) y los Países Bajos (17 %). Con frecuencia, la cocaína es la droga secundaria de los consumidores tratados por heroína (del 15 % al 60 % según los datos disponibles).

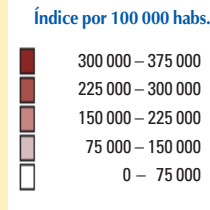
Distribución geográfica del consumo problemático de heroína en Italia



1991



1996



Hacia 1996, la epidemia se había estabilizado e incluso había disminuido en regiones en las que originalmente se había extendido con rapidez. La prevalencia de consumidores en tratamiento continuó aumentando en otras zonas donde se había mantenido baja a principios de los años noventa.

La propagación geográfica del consumo problemático de heroína en Italia parece haber seguido las principales rutas del tráfico de drogas (por ejemplo, desde los Balcanes a través de Grecia hasta Puglia), al tiempo que se desplazaba de las grandes ciudades a otras más pequeñas en zonas rurales.

En Italia, la epidemia de heroína ha llevado a un aumento de la demanda de tratamiento por consumo problemático de heroína a principios de los años noventa. Esta demanda queda indirectamente reflejada por la prevalencia de consumidores en tratamiento, lo que demuestra una propagación de norte a sur y de las regiones periféricas hacia el interior.

Fuente: Proyecto CT.98.EP.04 del OEDT, coordinado por la Universidad Keele del Reino Unido. Mapa facilitado por la Universidad de Roma, Tor Vergata.

Las anfetaminas, el éxtasis y los alucinógenos constituyen la principal droga para menos del 1% al 2% de las admisiones a tratamiento, aunque las cifras concretas para las anfetaminas resultan más elevadas en la Comunidad flamenca de Bélgica, en Finlandia, en Suecia y en el Reino Unido.

Mientras, el cannabis es la droga principal entre el 10% y el 15% de las admisiones, alcanzando alrededor del 20% en la Comunidad flamenca de Bélgica, en Dinamarca y en Finlandia, y con frecuencia es la droga secundaria entre los consumidores de opiáceos. En general, los consumidores de cannabis son mucho más jóvenes que los consumidores de opiáceos (gráfico 9), lo que sugiere que existen grupos con diferentes perfiles sociales y personales.

La proporción de CVI entre los pacientes en tratamiento varía de forma considerable, desde el 14% de los consumidores de heroína en los Países Bajos hasta el 84% en Grecia. Francia, Italia y Luxemburgo registran más del 70% de CVI entre los consumidores de opiáceos, mientras que en otros países las cifras fluctúan del 30% al 60%. Las razones de estas diferencias todavía no están claras, pero podrían atribuirse a tradiciones locales o culturales, o a factores de mercado, como la relativa disponibilidad de heroína inyectable o para fumar.

Los pacientes admitidos a tratamiento suelen ser hombres de entre los 20 y los 30 años. Irlanda registra la media de edad más baja (24,3 años) y Dinamarca la más alta (32,5 años).

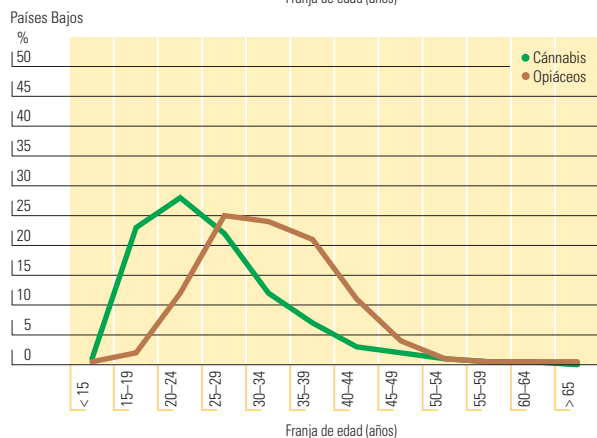
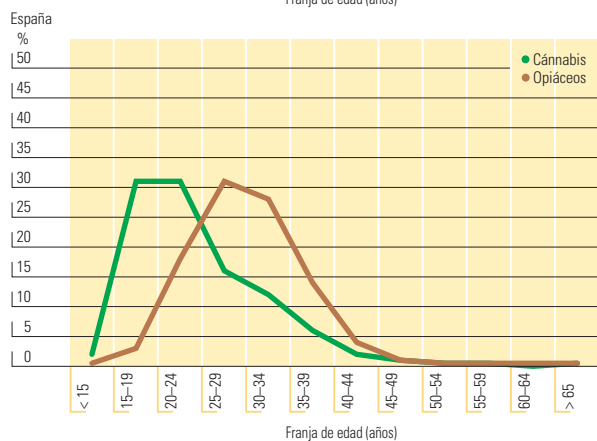
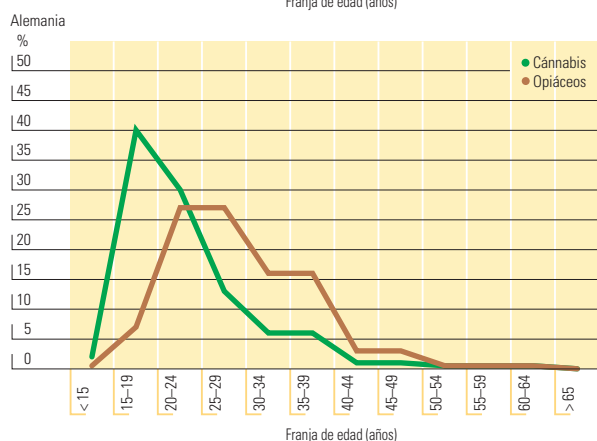
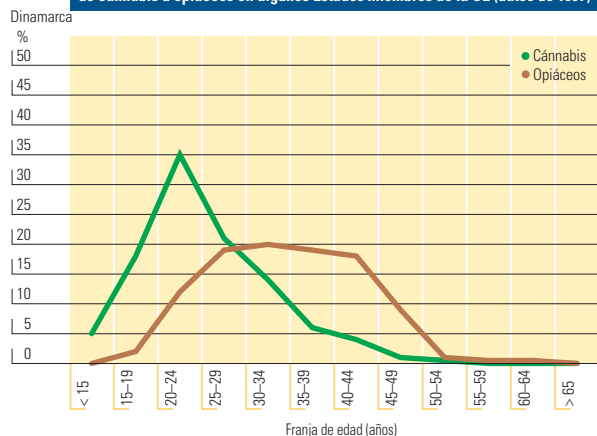
Evolución del perfil de las admisiones a tratamiento

A pesar de las sustanciales mejoras en la recogida de datos sobre los tratamientos, pocos son los países que pueden identificar las tendencias de un modo coherente. En cambio, con frecuencia se comparan las características de los consumidores que acuden por primera vez con las tendencias de la población total tratada, a fin de identificar las tendencias.

Varios Estados miembros han registrado en los últimos años un moderado aumento de la proporción de pacientes por consumo de cannabis y cocaína paralelamente a una disminución de la proporción de casos de consumo de opiáceos (gráfico 10). La proporción de pacientes que consumen anfetaminas es baja, aunque más elevada entre los nuevos pacientes. Si bien tales variaciones podrían indicar una auténtica evolución, la relevancia del aumento de pacientes por consumo de cannabis y cocaína podría reflejar en parte una disminución del número de casos de consumo de opiáceos entre los nuevos pacientes en tratamiento.

Prevalencia y pautas del consumo de drogas

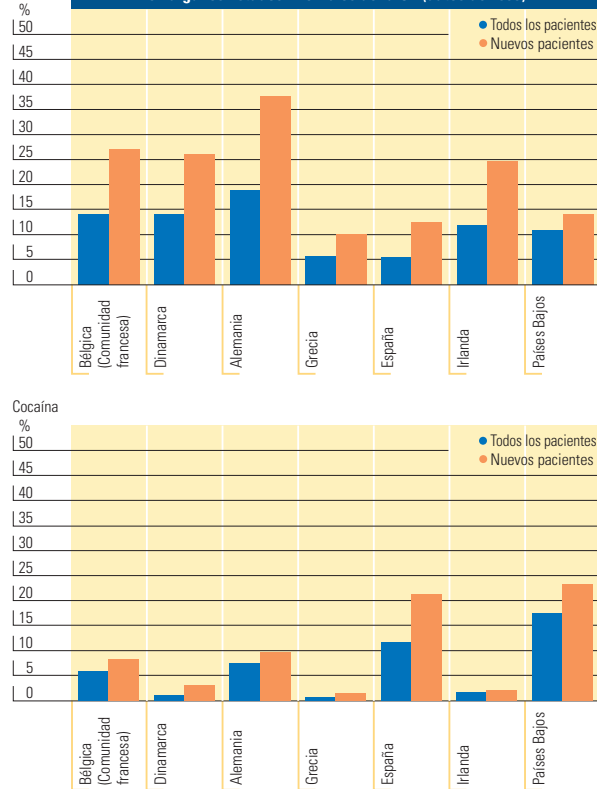
Gráfico 9 Distribución por edades de los pacientes sometidos a tratamiento por consumo de cánnabis u opiáceos en algunos Estados miembros de la UE (datos de 1997)



¿Se trata de diferentes subpoblaciones en tratamiento?

Fuente: OEDT, proyecto CT.98.EP.10, coordinado por el Instituto para Investigación Terapéutica, Múnich.

Gráfico 10 Pacientes admitidos a tratamiento por consumo de cánnabis y cocaína en algunos Estados miembros de la UE (datos de 1998)



Aumento del número de pacientes que solicitan tratamiento por consumo de cocaína

Fuente: Informes nacionales Reitox, 1999, procedentes de registros de información nacionales sobre tratamiento.

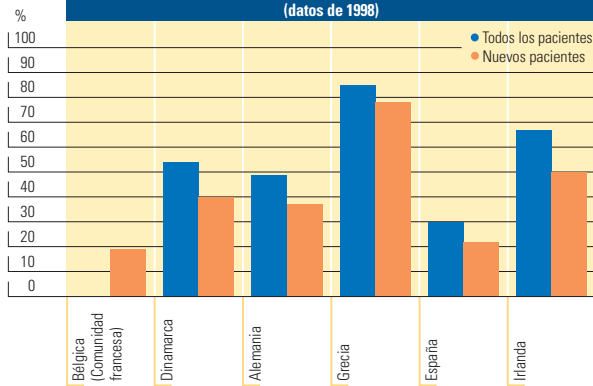
La proporción de CVI entre los pacientes tratados por consumo de heroína disminuyó en varios países durante los años noventa y no parece que aumente. La proporción de CVI entre los nuevos consumidores de heroína comparada con todos los consumidores de heroína también es notablemente baja para todos los países donde se dispone de datos (gráfico 11). Es más frecuente que los nuevos toxicómanos sean fumadores o «aspiradores» de heroína, y una proporción apreciable que actualmente no se inyecta lo hacía anteriormente. Si bien todo ello indica un cambio en las pautas de consumo, es posible que algunos fumadores con el tiempo se conviertan en CVI.

Muertes relacionadas con la droga

Metodología y definiciones

Las estadísticas nacionales sobre las muertes relacionadas con la droga se refieren, en su mayoría, a muertes por intoxicación aguda vinculadas directamente a la administración de la droga («sobredosis»), aunque Dinamarca, Alemania, Portugal y Suecia emplean unas definiciones algo más amplias. Las muertes asociadas de

Gráfico 11 Proporción de consumidores por vía intravenosa entre los pacientes sometidos a tratamiento por consumo de heroína en algunos Estados miembros de la UE (datos de 1998)



Se ha producido una disminución de la proporción de consumidores por vía intravenosa entre los pacientes sometidos a tratamiento por consumo de heroína

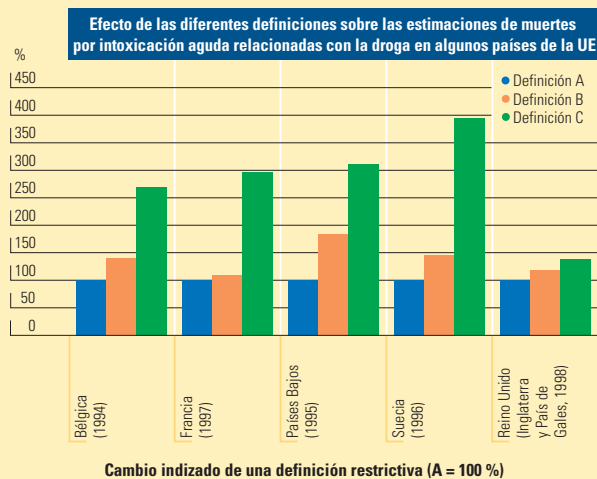
Fuente: Informes nacionales Reitox, 1999, procedentes de registros de información nacionales sobre tratamiento.

forma indirecta con el consumo de drogas (muertes por sida, accidentes de tráfico, violencia o suicidios) se evalúan de forma diferente y no se han tenido en cuenta en este informe.

Las comparaciones directas de las estadísticas de los diversos países sobre muertes relacionadas con la droga pueden conducir, sin embargo, a conclusiones erróneas, debido a la falta de definiciones y metodologías armonizadas. El OEDT colabora con Eurostat, la Organización Mundial de la Salud y los Estados miembros de la UE para mejorar esta situación (véase el recuadro que figura más abajo), pues si se logran definiciones y métodos coherentes entre los países, se logrará que las estadísticas indiquen las tendencias a largo plazo.

Efecto de las diferentes definiciones sobre las estimaciones de muertes por intoxicación aguda relacionadas con la droga en algunos países de la UE

El empleo de definiciones restrictivas o más amplias de las muertes relacionadas con la droga dentro de un mismo país conduce a estimaciones muy diferentes.



Cambio indizado de una definición restrictiva (A = 100 %)

N.B.: Datos tomados de los registros generales de mortandad.
 Definición A: Drogopsicosis, drogodependencia, consumo de droga no dependiente y envenenamiento accidental causado por el consumo de opiáceos, cocaína, estimulantes, cannabis o alucinógenos.
 Definición B: «A» más envenenamiento intencionado (suicidio) o envenenamiento con intención indeterminada causado por el consumo de las mismas drogas de adicción.
 Definición C: «B» más muertes causadas por el consumo de barbitúricos, benzodiazepinas, otros sedantes e hipnóticos.
 Fuente: Proyecto CT.98.EP.11 del OEDT, coordinado por el Instituto Trimbos, Utrecht.

La definición A más restrictiva se igualó en cada país al 100 %, y las definiciones más amplias de B y C se expresaron como porcentajes de A.

No obstante, las «definiciones nacionales» actuales de muertes relacionadas con la droga no corresponden exactamente a los grupos A, B o C expuestos. Por ejemplo, las definiciones nacionales de los Países Bajos y el Reino Unido dan resultados más o menos similares a la definición A, mientras que la definición de Suecia incluye datos que pueden aplicarse a las definiciones B y C. En Suecia, los casos también se seleccionan tomando en cuenta tanto las causas subyacentes de muerte como las que contribuyen de algún modo a ella, y no únicamente las causas subyacentes, como ocurre en el proyecto del OEDT. Esto proporciona unas estimaciones «nacionales» más elevadas, no sólo debido a las muertes por intoxicación aguda (sobredosis), sino a que también pueden incluirse las muertes indirectas relacionadas con la droga.

Incluso cuando se aplica el mismo conjunto de códigos (A, B o C del OEDT), los índices de población pueden no ser todavía totalmente comparables debido a las diferencias en los índices de autopsias o al uso de información forense en la codificación de las muertes.

Las definiciones A, B y C se desarrollaron con fines metodológicos como parte del proyecto CT.98.EP.11 del OEDT. Se refieren a casos cuya causa subyacente de muerte corresponde a los códigos de la 9ª edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-9). Se extrajeron las causas externas de muerte (envenenamiento) en combinación con la naturaleza de los códigos de lesiones a fin de indicar la droga de adicción relevante.

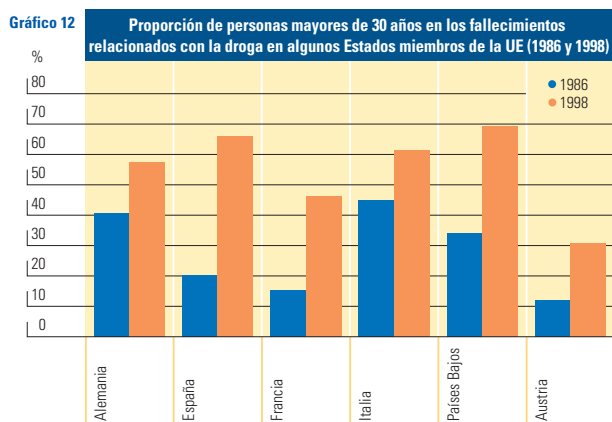
Índices de muertes relacionadas con la droga por 100 000 habitantes, según las definiciones A, B y C

	A	B	C
Bélgica (1994)	0,9	1,2	2,1
Francia (1997)	0,3	0,3	0,7
Países Bajos (1995)	0,2	0,5	0,8
Reino Unido (Inglaterra y País de Gales, 1998)	2,2	2,7	2,9
Suecia (1996)	1,5	1,9	3,6

Características de las muertes relacionadas con la droga

Los opiáceos constituyen las principales drogas registradas en la mayoría de las muertes relacionadas con la droga. La presencia de otras sustancias, en particular el alcohol y las benzodiacepinas, aumenta el riesgo de muerte en las intoxicaciones por opiáceos. Muchas de estas muertes se producen en un plazo de tres horas después del consumo, con lo que es posible la intervención médica. Las muertes por intoxicación aguda relacionadas exclusivamente con la cocaína, las anfetaminas o el éxtasis son raras, a pesar de la publicidad que se les da.

La mayoría de las muertes por opiáceos se producen entre CVI de edades entre 20 y 30 años, normalmente tras varios años de consumo. Al igual que en los pacientes admitidos a tratamiento, en varios países de la UE se ha observado entre los fallecidos una clara tendencia al envejecimiento de la población consumidora de opiáceos (gráfico 12).



