ISSN 1609-607X

2002

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

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

ES

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 u opiniones, no representa la política del OEDT, de sus socios, de cualesquiera Estados miembros de la Unión Europea ni de ningún organismo o institución de la Unión Europea o de las Comunidades Europeas.

Puede obtenerse gran cantidad de información adicional 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 danés, neerlandés, inglés, finés, francés, alemán, griego, italiano, portugués, español, sueco y noruego. Todas las traducciones fueron realizadas por el Centro de Traducción de los Órganos de la Unión Europea.

Al final de la obra figura una ficha bibliográfica.

Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, 2002

ISBN 92-9168-125-3

© Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías, 2002

Reproducción autorizada, con indicación de la fuente bibliográfica.

Printed in Italy

Rua da Cruz de Santa Apolónia, 23-25
P-1149-045 Lisboa
Tel. (351) 21 811 30 00
Fax (351) 21 813 17 11
E-mail: info@emcdda.org
Internet: http://www.emcdda.org

Índice

Agradecimiento 4

Prefacio 5

Resumen 7

CAPÍTULO 1
Situación en el ámbito de la droga 11
- Consumo de drogas entre la población en general 11
- Consumo problemático de drogas 15
- Demanda de tratamiento 16
- Enfermedades infecciosas relacionadas con las drogas 19
- Muertes relacionadas con la droga y mortalidad entre los consumidores de drogas 23
- Delitos relacionados con las drogas 27
- Mercados de drogas y disponibilidad 28

CAPÍTULO 2
Respuestas al consumo de drogas 33
- Estrategias nacionales y europeas en materia de drogas 33
- Reducción de la demanda 36
- Reducción de la oferta 41

CAPÍTULO 3
Cuestiones particulares 45
- Consumo de varias drogas 45
- Éxito del tratamiento 50
- Consumo de drogas en las prisiones 53

Puntos focales Reitox 63

Encontrará una versión interactiva en línea del Informe anual 2002 en doce lenguas en http://annualreport.emcdda.eu.int. Dicha versión ofrece enlaces con las fuentes de información, informes y documentos de apoyo empleados para elaborar el presente informe.

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 de trabajo 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.

Prefacio

En nuestro *Informe anual 2002*, mostramos la dificultad de englobar el «problema europeo de la droga» en una sola frase, ya que presenta una imagen muy diversa. Las tendencias y niveles en el consumo ilícito de drogas difieren por países y regiones, así como en sus diferentes aspectos y consecuencias. Examinar únicamente las cifras medias nacionales puede enmascarar tendencias divergentes a nivel regional o local. No obstante, a la vez que se registran incrementos de ciertos indicadores en algunos países o regiones, la imagen general parece ahora más similar a una situación «endémica» estable, con el ingreso continuo de nuevos miembros y con cifras de deserción. Esta situación es opuesta a la que se produjo en la década de los años ochenta y principios de los años noventa, cuando muchos países de la Unión Europea experimentaron incrementos extremos y epidémicos en el uso de las drogas y los problemas relacionados con él.

A largo plazo los aumentos comunicados en el consumo de cánnabis muestran signos de estabilización en algunos países, aunque a niveles notoriamente diferentes, mientras que los problemas originados por el cánnabis y la cocaína podrían estar aumentando en la actualidad. Con respecto al consumo problemático de drogas, siete de los quince países han ajustado hacia límites superiores sus estimaciones, lo que sugiere un incremento, aunque simultáneamente la mayoría de países informan de una relativa estabilidad. En general, la prevalencia del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) parece estable, aunque los niveles varían mucho entre países y se han constatado importantes aumentos en algunas regiones y subgrupos de consumidores de drogas por vía parenteral. La mortalidad aguda causada por el consumo de drogas parece haber alcanzado una meseta, pero las tendencias son divergentes entre países. Los precios de la mayoría de las drogas parecen por lo general estables o decrecientes.

Con todo, incluso si el «problema de las drogas» en la Unión Europea parece haberse convertido ya en un fenómeno establecido, está claro que no hay terreno para la complacencia. Se ha calculado que hay entre dos y nueve consumidores problemáticos de drogas por cada 1 000 habitantes entre 15 y 64 años. En algunas zonas, más del 25 % de los consumidores por vía parenteral están infectados con el VIH, y la prevalencia del virus de la hepatitis C (VHC) sigue siendo extremadamente alta (40 a 90 %). Cada año se producen entre 7 000 y 8 000 muertes repentinas relacionadas con las drogas, y es preocupante asistir a su aumento en algunos países donde las tendencias eran anteriormente estables o decrecientes. El riesgo de muerte es hasta veinte veces mayor entre los consumidores de opiáceos que entre los no consumidores de drogas con su misma edad. La cifra de consumidores sometidos a tratamiento ha aumentado pero, incluso aunque las instalaciones donde se presta el tratamiento aumentan también, sigue sin ser suficiente, especialmente en las prisiones. En consecuencia es primordial que el esfuerzo político dedicado a combatir el problema de las drogas sea continuo e incluso se vea reforzado.

Constatamos un mayor consenso sobre las medidas que han de adoptarse para tratar algunos de los principales problemas, a la vez que aumentan las pruebas sobre su eficacia. Por ejemplo, gozan de un amplio reconocimiento el valor de los servicios de bajo umbral y la importancia del acceso a equipos de inyección estériles para reducir las infecciones sanguíneas. El efecto protector del mantenimiento a base de metadona contra la mortalidad y la morbilidad, el valor añadido del tratamiento voluntario sin drogas y la función del tratamiento con asistencia médica para reducir el consumo ilegal de drogas, los comportamientos de riesgo y la delincuencia gozan actualmente de un amplio reconocimiento.

Que el valor de estas medidas goce del más amplio reconocimiento es posiblemente un factor coadyuvante a la convergencia relativa de las políticas públicas en materia de prevención y tratamiento en la Unión Europea. Debemos tener en cuenta que esta convergencia, que se produce esencialmente en los terrenos social y sanitario, tiene lugar de manera no uniforme entre países: por ejemplo, la distribución de jeringuillas está mucho más desarrollada en algunos países que en otros. Por otra parte, los enfoques no son necesariamente consecuentes dentro del mismo país: el tratamiento de sustitución puede estar disponible en los centros de tratamiento, por ejemplo, pero en mucho menor grado en las prisiones.

No obstante, los enfoques nacionales políticos y legislativos promocionan de forma creciente medidas sociales y de salud pública similares. En muchos países, los progresos más destacados en el terreno legislativo incluyen medidas relativas a sustancias diana concretas, independientemente de su situación legal, para ampliar la distinción entre consumidores de drogas y delincuentes que infringen la legislación en materia de drogas, para reducir o suprimir las sanciones por el uso personal o la posesión de cánnabis, y para reforzar el marco legal del tratamiento de sustitución. La atención en el ámbito de

la prevención se concentra ahora en garantizar la calidad de las intervenciones, mediante la introducción de estándares nacionales y procedimientos de acreditación.

El creciente consenso en la Unión Europea apunta claramente hacia una mayor eficacia y eficiencia a la hora de luchar contra los problemas originados por las drogas, reduciendo la morbilidad, la mortalidad, el estigma y la exclusión social entre los consumidores problemáticos, a la vez que se proporciona a los consumidores no problemáticos información fidedigna sobre los riesgos potenciales. También representa una respuesta más fuerte y unificada a la gran prioridad de los ciudadanos europeos de abordar el problema de la drogadicción. Confío en que este *Informe anual 2002* supondrá una importante contribución a la creación de una base de pruebas que permita elaborar políticas y una planificación estratégicas sólidas, tanto en el plano nacional y local como en el europeo.