Una clara tendencia al envejecimiento es evidente entre los fallecimientos relacionados con la droga

N.B.: — Los datos correspondientes a Italia se refieren a 1993 y a 1998, y los correspondientes a Austria, a 1989 y 1998.
— Los datos correspondientes a Austria se refieren a edades entre 35-64 años, y los correspondientes a Alemania, a partir de 30 años.
— Las proporciones se calcularon a partir del total de los dos grupos de edad.

Fuente: Informes nacionales Reitox 1999, procedentes de registros de mortandad nacionales o de registros especiales (forenses o de policía).

En algunos países se ha destacado el papel potencial de la metadona en las muertes relacionadas con la droga. Las investigaciones demuestran que el tratamiento de sustitución reduce los riesgos de muerte relacionada con la droga. Sin embargo, como el tratamiento de sustitución con metadona ha aumentado sustancialmente en Europa (capítulo 4), los exámenes toxicológicos de sobredosis, las muertes por sida o accidentes indican cada vez más la presencia de metadona, exista o no una relación causal. Algunos estudios locales sugieren que es muy probable que las muertes por intoxicación aguda en las que está implicada la metadona se deban al uso de metadona terapéutica robada o desviada hacia el mercado ilegal.

Evoluciones en las muertes relacionadas con la droga

En varios países, las muertes por intoxicación aguda de drogas aumentaron considerablemente entre finales de los años ochenta y mediados de los años noventa. Este incremento se ha estabilizado desde entonces en toda la UE, pero aún pueden observarse tendencias nacionales divergentes.

- En España, Francia y, hasta cierto punto, Alemania —aunque se ha detectado un aumento reciente—, Italia y Austria, las muertes por intoxicación aguda de drogas se han estabilizado o han disminuido. Esto puede ser reflejo de los niveles de consumo problemático de drogas, la reducción de CVI o un mayor acceso al tratamiento, incluido el tratamiento de sustitución.
- Después de un bajo número de muertes a principios de los años noventa, Grecia, Irlanda y Portugal registraron un considerable aumento a partir de entonces. Ello puede estar relacionado con un mayor consumo de heroína, pero también es posible que sea el resultado de los mejores métodos de registro.
- En Suecia, el Reino Unido y, hasta cierto punto, en Dinamarca, el aumento ha continuado después de las significativas cifras de muertes relacionadas con la droga a principios de los años noventa. Las razones de esta tendencia aún tienen que ser investigadas.

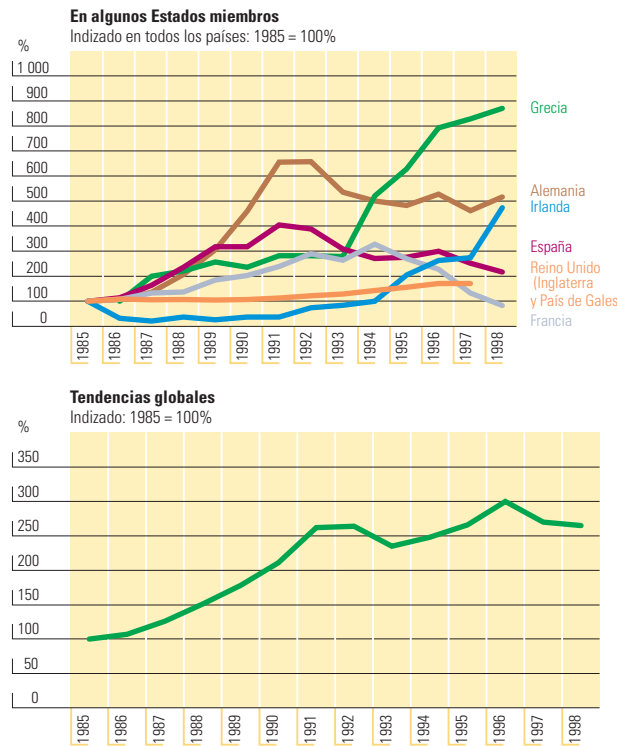
Mortalidad entre consumidores de droga

La evaluación de la mortalidad y de las causas de muerte entre consumidores problemáticos de drogas facilita la planificación y evaluación de las intervenciones de la sanidad pública y complementa las estadísticas de muertes relacionadas con la droga. La mortalidad se mide siguiendo a grupos de consumidores problemáticos de drogas, habitualmente consumidores de opiáceos seleccionados en centros de tratamiento, a lo largo de varios años (estudios de cohorte).

Los resultados indican que las tasas de mortalidad son hasta veinte veces superiores entre consumidores de opiáceos que en grupos de edad equivalentes de la población general. Entre las mujeres, la tasa puede ser treinta veces superior a la de mujeres no consumidoras de la misma edad. Estas elevadas cifras reflejan causas tales como sobredosis, accidentes, suicidios o enfermedades infecciosas. La mortalidad entre CVI es de dos a cuatro veces superior a la de toxicómanos que no se inyectan, mientras que es de dos a seis veces superior entre toxicómanos infectados por el VIH que entre toxicómanos no infectados.

En un estudio realizado en múltiples localidades y coordinado por el OEDT, el análisis de cohortes muestra

Gráfico 13 Tendencias en el número de fallecimientos por intoxicación aguda con drogas (1985-1998)



El número de muertes por intoxicación aguda se ha estabilizado de manera global en los Estados miembros, a pesar de la existencia de tendencias divergentes en algunos países

N.B.: Únicamente se encuentran representados algunos países, para ilustrar tendencias nacionales divergentes. Se presentan variaciones proporcionales en torno a las cifras de 1985. En el caso de Grecia, la serie comienza en 1986 para evitar distorsiones. En países con tendencia al alza, la tendencia puede ser consecuencia, en parte, de una mejora de la información facilitada. No todos los países proporcionan información relativa a todos los años. Dicha situación ha sido tenida en cuenta en el análisis.
Fuente: Informes nacionales Reitox, 1999, procedentes de registros de mortandad generales, o de registros especiales (forenses o de policía).

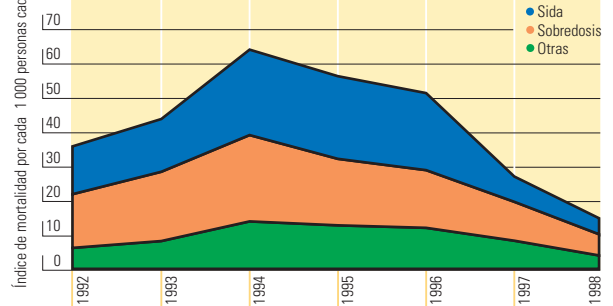
unas diferencias sustanciales en las tasas de mortalidad y las causas de muerte entre las distintas localidades. En ciudades que registran un alto grado de infección por VIH entre los consumidores de droga, el impacto del sida desde mediados de los años ochenta ha elevado las tasas de mortalidad. En Barcelona (gráfico 14), por ejemplo, la mortalidad ha llegado a más del 50% de consumidores por año desde 1992 hasta 1996 antes de descender de forma drástica, reflejando una disminución de las muertes por sida (probablemente debido a los nuevos tratamientos con antirretrovirales) y, en menor grado, de las muertes por sobredosis.

Enfermedades infecciosas relacionadas con la droga

VIH y sida

Las significativas diferencias en la prevalencia de la infección por VIH entre consumidores de droga por vía intravenosa —desde el 1% en el Reino Unido al 32% en España (gráfico 15)— no pueden explicarse simplemente por diferencias en las fuentes y métodos de recogida de datos.

Gráfico 14 Evolución de los índices de mortalidad por causa específica en Barcelona entre una cohorte de consumidores de droga seleccionados en centros de tratamiento (1992-1998)

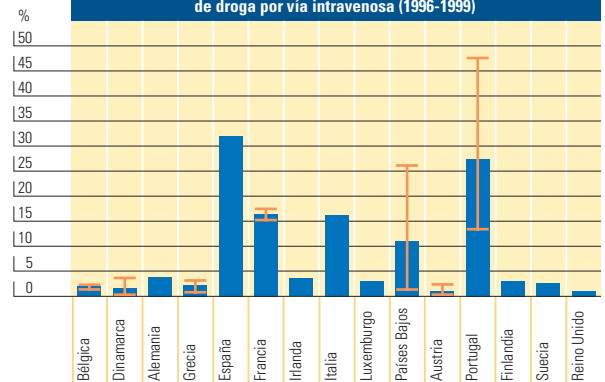


La mortalidad entre los consumidores problemáticos de droga varía en el tiempo y puede disminuir

N.B.: Las sobredosis son definidas en esta cohorte como muertes clasificadas bajo los códigos E850.0 a 859.9 de la Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª edición (ICD-9).
Fuente: OEDT, proyecto CT.98.EP.12, coordinado por el Osservatorio Epidemiologico Regione Lazio, Roma

Desde mediados de los años noventa, la prevalencia del VIH parece haberse estabilizado en la mayoría de los países tras un rápido descenso después de la primera epidemia importante entre CVI en los años ochenta. Sin embargo, continuamente se producen nuevas infecciones, contrarrestando el descenso de la prevalencia a causa de las muertes. En algunas zonas, incluso es posible que la prevalencia esté aumentando. En Finlandia, por ejemplo, los casos de VIH entre CVI han aumentado considerablemente desde 1998 (no se incluyen en este informe). A finales de 1998, la prevalencia local del VIH en un grupo de adictos (la mayoría CVI) en Lisboa alcanzó el 48%, una cifra superior a la de estudios anteriores, lo que sugiere una transmisión reciente.

Gráfico 15 Prevalencia de infección por VIH entre consumidores de droga por vía intravenosa (1996-1999)

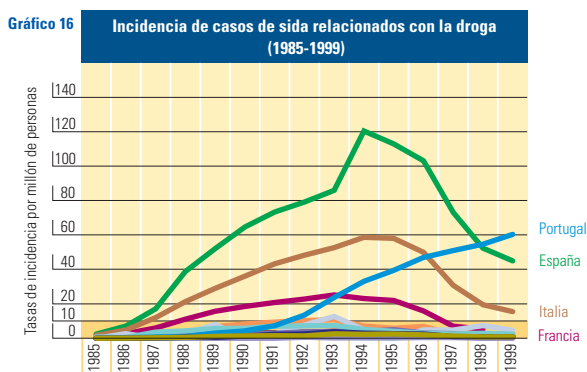


Los índices de infección del VIH reflejan diferencias entre países (y dentro de ellos)

N.B.: La comparabilidad resulta limitada, ya que las cifras proceden de fuentes diversas y son el resultado de la aplicación de métodos diferentes. Para notas metodológicas, véanse las tablas estadísticas en la dirección de Internet: <http://www.emcdda.org>. Las cifras relativas a Dinamarca, Países Bajos y Finlandia, así como las más elevadas de Austria y Portugal son locales. Las cifras sobre Alemania e Italia se refieren a consumidores de opiáceos sometidos a tratamiento e infravaloran la prevalencia de los CVI.
Fuente: Véanse las tablas estadísticas en la dirección de Internet: <http://www.emcdda.org>

Prevalencia y pautas del consumo de drogas

La incidencia de nuevos casos de sida también varía mucho entre países, aunque la tendencia general es descendente (gráfico 16). Este descenso probablemente se debe a los nuevos tratamientos que retrasan la aparición del sida. En Portugal, los índices de nuevos casos de sida no disminuyen, lo que posiblemente indica una baja administración del tratamiento o un aumento de los índices de infección por VIH. La proporción de CVI entre todos los casos acumulados de sida también difiere de forma significativa entre países, ilustrando ciertas variaciones en la importancia relativa de los CVI en la epidemia de sida.



Los casos de sida continúan disminuyendo en la mayoría de los países afectados, con excepción de Portugal

N.B.: Las cifras están adaptadas debido a retrasos en la facilitación de información. En algunos países podrían existir pequeñas diferencias entre las tasas de incidencia facilitadas por el Centro Europeo para el Control Epidemiológico del Sida y las cifras nacionales debido a retrasos en la facilitación de información.
Fuente: Centro Europeo para el Control Epidemiológico del Sida, París.

Hepatitis B y C

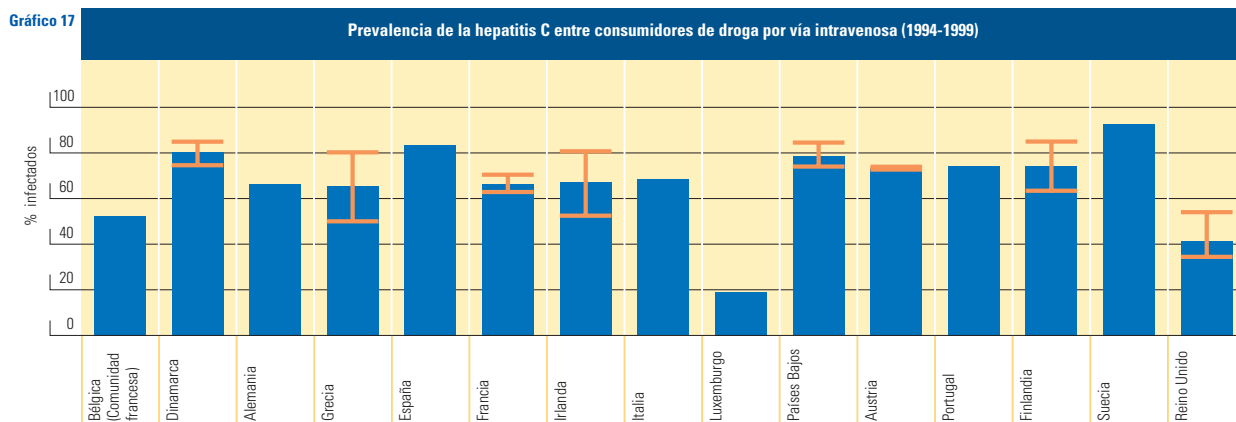
La infección por hepatitis C es más prevalente en CVI y más uniforme en toda la UE que la infección por hepatitis B. Mientras que la prevalencia de anticuerpos de hepatitis B es del 20% al 70%, la prevalencia de infección por hepatitis C fluctúa entre el 20% y más del 90%, incluso en países con bajo índice de infección por VIH, como es el caso de Grecia (gráfico 17).

En la mayoría de los países, un mayor acceso a las agujas y jeringuillas esterilizadas, la mayor disponibilidad de preservativos, el asesoramiento y las pruebas del VIH, así como los tratamientos de sustitución, han contribuido a controlar la transmisión del VIH entre CVI. Y, si bien tales medidas pueden ayudar a reducir la infección por hepatitis C entre CVI, no han logrado evitar su propagación. La persistencia de la infección por hepatitis C entre nuevos CVI exige respuestas innovadoras. Asimismo resulta necesario igualmente un sistema de vigilancia a nivel de la UE.

Hay pocos datos nuevos sobre la infección por hepatitis B y por ello no se presentan aquí. La prevalencia del total de anticuerpos no constituye una medida satisfactoria, ya que refleja al mismo tiempo la vacunación y las infecciones pasadas, actuales o crónicas. Sin embargo, la cifra de CVI que no presenta anticuerpos de la hepatitis B indica que hay una población de riesgo que se beneficiaría de la vacunación. Todos los que permanecen infectados podrían ser identificados mediante el uso de un marcador serológico específico (el antígeno superficial HBsAg de la hepatitis B). Los datos disponibles sobre los niveles de HBsAg se incluirán en futuros informes anuales.

Indicadores del sistema jurídico-penal

Los datos de las autoridades policiales relacionados con las drogas reflejan variaciones en las legislaciones nacionales, así como en los recursos y prioridades. Si bien las diferencias en los procedimientos de registro y las definiciones impiden establecer comparaciones precisas, en la medida de lo posible se describen las tendencias.

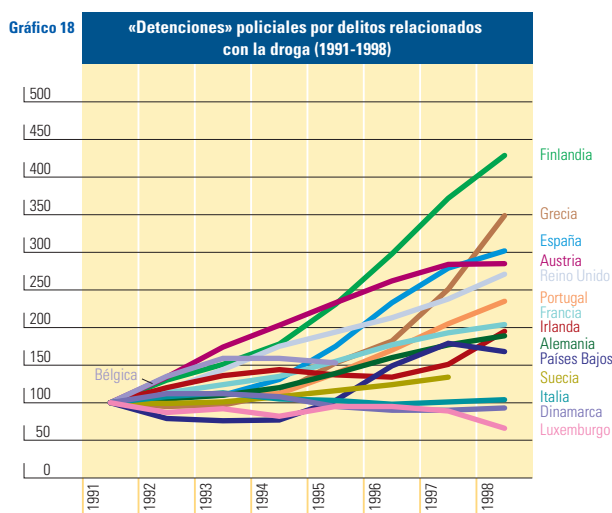


Los índices de infección por virus de la hepatitis C entre consumidores de droga por vía intravenosa son extremadamente altos

N.B.: La comparabilidad resulta limitada, ya que las cifras proceden de fuentes diversas y son el resultado de la aplicación de métodos diferentes y muchas de ellas no son nacionales. Las cifras relativas a Dinamarca, Alemania, Países Bajos, Austria, Portugal y Finlandia son locales. Para notas metodológicas, véanse las tablas estadísticas en la dirección de Internet: <http://www.emcdda.org>
Fuente: Véanse las tablas estadísticas en la dirección de Internet: <http://www.emcdda.org>

Detenciones policiales por delitos relacionados con la droga

Las detenciones policiales ⁽²⁾ por cualquier delito relacionado con la droga en Europa han aumentado de forma continuada desde mediados de los años ochenta y de manera considerable desde 1994. Grecia, España, los Países Bajos, Portugal y Finlandia destacan en cuanto al mayor número de detenciones recientes, mientras que en Dinamarca y Luxemburgo los niveles se han estabilizado.



El número de «detenciones» por delitos relacionados con la droga ha aumentado en la mayoría de los países

N.B.: En 1998 han sido introducidos valores reales para todos los países, así como para Suecia en 1997, dado que, en estos casos, no ha sido posible calcular medias móviles con los datos disponibles. La serie se interrumpe en 1996 y en 1997 en el caso de Bélgica, dado que no se dispone de datos en estas fechas para este país. El valor de 1998 debería leerse como «193». La cifra relativa a Grecia para 1998 hace referencia al número de imputaciones. Fuente: Informes nacionales Reitox, 1999.

En 1998, el cánnabis era la sustancia más frecuente en las detenciones policiales por delitos relacionados con la droga, representando el 39% del total de tales detenciones policiales en Irlanda y el 85% en Francia. En Italia, Luxemburgo y Portugal, del 40% al 60% de las detenciones policiales guardaban relación con la heroína, mientras que en Suecia el 55% implicaba a las anfetaminas, una cifra marginalmente superior que para el cánnabis. En los Países Bajos, la mayoría de las detenciones policiales por delitos están relacionadas con las «drogas duras» (implican sustancias distintas del cánnabis).

En todos los países donde la posesión o el consumo de drogas ⁽³⁾ está penalizado, tales delitos predominaron durante 1997 y 1998; desde el 61% de todos los delitos relacionados con la droga en Portugal hasta el 87% en Austria (aunque esta cifra incluye el tráfico de pequeñas cantidades de droga). En Luxemburgo, la mayoría de las detenciones policiales se producen por consumo y tráfico de drogas.

Datos penitenciarios

Los datos rutinarios sobre consumo de droga en centros penitenciarios se recogen en raras ocasiones, y la mayor parte de la información procede de estudios de casos locales. Mientras que una elevada proporción —hasta el 90% en algunos casos— de reclusos en custodia y condenados son consumidores de droga, el número de consumidores problemáticos de drogas es menor y fluctúa entre el 20% y el 50% del total de la población reclusa en la mayoría de los Estados miembros.

Consumo de droga en centros penitenciarios

Los estudios registran un consumo de drogas en centros penitenciarios en la mayoría de los países de la UE ⁽⁴⁾. Algunos reclusos comienzan a consumir drogas en la cárcel. También existen datos sobre la iniciación del consumo de drogas por vía intravenosa (CVI) en la cárcel. Aunque este consumo por vía intravenosa parece ser menos frecuente dentro que fuera de la cárcel, hasta el 70% de los CVI comparten agujas y jeringuillas en algunos centros penitenciarios.

Indicadores del mercado de la droga: incautaciones, precios y pureza de la droga

Si bien las incautaciones de droga pueden indicar indirectamente la oferta y disponibilidad de las drogas, también reflejan las prioridades y estrategias del sistema jurídico-penal, así como la probabilidad de que se incauten diferentes drogas. Las cantidades incautadas (gráfico 19) resultan difíciles de analizar, ya que, aparte de algunas aprehensiones excepcionalmente grandes, habitualmente fluctúan bastante. El número de incautaciones (gráfico 20), que en algunos países incluye una mayor proporción de pequeñas incautaciones entre minoristas, permite indicar con mayor precisión las tendencias en cuanto a la disponibilidad en el mercado nacional. Los datos sobre estas aprehensiones deben analizarse junto a otros indicadores del mercado, como precios, pureza de la droga, disponibilidad y estructura del mercado. Estos datos son todavía muy escasos a escala nacional, lo que hace difícil obtener un cuadro exacto del mercado de la droga.

Cánnabis

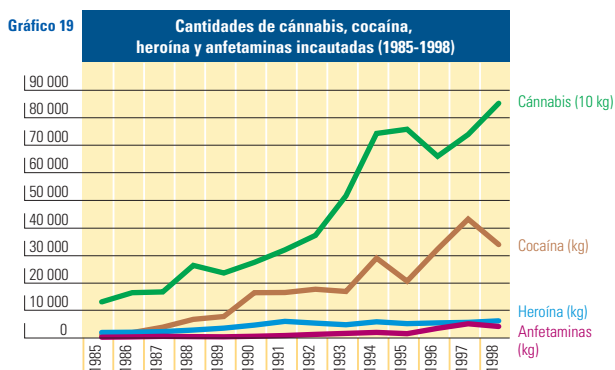
En todos los países de la UE, con la excepción de Portugal, el mayor número de incautaciones corresponde al cánnabis. Desde 1985, la cantidad de incautaciones de

⁽²⁾ Los Estados miembros definen las detenciones policiales por delitos relacionados con la droga de diferentes formas. El término puede referirse, por ejemplo, a delinquentes sospechosos o acusados de delitos contra leyes relativas a la droga.

⁽³⁾ No se dispone de datos para Dinamarca o Italia.

⁽⁴⁾ Para las fuentes, consúltense las tablas estadísticas en la dirección «web»: <http://www.emcdda.org>

Prevalencia y pautas del consumo de drogas



Las cantidades de cánnabis y cocaína incautadas han aumentado claramente durante la década de los años noventa

N.B.: — En los casos en que no se dispone de datos, el número de incautaciones está infravalorado.
 — No se dispone de datos del número de incautaciones de cánnabis en Bélgica en 1998.
 — No se dispone de datos del número de incautaciones de anfetaminas entre 1996-1998 en Bélgica ni en 1998 en Austria.
 Fuente: Informes nacionales Reitox, 1999.

cánnabis ha aumentado de forma continuada, y más acusadamente desde 1997. Las cantidades incautadas también se han visto incrementadas —a pesar de la caída en 1996— alcanzando un máximo de 853 toneladas en 1998. En ese mismo año, España siguió siendo el país con la mayor cantidad de cánnabis incautado, aunque el Reino Unido registró un número total de incautaciones que duplicaba la de España.

En general los precios del cánnabis se mantienen estables en toda la UE. En Alemania, la concentración del cánnabis se mide por el porcentaje que contiene de la sustancia psicoactiva delta9-tetrahidrocannabinol (THC), que en 1998 presentó fluctuaciones desde menos del 3 % hasta el 20 %, y cerca de la mitad de las muestras de hachís analizadas contenían entre un 6 % y un 9 % de THC.

Heroína

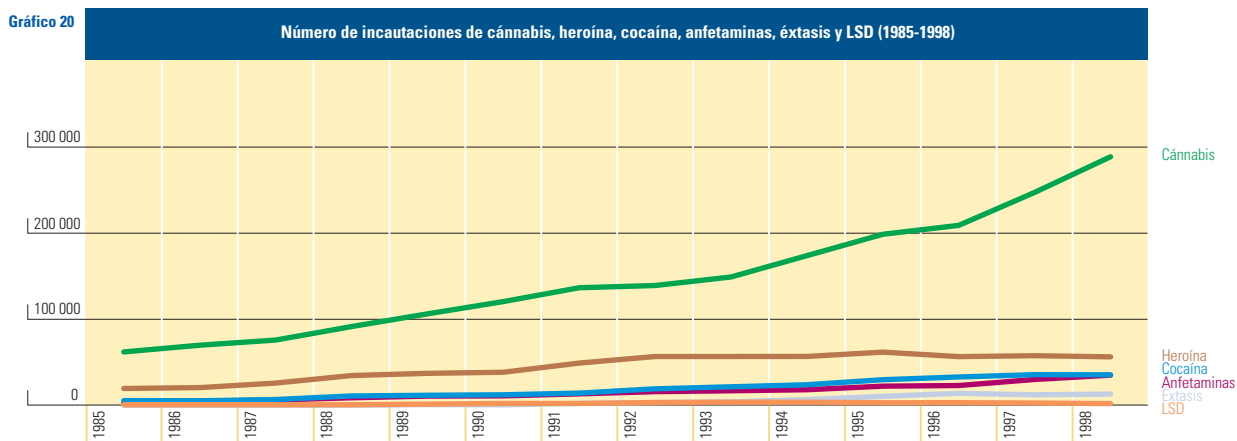
Después de los aumentos observados desde 1985 hasta 1991-1992, tanto el número de incautaciones de heroína como las cantidades incautadas se han estabilizado en toda la UE, con algunas variaciones entre países. El número de incautaciones ha disminuido notablemente desde 1995 en Dinamarca, Alemania, Francia, Italia, Luxemburgo y Austria, pero ha aumentado en Irlanda, Finlandia, Suecia y el Reino Unido. Las cantidades de heroína incautadas también han fluctuado, con descensos en Alemania, Francia y Finlandia durante los tres últimos años. Durante 1998, en los Países Bajos se incautó un tercio de la cantidad total de heroína de la UE, mientras que el Reino Unido, seguido de España, registró el mayor número de incautaciones.

El precio de la heroína en la calle parece que permanece constante en Bélgica, Irlanda y Luxemburgo, y se estabiliza después de un descenso en Alemania. España y el Reino Unido han registrado un aumento en la disponibilidad de la heroína más barata, especialmente la «marrón», la heroína que se fuma en el Reino Unido.

La pureza de la heroína también fluctúa, situándose por debajo del 20 % en Alemania y Grecia, hasta alcanzar del 35 % al 40 % en Irlanda y el Reino Unido. En Dinamarca, la pureza media registrada de la droga es superior al 60 %.

Cocaína

Las incautaciones de cocaína en la UE siguieron aumentando en 1998 hasta un total de 35 060. Esta tendencia es evidente en casi todos los Estados miembros, pero resulta especialmente clara en España, Irlanda y el Reino



El cánnabis es la droga más frecuentemente incautada, seguida por la heroína

N.B.: No se dispone de datos para Grecia; sólo se dispone de datos para Dinamarca y Portugal desde 1988, desde 1997 para los Países Bajos y entre 1993-1996 para Finlandia. No se dispone de datos de las cantidades de anfetaminas incautadas en Bélgica desde 1996, ni en los Países Bajos y Austria en 1998. La mayoría de las series de datos relativas a incautaciones de éxtasis comienzan a principios de los noventa, con excepción de España, Francia, Italia y el Reino Unido. No se dispone de datos para Bélgica en 1996 y 1997 ni para los países Bajos en 1998; los datos para Bélgica en 1998 incluyen anfetaminas. El número de incautaciones de éxtasis entre 1985-1994 está sobrestimado debido a la inclusión de datos sobre el LSD en la información relativa a España. No se dispone de datos de las cantidades de LSD incautadas en los Países Bajos y Finlandia en 1998.
 Fuente: Informes nacionales Reitox, 1999.

Unido. Las cantidades aprehendidas fluctúan, si bien la tendencia general es ascendente. En comparación con 1997, la cantidad total de cocaína incautada en la UE durante 1998 disminuyó un 21 % hasta alcanzar las 34 toneladas, reflejando principalmente el descenso en España y Portugal. En 1998, las mayores incautaciones tuvieron lugar en España y los Países Bajos.

El precio de la cocaína es generalmente estable en la UE, si bien baja en Alemania y el Reino Unido. La pureza de la droga de venta minorista se sitúa entre el 50 % y el 60 %, excepto en Grecia, donde fluctúa del 5 % al 10 %, y en Irlanda, donde registró el 38 % en 1998.

Anfetaminas, éxtasis y LSD

Después de un aumento constante desde mediados de los años ochenta, la cantidad de incautaciones de anfetaminas en la UE se niveló durante 1998 en unas 35 000, y de ellas, más de la mitad se produjo en el Reino Unido. Los Países Bajos y el Reino Unido presentan las mayores cantidades de anfetaminas incautadas, aunque se produjo un descenso del 45 % en las cantidades encontradas en el Reino Unido en 1998, lo que hizo que la cantidad total para la UE disminuyera un 19 % hasta alcanzar, aproximadamente, las 4 toneladas. En Finlandia, Suecia y el Reino Unido, las anfetaminas son la segunda droga más frecuentemente incautada tras el cannabis.

Después del aumento constante que se produjo con las primeras incautaciones registradas desde finales de los años ochenta hasta mediados de los años noventa, las

incautaciones de éxtasis disminuyeron o se estabilizaron en la mayoría de los Estados miembros durante 1997 y 1998. La cifra de pastillas encontradas aumentó notablemente hasta alcanzar la cantidad máxima de 9,9 millones en 1996 antes de caer hasta los 4,2 millones en 1997 y subir nuevamente hasta los 6,2 millones en 1998. Las mayores cantidades se detectaron en el Reino Unido, seguido de los Países Bajos y Francia.

Tanto las cifras de incautaciones de lisérgida o amida del ácido lisérgico (LSD) como las cantidades incautadas aumentaron hasta 1993 para descender, en general, desde entonces, a pesar de las fluctuaciones producidas en la mayoría de los países. El LSD es una sustancia menos frecuentemente incautada que las anfetaminas o el éxtasis.

Los precios tanto de las anfetaminas como del éxtasis disminuyeron a finales de los años noventa, pero actualmente parecen haberse estabilizado en algunos Estados miembros.

La pureza de las anfetaminas varía desde el 6 % en Irlanda hasta el 100 % en Grecia. En contraste, la composición de las pastillas vendidas como «éxtasis» varía considerablemente. Mientras que la mayoría de las pastillas contienen MDMA o sustancias similares (MDEA, MDA), también pueden incluir o estar totalmente compuestas de otros ingredientes activos como las anfetaminas o la cafeína. El aspecto físico de las pastillas normalmente no indica su composición, ya que se usan con frecuencia las mismas formas o logotipos para distintos contenidos.

Respuestas al consumo de drogas

Este capítulo presenta un resumen de la evolución en las políticas y estrategias relativas a la droga a escala nacional y de la UE, y hace referencia a la cuestión de la garantía de calidad asociada a las mismas. También se evalúan las respuestas al problema de la droga en los ámbitos de la educación, la sanidad, los servicios sociales y el sistema jurídico-penal.

Evolución política y estratégica

Políticas nacionales en materia de drogas

Las políticas nacionales en materia de drogas emplean un enfoque cada vez más equilibrado, y ponen más énfasis en la reducción de la demanda que en la reducción de la oferta. La prevención y la reducción del daño relacionado con las drogas son los elementos más comunes, y las estrategias recientemente adoptadas en España, Francia, Portugal y el Reino Unido —así como en la propia Unión Europea— demuestran una tendencia a considerar el problema de la droga en un contexto más amplio que incluye la pobreza, el desempleo y la marginación social.

Los elementos clave de estas estrategias en materia de drogas son:

- análisis y evidencia científica como base de las decisiones;
- prioridades claras y objetivos comunes;
- objetivos de actuación para evaluar los progresos; y
- evaluaciones para medir la efectividad de la estrategia.

La coordinación en los ámbitos nacional, regional y local es fundamental, y los coordinadores nacionales deben gestionar y al mismo tiempo asumir su responsabilidad al introducir una determinada política. En Alemania, Italia y Luxemburgo, debido a que las prioridades se han desplazado desde las políticas represivas hacia la prevención y la atención, la responsabilidad de la política relativa a

la droga también se ha desplazado de los respectivos Ministerios de Interior a los Ministerios de Sanidad y Asuntos Sociales. Los servicios en materia de drogas se encuentran cada vez más integrados dentro de los sectores de la atención sanitaria, social y del sistema jurídico-penal, y también han ampliado su colaboración las redes de comunicación entre los responsables del diseño de las políticas y los encargados de su aplicación a nivel local, así como entre las autoridades nacionales, regionales y locales.

Los nuevos elementos de la política alemana en materia de drogodependencia, adoptada en febrero de 2000 se centran en la reducción del daño relacionado con las drogas y la asistencia a consumidores de droga muy desfavorecidos, proporcionando, por ejemplo, un marco legal para las «narcosalas». La estrategia de España sobre las drogas para el período 2000-2008, adoptada el 17 de diciembre de 1999 mediante acuerdo de todas las partes implicadas, da prioridad a la prevención, estableciendo unos objetivos de actuación, proporcionando nuevos centros de vigilancia en las comunidades autónomas y creando planes de acción local. El plan francés trienal (1999-2001), adoptado el 16 de junio de 1999, se centra en la juventud a través de una prevención basada en la evidencia, la información pública, la formación, el tratamiento y las nuevas directrices en materia de procesamiento. La nueva estrategia de Portugal, aprobada el 22 de abril de 1999, hace hincapié en la prevención, el tratamiento y la rehabilitación social. La estrategia del Reino Unido para el período 1998-2008 se centra en el problema del consumo de drogas de los jóvenes, su acceso al tratamiento, la disminución de la delincuencia, y la disponibilidad/oferta de drogas. Esta política pretende rebajar al 50%

el acceso de los jóvenes a las drogas para el año 2008 y reducir las expulsiones escolares y el absentismo o despido laboral a causa de las drogas. Además, se pretende que las muertes relacionadas con la droga disminuyan en un 25 % para el año 2002.

España y Francia incluyen en sus nuevas estrategias tanto las drogas legales como las ilegales, haciendo hincapié en el comportamiento adictivo más que en la sustancia. Esta misma tendencia se ha observado, por ejemplo, en las políticas de prevención alemanas, austríacas y suecas desde los años ochenta. El Observatorio Nacional de la Droga neerlandés, fundado por el Ministerio de Sanidad, que comenzó a tratar temas relacionados con la droga en 1999, auspiciado por el Instituto de Salud Mental y Toxicomanía de los Países Bajos, tiene competencias tanto sobre las drogas ilegales como sobre el alcohol.

En el procesamiento de los delitos relacionados con la droga, todos los Estados miembros se muestran a favor de adoptar medidas alternativas al encarcelamiento, si la privación de libertad no es estrictamente necesaria. Paralelamente, la despenalización de los delitos relacionados con el consumo de drogas se está convirtiendo en un hecho generalizado. Estas tendencias indican un consenso sobre el hecho de que el encarcelamiento no constituye una solución apropiada para los toxicómanos. En su lugar, el tratamiento parece ser la respuesta preferida, incluso cuando la gravedad del delito hace inevitable las penas de cárcel.