Georges Estievenart
Director ejecutivo

Resumen

Situación en el ámbito de la droga

Consumo de drogas entre la población en general

- El consumo de sustancias ilegales se concentra entre los adultos jóvenes, en particular los de sexo masculino de las zonas urbanas, aunque es posible que se esté extendiendo a las pequeñas ciudades y las zonas rurales.

- Entre un 5 % y un 15 % de los adultos jóvenes de la mayoría de países señala haber consumido cánnabis recientemente (en los últimos doce meses). Se señala que el consumo reciente de anfetaminas oscilaba entre el 0,5 % y el 6 %, el consumo de cocaína, entre el 0,5 % y el 3,5 %, y el consumo de éxtasis, entre el 0,5 % y el 5 %.

- Entre un 10 % y un 30 % de los adultos europeos afirma haber tenido una experiencia con cánnabis en algún momento de la vida, y entre un 1 % y un 5 % ha probado las anfetaminas, la cocaína y el éxtasis.

- El consumo de cánnabis aumentó considerablemente durante los años noventa en la mayoría de los países de la UE, sobre todo entre los jóvenes, aunque en los últimos años se ha ido estabilizando en algunos países. El consumo de cocaína puede haber aumentado en los últimos años en algunos países, si bien esta tendencia resulta menos evidente.

Consumo problemático de drogas

- En general, los niveles del consumo problemático de drogas parecen haberse estabilizado, aunque algunos países señalan que se han producido cambios en las estimaciones, lo que en su conjunto sugiere un aumento del consumo problemático de drogas desde 1996.

- Se señalan posibles aumentos a nivel nacional en Bélgica y Noruega (sólo se dispone de datos sobre los consumidores de drogas por vía parenteral), Alemania, Italia, Luxemburgo, Suecia y Reino Unido.

- Todas las estimaciones relativas al consumo problemático de drogas se sitúan entre dos y nueve casos por 1 000 personas entre 15 y 64 años de edad.

- Todas las estimaciones relativas al consumo de drogas por vía parenteral se sitúan, en general, entre dos y cinco casos por 1 000 personas entre 15 y 64 años de edad.

Demanda de tratamiento

- Los países señalan un aumento en el número de pacientes en tratamiento.

- Los opiáceos (en particular, la heroína) siguen siendo la principal sustancia consumida por los pacientes que solicitan tratamiento, seguidos por el cánnabis, la cocaína y las anfetaminas. Se observan numerosas diferencias entre un país y otro.

- Las tendencias correspondientes a cada droga entre los nuevos pacientes que se someten a tratamiento revelan que el número de consumidores de heroína se mantiene estable o acusa un descenso y que el número de consumidores de cánnabis está aumentando en algunos países (por ejemplo, en Alemania y Dinamarca). El número de pacientes sometidos a tratamiento por cocaína —cuyo número aumentó hasta el año pasado— ahora parece haberse estabilizado.

- Las principales vías de administración entre los nuevos clientes son el consumo de heroína por vía parenteral (45,9 %), la inhalación de cocaína (47,1 %) y la ingestión de estimulantes (56,4 %).

- Las condiciones sociales de los consumidores de droga son peores que las de la población en general de la misma edad. Cuentan con niveles inferiores de educación y presentan mayores tasas de desempleo.

Enfermedades infecciosas relacionadas con las drogas

- Los niveles de infección con el VIH varían aproximadamente entre el 1 % del Reino Unido y el 34 % de España, pero en general se han estabilizado.

- La prevalencia del VIH era superior al 25 % entre los consumidores de drogas por vía parenteral analizados de manera rutinaria en el tratamiento por consumo de drogas en las regiones italianas de Emilia Romaña, Lombardía y Cerdeña, en Francia, en Lisboa y Oporto (Portugal) y en España.

- El aumento de la transmisión del VIH (entre subgrupos de consumidores de drogas por vía parenteral) podría haber tenido lugar en regiones o ciudades de Irlanda, Italia, Países Bajos y Finlandia.

- La prevalencia del VHC es sumamente alta en todos los países y entornos, con tasas de infección entre el 40 % y el 90 % en diferentes subgrupos de consumidores de drogas por vía parenteral.

Muertes relacionadas con la droga

- En la UE se registran cada año entre 7 000 y 8 000 muertes por reacción aguda con drogas y el número real de casos es probablemente más elevado. Los opiáceos están presentes en la mayoría de las muertes por sobredosis, aunque a menudo se detectan otras sustancias.

- Existe una tendencia relativamente estable en la UE, si bien se observan distintas tendencias nacionales. Sin embargo, resulta preocupante que algunos países de la UE señalen nuevos aumentos tras un período de estabilización o descenso.

- La mortalidad entre los consumidores de opiáceos, sobre todo los consumidores por vía parenteral, es veinte veces superior a la mortalidad de la población en general de la misma edad, debido a las sobredosis, enfermedades infecciosas, accidentes, suicidios, etc.

Delitos relacionados con la droga

- En todos los países —salvo Noruega, Países Bajos, Italia y España—, los delitos relacionados con las drogas notificados por la policía siguen refiriéndose principalmente al consumo y/o posesión de drogas.

- Dependiendo del país y de la prisión de que se trate, entre un 29 % y un 86 % (más del 50 % en la mayoría de los estudios) de los presos afirma haber consumido alguna vez una droga ilícita.

- Aunque la mayoría de los consumidores de drogas suele interrumpir o reducir su consumo de drogas tras entrar en prisión debido a la dificultad para encontrar drogas ilícitas, algunos continúan consumiéndolas, mientras que otros se inician una vez en prisión.

Mercados de drogas y disponibilidad

- El cánnabis es la droga más incautada en todos los países miembros excepto en Portugal (heroína). En 2000, las cantidades incautadas disminuyeron en la mayoría de los Estados miembros.

- El número de incautaciones de cánnabis y éxtasis en la UE siguió aumentando en 2000, mientras que las de heroína, cocaína y anfetaminas acusaron un descenso.

- En 2000 se observó un pronunciado descenso de las cantidades incautadas de cocaína, debido principalmente a la considerable disminución en los países que se incautan de la mayor cantidad de cocaína en la UE (España, Francia y Países Bajos).

- En general, el precio de las drogas ilícitas se mantiene estable o disminuye en la UE, aunque se señaló un aumento del precio de la heroína marrón.

Respuestas al consumo de drogas

Estrategias nacionales

- Continúa la reciente tendencia consistente en elaborar respuestas estratégicas a la situación en el ámbito de las drogas. Los objetivos y metas se identifican mejor que en el pasado. La aplicación y la evaluación constituyen actualmente los principales retos que se plantean a las estrategias nacionales sobre drogas.

- Se ha prestado una mayor atención a la prevención y al tratamiento relacionado con el alcohol y el tabaco. Las estrategias suelen ir dirigidas contra las sustancias que causan adicción, independientemente de su situación legal.

Legislación nacional

- Se ha observado una tendencia que consiste en ampliar la distinción entre el consumo de droga y

otros delitos relacionados con la droga, ya sea a través de distinciones legales o de política o mediante la creación de un sistema de tribunales más especializados, o ambas cosas.

- Al mismo tiempo, varios países han optado por reducir o suprimir las penas por consumo personal o posesión de cánnabis, a diferencia de las demás sustancias.

- La nueva legislación en materia de drogas en el tráfico por carretera establece las personas y métodos de análisis, y puede mejorar la recopilación de datos estadísticos que sirven de base científica para la futura legislación en dicha materia.

- Se están creando o reforzando marcos jurídicos nacionales para los tratamientos de sustitución.

Reducción de la demanda

- Todas las estrategias nacionales en materia de drogas contemplan prioridades en el ámbito de las respuestas. La prevención escolar es considerada una prioridad en diez Estados miembros, la prevención y la intervención precoz con los jóvenes de riesgo en nueve y las respuestas en el sistema judicial penal en siete. Ocho países consideran que es necesario reforzar las estructuras de tratamiento.