Por ejemplo, una directriz belga de 1998 estipula que la posesión de cánnabis para su consumo debe registrarse como delito de la «más baja prioridad» dentro del sistema jurídico-penal. De manera similar, una directriz del Ministerio de Justicia francés de junio de 1999 recomienda a los jueces que impongan advertencias verbales y fianzas en lugar de condenas de cárcel para los consumidores de droga —especialmente para los consumidores ocasionales de cánnabis— que no hayan cometido otros delitos relacionados con las drogas. En Alemania se ha intensificado el debate sobre la situación legal del cánnabis después de la petición hecha por el Tribunal Constitucional Federal en 1994 de que se uniformaran los criterios sobre si se debe condenar o no el consumo de cánnabis. En marzo de 2000, el Gobierno del Reino Unido anunció el comienzo de las pruebas científicas sobre consumo de cánnabis bajo prescripción, cuyos resultados estarán disponibles en 2002.

En Luxemburgo se debate actualmente una ley para despenalizar el consumo y la posesión para consumo propio de sustancias de riesgo reducido, como el cánnabis. La estrategia de Portugal contempla además la despenalización del consumo o posesión de drogas para consumo propio ⁽⁵⁾, castigando estos delitos con sanciones administrativas (como multas, retirada del permiso de conducción o pasaporte), tal y como sucede en España desde 1992 y en Italia desde 1993.

Prevención de delitos

El plan trianual de Francia se dirige principalmente al tráfico de drogas, especialmente de drogas sintéticas. En 1999, los Países Bajos intentaron aumentar el control del tráfico ilegal de estupefacientes en las fronteras nacionales, al tiempo que prolongaban las condenas por tráfico de cánnabis y prohibían el cultivo en interiores de plantas de cánnabis. En Irlanda se estableció un Consejo Judicial en 1999 para ayudar a definir, entre otras cosas, una política de prevención de delitos relacionados con la droga. Ese mismo año, la ley de enjuiciamiento criminal impuso una condena mínima obligatoria de 10 años por posesión de drogas con valor superior a 12 700 euros, aunque la drogodependencia podría constituir una atenuante. En Finlandia, una propuesta de enmienda de 1999 de la ley relativa a las intervenciones policiales recomendaba el empleo de las nuevas tecnologías en las operaciones clandestinas y la vigilancia mediante sistemas de telecomunicación.

Los disturbios de orden público, delitos contra la propiedad, agresiones y violencia relacionados con las drogas constituyen un motivo de preocupación creciente. La evaluación de la política neerlandesa sobre actividades nocivas y molestas ha exigido medidas más amplias dirigidas a los grandes consumidores de droga, así como a los que frecuentan los clubes o carecen de hogar estable.

Suministro de drogas en las cárceles

La enmienda de junio de 1999 a la ley finlandesa sobre la aplicación de penas otorgó más poderes a las autoridades penitenciarias para controlar el contrabando de drogas, autorizándoles a llevar a cabo pruebas de drogas con aquellos reclusos sospechosos de delitos relacionados con estupefacientes, o que estuvieran bajo la influencia de las drogas y recibieran visitas no vigiladas. Igualmente, en 1999, el Reino Unido introdujo una serie de medidas para prevenir el contrabando de drogas en instituciones y centros penitenciarios, prohibiendo la entrada de visitantes a quienes se les hubiera detectado la tenencia de drogas.

⁽⁵⁾ Cuando se despenaliza un delito, ya no pueden aplicarse sanciones penales en respuesta a él. En cambio, el delito puede castigarse con sanciones administrativas, como multas, o conllevar la limitación de otros derechos, como la retirada del permiso de conducción o del pasaporte. En portugués, el término «descriminalização» («descriminalización») posee el mismo significado que el término «despenalização» («despenalización»), tal como es utilizado en este informe.

Estrategia de la Unión Europea en materia de drogas (2000-2004)

La Estrategia de la Unión Europea en materia de drogas (2000-2004), aprobada por el Consejo Europeo de Helsinki el 1 de diciembre de 1999, identifica seis objetivos principales que deben cumplirse a lo largo de cinco años:

- reducir de un modo significativo en cinco años la prevalencia del consumo de drogas ilícitas, así como la captación de nuevos consumidores, en particular entre jóvenes menores de 18 años;
- reducir sustancialmente la incidencia de los daños a la salud relacionados con las drogas (como el VIH, la hepatitis B y C, la tuberculosis) y la cifra de muertes relacionadas con la droga;
- aumentar sustancialmente el número de toxicómanos tratados con éxito;
- reducir sustancialmente la disponibilidad de las drogas ilícitas;
- reducir sustancialmente las cifras de delitos relacionados con las drogas; y
- reducir sustancialmente el blanqueo de dinero y el tráfico ilegal de precursores químicos.

También se ha hecho hincapié en el fortalecimiento de la colaboración entre los Estados miembros para ampliar las cláusulas del Tratado de Amsterdam, que entró en vigor en mayo de 1999, y en el desarrollo de un sistema jurídico-penal efectivo en toda la UE.

El documento pone un mayor énfasis en la evaluación y pide que el OEDT evalúe la introducción de la estrategia. Para el OEDT, esta tarea se verá complicada por el hecho de que las cifras de base están incompletas, ya que algunos países no poseen los mecanismos adecuados de recogida o evaluación de datos que les permita obtener una información fiable.

Garantía de calidad

La importancia de vigilar la evolución de los problemas relacionados con las drogas, y de establecer indicadores relativos a la introducción y al impacto de las estrategias es algo que se reconoce cada vez más, como reflejan los recientes planes de acción españoles, franceses, portugueses y británicos, así como la estrategia de la UE. En Bélgica y Luxemburgo, actualmente se lleva a cabo una evaluación de las estrategias nacionales, mientras que una comisión gubernamental se ocupará de evaluar la política nacional sueca en materia de drogas a finales de 2000.

Las inversiones en investigación para la mejora de los métodos de evaluación y formación son cada vez mayores en toda Europa. En Alemania, los Países Bajos, Austria y el Reino Unido se están estableciendo procedimientos formales de garantía de calidad para mejorar la efectividad en la prevención del consumo de drogas y su tratamiento, introduciendo planes de acreditación, supervisando los avances y facilitando la formación. La mayoría de las evaluaciones actuales están relacionadas con programas de prevención y tratamiento individuales, pero en conjunto pueden constituir la base de unos metanálisis más sofisticados.

La formación tanto de especialistas en prevención y tratamiento como de personal no especializado en contacto con la problemática de la droga —personal de atención primaria, farmacéuticos, profesores, animadores socioeducativos, policías, personal penitenciario y trabajadores voluntarios— se ha intensificado en varios países.

El intercambio de información es un requisito previo para la toma de decisiones informada, tanto dentro de cada Estado miembro como entre Estados. Con este fin, se está ampliando la red nacional y regional, así como el uso de páginas web nacionales y bases de datos y proyectos multinacionales. Tal es el caso de Pnevnet, que cuenta con la participación de los Países Bajos, Finlandia y el Reino Unido. La base de datos del OEDT sobre el intercambio de acciones encaminadas a reducir la demanda de drogas (EDDRA), y que está disponible en la dirección «web» <http://emcdda.org>, constituye un instrumento de garantía de calidad que goza de un reconocimiento cada vez mayor.

En todos los Estados miembros continúan existiendo importantes lagunas en la investigación sobre drogas y parece clara la necesidad de asignar más fondos a este sector. En Alemania, los Países Bajos y Finlandia se han introducido o están planificándose diversos programas de investigación sobre drogodependencia, y también se han creado nuevas cátedras de investigación en Alemania, Países Bajos y Suecia para mejorar la base científica de las políticas en materia de drogas.

Respuestas a la reducción de la demanda

Prevención

Prevención del consumo de drogas en las escuelas

La prevención del consumo de drogas en las escuelas es una prioridad en todos los Estados miembros. El establecimiento de programas que combinan la información con la realización de una serie de actividades que refuerzan la asertividad está aumentando. El fomento de la comuni-

cación entre jóvenes de la misma edad para implicarles activamente en la puesta en marcha de actividades preventivas en sus respectivos colegios gana terreno en Dinamarca, Italia, Austria y Suecia. Las evaluaciones llevadas a cabo en Grecia, España y los Países Bajos demuestran que con la formación apropiada del profesorado, el adecuado apoyo a los padres y a la comunidad en general, estas iniciativas de prevención pueden resultar efectivas, al menos a corto y medio plazo.

En Alemania, los Países Bajos y el Reino Unido se han diseñado una serie de directrices que proponen formas apropiadas para que las escuelas traten a los estudiantes con problemas de drogas. Las faltas de asistencia a clase y la expulsión o suspensión no son deseables, ya que los escolares que no asisten a clase tienen un mayor riesgo de consumir drogas.

Aparte de proporcionar información, las actividades dirigidas a los padres dan prioridad a las relaciones interpersonales y a la comunicación. Algunos de estos programas están dirigidos por profesionales, mientras que otros promueven el diálogo entre los padres. Si bien la evaluación de estas iniciativas suele ser difícil, los estudios daneses, alemanes y griegos revelan que más del 50% de los participantes han declarado que sus aptitudes paternales habían mejorado.

En el contexto de la reducción de la marginación social, Irlanda y el Reino Unido han introducido programas ambulatorios para reforzar a las familias socialmente vulnerables. Estas iniciativas son relativamente nuevas y de momento no se dispone de evaluaciones.

Internet está siendo utilizado cada vez más como medio para la prevención del consumo de drogas, con páginas web para la juventud que ofrecen información y espacios de charla («chat rooms») sobre temas relacionados con las drogas, así como consejos para los padres. Los profesores también pueden descargar de Internet distintas directrices e intercambiar experiencias a través de los grupos de noticias.

Prevención del consumo de drogas en instalaciones recreativas

Aumenta la demanda de animadores socioeducativos para instalaciones recreativas, como centros juveniles y clubes deportivos, que sean capaces de una pronta intervención si se pone de manifiesto la existencia de problemas con la droga. En Alemania, durante 1999, 1 500 animadores socioeducativos que trabajan en clubes deportivos asistieron a seminarios especializados sobre la prevención del consumo de drogas. En Bélgica, Alemania, Francia y los Países Bajos, si bien se observa

una política general de abstinencia, los animadores socioeducativos pueden aconsejar a los consumidores experimentales acerca del consumo de drogas de bajo riesgo a fin de reducir la posibilidad de que su consumo se convierta en adicción. Resulta difícil evaluar los resultados de estos programas porque los objetivos y los grupos a los que van encaminados varían con el tiempo. Más cuestionables en términos de efectividad y apoyo son los eventos únicos como las ferias o exposiciones juveniles, que han aumentado en los últimos años.

El consumo de drogas «con fines de diversión» entre los jóvenes de toda la UE continúa desplazándose desde las grandes discotecas a clubes y bares y fiestas privadas más dispersos geográficamente. La medida de prevención más común en toda la UE continúa siendo el suministro de información, seguida de asesoramiento *in situ*, trabajo ambulatorio e intervención durante las crisis. Los consumidores de drogas sintéticas, que frecuentemente se consideran a sí mismos como conocedores de las drogas y no perciben que su consumo puede ser problemático, raras veces son atendidos por los servicios tradicionales en materia de drogas, por lo que las intervenciones personales y el trabajo ambulatorio parecen adecuarse más a sus necesidades. En Austria se está estudiando la instalación de un centro de asesoramiento específico para consumidores de drogas sintéticas.

El personal de clubes nocturnos y discotecas también puede desempeñar un papel esencial en la prevención del consumo de drogas, y, en consecuencia, se han remitido algunas orientaciones sobre cómo afrontar el problema de la droga —así como propuestas de políticas de prevención del consumo de drogas— al personal de clubes y bares en Irlanda, los Países Bajos y el Reino Unido.

En Alemania, Francia, los Países Bajos y Austria se ha implantado sobre el terreno, y de diferentes formas, el análisis de pastillas. El análisis de las pastillas vendidas en el mercado de drogas «con fines de diversión» ha puesto de relieve que hasta el 19% contiene sustancias como la cafeína o la efedrina o ninguna sustancia activa en absoluto. Sin embargo, a menudo los proyectos de analizar pastillas operan en una ambigüedad legal, ya que retirar, analizar y almacenar drogas ilegales, incluso con fines de análisis, constituye una violación de la ley. En Austria los análisis de pastillas se llevan a cabo como parte de un plan de investigación. En los Países Bajos, por otra parte, se han establecido unos criterios para realizar adecuadamente los análisis que distinguen claramente la función de vigilancia de la función de reducción del daño.

Grupos de alto riesgo

Los grupos de alto riesgo de consumo de droga incluyen minorías étnicas, jóvenes socialmente desfavorecidos o sin hogar, jóvenes en instituciones o delincuentes, y prostitutas. En el ámbito local aumentan las políticas que incluyen tanto a niños como a jóvenes, y se anima a los organismos coordinadores de sectores representativos —mediante apoyo financiero, asesoramiento metodológico y formación desde organismos centrales o regionales— a poner en marcha planes de acción basados en las necesidades de sus respectivas comunidades. En Dinamarca, España, Irlanda, Finlandia y el Reino Unido, los temas relacionados con la droga son afrontados conjuntamente con la marginación social, los delitos menores, la violencia y las actividades públicas nocivas y molestas.

La naturaleza a largo plazo de estos proyectos va implícita en su diseño y, por ello, mantener el necesario nivel de colaboración constituye un reto esencial. La evaluación de estas actividades comunitarias está en sus comienzos, y las cifras de asistencia escolar, las estadísticas policiales y los datos sobre tratamiento de toxicómanos no pueden sino ayudar a evaluar su efectividad.

En todos los Estados miembros existen proyectos específicos dirigidos a nuevos jóvenes toxicómanos. En ellos están implicados varios servicios diferentes debido a que estos consumidores con frecuencia registran problemas de salud, educativos, criminales y sociales, y la colaboración entre todos es vital. También resulta esencial una pronta detección de las pautas del nuevo consumo de drogas y los nuevos grupos de riesgo.

Los trabajadores que colaboran en la calle o desde unidades móviles con frecuencia se ocupan de los jóvenes, consumidores experimentales problemáticos de drogas, en los sitios donde se reúnen. En Grecia y Finlandia, los cafés nocturnos y otros lugares de reunión están pensados para jóvenes en situación de riesgo, e incluso están dirigidos por ellos. Estas formas de trabajo ambulatorio son extremadamente difíciles de evaluar, ya que los objetivos, las metodologías y los participantes con frecuencia no están claramente definidos debido a la complejidad inherente de la tarea. Se necesita urgentemente una metodología para la evaluación del trabajo ambulatorio y el OEDT está estudiando unas directrices para cubrir este vacío.

Reducción del daño relacionado con el consumo de drogas

Enfermedades infecciosas

La aparición del VIH en los años ochenta llevó a la introducción de programas de intercambio de jeringuillas que ya están implantados en todos los Estados miembros, si

bien en distintos grados. El hábito de compartir las agujas parece haber disminuido en la mayoría de los países, al aumentar el intercambio de jeringuillas. En Finlandia se dio una mayor prioridad a estos programas en 1999, tras un notable aumento de la infección por VIH. En Bélgica, España y Finlandia, los farmacéuticos reciben una formación especial en asesoramiento sanitario relacionado con los programas de intercambio de jeringuillas. En España y Francia, por ejemplo, las farmacias cumplen la misión de «centros de bajo umbral», distribuyendo tanto jeringuillas como sustancias de sustitución.

Los datos indican una elevada prevalencia de la hepatitis C en Europa, incluso en aquellos países con bajo índice de infección por VIH. Las únicas medidas preventivas de las que se dispone actualmente son, por un lado, la intensificación de las campañas de distribución de agujas y jeringuillas, y, por otro, la educación de los consumidores para que no compartan las jeringuillas, e incluso para que, dentro de lo posible, no se inyecten en absoluto. El intento llevado a cabo recientemente en Austria de suministrar interferón en centros de bajo umbral ha sido un fracaso.

Sin embargo, el programa de vacunación contra la hepatitis B llevado a cabo en Austria sí ha tenido éxito y Alemania y los Países Bajos han registrado experiencias positivas, incluso entre los grupos con alto riesgo de consumo de drogas por vía intravenosa.

Se ha expresado la preocupación sobre una disminución de la consciencia del riesgo y un aumento del comportamiento de riesgo entre jóvenes CVI que quizás no se hayan visto beneficiados por las campañas de educación que siguieron al brote del VIH a finales de los años ochenta y principios de los años noventa. Las investigaciones publicadas en 1998 señalan que los esfuerzos del Reino Unido para dar a conocer a los CVI los peligros de animar a inyectarse a los que no se inyectan han resultado efectivos.

Trabajo ambulatorio y servicios de bajo umbral

Durante la última década, el trabajo ambulatorio y los servicios de bajo umbral que atienden a consumidores de droga que todavía no están en tratamiento, o que lo han dejado, se implantaron como complemento de los centros convencionales de tratamiento a toxicómanos. La finalidad de dichos servicios es evitar un mayor deterioro de la salud de los consumidores, y de sus circunstancias sociales, y motivarles para que soliciten tratamiento.

Las unidades móviles ofrecen información, agujas y jeringuillas limpias, primeros auxilios, intervención durante las crisis y servicios en los lugares donde se reúnen

consumidores de droga, o bien prestan asistencia a determinados grupos, como las prostitutas. En Francia, Irlanda y los Países Bajos, estas unidades móviles también proporcionan metadona.