- La calidad de las respuestas de reducción de la demanda se ha garantizado mediante la introducción en algunos países de normas, procedimientos de acreditación o directrices nacionales.

Prevención en las escuelas, los entornos locales y la sociedad

- Todos los Estados miembros conceden una gran prioridad a la prevención y señalan numerosas actividades preventivas en distintos entornos, sobre todo en las escuelas. Sin embargo, existe una diferencia considerable entre los objetivos de las políticas y la realidad y calidad de la prevención.

- Los objetivos de la prevención escolar van desde la frecuente mención de los principios de la promoción integral de la salud, pasando por el desarrollo de aptitudes sociales y personales hasta la promoción de la identidad y la personalidad. La conciencia y la información son a menudo de máxima importancia para la prevención del consumo de drogas, aunque estos planteamientos por sí solos han resultado ineficaces.

- Existen amplias disparidades entre los Estados miembros en lo referente al papel de los medios de comunicación dentro de las estrategias de prevención, desde la inexistencia de dicho papel hasta un papel muy destacado.

La prevención en los entornos recreativos

- La prevención en los entornos recreativos se basa en tres estrategias de intervención: la producción de material informativo sobre drogas, las intervenciones personalizadas en discotecas o fiestas, y las medidas estructurales como las directrices de seguridad para los clubes.

- La utilidad de los análisis de pastillas sobre el terreno para un asesoramiento intensivo e interactivo en materia de prevención ha quedado eclipsada por los debates sobre su precisión farmacológica y sus implicaciones legales.

Prevención de enfermedades infecciosas

- Las respuestas basadas en pruebas para prevenir las enfermedades infecciosas entre los consumidores de droga son la inmunización contra la hepatitis, el tratamiento por consumo de droga —sobre todo la prescripción de drogas de sustitución—, los trabajadores sobre el terreno, el acceso a equipos estériles de inyección, así como la información y la formación sobre su uso seguro.

- El acceso a equipos estériles de inyección reviste una gran importancia para reducir al mínimo la tasa de infección por VIH y otras infecciones virales de transmisión sanguínea. Si bien los programas de intercambio de jeringuillas se han ampliado, la cobertura de la población destinataria muestra amplias diferencias entre un país y otro, y dentro de un mismo país.

- Las tasas de inmunización contra la hepatitis entre los consumidores de drogas son sumamente bajas. En algunos países se están llevando a cabo esfuerzos sistemáticos para que la vacuna contra la hepatitis B resulte más accesible.

Prevención de las muertes relacionadas con las drogas

- Se podría haber evitado un porcentaje importante de las sobredosis.

- El mantenimiento a base de metadona protege en gran medida contra la mortalidad por sobredosis de opiáceos.

- Algunos países adoptaron enfoques innovadores para prevenir y gestionar las sobredosis: formación de los consumidores de drogas para protegerse a sí mismos

contra la sobredosis y para intervenir mejor en las sobredosis de las que son testigos, formación en la administración de naloxona, técnicas básicas de resucitación, o desarrollo de materiales específicos de información sobre prevención.

Disponibilidad de instalaciones de tratamiento

- En los últimos cinco años ha aumentado considerablemente el número de instalaciones de tratamiento en la UE y en Noruega. El tratamiento con asistencia médica parece haber crecido con mayor rapidez que el tratamiento sin drogas.

- Las evaluaciones de los tratamientos sin drogas han demostrado su eficacia. Los resultados de las evaluaciones varían, pero en general entre un 30 % y un 50 % de los pacientes admitidos a tratamientos sin drogas los concluyen con éxito.

- El tratamiento con asistencia médica con metadona o buprenorfina ha demostrado su eficacia para reducir el consumo de drogas ilegales, la conducta de riesgo y la actividad delictiva. Se ha demostrado que se requieren dosis suficientes para garantizar resultados positivos. Las intervenciones psicosociales de acompañamiento contribuyen al éxito, pero aún no se han desarrollado lo suficiente.

Respuestas judiciales

- Las autoridades judiciales de los países de la UE cuentan con toda una serie de medidas en las diversas fases del sistema judicial para enviar a tratamiento a aquellos consumidores de drogas que han cometido un delito.

- La mayoría de los Estados miembros de la UE cuentan con programas estructurados de tratamiento de abstinencia y/o unidades de tratamiento sin drogas dentro de sus prisiones. Sin embargo, el número de plazas es reducido en comparación con el número estimado de presos con problemas de drogas.

- El tratamiento de sustitución existe actualmente en prisiones de casi todos los países de la UE y en Noruega. Sin embargo, incluso en países en los que un porcentaje importante de los consumidores problemáticos de drogas en libertad se encuentra en tratamiento de sustitución, las prisiones con frecuencia siguen una política de desintoxicación.

- No existen pruebas de que sean necesarias medidas de «asistencia progresiva» o de tratamiento continuo para reducir la reincidencia entre los delincuentes consumidores de droga.

- Se está llevando a cabo un creciente esfuerzo para documentar y evaluar otras respuestas judiciales, pero aún no existen muchas pruebas científicas.

Reducción de la oferta

- La lucha contra el tráfico organizado de drogas es una prioridad para los Estados miembros mediante la mejora de las bases de datos y las técnicas de análisis de delitos, así como el desarrollo de la cooperación internacional.

- La lucha contra la desviación de productos y precursores químicos controlados constituye una parte importante de la creciente cooperación internacional. Se necesitan recursos suplementarios para garantizar un nivel adecuado de vigilancia.

- La cooperación aduanera internacional y las actividades del Grupo de Acción Financiera Internacional (GAFI) de la OCDE desempeñan un papel muy importante dentro de las medidas adoptadas contra el blanqueo de capitales.

Capítulo 1

Situación en el ámbito de la droga

En el presente capítulo se ofrece una descripción general de la situación del consumo y la oferta de drogas en la Unión Europea y en Noruega y se destacan las realizaciones recientes y las tendencias emergentes.

Consumo de drogas entre la población en general [1]

Las encuestas de población ofrecen estimaciones del porcentaje de la población que ha consumido distintas drogas durante determinados períodos, así como información sobre las conductas y características de los encuestados. En el caso de las drogas ilegales, las medidas más habituales son:

- cualquier consumo durante la vida de la persona (prevalencia en algún momento de la vida), denominado igualmente «experiencia con drogas en algún momento de la vida»,
- cualquier consumo durante el año anterior (prevalencia de los últimos doce meses), denominado igualmente «consumo reciente» de drogas, y
- cualquier consumo durante el mes anterior (prevalencia de los últimos treinta días), denominado igualmente «consumo actual» de drogas.

La «experiencia en algún momento de la vida» siempre arroja cifras elevadas y se usa frecuentemente en informes y evaluaciones de la situación de un país en materia de droga. Sin embargo, la experiencia en algún momento de la vida no recoge correctamente la situación actual, puesto que incluye a todas aquellas personas que han probado drogas, ya sea una única vez o varias veces hace muchos años.

El «uso reciente» arroja cifras más reducidas, pero refleja mejor la situación actual. Si combinamos la experiencia en algún momento de la vida y el consumo reciente podemos obtener información básica sobre las pautas del consumo de drogas (por ejemplo, los índices de continuación). El «consumo actual» indica hasta cierto punto un consumo periódico, pero generalmente estas cifras son sumamente bajas en relación con la totalidad de la población.

Muchas encuestas estudian la edad de inicio del consumo de drogas y la frecuencia del consumo, lo que permite realizar estimaciones de la incidencia y las pautas de consumo. Otras variables individuales (variables sociodemográficas, opiniones y percepciones de riesgo, estilos de vida, problemas de salud, etc.) pueden asimismo ayudar a establecer correlaciones entre el consumo y otros factores individuales.

Los tramos de edad utilizados para la presentación de los resultados pueden influir de forma significativa en las estimaciones de prevalencia. Las comparaciones deben hacerse entre grupos de la misma edad. El OEDT recomienda el tramo de edad comprendido entre los 15 y los 64 años para el conjunto de la población adulta y entre 15 y 34 años para los adultos jóvenes, pero los datos transmitidos por distintos países aún presentan pequeñas diferencias.

Pautas del consumo de drogas

En los diversos Estados de la UE podemos identificar pautas comunes y divergentes en el consumo de droga, a pesar de las limitaciones de la metodología.

El cánnabis sigue siendo la sustancia legal de consumo más habitual en todos los países de la UE. La experien-

[1] Los métodos utilizados para estimar el consumo de drogas entre la población en general se explican en línea en http://annualreport.emcdda.eu.int.

cia en algún momento de la vida resulta mucho más común que el consumo reciente o actual, lo que indica que su consumo suele ser ocasional o es abandonado tras un cierto tiempo. Un pequeño porcentaje de consumidores consume la sustancia diariamente, por lo que debe prestarse especial atención a este grupo.

Las sustancias distintas del cánnabis son consumidas por porcentajes mucho más reducidos de la población, aunque existen diferencias considerables entre un país y otro. También en este caso, la experiencia en algún momento de la vida es claramente más alta que el consumo reciente [2] [3].

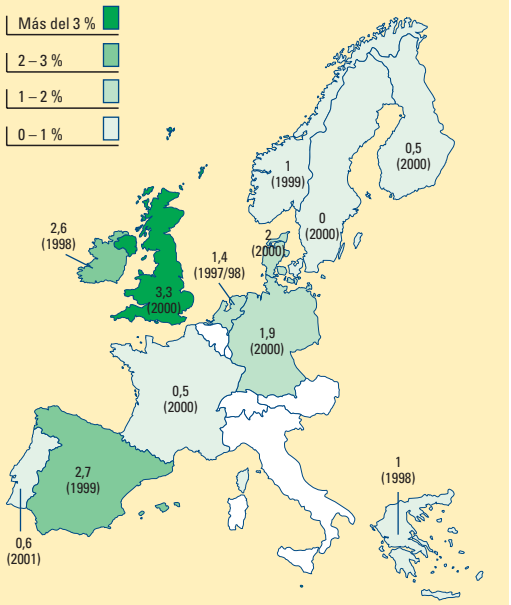
El consumo de sustancias ilegales se concentra en los adultos jóvenes que presentan tasas de prevalencia que duplican aproximadamente la del conjunto de los adultos. Los hombres superan a las mujeres en el porcentaje de personas que han probado drogas en todos los países y en todos los grupos de edad, si bien estas diferencias suelen disminuir entre los grupos más jóvenes [4]. El consumo de drogas presenta una mayor prevalencia en las zonas urbanas, aunque es posible que esté teniendo lugar una cierta propagación en las pequeñas ciudades y zonas rurales.

En los informes, la experiencia con cánnabis en un momento de la vida va desde el 10 % (Finlandia) al 25-30 % (Dinamarca y Reino Unido) del conjunto de la población adulta, en tanto que un buen número de países presentan cifras en torno al 20 % (Bélgica, Francia, Alemania, Irlanda, Países Bajos y España). Entre un 1 % y un 6 % de la población (un 11 % en el Reino Unido) ha probado las anfetaminas, y entre un 0,5 % y un 4,5 % ha probado la cocaína y el éxtasis. Generalmente, menos de un 1 % de la población ha probado la heroína, si bien esta cifra se eleva al 2-3 % de los jóvenes de sexo masculino en algunos países. Como referencia fuera de Europa, la encuesta domiciliaria de Estados Unidos de 2000 indica que un 34 % de los adultos (de 12 años de edad en adelante) señalaba haber tenido una experiencia con cánnabis en algún momento de la vida y un 11 %, con cocaína [5].

El consumo reciente de cánnabis se sitúa entre el 1 % y el 10 % de los adultos, aunque la mayoría de los países que cuentan con información señalan niveles que oscilan entre el 5 % y el 10 %. El consumo reciente de anfetaminas, cocaína o éxtasis generalmente es inferior al 1 % de los adultos, aunque Irlanda y Reino Unido presentan cifras algo más elevadas de consumo de estas tres sustancias, junto con Dinamarca y Noruega en el caso de las anfetaminas y España respecto a la cocaína. La encuesta domiciliaria de Estados Unidos de 2000 indica que un 8,3 % de los adultos (de 12 años de edad o más) había consumido cánnabis recientemente (durante el año precedente) y que un 1,5 % había consumido cocaína.

Los adultos jóvenes presentan tasas mucho más altas de consumo reciente de drogas. En la mayoría de los países, el consumo reciente de cánnabis se sitúa entre el 5 % y el 18 % de los adultos jóvenes (en Suecia, entre el 1 % y el 2 %). Se se-

Gráfico 1 **Consumo reciente (durante los últimos 12 meses) de cocaína entre los adultos jóvenes medido a través de las encuestas nacionales de población**

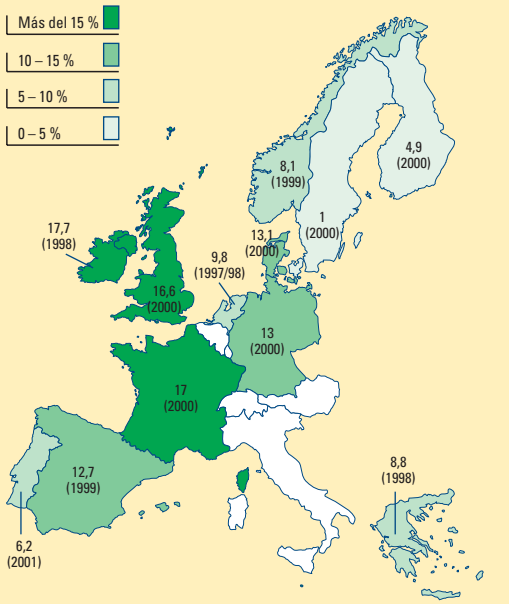


N.B.: Los datos proceden de las encuestas nacionales más recientes disponibles en cada país.
En el caso de los adultos jóvenes, el OEDT utiliza el tramo de edad comprendido entre los 15 y los 34 años (Dinamarca y Reino Unido, a partir de los 16; Alemania e Irlanda, a partir de los 18). Las variaciones en los tramos de edad pueden provocar ligeras diferencias entre países. En algunos países, las cifras se vuelven a calcular a nivel nacional a fin de adaptarlas en la medida de lo posible al grupo de edad que utiliza el OEDT.
Fuentes: Informes nacionales de la red Reitox de 2001, extraídos de informes y artículos científicos. Véase igualmente la tabla epidemiológica estandarizada «Prevalencia durante los últimos 12 meses del consumo de drogas según estudios recientes de ámbito nacional realizados entre la población general de algunos Estados miembros de la UE», en la dirección web: http://annualreport.emcdda.eu.int.

(2) Gráfico 1 OL: pautas del consumo de drogas entre la población en general (versión en línea).
(3) Gráfico 2 OL: índices de continuación entre el conjunto de la población adulta correspondientes a algunas sustancias en encuestas europeas de población realizadas recientemente (versión en línea).
(4) Gráfico 3 OL: diferencias entre sexos incluidas en las encuestas de población de los países europeos (versión en línea).
(5) *Fuente:* SAMHSA, Oficina de Estudios Aplicados, Encuesta nacional domiciliaria sobre consumo de drogas, 1999 y 2000 (http://www.samhsa.gov/oas/oas.html). *N.B.:* el tramo de edad (de 12 años en adelante) es superior al tramo de edad utilizado por el OEDT para las encuestas de la UE (15 a 64 años).