Los servicios de bajo umbral están aumentando en todos los Estados miembros —si bien su introducción en Grecia y Finlandia es muy reciente en respuesta a la creciente preocupación por los consumidores de droga desfavorecidos— y atraen a un creciente número de visitantes. Dependiendo de las necesidades específicas de los consumidores y de los recursos disponibles, los servicios de bajo umbral proporcionan comida, bebida e instalaciones higiénicas, atención médica y psicosocial, agujas y jeringuillas limpias, lugares donde dormir y, a veces, metadona.

Las organizaciones dirigidas por toxicómanos rehabilitados que inspiran más confianza a los actuales consumidores de drogas también ofrecen trabajo ambulatorio y servicios de bajo umbral. Las organizaciones más antiguas de toxicómanos rehabilitados —como Mainline en Amsterdam o Brugerforeningen en Copenhague— trabajan conjuntamente con los servicios oficiales de atención a toxicómanos e introducen proyectos específicos destinados, por ejemplo, a las mujeres consumidoras.

Narcosalas

Las narcosalas proporcionan un entorno en el que las drogas pueden consumirse en condiciones higiénicas y bajo supervisión, reduciendo la transmisión de enfermedades infecciosas y el riesgo de sobredosis mortal. Aunque se han establecido narcosalas en cuatro ciudades alemanas desde 1994, su reconocimiento legal data solamente del 25 de febrero de 2000, fecha en que se modificaron las leyes relativas a las drogas y se introdujo una normativa marco que establece unos requisitos mínimos de equipamiento y gestión. Dicha norma deja la decisión final en manos de cada Estado federado. En contraste, tales lugares existen desde hace varias décadas en los Países Bajos. Está previsto que una de estas narcosalas se inaugure en Madrid en el año 2000 y otras salas en Luxemburgo y Austria están pendientes de la decisión final. Un estudio llevado a cabo con fondos de la Comisión Europea está examinando actualmente si estas narcosalas reducen realmente y de qué forma el comportamiento de riesgo, si mejoran y mantienen la salud y alivian la presión que el consumo público de drogas, y todo lo que conlleva, ejerce sobre las comunidades locales.

Establecimientos penitenciarios

Las condiciones del consumo de droga en los centros penitenciarios facilitan aún más la propagación de enfermedades infecciosas que las condiciones que se viven fuera de

estos centros. En 1999, las autoridades penitenciarias españolas recomendaron que se facilitara el intercambio de jeringuillas en todos los centros penitenciarios, en un intento de reducir los daños derivados de compartir agujas. El 6,6% de la población reclusa española también recibe tratamiento con antirretrovirales. En algunos centros penitenciarios alemanes también se ha implantado recientemente un proyecto para reducir la transmisión de enfermedades infecciosas, incluido el intercambio de jeringuillas.

Tratamiento

Fases iniciales del consumo de drogas

Las cifras de quienes solicitan tratamiento por consumo de anfetaminas, cocaína y cánnabis, así como los fumadores de heroína, han aumentado en toda la UE. Esto representa un reto para los servicios convencionales en materia de drogas, que frecuentemente resultan inadecuados para tratar las nuevas pautas del consumo de drogas en sus fases iniciales. La colaboración con los servicios juveniles y sociales así como con los servicios psiquiátricos, por ejemplo, en Alemania, los Países Bajos y Austria, ha aumentado. En el Reino Unido se han publicado las directrices para 1999 sobre el tratamiento anticipado de jóvenes menores de 16 años y entre 16 y 18 años.

Durante los últimos cinco años se ha prestado atención a las intervenciones dirigidas a minorías étnicas e inmigrantes en Alemania, Luxemburgo y los Países Bajos. El consumo de drogas tiene una prevalencia relativa en algunos subgrupos étnicos que recurren poco a los servicios en materia de drogas, ya sea debido a problemas de idioma o a prejuicios culturales. Sin embargo, existen prometedoras alternativas que incluyen la comunicación entre semejantes y que implican a las asociaciones étnicas y facilitan información en el idioma correspondiente. Ya se han puesto en marcha estudios sobre este problema entre la población gitana en España, la población portuguesa en Luxemburgo y las poblaciones moluqueñas y norteafricanas en los Países Bajos.

Consumidores problemáticos de drogas

En todos los países, los servicios de lucha contra la droga se enfrentan con mayor asiduidad al consumo de múltiples drogas. En Dinamarca, el 75% o más de las personas admitidas a tratamiento consumen varias drogas. Alemania registra un problema de consumo de sustancias de sustitución como la metadona y la codeína (el tratamiento de sustitución se comenta en detalle en el capítulo 4 y por ello no se expone aquí).

No está claro cómo reaccionarán los servicios de lucha contra la droga a estos nuevos retos. Los informes nacio-

nales sugieren que el tratamiento psicosocial en general y en ocasiones el tratamiento psiquiátrico son los métodos preferidos, aunque ningún país ha facilitado información muy concreta sobre los métodos u objetivos de tratamiento. Grecia, Austria y Finlandia han registrado un crecimiento y una diversificación de los servicios de tratamiento durante el período del informe, y Luxemburgo y Portugal proyectan una expansión similar. La estrategia francesa del plan trienal en materia de drogas destaca la importancia de combinar los servicios de tratamiento por consumo de alcohol y drogas ilegales. Las investigaciones neerlandesas realizadas en 1998 y 1999 indican que la agrupación de los centros de tratamiento (cuidados escalonados, incluida la atención posterior) puede tener efectos positivos sobre la drogodependencia y los delitos reincidentes. La investigación nacional a largo plazo y a gran escala del Reino Unido sobre el resultado del tratamiento (NTORS) ha revelado que, después de dos años, el tratamiento de abstinencia, al igual que el tratamiento con metadona, ha logrado unos índices de abstinencia sustancialmente más elevados, y menor frecuencia de consumo entre aquellos que aún consumen drogas, ya que sólo una quinta parte de la muestra continúa consumiendo diariamente opiáceos.

El diagnóstico doble —la coincidencia del consumo de drogas y los problemas psiquiátricos— se percibe como un problema cada vez mayor en Dinamarca, los Países Bajos y Suecia. De manera similar, los problemas de envejecimiento de los toxicómanos, con una salud muy deteriorada y frecuentemente con problemas psicológicos y sociales, deben tomarse muy en cuenta en países con un largo historial de consumo problemático de drogas, como los Países Bajos y el Reino Unido. Y en respuesta al cometido cada vez más destacado, dentro de un sistema sanitario diversificado, que tienen los médicos de cabecera y otro personal sanitario que trabaja con consumidores problemáticos de drogas, se les han remitido una serie de directrices tanto en los Países Bajos como en el Reino Unido.

Tratamiento alternativo al castigo

En general, todos los Estados miembros se muestran de acuerdo en que los toxicómanos no deben ser encarcelados debido a su drogodependencia. Por ello se han introducido una serie de alternativas a la privación de libertad en toda Europa, que varían desde la realización de tareas comunitarias al tratamiento ambulatorio y hospitalario (para una información más detallada, véase el capítulo 4). Actualmente hay varios estudios en marcha para evaluar estas medidas.

Tratamiento en centros penitenciarios

En todos los países de la UE se dispone de tratamiento para reclusos drogodependientes, y en España, Alemania y Austria aumenta el número de tratamientos de sustitución con metadona entre la población reclusa. Las evaluaciones del tratamiento por consumo de drogas en centros penitenciarios, sin embargo, no son coherentes. Algunos informes destacan una reducción sustancial tanto del consumo de droga como de la delincuencia, mientras que otros afirman que se necesitan estudios más diferenciados para lograr unas conclusiones válidas. Entre los obstáculos para un tratamiento efectivo en centros penitenciarios se incluyen la masificación, la falta de formación del personal penitenciario —aunque en España e Italia, por ejemplo, se dispone de formación especializada— y la falta de un seguimiento adecuado al abandonar los centros penitenciarios.

Reinserción

Los consumidores de droga que han estado en prisión, que se han sometido a tratamiento o que se encuentran en tratamiento de sustitución a largo plazo, con frecuencia carecen de educación básica, formación profesional, empleo o vivienda, y todos estos factores perjudican gravemente su rehabilitación. Grecia, España, Irlanda, Austria, Portugal y Finlandia han intensificado sus esfuerzos para ayudar a los consumidores de droga a integrarse o reintegrarse en la sociedad y a estabilizar su modo de vida.

Alemania, Grecia, España e Irlanda ofrecen tanto educación básica como cursos de formación profesional en manualidades, faenas agrícolas o informática. Alemania, Grecia, España, Irlanda, Austria y Portugal poseen programas de empleo subvencionados para toxicómanos rehabilitados, bien como proyectos específicos para promover su integración en el mercado laboral, o como planes de empleo subvencionados. El programa Integra de la Comisión Europea apoya la rehabilitación de los jóvenes a través de una política de formación y empleo. Grecia, España, Austria y Portugal están aumentando sus iniciativas sobre vivienda para toxicómanos rehabilitados, ya sea en albergues, apartamentos, o con familias.

La evaluación de estos programas de cuidados posteriores resulta prometedora y los índices de abandono son bajos. Quizás incluso más que para aquellos que salen de tratamiento por consumo de drogas, el apoyo a reclusos drogodependientes cuando salen del centro penitenciario resulta esencial, tanto para evitar las sobredosis como para promover su integración social.

Temas escogidos

En este capítulo se destacan tres temas específicos relacionados con el problema de las drogas en Europa: el tratamiento de sustitución, el procesamiento de los delitos relacionados con la droga y los problemas que afrontan las mujeres consumidoras de droga y sus hijos.

Tratamiento de sustitución

El tratamiento de sustitución surgió por primera vez en la UE a finales de los años sesenta en respuesta al creciente consumo de opiáceos. A medida que se propagó el consumo, también lo hicieron los servicios de sustitución, aún cuando sus métodos variaban —y continúan variando— considerablemente. La legislación en la materia, que recomienda los métodos, y la organización general de los servicios de sustitución también difieren sustancialmente dentro de la UE.

A los consumidores de droga en tratamiento de sustitución se les receta una sustancia «sustitutoria» que puede ser similar o idéntica a la droga normalmente consumida. Se hace una distinción entre la desintoxicación —donde se reduce gradualmente la cantidad de droga hasta llegar a la toma cero— y el mantenimiento —donde se facilita al consumidor la cantidad de droga suficiente para reducir los comportamientos de riesgo y otros daños

relacionados durante un plazo de tiempo más largo—. Los consumidores de heroína (u otros opiáceos) son los principales pacientes, mientras que a los que no son adictos a los opiáceos se les recetan sustancias de sustitución normalmente con fines de desintoxicación. Esta sección se centra exclusivamente en el tratamiento por dependencia de opiáceos.

Sustancias de sustitución

Las sustancias de sustitución son o bien agonistas —es decir, que activan los receptores de opiáceos en el cerebro creando así el efecto del consumo de droga— o agonistas-antagonistas —que mientras activan los receptores de opiáceos en el cerebro, limitan o eliminan al mismo tiempo los efectos de otros opiáceos o derivados que se tomen de forma añadida—. Algunas sustancias, como la buprenorfina, combinan ambas características, la agonista y la antagonista. Las sustancias de sustitución empleadas para tratar el abuso de la heroína o bien son opiáceos —sustancias derivadas de la planta del opio o

Tabla 1

Sustancias de sustitución usadas en la UE				
Sustancia de sustitución	Características de la sustancia	Países que han registrado el uso de la sustancia (1)	Precio medio estimado por semana de tratamiento (euros) (2)	Sustancia usada con fines de desintoxicación o mantenimiento
Buprenorfina	Opiáceo agonista-antagonista de acción muy prolongada	Bélgica, Dinamarca, Francia, Italia, Austria, Reino Unido	65	Ambos
Dihidrocodeína	Opiáceo agonístico «débil», semi-sintético de acción rápida	Bélgica, Alemania, Luxemburgo	40	Ambos
Heroína	Opiáceo agonístico «fuerte» de acción rápida	Países Bajos, Reino Unido	200	Mantenimiento
LAAM	Opiáceo agonístico sintético de acción muy prolongada	Dinamarca, Alemania, España, Portugal	45	Ambos
Mephenon®	Opiáceo agonístico sintético de acción prolongada	Luxemburgo	8	Ambos
Metadona	Opiáceo agonístico sintético de acción prolongada	Todos los Estados miembros de la UE	20	Ambos
Morfina de liberación retardada	Opiáceo agonístico de acción prolongada	Austria	40	Ambos

(1) Las sustancias de sustitución registradas en menos de 20 casos no se incluyen en este informe.

(2) Mantenimiento de un consumidor con: 8 mg de buprenorfina al día; 1 500 mg de dihidrocodeína al día; 400 mg de heroína al día; 350 mg de LAAM a la semana; 10 pastillas de Mephenon® al día; 50 mg de metadona al día; o 400 mg de morfina de liberación retardada al día.

adormidera como morfina o codeína, así como también heroína obtenida de morfina— o sus derivados —sustancias sintéticas con efectos similares a los opiáceos, como la buprenorfina o la metadona—.

Las distintas sustancias de sustitución funcionan durante diferentes períodos de tiempo, y esto afecta al modo en que son administradas. La sustancia de más larga duración es levo-alfa-acetil-metadol (LAAM), que puede administrarse incluso sólo tres veces por semana. La morfina de liberación lenta puede administrarse en días alternos, mientras que la metadona y el Mephenon® (metadona en forma de pastilla) deben tomarse diariamente. La heroína y la dihidrocodeína deben tomarse al menos dos veces al día.

La tabla 1 demuestra que la metadona sigue siendo la sustancia de sustitución más frecuentemente empleada en la UE, si bien ya no en exclusiva como antes. Han surgido otras sustancias que, pese a sus diversas características, se usan tanto para desintoxicación como para mantenimiento.

Introducción del tratamiento de sustitución en la UE

Después de un experimento llevado a cabo en 1994-1997 recetando heroína a grandes consumidores crónicos principalmente con fines de mantenimiento, Suiza ha continuado empleando la heroína como alternativa a la metadona. La

prueba realizada en Suiza ha suscitado diversos debates sobre la conveniencia de recetar heroína en todos los Estados miembros de la UE, y aunque se propusieron pruebas similares en varios países, únicamente los Países Bajos las llevaron a cabo en 1997, mientras que en Alemania se aprobó el marco legal para dichas pruebas durante 1999. Las experiencias francesas con la buprenorfina durante 1996 condujeron a experimentos similares a pequeña escala en Dinamarca (1998), Alemania (1999) y Austria (1997) y a la autorización de la sustancia en el Reino Unido en 1999 y en Alemania en 2000. Las pruebas con LAAM se extendieron desde Portugal en 1994 a España en 1997 y a Dinamarca en 1998.

La tabla 2 ilustra nuevamente el predominio de la metadona y a la vez muestra cuánto tiempo tardó la metadona en ser introducida en todos los países de la UE. Si bien en muchos países las nuevas sustancias de sustitución están aún en período de prueba, su importancia va en aumento.

Una evaluación del tratamiento ambulatorio con metadona en Alemania desde 1995 hasta 1999, llevada a cabo por el Instituto para la Investigación Terapéutica (IFT) de Múnich, reveló que el consumo de droga descendía al tiempo que las relaciones sociales mejoraban durante un mismo período.

Un estudio neerlandés de 1997 demostró que hasta el 90% de los pacientes que consumían una dosis media diaria de 50 mg de metadona también consumían cocaína y heroína, y el 70% consumía alcohol. Los primeros resultados del estudio puesto en marcha por el Ministerio de Sanidad sobre el efecto de diferentes dosis de metadona en grupos experimentales demuestran que el grupo que recibía la dosis más alta se volvía más estable, su salud y su capacidad para relacionarse socialmente se deterioraban menos e incluso con frecuencia mejoraban un poco.

En Austria, una evaluación de 1997 llegó a la conclusión de que la buprenorfina puede recetarse a mujeres embarazadas, ya que los niños nacidos de madres que consumen esta sustancia no presentaban síndromes de abstinencia relacionados con los opiáceos, como sucede con los niños nacidos de madres que toman metadona.

Si bien las pruebas de sustitución con LAAM fracasaron en los Países Bajos a principios de los años noventa, debido a que los toxicómanos se negaron a participar, en Portugal se registraron resultados en general positivos, ya que el 64% de los 99 participantes permaneció dentro del programa. En un posterior seguimiento de 38 pacientes, el 61% no había recaído.

Tabla 2

Introducción del tratamiento de sustitución en la UE		
País	Introducción del tratamiento con metadona	Introducción de otras sustancias de sustitución (1)
Bélgica	1994	Consumo ocasional de buprenorfina (2), dihidrocodeína
Dinamarca	1970	Buprenorfina (2)(3) y LAAM (ambos 1998) (3)
Alemania	1992	Dihidrocodeína (1985), heroína (1999) (3), LAAM (1999), buprenorfina (2000) (2)
Grecia	1993	Ninguna otra sustancia prescrita
España	1983	LAAM (1997)
Francia	1995	Buprenorfina (1996) (2)
Irlanda	1970	Ninguna otra sustancia prescrita
Italia	1975	Buprenorfina (1999) (2) (3)
Luxemburgo	1989	Dihidrocodeína (1994) (3), méphénon® (4)
Países Bajos	1968	Heroína (1997) (3)
Austria	1987	Morfina de liberación lenta (1997), buprenorfina (1997) (2) (3)
Portugal	1977	LAAM (1994) (3)
Finlandia	1974	Buprenorfina (1997) (2)
Suecia	1967	Ninguna otra sustancia prescrita
Reino Unido	1968	Buprenorfina (1999) (2)

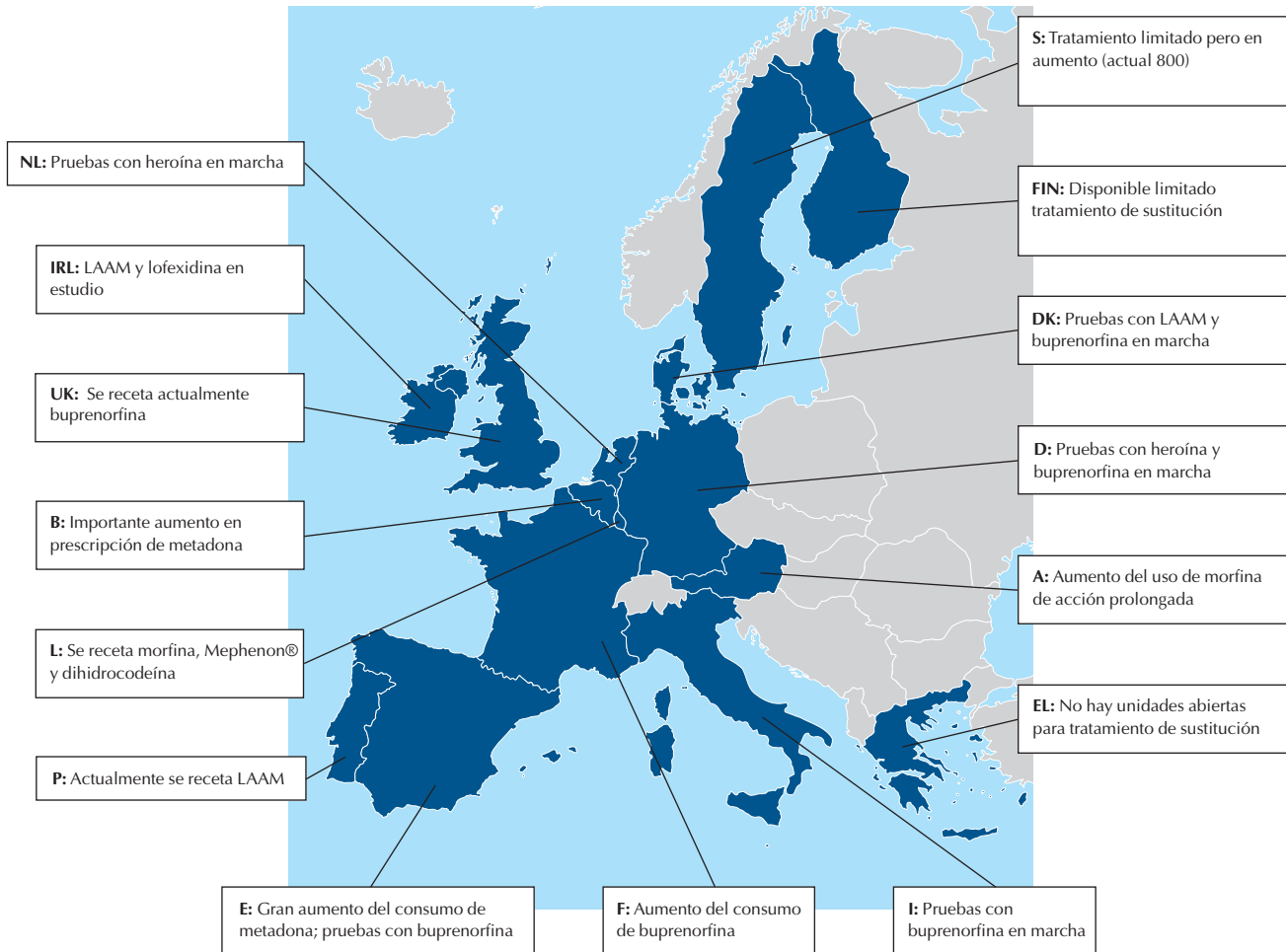
(1) Las fechas se refieren al año en que se tomó la decisión política de recetar la sustancia.

(2) La buprenorfina se administra en forma de Subutex® y no Temgesic®, ya que únicamente contiene pequeñas cantidades de la sustancia.

(3) Pruebas únicamente.

(4) Fecha desconocida.

Resumen del tratamiento de sustitución en la Unión Europea



Extensión y centros de servicios de sustitución

A pesar de la expansión general en la UE durante los últimos treinta años, el tratamiento de sustitución todavía es escaso en algunas regiones y centros. Los servicios en Grecia, Finlandia y Suecia, por ejemplo, tienen una cobertura geográfica limitada y no pueden llegar a consumidores potenciales de otros distritos. La accesibilidad al tratamiento de sustitución en centros penitenciarios también varía, tanto dentro de cada Estado miembro como entre Estados.

Pocos son los Estados miembros que registran un tratamiento hospitalario de sustitución aunque sea limitado, si bien la previsión existe, en teoría, dentro de la UE. En su lugar, el tratamiento de sustitución se lleva a cabo casi exclusivamente en servicios ambulatorios, debido posiblemente a que el tratamiento ambulatorio es más barato que el tratamiento hospitalario, pero también debido a que el efecto sobre la vida cotidiana del paciente es mínimo. El tipo de tratamiento ambulatorio, no obstante, no toma en consideración el hecho de que los participantes en tales tratamientos de sustitución

frecuentemente varían, desde individuos con empleo que funcionan relativamente bien hasta toxicómanos marginados y callejeros extremadamente desfavorecidos, que necesitan más cuidados de los que puede ofrecer un servicio ambulatorio.

A pesar de los notables incrementos en la evaluación del tratamiento de sustitución durante los últimos cinco años, la mayoría de los Estados miembros aún adolecen de falta de control de calidad, supervisión y evaluación de los programas individuales.

Procesamiento de los delitos relacionados con la droga

Posesión de heroína

En los once Estados miembros de la UE, las autoridades judiciales que procesan la posesión de pequeñas cantidades de heroína o drogas similares deben evaluar si la sustancia es para consumo propio o no. La posesión exclusivamente para consumo propio se considera menos grave que la posesión para otros fines y la

condena media varía desde sanciones administrativas —como la retirada del permiso de conducción o el pasaporte— hasta una multa o una condena de privación de libertad de hasta 12 meses.

En la práctica, sin embargo, puede resultar casi imposible definir unos criterios comunes de procesamiento —incluso dentro del mismo país— ya que las autoridades deben tomar en consideración una diversidad sumamente amplia de factores, incluidas las leyes nacionales específicas sobre la droga, la situación individual del delincuente y dónde y cuándo se produce el delito.

No obstante, se pueden identificar algunos elementos comunes. En general, los primeros delitos menores —como la posesión de cantidades muy pequeñas para consumo propio— se sancionan con advertencias, fianzas y confiscación de la sustancia en lugar de penas más graves. En Dinamarca, sin embargo, a los consumidores en posesión de una única dosis para consumo propio se les permite quedársela. En tales casos, la confiscación se considera una medida contraproducente ya que probablemente volverán a delinquir para procurarse otra dosis.

Dada la naturaleza altamente adictiva, es probable que la posesión de heroína sea un delito reincidente, y la reincidencia es un problema importante. En la mayoría de los Estados miembros, los reincidentes se enfrentan a medidas de procesamiento más duras, como la libertad condicional o sentencias de privación de libertad, cuando el delito reiterado implica cantidades «considerables».

La posesión de drogas como la heroína sigue sancionándose de modo notablemente diferente en la UE. En Dinamarca, por ejemplo, puede imponerse una advertencia o una multa. En Grecia, la posesión de pequeñas cantidades de cánnabis puede, en algunos casos, castigarse más estrictamente que la posesión de pequeñas cantidades de heroína basándose en el hecho de que la heroína es adictiva y el consumidor tiene una mayor necesidad física que el consumidor de cánnabis. En los Países Bajos, la posesión de pequeñas cantidades de drogas «duras» para consumo propio normalmente no se sanciona, mientras que en Finlandia los que consuman drogas «duras» serán procesados con más frecuencia que los consumidores de drogas «blandas», aunque la práctica legal varía de un tribunal a otro.

Delitos contra la propiedad

En todos los Estados miembros, los delitos cometidos contra la propiedad para financiar la drogodependencia constituyen delitos graves, y el hecho de que el delincuente sea drogodependiente no ejerce una influencia

especial. La sanción, sin embargo, variará según las circunstancias tanto del delito como del delincuente.

Es más probable que los toxicómanos que roban drogas de las farmacias u objetos de valor en las viviendas para financiar su consumo de droga sean procesados. Una vez condenados, podrían recibir una pena privativa de libertad que vendrá determinada por la cantidad de bienes robados y el hecho de que hayan empleado o no la violencia, lo que constituye un importante factor de agravamiento. En Irlanda, por ejemplo, la posesión de una jeringuilla con intención o amenaza de causar daño, o como intimidación, puede significar entre 12 meses y cadena perpetua. Los delitos menores —como hurtos en tiendas— o robos de pequeña cuantía —según los defina la legislación nacional— conllevan condenas más suaves siempre que el delincuente se someta a tratamiento por su drogodependencia.

Si alguna persona sin antecedentes de delitos contra la propiedad, y sin graves problemas de drogodependencia, comete un robo menor, la respuesta más probable será la libertad condicional más una multa, aunque la cárcel siempre constituye una opción. Sin embargo, si el delincuente tiene graves problemas de drogodependencia y se somete voluntariamente a tratamiento, la respuesta más probable será la libertad condicional, la suspensión de la condena y el tratamiento.

El tratamiento como alternativa al castigo es un principio esencial en la mayoría de los Estados miembros y conforma las bases de la política nacional austríaca en materia de drogas. La libertad condicional o la suspensión de la condena se aplican habitualmente y el tratamiento con éxito supone el cierre del expediente. En Dinamarca, los resultados de un experimento llevado a cabo entre 1995 y 1998 para tratar en lugar de castigar a los delincuentes drogodependientes fueron, en principio, positivos. Aunque muchos de los participantes recayeron en el consumo de droga al menos una vez, ninguno reincidió en la delincuencia durante el período experimental. En Irlanda, un programa piloto del tribunal sobre las drogas atribuye a los tribunales potestad para obligar a los toxicómanos a someterse a tratamiento y la plena responsabilidad en la evaluación de los progresos. De manera similar, el Decreto de 1998 sobre Tratamiento y Análisis de Drogas (DTTO) del Reino Unido pretende reducir los delitos favoreciendo el tratamiento y la rehabilitación, desde los propios tribunales que se encargarán de ordenarlo y vigilarlo, con la supervisión del servicio de libertad condicional. Incluso cuando se imponen condenas de reclusión, un mayor número de países ha aumentado los módulos de tratamiento en centros penitenciarios.

Venta de drogas

La venta de drogas a fin de obtener dinero para financiar la propia adicción es un comportamiento corriente entre los toxicómanos europeos y se considera un delito grave en todos los países, sean cuales fueren las circunstancias. Sin embargo, se toma en consideración el grado del delito al imponer las sanciones, que varían entre los países, y que van desde multas y un período limitado de tiempo en prisión, hasta la cadena perpetua en el Reino Unido.

A pesar de los datos tan diversos de que se dispone en toda Europa, se pueden identificar varios factores comunes que influyen en las sanciones por venta de drogas.

Cantidades y clientes

En la mayoría de los Estados miembros, la venta únicamente de pequeñas cantidades de droga se considera como una circunstancia atenuante en comparación con el tráfico a gran escala. En Grecia, los toxicómanos que intercambian pequeñas cantidades de drogas entre sí y demuestran que es exclusivamente para consumo propio pueden ser condenados a seis meses de reclusión, pena conmutable por una multa o suspensión. Los toxicómanos involucrados en el tráfico de cantidades considerables se enfrentan a penas de hasta ocho años de reclusión, mientras que los delincuentes que no son drogodependientes se enfrentan a cadena perpetua. En Suecia, las penas varían entre dos meses y dos años, y pueden llegar hasta tres años, dependiendo de la cantidad de droga vendida. Suministrar droga sin fines comerciales, por ejemplo, se considera una atenuante en el Reino Unido.

Grado de drogodependencia

En todos los Estados miembros, el grado de drogodependencia del delincuente normalmente influye en la decisión de aplicar medidas relacionadas con el tratamiento en lugar del castigo.

Naturaleza de la sustancia

En el ámbito judicial se hace una distinción entre las drogas más peligrosas y con mayor adicción, como la heroína, y las drogas menos perjudiciales y de menor adicción, como el cánnabis. En Grecia, las autoridades policiales han establecido, en la práctica, unas prioridades en el tráfico de drogas que dependen de los peligros asociados a determinadas sustancias. La heroína se considera la droga más peligrosa y es sancionada con mayor severidad, seguida de la cocaína, las drogas sintéticas y el cánnabis. En Luxemburgo, la actual modificación de las leyes relativas a la droga implica volver a clasificar las sanciones para reflejar los peligros que representan las diferentes sustancias.

Reincidencia

La reincidencia en los delitos puede conducir progresivamente a sanciones más graves en casi todos los Estados miembros. En Dinamarca, la venta reiterada de drogas muy peligrosas puede significar hasta seis años de reclusión. Si se trata de cantidades «considerables», la condena puede aumentar hasta un máximo de diez años. En Luxemburgo, las sanciones por la venta de cualquier tipo de droga varían de uno a cinco años de reclusión o una multa. Para los reincidentes, estas condenas pueden duplicarse dentro de los cinco años siguientes al primer delito. Dado que la venta de drogas es la forma más corriente que tienen los toxicómanos para financiar su drogodependencia, seguida de robos menores o robos con allanamiento, es más probable que los toxicómanos sean reincidentes. Y si bien tal reiteración en el delito está motivada por su dependencia física, la respuesta más probable será una dura sentencia de privación de libertad en lugar del tratamiento.

En la UE en general, aunque las autoridades judiciales puedan considerar la posesión de pequeñas cantidades de droga para consumo propio como una circunstancia atenuante, la línea entre posesión y tráfico aparece borrosa. Aunque se imponen distintas sanciones para los dos delitos, no se han establecido todavía los adecuados parámetros que los distinguen claramente entre sí, y el mismo delito puede tener diferentes resultados. Y aunque en todos los Estados miembros se dispone de medidas alternativas a la cárcel como el tratamiento, la eficacia de su aplicación aún no ha sido evaluada en el ámbito de la UE.

Problemas que afrontan las mujeres consumidoras de droga y sus hijos

Los problemas de drogas específicamente relacionados con mujeres no han sido examinados de un modo sistemático aún por los sistemas de información sobre drogas de la UE. Sin embargo, la mayoría de los Estados miembros sí se ocupan de las necesidades de las mujeres drogodependientes a través de programas especializados, aunque su amplitud y su enfoque varían.

Consumo de drogas entre mujeres

En general, los hombres consumen más drogas ilícitas que las mujeres. Sin embargo, las diferencias en el consumo de drogas entre hombres y mujeres son complejas y dependen de la sustancia concreta consumida y de la edad, grupo social, nivel de educación y ubicación geográfica de los consumidores. A pesar de que normalmente existe una tendencia superior al consumo de cánnabis entre chicos que entre chicas, en edades

Informe anual de 2000 sobre el problema de la drogodependencia en la Unión Europea

comprendidas entre los 15 y 16 años, la diferencia es muy pequeña, prácticamente inexistente. Sin embargo, entre 20 y 24 años hay más hombres consumidores que mujeres. Las diferencias entre sexos en cuanto a prevalencia y consumo de determinadas drogas durante los últimos 12 meses aparecen aún más acentuadas.

El consumo de drogas experimental más temprano por parte de las chicas que de los chicos se debe, generalmente, a que éstas tienen novios de más edad que las animan a probar las drogas. A medida que las chicas se hacen mayores, aparecen y se acentúan más las diferencias en las pautas de consumo de drogas según el sexo.

Aunque, en general, el consumo de drogas es más corriente entre hombres que entre mujeres, existen factores legales, culturales, educativos y geográficos que han llevado a un aumento de la prevalencia entre mujeres. Las variaciones por sexo en el consumo están más acentuadas donde existen fuertes sanciones legales, y entre los que abandonan los estudios y la población rural. Las diferencias resultan menos evidentes cuando se produce una amplia aceptación y consumo de drogas, como el cánnabis. En Grecia, durante 1998, el consumo de drogas (principalmente cánnabis) era más elevado entre los hombres que entre las mujeres. Sin embargo, el consumo de las mujeres era seis veces mayor que en 1984, mientras que el de los hombres había aumentado menos del triple.

En contraste directo con las drogas ilegales, el consumo de medicamentos como la benzodiacepina es más

común entre mujeres que entre hombres y las diferencias aumentan con la edad. Comparado con las drogas ilegales, el estigma social relativamente bajo asociado al consumo de medicamentos legales e ilegales es notable, aunque las consecuencias para la salud del consumo habitual son considerables.

El número de reclusas aumenta constantemente en Europa. En España, el número de reclusas casi se ha triplicado en los últimos diez años. Aunque una proporción menor de los delincuentes condenados por delitos relacionados con la droga son mujeres, los datos de Irlanda y el Reino Unido revelan niveles significativos de consumo problemático de drogas entre mujeres que entran en la cárcel, principalmente de heroína, metadona y benzodiacepina. Los módulos de tratamiento de los centros penitenciarios para mujeres varían, y las orientaciones para tratar la dependencia de la benzodiacepina a fin de evitar los peligros del síndrome de abstinencia no parecen estar tan bien diseñadas como las relativas al tratamiento por dependencia de opiáceos.

La mortalidad directamente relacionada con el consumo de drogas ilícitas parece ser inferior entre mujeres que entre hombres, presentando incluso diferencias por sexo en prevalencia (como promedio, únicamente el 20% de las muertes relacionadas con la droga corresponden a mujeres). La más alta mortalidad en hombres sólo puede explicarse satisfactoriamente estudiando los factores contextuales y cualitativos que rodean las muertes relacionadas con la droga.