Gráfico 2

Consumo reciente (durante los últimos doce meses) de cánnabis entre los adultos jóvenes, medido a través de las encuestas nacionales de población



N.B.: Los datos proceden de las encuestas nacionales más recientes disponibles en cada país. En el caso de los adultos jóvenes, el OEDT utiliza el tramo de edad comprendido entre los 15 y 34 años (Dinamarca y Reino Unido, a partir de los 16; Alemania e Irlanda, a partir de los 18). Las variaciones en los tramos de edad pueden provocar ligeras diferencias entre países. En algunos países, las cifras se vuelven a calcular a nivel nacional a fin de adaptarlas en la medida de lo posible a los grupos de edad que utiliza el OEDT.

Fuentes: Informes nacionales de la red Reitox de 2001, extraídos de informes y artículos científicos. Véase igualmente la tabla epidemiológica estandarizada «Prevalencia durante los últimos 12 meses del consumo de drogas según estudios recientes de ámbito nacional realizados entre la población general de algunos Estados miembros de la UE» en la dirección web: http://annualreport.emcdda.eu.int.

ñala que el consumo reciente de anfetaminas oscilaba entre el 0,5 % y el 6 %, el consumo de cocaína, entre el 0,5 % y el 3,5 %, y el consumo de éxtasis, entre el 0,5 % y el 5 % (6).

Además de las diferencias reales en el consumo de drogas, varios factores pueden contribuir a las diferencias entre las cifras de los distintos países. Las cifras globales nacionales pueden explicarse en parte mediante factores generacionales, como la convergencia de estilos de vida de hombres y mujeres. El porcentaje de población urbana de cada país puede explicar en parte algunas cifras globales nacionales. Los análisis comparativos, así como la formulación y evaluación de políticas deben tener en cuenta los grupos de edad, las cuestiones de género y el grado de urbanización, entre otros factores (7) (8).

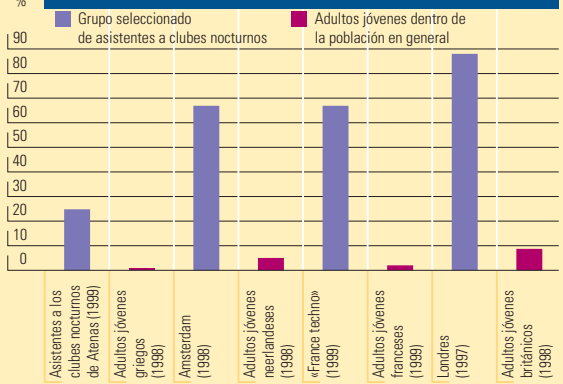
Consumo de drogas entre los jóvenes

Durante el año 2000, únicamente cinco Estados miembros facilitaron datos procedentes de encuestas escolares entre los alumnos de 15 y 16 años de edad. En Suecia se observó un aumento del consumo de cánnabis, en tanto que en Italia se comprobó un aumento del consumo de cánnabis, éxtasis y cocaína. Las encuestas realizadas en los otros tres Estados miembros muestran una prevalencia estable o descendente del consumo de drogas en este grupo de edad.

Varios Estados miembros llevan a cabo encuestas entre los jóvenes que superan el tramo de edad de 15 a 16 años y fuera del entorno escolar. Las encuestas muestran que la prevalencia en algún momento de la vida aumenta de modo considerable con la edad, aunque el nivel de incremento varía según los países. En comparación con las encuestas de población en general, los jóvenes que salen de noche y asisten a clubes nocturnos muestran asimismo una prevalencia media mucho mayor de consumo de drogas de diversión, sobre todo de éxtasis (véase el gráfico 4, que deberá interpretarse con prudencia dado que las encuestas objetivo no son estrictamente comparables).

Gráfico 4

Diferencias en la prevalencia del éxtasis en algún momento de la vida entre encuestas específicas y encuestas de población (1)



(1) En la encuesta específica, n = rango 100-986.

Fuentes: Atenas: Calafat, A., Bohrn, K., Juan, M., Kokkevi, A., Maalsté, N., Mendes, F., Palmer, A., Sherlock, K., Simon, J., Stocco, P., Sureda, M. P., Tossmann, P., van de Wijngaart, G., y Zavatti, P. (1999): *Night life in Europe and recreative drug use*, Irefrea y Comisión Europea, Valencia.
Amsterdam: Korf, D.J., Nabben, T., Lettink, D., y Bouma, H. (1999): *Antenne 1998. Trends in alcohol, tabak, drugs en gokken bij jonge Amsterdammers*, Jellinek, Amsterdam.
Francia: Medecins du Monde (1999): «Techno Rave Parties».
Londres: Release (1997): «Release drugs and dance survey: an insight into the culture», Release, Londres.

(6) Gráfico 4 OL: consumo reciente (en los últimos doce meses) de anfetaminas, éxtasis y cocaína entre los adultos jóvenes de países europeos, medido a través de las encuestas nacionales de población (versión en línea).

(7) Gráfico 5 OL: cómo interpretar las diversas cifras sobre consumo de drogas en cada país: un ejemplo referido a Dinamarca y Francia (versión en línea).

(8) Gráfico 6 OL: consumo reciente de cocaína (en los últimos doce meses) por grupos de edad en países europeos registrado por las encuestas de población (versión en línea).

Tendencias del consumo de drogas entre la población en general

Resulta difícil definir tendencias nítidas que se apliquen a toda la UE, debido a las limitaciones de las fuentes de información (pocas series coherentes) y las diferencias de contexto social y cultural y de desarrollo entre países. La experiencia en algún momento de la vida debe utilizarse con precaución a la hora de analizar las tendencias, ya que es un valor acumulativo que no disminuirá durante un largo período, incluso aunque disminuya el consumo actual de drogas.

Las encuestas nacionales y locales de población, así como las encuestas escolares y entre militares señalan que el consumo de cánnabis aumentó de forma señalada durante los años noventa en casi todos los países de la UE, sobre todo entre los jóvenes. Al mismo tiempo se puede observar cierta convergencia en el consumo de cánnabis en distintos países y varios de ellos señalan una experiencia en algún momento de la vida de entre un 20 % y un 25 % y un consumo reciente que oscila entre un 5 % y un 10 %.

En años más recientes, el consumo de cánnabis parece haberse estabilizado o incluso disminuido en algunos países (Irlanda, Países Bajos, Finlandia y Noruega) entre jóvenes, militares y escolares. Sin embargo, continúa aumentando en otros países.

Las tendencias europeas correspondientes a otras sustancias (por ejemplo, cocaína, éxtasis y anfetaminas) resultan más difíciles de ubicar, lo que pone de relieve la necesidad de mantener series coherentes de encuestas con muestras de tamaño adecuado.

El posible incremento del consumo de cocaína en la UE es causa de una creciente preocupación debido al aumento de los problemas relacionados con esta droga en algunos países. Al parecer se ha producido un aumento del consumo reciente de cocaína entre los jóvenes del Reino Unido y, en menor medida, de Dinamarca, Alemania y Grecia. En España, Francia y Finlandia no se observa un aumento entre los adultos jóvenes, aunque en España las cifras son comparativamente elevadas y se ha observado un incremento constante entre los estudiantes (gráfico 3).

Gráfico 3 A

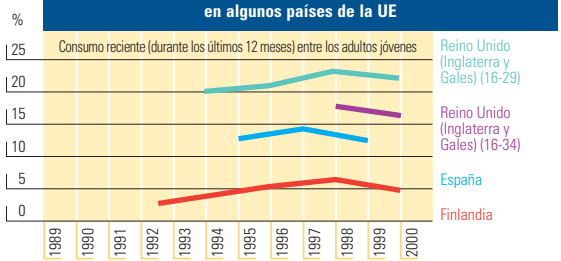


Gráfico 3 B

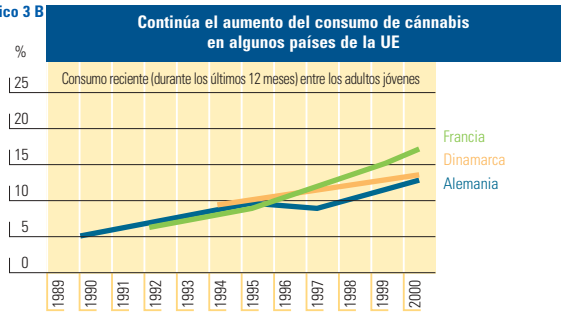
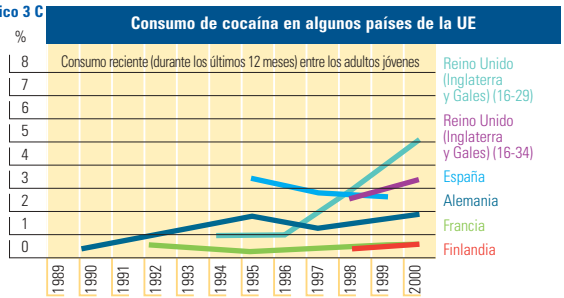


Gráfico 3 C



N.B.: Los datos proceden de las encuestas nacionales disponibles en cada país.
En el caso de los adultos jóvenes, el OEDT utiliza el tramo de edad comprendido entre los 15 y 34 años (Dinamarca y el Reino Unido, a partir de los 16; Alemania e Irlanda, a partir de los 18; Francia, 1992: 25 a 34, y 1995: 18 a 39).
Aunque no figura en el gráfico 3 C, la información correspondiente a Dinamarca y Grecia sugiere la existencia de algunos aumentos.

Fuentes: Informes nacionales de la red Reitox de 2001, extraídos de informes y artículos científicos. Véase igualmente la tabla epidemiológica estandarizada «Prevalencia durante las últimos 12 meses del consumo de drogas según estudios recientes de ámbito nacional realizados entre la población general de algunos Estados miembros de la UE» en la dirección web: http://annualreport.emcdda.eu.int.

Las tablas estadísticas relacionadas con este capítulo figuran en **http://annualreport.emcdda.eu.int**:

- Prevalencia en algún momento de la vida (LTP) del consumo de droga en las encuestas nacionales más recientes entre la población en general en algunos países de la UE
- Prevalencia los últimos doce meses (LYP) del consumo de droga en las encuestas nacionales más recientes entre la población en general en algunos países de la UE
- Encuestas escolares: prevalencia a lo largo de la vida entre estudiantes, 15 a16 años de edad

Consumo problemático de drogas

El «consumo problemático de drogas» se define como el «consumo por inyección o habitual/a largo plazo de opiáceos, cocaína y/o anfetaminas» ([9]).

En general, los niveles del consumo problemático de drogas parecen haberse estabilizado, aunque con los métodos de estimación, la calidad y disponibilidad de información con que contamos en la actualidad todavía no es posible calcular de manera fiable las tendencias de la prevalencia del consumo problemático de drogas en la mayoría de los países.

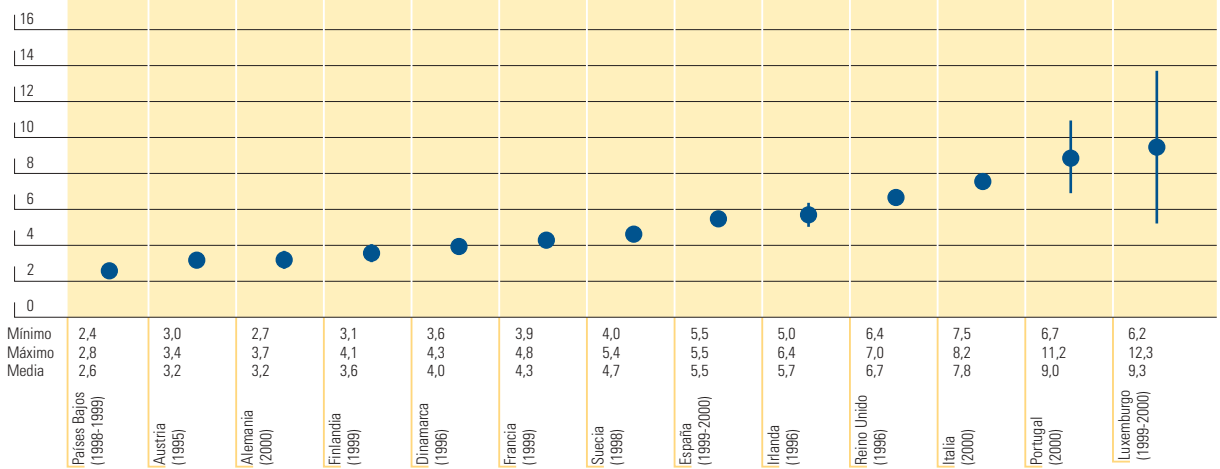
Sin embargo, algunos países señalan que se han producido cambios en las estimaciones y/u otros indicadores que, en su conjunto, indican un aumento del consumo problemático desde 1996. Se señalan posibles aumentos a nivel nacional en Bélgica y Noruega (sólo se dispone de datos sobre los consumidores de droga por vía parenteral), Alemania, Italia, Luxemburgo, Suecia y Reino Unido, mientras que otros países ([10]) presentan aumentos a nivel regional o local.

Todas las estimaciones relativas al consumo problemático de drogas se sitúan entre dos y nueve casos por 1 000 personas entre 15 y 64 años de edad (utilizando los puntos medios de las estimaciones). Las más altas corresponden a Italia, Luxemburgo, Portugal y Reino Unido y oscilan entre seis y nueve consumidores problemáticos de drogas por 1 000 personas entre 15 y 64 años de edad. Las más bajas son las de Austria, Alemania y Países Bajos, con tres consumidores problemáticos de drogas por 1 000 personas entre 15 y 64 años de edad. No se dispone de información sobre Bélgica, Grecia y Noruega (véase el gráfico 5).

En Finlandia y Suecia, la mayoría de los consumidores problemáticos de drogas consumen anfetaminas como droga principal (entre el 70 % y el 80 % en Finlandia en 1997 según las estimaciones). Sucede lo contrario en otros países, donde los consumidores problemáticos de drogas son fundamentalmente consumidores de opiáceos (y al mismo tiempo consumen varios tipos de droga).

Este año se proporcionan estimaciones por separado para el consumo de drogas por vía parenteral, una subcategoría de todo consumo problemático de drogas. La mayor calidad de las estimaciones basadas en datos sobre mortalidad y VIH permite presentarlas por separado del consumo problemático de drogas. Las estimaciones relativas al consumo de drogas por vía parenteral se sitúan, por lo general, entre dos y cinco casos por 1 000 personas entre 15 y 64 años de edad, pero no se dispone de información en el caso de seis Estados miembros. La estimación correspondiente a Luxemburgo es superior, alcanzando casi siete casos por 1 000 personas. Las estimaciones del consumo de drogas por vía parenteral

Gráfico 5 **Estimaciones del consumo problemático de droga en algunos Estados miembros de la UE (prevalencia del año más reciente por 1 000 habitantes entre 15 y 64 años de edad)**



	Países Bajos (1998-1999)	Austria (1995)	Alemania (2000)	Finlandia (1999)	Dinamarca (1996)	Francia (1999)	Suecia (1998)	España (1999-2000)	Irlanda (1996)	Reino Unido (1996)	Italia (2000)	Portugal (2000)	Luxemburgo (1999-2000)
Mínimo	2,4	3,0	2,7	3,1	3,6	3,9	4,0	5,5	5,0	6,4	7,5	6,7	6,2
Máximo	2,8	3,4	3,7	4,1	4,3	4,8	5,4	5,5	6,4	7,0	8,2	11,2	12,3
Media	2,6	3,2	3,2	3,6	4,0	4,3	4,7	5,5	5,7	6,7	7,8	9,0	9,3

N.B.: El punto muestra la estimación media, en tanto que la línea representa el rango de incertidumbre del intervalo de confianza del 95 %. Cuanto más larga sea esta línea, menos segura será la prevalencia (no disponible en el caso de España). La estimación de Suecia incluye a los consumidores problemáticos de cánnabis (estimados en aproximadamente 8 % de la muestra total).