Tabla 3

	Programas dirigidos a las necesidades de las mujeres consumidoras de droga				
	Mujeres embarazadas	Prostitutas	Madres drogodependientes y sus hijos	Reclusas	Niñas de edad escolar y adolescentes
Bélgica	++	-	++	-	-
Dinamarca	++	+	+	-	-
Alemania	-	+	++	+	+
Grecia	+	+	+	-	-
España	-	++	+	+	-
Francia	+	+	-	-	-
Irlanda	+	++	+	+	-
Italia	-	+	++	-	+
Luxemburgo	-	+	-	-	-
Países Bajos	-	+	+	-	-
Austria	++	+	++	-	+
Portugal	++	+	+	+	-
Finlandia	-	-	+	-	-
Suecia	++	-	+	-	++
Reino Unido	++	++	++	++	++

N.B.: - No se dispone de información o no se ha informado de ningún programa.
+ Se ha informado al menos de un programa.
++ Se ha informado de más de un programa.

Fuente: Informes nacionales de Reitox 1999; Dagmar Hedrich, «Servicios comunitarios para mujeres consumidoras de droga en Europa», Grupo Pompidou del Consejo de Europa, informe no publicado, diciembre de 1999.

Enfermedades infecciosas

Informes no sistemáticos procedentes de Alemania, Francia, Irlanda y el Reino Unido sugieren que existe una preocupación de que el VIH y la infección por hepatitis B estén aumentando entre algunas mujeres consumidoras de droga. Aunque no existen datos verificables que apoyen esta preocupación, se ha sugerido que es el resultado de un comportamiento de alto riesgo por mujeres que se inyectan o mantienen relaciones sexuales sin protección.

Las mujeres consumidoras de droga cometen menos delitos contra la propiedad que los hombres y con más frecuencia mantienen sus hábitos de drogodependencia a través del comercio sexual; la prostitución es una fuente de ingresos establecida para casi el 60 % de las mujeres consumidoras. El aumento de la infección por VIH entre mujeres europeas y sus recién nacidos llevó a crear programas de análisis rutinarios de detección del VIH y, en algunos casos, de la hepatitis B y C, en los servicios prenatales de Alemania, Francia, Irlanda y el Reino Unido durante los años ochenta y noventa. La capacidad potencial de las mujeres para propagar enfermedades infecciosas a sus clientes siempre ha sido motivo de preocupación y la conexión entre el consumo de drogas y la prostitución en mujeres ha contribuido sin duda al aumento de los servicios de reducción del daño para prostitutas y de los servicios de tratamiento para toxicómanas. Se han establecido una serie de centros ambulatorios y de bajo umbral para mujeres que les proporcionan alojamiento, información y consejos prácticos sobre relaciones sexuales seguras y un consumo de drogas también más seguro. Los grupos de apoyo, como Mainline en Amsterdam, ofrecen a estas mujeres servicios que incluyen peluquería, defensa personal y arte dramático.

Embarazo y mujeres con hijos

Se considera que el creciente número de consumidoras de opiáceos embarazadas exige un nivel particularmente alto de intervención y de apoyo. La mayoría de los países de la UE reconocen que los hijos nacidos de estas mujeres también requieren unos cuidados médicos especiales. En todos los Estados se ofrece a las mujeres embarazadas un «camino rápido» hacia los servicios de tratamiento de drogas, y en Bélgica, Dinamarca, Francia, Irlanda, Austria, Portugal y Suecia se han implantado servicios específicos para ellas. En general, no se recomienda la desintoxicación de mujeres embarazadas y las opciones de tratamiento de sustitución están siendo estudiadas científicamente. Para muchas de estas mujeres, no obstante, los cuidados maternos resultan incompatibles con su estilo de vida o temen ser estigmatizadas si acuden a ellos.

El creciente número de niños nacidos de consumidoras que corren el riesgo de desarrollar también problemas de drogas, y el modo en que estos niños se ven afectados por el consumo de drogas y la drogodependencia de sus progenitores suponen un motivo de preocupación cada vez mayor. Los estudios varían tanto en los métodos como en los resultados. Algunos subrayan que los problemas a que se enfrentan los hijos de madres drogodependientes son al mismo tiempo inevitables y múltiples, mientras que otros no presentan diferencias en el comportamiento emocional y en los problemas de aprendizaje entre hijos de madres drogodependientes e hijos de madres que no consumen drogas, en condiciones sociales similares. Otras investigaciones apuntan a las similitudes entre hijos de mujeres drogodependientes y mujeres alcohólicas. Se han detectado efectos de mediación, como la modificación de las condiciones de vida, el mayor apoyo social y el acceso a centros de tratamiento.

La frecuencia con que los niños permanecen con sus madres drogodependientes varía bastante en la UE y no se han establecido aún, o no se han normalizado en la práctica, unas políticas claras sobre la retirada de niños a sus madres drogodependientes. En Dinamarca y Suecia, donde se emplean planes de adopción, parece cobrar fuerza la tendencia a ofrecer a las madres drogodependientes el necesario apoyo para que permanezcan con sus hijos, o al menos para que las relaciones entre padres e hijos se estabilicen. Los países del sur de Europa —como Grecia, España, Italia y Portugal— tienden a confiar más, en cambio, en las posibilidades que ofrece la estructura tradicional familiar para proporcionar a los niños la adecuada atención.

Tratamiento por consumo de drogas

La proporción de mujeres consumidoras de droga en tratamiento, con respecto a los hombres, tiende a ser inferior a 1:3. Las mujeres admitidas a tratamiento tienden a ser más jóvenes que los hombres, y la proporción entre mujeres y hombres en tratamiento disminuye con la edad. Esto puede reflejar diferencias de edad entre los hombres y las mujeres admitidos a tratamiento, o puede reflejar pautas cambiantes del consumo de drogas entre mujeres, o las dos cosas. Las cifras reales de mujeres con problemas de drogas no están adecuadamente representadas. En Bélgica, un estudio de rápida acumulación reveló una proporción mayor de mujeres consumidoras problemáticas de drogas que de hombres en relación con las cifras oficiales de tratamiento. La principal razón de esta menor representación de mujeres en tratamiento por consumo de drogas está relacionada con la maternidad: entre el 18 % y el 75 % de pacientes

mujeres tienen al menos un hijo y con frecuencia están demasiado ocupadas en el cuidado del niño como para seguir un programa de tratamiento, o temen ser etiquetadas como madres «inadecuadas» y temen que se les retire la custodia de sus hijos si se apuntan.

Sólo unos pocos países, como Alemania y Portugal, ofrecen servicios específicos en centros penitenciarios para mujeres, si bien un alto porcentaje de las reclusas consumen drogas. En Portugal, dos centros penitenciarios ofrecen servicios de guardería permitiendo a los niños permanecer con sus madres.

Prevención del consumo de drogas específico para mujeres

En Alemania, Austria y Suecia, las actividades para la prevención del consumo de drogas están específicamente orientadas hacia mujeres muy jóvenes y escolares. Estas iniciativas con frecuencia se centran en la identidad de la mujer y en cómo rechazar el ofrecimiento de drogas por parte de sus parejas u otros amigos masculinos.

La limitada información aquí presentada demuestra cómo, en contraste con las respuestas al consumo de drogas por parte de los hombres, que tienden a centrarse en el impacto que dicho consumo tiene sobre la delincuencia, las respuestas al consumo de drogas por mujeres parece estar más motivado por el impacto que dicho consumo de drogas tiene sobre los demás: sobre los hijos cuando las consumidoras son madres y sobre los hombres cuando las consumidoras son prostitutas.

El problema de la droga en Europa Central y Oriental

La inclusión en el informe de este año de datos sobre el problema de las drogas en los países de Europa Central y Oriental (PECO) ⁽⁶⁾ refleja la creciente colaboración entre el OEDT y los países candidatos a la adhesión a la UE ⁽⁷⁾. Dado que la colaboración con Chipre, Malta y Turquía aún se encuentra en la fase preliminar, este capítulo se centra en los PECO incluidos en el proyecto Phare de la UE sobre los sistemas de información de la droga ⁽⁸⁾.

Los problemas relacionados con la droga de los PECO en general eran limitados hasta que se produjeron los cambios geopolíticos de 1989. La mayor permeabilidad de las fronteras, la mayor circulación de personas y mercancías y el declive de los valores sociales tradicionales han conducido a la aparición de nuevos problemas y la exacerbación de los ya existentes. Si bien el tráfico de drogas por esa región aumentó a comienzos de los años

noventa, ello produjo un efecto inmediato de escasa relevancia sobre el consumo de drogas a escala nacional. Sin embargo, desde entonces el fenómeno de la droga se ha ido diseminando por todos los sectores de la sociedad.

Prevalencia y pautas del consumo de drogas

Cánnabis

Encuestas a escolares

Las encuestas de los escolares demuestran que la prevalencia del consumo de drogas a lo largo de toda la vida entre jóvenes de 15 a 16 años ha aumentado de modo significativo entre 1994 y 1999. Los datos sobre prevalencia del consumo de cánnabis a lo largo de toda la vida recogidos durante varios años por el proyecto escolar europeo de encuestas sobre consumo de alcohol y otras drogas (ESPAD) ha puesto de relieve que el cánnabis es la droga más frecuentemente consumida, aunque se producen variaciones entre países.

Demanda de tratamiento

Si bien la mayoría de las iniciativas sobre tratamiento de los PECO se centran en los consumidores problemáticos de opiáceos, Albania, Hungría y Eslovaquia registran demandas de tratamiento para el consumo problemático de

Tendencias generales

- El porcentaje de la población general, especialmente niños en edad escolar, que ha probado las drogas ilícitas al menos una vez está aumentando.
- La edad del consumo inicial o primer contacto tanto con sustancias legales como ilegales está descendiendo.
- La demanda de tratamiento por dependencia de opiáceos va en aumento.
- Las pautas de consumo están cambiando, con un incremento de la heroína inyectada e importada sustituyendo a los opiáceos producidos localmente.
- El consumo de drogas se está desplazando de los grandes centros urbanos a todas las regiones.
- Tanto las detenciones policiales relacionadas con las drogas como las incautaciones están aumentando.

⁽⁶⁾ Los PECO incluyen Albania, Antigua República Yugoslava de Macedonia, Bulgaria, Bosnia y Hercegovina, Eslovaquia, Eslovenia, Estonia, Hungría, Letonia, Lituania, Polonia, República Checa, Rumania.

⁽⁷⁾ Los países candidatos son Bulgaria, Eslovaquia, Eslovenia, Estonia, Hungría, Letonia, Lituania, Polonia, República Checa y Rumania, además de Chipre, Malta y Turquía.

⁽⁸⁾ Los datos proceden de los informes nacionales del proyecto Phare sobre drogas de la UE de 1998 y 1999 y sólo pueden considerarse como un resumen de las tendencias regionales generales. No existen datos para Bosnia y Hercegovina.

Tabla 4

Prevalencia del consumo de drogas a lo largo de toda la vida entre jóvenes de 15 a 16 años en cuatro PECO (1994-1999)							
País	Sustancia	Prevalencia a lo largo de toda la vida (%)					
		1994	1995	1996	1997	1998	1999
Eslovaquia	Cánnabis	8,1	12,4	n.d.	n.d.	19,7	23,0
Hungria	Todas las drogas ilícitas	n.d.	4,8	n.d.	n.d.	12,5	n.d.
	Cánnabis	n.d.	4,5	n.d.	n.d.	11,5	n.d.
Lituania	Todas las drogas ilícitas	n.d.	3,2	n.d.	26,0 ⁽¹⁾	13,3 ⁽²⁾	n.d.
	Cánnabis	n.d.	1,0	n.d.	n.d.	27,1 ⁽²⁾	n.d.
República Checa	Todas las drogas ilícitas	26,4	n.d.	n.d.	43,6	n.d.	n.d.
	Cánnabis	21,5	n.d.	n.d.	35,4	n.d.	n.d.

(¹) Sólo Vilnius.
(²) Escolares de noveno a undécimo grado, sólo Klaipeda.
N.B.: n.d. = datos no disponibles.

cánnabis. En la República Checa, la cifra de consumidores problemáticos de cánnabis recientemente registrados en tratamiento ha aumentado a lo largo de los últimos cuatro años. Ahora se precisa una mayor investigación cualitativa clínica y etnográfica de esta tendencia —que también se ha observado en la UE— si se pretende que los programas de tratamiento respondan adecuadamente.

Disponibilidad

El creciente número de incautaciones de plantas de marihuana y cánnabis indican que se está produciendo una escalada en el tráfico y el cultivo local en la mayoría de los países, si bien esta tendencia también podría ser reflejo de la mejora del sistema jurídico-penal.

Opiáceos

Demanda de tratamiento

Los opiáceos consumidos en los PECO incluyen heroína —cuyo consumo en la región era nulo a principios de los años noventa— y sustancias derivadas del cultivo doméstico, como el «Kompot» o la planta de adormidera. La morfina y otros opiáceos, incluida la hidrocódina, pueden incluirse en el segundo grupo, pero sólo se

encuentran en un número limitado de PECO (la hidrocódina únicamente se ha registrado en Hungría).

Aunque los datos no se registran de modo sistemático o armonizado, la demanda de tratamiento por consumo de opiáceos ha aumentado claramente desde 1993 en todos los PECO.

En ocho de los doce países de los que disponemos de datos, del 70 % al 90 % de los pacientes en tratamiento registrados de 1995 a 1998 eran consumidores de opiáceos. Las cifras más bajas se registraron en la República Checa (17 %), Hungría (34,7 %) y Letonia (49,4 %).

Casi todos los países han registrado un descenso en la edad media de los consumidores de opiáceos en tratamiento. Los grupos de edad con mayor riesgo son los de 15 a 19 años y de 20 a 24 años, significativamente más jóvenes que en la UE.

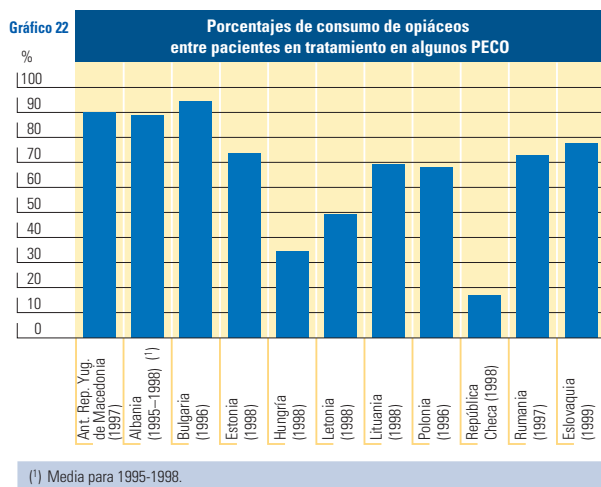
En la República Checa, la media de edad de los nuevos consumidores problemáticos de drogas en tratamiento

Tabla 5

País	Número de peticiones de tratamiento en los PECO desde 1993 (todas las sustancias)					
	Año					
	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Albania ⁽¹⁾	n.d.	n.d.	27	63	334	523
Antigua República Yugoslava de Macedonia	82	116	242	301	431	n.d.
Bulgaria	n.d.	n.d.	254	449	n.d.	n.d.
Eslovaquia	n.d.	1 189	1 239	1 594	2 074	2 199
Eslovenia ⁽²⁾	141	187	125	309	n.d.	n.d.
Estonia	n.d.	246	366	755	n.d.	n.d.
Hungría	n.d.	2 806	3 263	4 233	7 945	8 957
Letonia	n.d.	1 084	1 289	1 517	1 738	1 970
Lituania	n.d.	n.d.	n.d.	1 804	2 871	2 862
Polonia	3 783	4 107	4 223	4 772	n.d.	n.d.
República Checa ⁽²⁾	n.d.	n.d.	2 470	3 252	3 132	3 858
Rumania	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	646	n.d.

(¹) Los datos para Albania proceden de un único hospital.
(²) Primera demanda de tratamiento.
N.B.: n.d. = datos no disponibles.

El problema de las drogas en Europa Central y Oriental



registrados descendió del 22,8% en 1995 al 20,6% en 1998. Más del 75% de los nuevos toxicómanos comenzaron consumiendo drogas antes de cumplir los 19 años, y más del 12% antes de cumplir los 15. La misma tendencia se pone de relieve en los Estados Bálticos. En Letonia, el 41% de todos los pacientes en tratamiento registrados son menores de 19 años, y el 22% de éstos son menores de 15. Albania y Hungría también registran un alto porcentaje de pacientes de edades entre 15 y 19 años, así como un incremento en la franja de edad de 20 a 24 años.

Consumo de drogas por vía intravenosa (CVI)

El consumo de drogas por vía intravenosa constituye un problema grave en la región, y en general, aunque no exclusivamente, está asociado al consumo de heroína. Sin embargo, existen variaciones entre los distintos países.

En Albania, el 87,2% de todos los pacientes en tratamiento por consumo de heroína, ya sea sola o con otras sustancias, pero siempre inyectada por vía intravenosa, ha disminuido del 29% en 1995 al 19,3% en 1998. En la República Checa, por el contrario, la proporción de CVI aumentó del 55% en 1997 al 62% en 1998. Sin embargo, a pesar de este aumento, la heroína representa únicamente el 17% del consumo problemático total de drogas en el país. En 1998, el 26,3% de todos los pacientes en tratamiento registrados en Hungría eran CVI y el 86% de todos los consumidores de heroína se inyectaban. En Polonia, sólo el 50% de los pacientes en tratamiento en 1997 eran CVI, y se informa de que esta cifra ha descendido significativamente desde entonces.

La heroína frente al consumo de sustancias caseras

El consumo de heroína alcanzó su punto máximo en la mayoría de los PECO entre 1994 y 1995 y de nuevo entre 1997 y 1998. Esta subida refleja un aumento de la disponibilidad que a su vez ha provocado la caída del consumo de los opiáceos más tradicionales de cultivo casero.