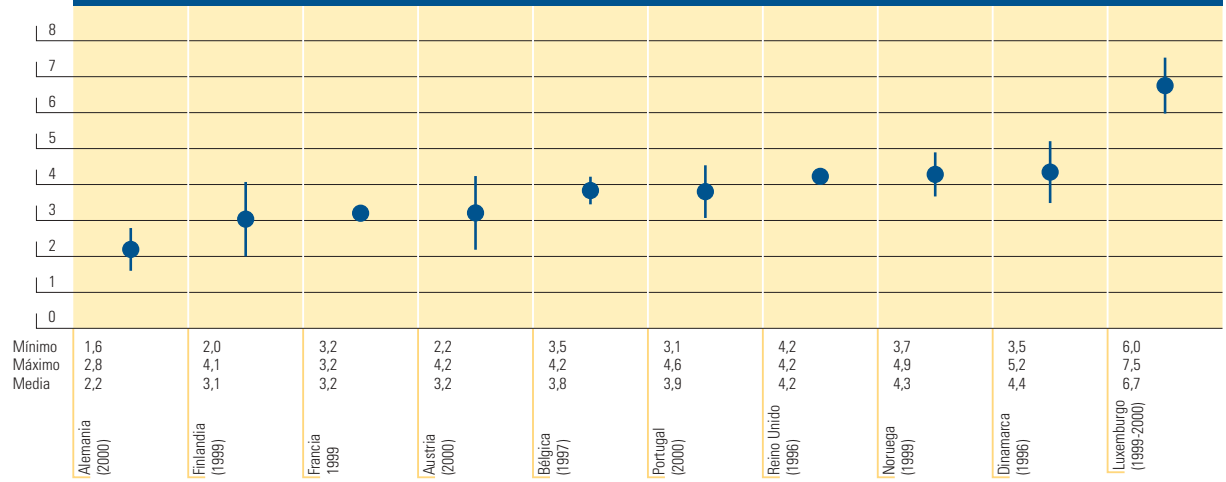
Fuentes: Puntos focales nacionales a través del proyecto del OEDT: «Últimas novedades sobre las estimaciones nacionales de la prevalencia del consumo problemático de drogas en los Estados miembros de la UE», CT.00.RTX.23, Lisboa, OEDT, 2002, coordinado por el Institut für Therapieforschung, Múnich.

([9]) Para más información sobre las definiciones y métodos empleados para calcular el consumo problemático de drogas, véase http://annualreport.emcdda.eu.int.

([10]) Las tendencias y pautas nacionales figuran en http://annualreport.emcdda.eu.int.

Gráfico 6

Estimaciones del consumo de drogas por vía parenteral en los Estados miembros de la UE (prevalencia del año más reciente por 1 000 habitantes entre 15 y 64 años de edad)



	Alemania (2000)	Finlandia (1999)	Francia 1999	Austria (2000)	Bélgica (1997)	Portugal (2000)	Reino Unido (1996)	Noruega (1999)	Dinamarca (1996)	Luxemburgo (1999-2000)
Mínimo	1,6	2,0	3,2	2,2	3,5	3,1	4,2	3,7	3,5	6,0
Máximo	2,8	4,1	3,2	4,2	4,2	4,6	4,2	4,9	5,2	7,5
Media	2,2	3,1	3,2	3,2	3,8	3,9	4,2	4,3	4,4	6,7

N.B.: El punto muestra la estimación media, en tanto que la línea representa el rango de incertidumbre o el intervalo de confianza del 95 %. Cuanto más larga sea esta línea, menos segura será la prevalencia (no disponible en el caso de Francia y Reino Unido).

Fuentes: Puntos focales nacionales a través del proyecto del OEDT: «Últimas novedades sobre las estimaciones nacionales de la prevalencia del consumo problemático de drogas en los Estados miembros de la UE», CT.00.RTX.23, Lisboa, OEDT, 2002, coordinado por el Institut für Therapieforschung, Múnich.

indican la población que corre el riesgo de sufrir graves consecuencias para la salud o una muerte relacionada con la droga (véase el gráfico 6).

Las tablas estadísticas relacionadas con este capítulo figuran en **http://annualreport.emcdda.eu.int**:

- Número estimado de consumidores problemáticos de droga en los Estados miembros de la UE, 1995-2000
- Índice estimado de consumidores problemáticos de droga en los Estados miembros de la UE, 1995-2000 (por 1 000 habitantes entre 15 y 64 años de edad)

Demanda de tratamiento

Las características de los consumidores admitidos a tratamiento (como las características sociales) y las conductas de consumo (como la proporción de los que se inyectan o la de consumidores de opiáceos) son indicadores potenciales de las tendencias más amplias del consumo problemático de drogas. Asimismo permiten observar la organización de los centros de tratamiento en Europa. Sin embargo, los datos pueden estar sesgados debido a los distintos métodos utilizados para reunir la información y a la diferente oferta de servicios de tratamiento entre unos países y otros.

Sustancias

A pesar de las diferencias en las políticas de tratamiento y en las prácticas de registro, es posible reconocer tendencias comunes y tendencias divergentes en Europa.

En 2000 los países comunican un aumento en el total de personas tratadas por problemas relacionados con la droga. Según dichos informes, este aumento parece atribuible a dos factores principales: la mejora de los métodos de recopilación de información (se informa sobre un mayor número de personas tratadas) y la extensión de las instalaciones destinadas al tratamiento, sobre todo de las que proporcionan tratamientos de sustitución. La creación de nuevos servicios especializados para grupos específicos seleccionados (por ejemplo, los menores de edad) también podría influir en este aumento.

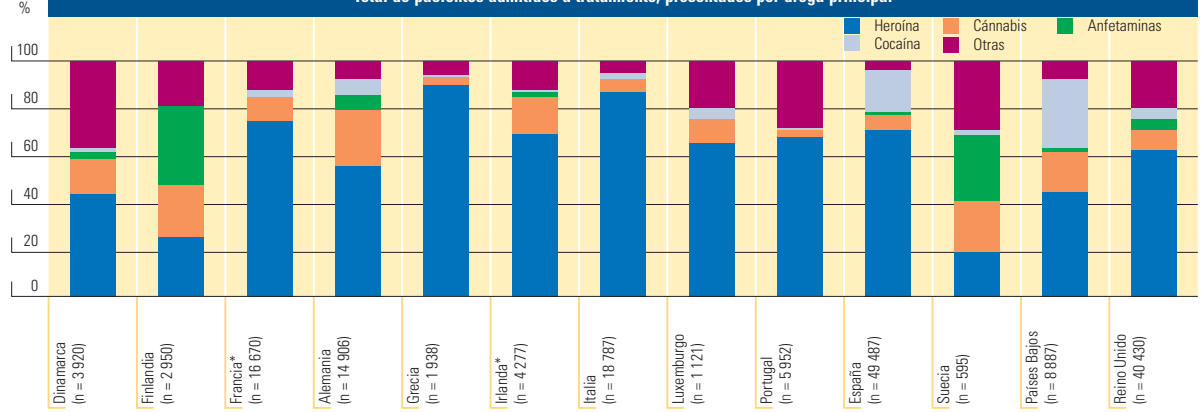
Protocolo del indicador de demanda de tratamiento

Este año, por vez primera, doce de los quince Estados miembros de la UE facilitaron al OEDT datos sobre pacientes que solicitan tratamiento en materia de droga. El protocolo del indicador de demanda de tratamiento (TDI) [1] es una iniciativa conjunta del OEDT y el Grupo Pompidou que adoptaron los quince Estados miembros. La información reunida abarca, entre otras cosas, los tipos de tratamiento ofrecidos, las sustancias empleadas y las características sociodemográficas de los pacientes.