Albania y Letonia registraron una rápida subida del consumo de heroína en 1998, mientras que en Estonia se observó un desplazamiento de la adormidera hacia la heroína entre 1997 y 1998. En Hungría, la proporción de toxicómanos tratados principalmente por consumo de opiáceos aumentó del 21,5% en 1994 al 34,7% en 1998. Paralelamente, el uso de sedantes descendió del 27,8% al 12,2%, y el consumo de sustancias volátiles bajó del 15,7% al 3,4%. En Polonia, la proporción de consumidores de opiáceos de cultivo casero (la denominada heroína «polaca») ha disminuido notablemente, mientras que el porcentaje de consumidores de heroína está aumentando. Eslovaquia registró un aumento en el consumo de heroína entre los pacientes en tratamiento del 37% en 1993 al 86% en 1994.

Influencias geográficas y sociales

Desde 1996, el consumo de opiáceos en los PECO se ha propagado desde las principales zonas urbanas hacia el resto de las regiones. En Eslovaquia, por ejemplo, en 1994 sólo el 35% de los pacientes adictos a la heroína eran tratados fuera de Bratislava, pero esta cifra ha alcanzado el 47% y el 60%, respectivamente, en 1995 y 1996.

En Polonia, se han registrado disparidades en el consumo de opiáceos entre las principales ciudades. Por ejemplo, el 70% de todos los pacientes en tratamiento en Varsovia y Cracovia son principalmente consumidores de opiáceos. Sin embargo, en Cracovia, la mayoría consumen opiáceos caseros mientras que en Varsovia la principal droga consumida es la heroína.

También se han registrado variaciones dentro de los PECO en el consumo entre grupos étnicos. En la Antigua República Yugoslava de Macedonia, por ejemplo, los datos de 1998 muestran que los jóvenes macedonios tienden a inyectarse heroína mientras que los albaneses prefieren fumarla. Diferencias de este tenor también se han registrado entre las minorías étnicas rusas de los Estados Bálticos y la comunidad gitana en Bulgaria.

Enfermedades relacionadas con las drogas

Si bien se dispone de poca información fiable relacionada con el VIH, el sida y la hepatitis B y C en los PECO, la prevalencia de comportamientos de riesgo asociados con el consumo de drogas por vía intravenosa sugiere que el peligro de propagación de epidemias continúa siendo elevado.

Cocaína

El consumo de cocaína es relativamente raro en los PECO, pero a medida que ha aumentado su disponibilidad, también ha ido en aumento la prevalencia, el tráfico

y las incautaciones. Comparada con otras drogas, la cocaína resulta bastante cara y su consumo tiende a limitarse a grupos con elevados ingresos.

Drogas sintéticas

En los últimos cuatro años, todas las drogas sintéticas han aumentado su popularidad —en particular en los tres Estados Bálticos, la República Checa, Hungría, Polonia, Eslovaquia y Eslovenia— y se han convertido en parte integral de la cultura del baile de la juventud.

Dado que los consumidores de sustancias sintéticas tienden a no considerarse a sí mismos como «consumidores de droga» o «toxicómanos», y en consecuencia raramente solicitan tratamiento, resulta difícil trazar un cuadro preciso del nivel de consumo de drogas sintéticas en los PECO. Sin embargo, los datos de que se dispone tanto en cuanto al número de incautaciones como a las cantidades de droga incautada, parecen indicar que la propagación de estas sustancias está muy subestimada.

El consumo de anfetaminas y de estimulantes de tipo anfetamínico está aumentando en los PECO, si bien las pautas de consumo varían. En la República Checa, el consumo de pervitina, una metanfetamina, representa el problema más grave en materia de drogas del país (el 68% de todos los consumidores problemáticos de drogas). Su consumo casi se ha triplicado entre escolares de 1994 a 1997. En Hungría, el problema del consumo de anfetaminas (principalmente inyectadas) representa el 15,2% de todas las demandas de tratamiento. En Lituania, las anfetaminas aparecieron en el mercado negro en 1996, y se consumen en pastillas o por vía intravenosa. En Polonia, las anfetaminas se ofrecen cada vez más a los jóvenes que nunca antes habían probado las drogas. Rumania registró un número significativo de incautaciones de anfetaminas en 1997.

Otras sustancias

Otras sustancias consumidas en los PECO —aunque no en el mismo grado en todos los países— incluyen sedantes y tranquilizantes, sustancias de inhalación y volátiles.

En Hungría, el consumo de sedantes y benzodiacepina representa el 26% de todas las estadísticas de tratamiento durante 1998, y el 17,9% en Rumania en 1997. En Letonia, en 1998, el 34,2% del consumo total de sustancias psicotrópicas incluía sustancias volátiles, mientras que los sedantes representaban el 10,1%. En Eslovaquia, la proporción de consumidores de sustancias volátiles entre todos los pacientes tratados era del 10% al

11% entre 1994 y 1998, mientras que el consumo de sedantes representaba el 6% de todas las demandas de tratamiento durante 1998. Una encuesta nacional entre jóvenes de 15 años realizada en Eslovenia en 1995 detectó un porcentaje significativo de consumo abusivo de pegamentos y otras sustancias, así como de tranquilizantes, en particular entre las chicas.

En general, el consumo de drogas en los PECO continúa aumentando.

Respuestas

Durante los últimos cinco años, la mayoría de los PECO ha intentado contrarrestar el problema de la droga a través de medidas institucionales y legislativas, de actividades encaminadas a la reducción de la demanda (principalmente, prevención y tratamiento) y del sistema jurídico-penal.

Respuestas institucionales y legislativas

Las respuestas legislativas continúan con la integración del acervo comunitario en las legislaciones nacionales de diez países candidatos. Y, desde 1996, los PECO han adoptado una amplia gama de nuevas medidas —que cubren el blanqueo de dinero, el control de los precursores químicos, las alternativas a la cárcel, y el consumo, la producción y el comercio de drogas ilegales— así como convenciones internacionales y reformas del código penal.

Pero la creación formal de un nuevo marco legislativo sólo constituye el primer paso: la definición del modo en que se aplicarán las nuevas leyes —así como la asignación de los fondos y recursos humanos necesarios para convertir estos principios en realidad, y la supervisión de su aplicación— siguen siendo los principales retos. En algunos casos, será necesario un análisis más profundo de las tendencias legislativas y una mayor colaboración para evitar discrepancias en las políticas de los Estados miembros de la UE y de los países candidatos.

Si bien ya se han establecido las adecuadas estructuras interministeriales para coordinar los esfuerzos en el control de las drogas en todos los PECO, las frecuentes reorganizaciones de estas estructuras, así como la carencia de fondos, han llevado a la necesidad de una coordinación nacional reforzada. Pero, a pesar de estos frecuentes cambios, los subcomités y los grupos de trabajo han contribuido de forma significativa a la preparación de diversos borradores sobre proyectos legislativos y estrategias nacionales en materia de drogas.

El problema de las drogas en Europa Central y Oriental

Muchos PECO están trabajando en estrategias multidisciplinares en materia de drogas pero, debido a su mala situación socioeconómica, así como a los muchos retos políticos y de otro tipo a que se enfrentan estos países, no siempre les ha sido posible asignar los necesarios recursos presupuestarios para este fin.

Reducción de la oferta y la demanda

El aumento del tráfico de drogas transfronterizo, el blanqueo de dinero y la diversificación de precursores desde comienzo de los años noventa han llevado a los PECO a hacer mayor hincapié en el sistema jurídico-penal. Los controles sobre el suministro de drogas ilícitas se ha endurecido con el apoyo del programa Phare de la UE.

Y en todos los PECO se han introducido actividades encaminadas a la reducción de la demanda con el apoyo activo de organizaciones y programas internacionales, incluyendo desde la asistencia técnica facilitada por el mencionado programa Phare, al proyecto para la reducción de la demanda de drogas, el Grupo Pompidou del Consejo de Europa, la Organización Mundial de la Salud y el ESPAD.

Muchos profesionales que trabajan en el campo de las drogas en la región han recibido formación a través de estas organizaciones, y se han adaptado y traducido nuevos documentos y herramientas metodológicas del

material producido en la UE. También se han creado programas preventivos y terapéuticos, basándose en la experiencia disponible en los PECO.

Pero, a pesar de estos esfuerzos, la reducción de la demanda de drogas sigue considerándose un asunto de baja prioridad en la mayoría de los PECO, como se refleja en la división de recursos entre los sectores jurídico-penal y de reducción de la demanda, claramente decantada a favor del sistema jurídico-penal.

Hasta cierto punto, la escasez de recursos y las dificultades socioeconómicas dentro de cada país han llevado a que los fondos facilitados a través de la ayuda internacional hayan influido en las decisiones sobre qué acciones deben ponerse en marcha. Por consiguiente, y a pesar de las cualidades de quienes trabajan en este campo, muchas de tales actividades han tenido una influencia limitada sobre la situación.

Todas las formas de acción tienen que integrarse en estrategias más coherentes y efectivas, tanto en el ámbito nacional como regional, basándose en un mayor conocimiento de los aspectos más problemáticos del fenómeno de las drogas. En consecuencia, el proceso de toma de decisiones de estos países podría verse beneficiado significativamente por un fortalecimiento del prototipo de puntos focales nacionales en cada PECO, así como por la participación de los países candidatos en las actividades del OEDT.

Publicaciones recientes del OEDT

Publicaciones en Internet

Publicaciones anuales

Statistical bulletin

Dirección «web»: <http://www.emcdda.org>
(Disponible en inglés)

Publicaciones impresas

Publicaciones anuales

Informe anual de 2000 sobre el problema de la drogodependencia en la Unión Europea

(Disponible en las once lenguas oficiales de la UE)

1999 General report of activities

(Disponible en inglés, francés y alemán)

Boletín

DrugNet Europe, nºs 21 a 26

(Boletín bimensual, disponible en inglés, francés, alemán, portugués)

Serie de monografías científicas

Methods to integrate epidemiological indicators to address policy-related questions on drug use

Scientific monograph nº 6
(Disponible en inglés)

Evaluation: A key tool for improving drug prevention

Scientific monograph nº 5
(Disponible en inglés)

Understanding and responding to drug use: the role of qualitative research

Scientific monograph nº 4
(Disponible en inglés)

Serie Insights (Introspección)

Reviewing current practice in drug substitution treatment in Europe

Insights nº 3
(Disponible en inglés)

Puntos focales Reitox

Belgique/België

Institut scientifique de la santé publique/Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (Scientific Institute of Public Health)
Denise Walckiers
Rue Juliette Wytman 14/Juliette Wytmanstraat 14
B-1050 Bruxelles/Brussel
Tel. (32-2) 642 50 35
Fax (32-2) 642 54 10
E-mail: birn@iph.fgov.be
<http://www.iph.fgov.be/reitox>

Danmark

Sundhedsstyrelsen (National Board of Health)
Vibeke Graff
Amaliegade 13
Postboks 2020
DK-1012 København K
Tlf. (45) 33 91 16 01
Fax (45) 33 93 16 36
E-post: vig@sst.dk
kag@sst.dk
<http://www.sst.dk>

Deutschland

Deutsche Referenzstelle der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht DBDD c/o IFT Institut für Therapieforchung (German Focal Point of the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction c/o Institute for Therapy Research)
Roland Simon
Parzivalstraße 25
D-80804 München
Tel. (49-89) 36 08 04 40
Fax (49-89) 36 08 04 49
E-Mail: simon@dbdd.de
<http://www.ift.de>

Greece

University Mental Health Research Institute (UMHRI)
Anna Kokkevi
Vassilisis Sophias Avenue 72
PO Box 66517
GR-15601 Athens
Tel. (30-1) 653 69 02
Fax (30-1) 653 72 73
E-mail: akokke@mail.ariadne-t.gr
<http://business.hol.gr/~umhri>

European Commission

Directorate-General for Justice and Home Affairs — Drugs Unit
JA1/A/4
Timo Jetsu
Rue de la Loi/Wetstraat 200 (Lx-46 5/93)
B-1049 Brussels
Tel. (32-2) 29-95784
Fax (32-2) 29-53205
E-mail: timo.jetsu@cec.eu.int
http://europa.eu.int/comm/justice_home/unit/unit4_en.htm

ΕΛΛΑΔΑ

Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΙΨΥ)
Άννα Κοκκεβή
Βασιλίσσης Σοφίας 72
ΤΘ 66517
15 601 Αθήνα
Τηλ. (30-1) 653 69 02
Φαξ (30-1) 653 72 73
E-mail: akokke@mail.ariadne-t.gr
<http://business.hol.gr/~umhri>

España

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (PNSD)
Ministerio del Interior
Camilo Vázquez Bello
C/ Recoletos, 22
E-28001 Madrid
Tel. (34) 915 37 27 25
Fax (34) 915 37 26 95
E-mail: cvazquez@pnd.mir.es
<http://www.mir.es/pnd/index.htm>

France

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (French Observatory for Drugs and Drug Addiction — OFDT)
Jean-Michel Costes
105, rue Lafayette
F-75110 Paris
Tél. (33) 153 20 16 16
Fax (33) 153 20 16 00
E-mail: jecos@ofdt.fr

Ireland

Health Research Board
Drug Misuse Research Division
Rosalyn Moran
73 Lower Baggot Street
Dublin 2
Ireland
Tel. (353-1) 676 11 76 extn 160
Fax (353-1) 661 18 56
E-mail: Rmoran@HRB.ie
<http://www.hrb.ie>

Italia

Presidenza del Consiglio dei ministri, dipartimento per gli affari sociali, ufficio per il coordinamento delle attività di prevenzione e recupero delle tossicodipendenze (Prevention and Rehabilitation Activities Coordination Unit, Department for Social Affairs of the Presidency of the Council of Ministers)
Franco Scarpino
Via Veneto, 56
I-00187 Roma
Tel. (39) 06 48 16 14 95
Fax (39) 06 482 49 34
E-mail: puntofocale@affarisociali.it
<http://www.affarisociali.it>

Luxembourg

Direction de la santé, point focal OEDT, Luxembourg (Health Directorate, EMCDDA Focal Point, Luxembourg)
Alain Origer
Allée Marconi
Villa Louvigny
L-2120 Luxembourg
Tél. (352) 47 85 625
Fax (352) 46 79 65
E-mail: alain.origer@ms.etat.lu
<http://www.relis.lu>

Nederland

Trimbos-instituut (Netherlands Institute of Public Health and Addiction)
Franz Trautmann
Da Costakade 45
Postbus 725
3500 AS Utrecht
Nederland
Tel. (31-30) 297 11 86
Fax (31-30) 297 11 87
E-mail: ftrautmann@trimbos.nl
<http://www.trimbos.nl>

Österreich

Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (Austrian Health Institute ÖBIG)
Sabine Haas
Stubenring 6
A-1010 Wien
Tel. (43-1) 515 61 160
Fax (43-1) 513 84 72
E-Mail: haas@oebig.at

Portugal

Instituto Português da Droga e da Toxicoddependência (Portuguese Institute for Drug and Drug Addiction)
Elza Pais
Av. João Crisóstomo, 14
P-1000-179 Lisboa
Tel.: (351) 213 10 41 00
Fax: (351) 213 10 41 90
E-mail: maria@ipdt.pt
<http://www.ipdt.pt>

Suomi/Finland

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus (National Research and Development Centre for Welfare and Health — STAKES)
Ari Virtanen
PL 220
FIN-00531 Helsinki
P./tfn (358-9) 39 67 23 78
F./fax (358-9) 39 67 23 24
Sähköposti: ari.virtanen@stakes.fi
<http://www.stakes.fi>

Sverige

Folkhälsoinstitutet (National Institute of Public Health)
Bertil Pettersson
S-103 52 Stockholm
Tfn (46-8) 56 61 35 00
Fax (46-8) 56 61 35 05
E-post: bertil.pettersson@fhi.se
<http://www.fhi.se>

United Kingdom

DrugScope
Nicholas Dorn
Waterbridge House
32–36 Loman Street
London SE1 OEE
United Kingdom
Tel. (44-20) 79 28 12 11
Fax (44-20) 79 28 17 71
E-mail: nicholas@isdd.co.uk
<http://www.drugscope.org.uk/index.html>

Norge (Observer)

Norwegian Directorate for the Prevention of Alcohol and Drug Problems
Stein Berg
PO Box 8152 Dep.
N-0033 Oslo
Tfn (47-22) 24 65 00
Fax (47-22) 24 65 25
E-mail: Ingvild.Hoel@RusDir.dep.telemax.no

Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías

Informe anual de 2000 sobre el problema de la drogodependencia en la Unión Europea

Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas

2000 — 50 pp. — 21 x 29,7 cm

ISBN 92-9168-093-1

Sobre el OEDT

El Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías (OEDT) es uno de los once organismos descentralizados fundados por la Unión Europea para llevar a cabo trabajos especializados de carácter técnico o científico. El principal objetivo del OEDT, fundado en 1993 y activo desde 1995, es facilitar «información objetiva, fiable y comparable a escala Europea sobre la droga y las toxicomanías y sus consecuencias». A través de la información estadística, documental y técnica que recoge, analiza y difunde, el OEDT proporciona a su auditorio —ya sean responsables de las políticas, profesionales del campo de la droga o ciudadanos europeos— una visión general del fenómeno de la droga en Europa.

Los principales cometidos del Observatorio son:

- recoger y analizar los datos existentes;
- mejorar los métodos de comparación de datos;
 - difundir información; y
- colaborar con las organizaciones europeas e internacionales y con países no pertenecientes a la UE.

El OEDT trabaja exclusivamente en el campo de la información.

OEDT en Internet

En Internet puede encontrarse información detallada sobre el consumo de drogas en Europa, publicaciones disponibles en las once lenguas oficiales de la UE, enlaces a centros de información de drogas en Europa y en otros lugares, y acceso gratuito a bases de datos especializadas, en la dirección web del OEDT.

<http://www.emcdda.org>



OFICINA DE PUBLICACIONES OFICIALES
DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS

L-2985 Luxembourg

ISBN 92-9168-093-1



9 789291 680931 >