El ejercicio de recopilación de datos correspondientes a 2000 comprendió un total de 1 702 unidades de tratamiento en toda Europa. Utilizando las mismas normas, las unidades ofrecieron información sobre 170 444 pacientes.

(1) Encontrará el informe completo sobre el indicador de demanda de tratamiento en: http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/situation/treatment_indicator_report.pdf.

Gráfico 7 Total de pacientes admitidos a tratamiento; presentados por droga principal



N.B.: * = datos de 1999.
Fuente: Informes nacionales de la red Reitox correspondientes a 2001.

En la mayoría de los países, los opiáceos (en particular, la heroína) siguen siendo la principal sustancia consumida por los pacientes que solicitan tratamiento. Ello se podría deber en parte a que muchos servicios están articulados en torno a las necesidades de los consumidores de este tipo de drogas. En total, entre un 50 % y un 70 % de los pacientes que solicitan tratamiento son consumidores de heroína, pero esta cifra varía considerablemente entre un país y otro, así, por ejemplo, es del 89,6 % en Grecia y del 19 % en Suecia.

El número de los pacientes que solicita tratamiento contra el cánnabis como principal droga ilícita varía desde el 2,5 % en Portugal hasta el 24 % en Alemania. A menudo, el consumo de cánnabis se combina con el de otras sustancias (véase el tema seleccionado sobre consumo de varias drogas en el capítulo 3).

España (18 %) y Países Bajos (29 %) siguen siendo los países con el mayor porcentaje de pacientes que solicitan tratamiento contra el consumo de cocaína como droga principal. En otros países los porcentajes son inferiores: desde el 6 % en Alemania hasta el 0,8 % en Grecia.

La mayor diferencia entre países se presenta en el caso de las anfetaminas: un 33 % de los pacientes solicita tratamiento contra estas drogas en Finlandia y un 29 % en Suecia. El porcentaje en Alemania, Reino Unido, Dinamarca y Países Bajos oscila entre el 2 % y el 7 %, y gira en torno al 0 % en otros países (gráfico 7).

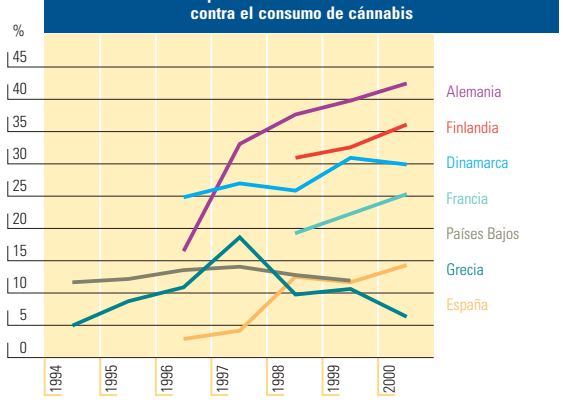
El consumo de varias drogas se refleja de modo creciente en los datos relativos al tratamiento.

Tendencias

El número de pacientes que solicitan por vez primera tratamiento contra el consumo de heroína parece haberse estabilizado o ir en descenso. Los posibles motivos de ello son el aumento proporcional del número de consumidores de otras drogas; el final de la epidemia de heroína que se observó a finales de los años ochenta y principios de los noventa (los pacientes que se iniciaron durante dicho período ya han solicitado tratamiento, por lo general cinco años después de comenzar el consumo); una tendencia paralela en los datos de la prevalencia y la creación de nuevos servicios dirigidos a otros tipos de consumidores.

El número de pacientes que solicitan tratamiento contra el cánnabis va en aumento en algunos países. Alemania presenta el mayor incremento entre los pacientes que solicitan tratamiento contra el cánnabis por primera vez, que pasó del 16,7 % en 1996 al 42,6 % en 2000 (aunque cabe señalar que estos datos tan sólo se refieren a las unidades de tratamiento externo). A continuación viene Dinamarca, con un incremento del 25 % en 1996 al 30 % en 2000. En otros países se observan tendencias similares, aunque no en la misma medida (gráfico 8).

Gráfico 8 Nuevos pacientes admitidos al tratamiento contra el consumo de cánnabis



Fuente: Informes nacionales de la red Reitox correspondientes a 2001.

Este aumento del número de consumidores de cánnabis queda confirmado por los datos relativos a todos los pacientes admitidos a tratamiento a lo largo de los años, cifra que concuerda relativamente entre un país y otro. Por otro lado, se observa un especial incremento en el consumo de cánnabis como droga secundaria junto con otra sustancia principal entre los pacientes que consumen opiáceos como sustancia principal. Este aumento no tiene una explicación única y evidente, y entre sus causas se podrían encontrar, entre otras, un aumento de la prevalencia del consumo de cánnabis, un incremento de los casos notificados por el sistema judicial en materia penal y un aumento del número de adolescentes que sufren problemas sociales o psicológicos.

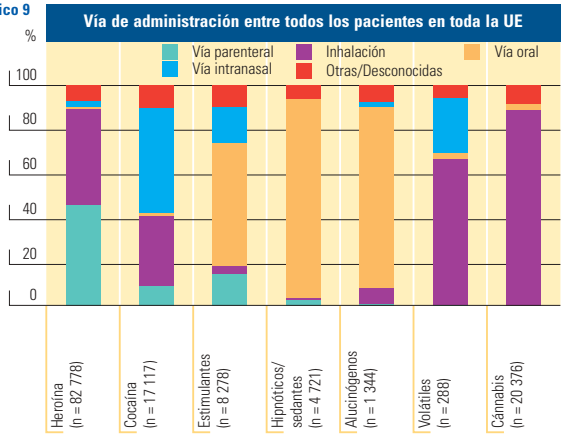
El aumento de los tratamientos contra el consumo de cocaína en 1999 parece haberse estabilizado en 2000, sobre todo en los países en que el aumento fue mayor el año pasado (Países Bajos y España), pero esta tendencia aparente debería vigilarse en los años venideros. El consumo de cocaína se ha señalado como un problema creciente en los países europeos en los últimos años y la cocaína parece desempeñar un papel significativo en tanto que droga secundaria combinada con la heroína y el alcohol. No obstante, la mayoría de los países hacen notar que las personas que solicitan tratamiento constituyen sólo un pequeño porcentaje de los consumidores de cocaína.

Vías de administración

Las tres vías de administración de las drogas primarias sobre las que se informa con más frecuencia son: vía parenteral en el caso de la heroína (45,9 % de los primeros tratamientos), vía nasal en el caso de la cocaína (47,1 %) y vía oral para los estimulantes (56,4 %) (gráfico 9).

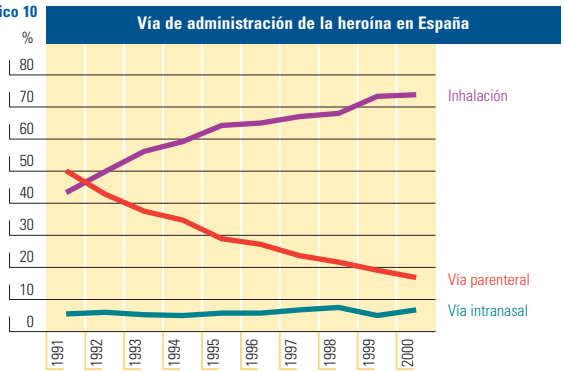
El porcentaje de consumidores de heroína por vía parenteral varía considerablemente de un país a otro, desde el 13 % en los Países Bajos hasta el 73,8 % en Grecia. Aunque se está produciendo un descenso generalizado del consumo de heroína por vía parenteral, en algunos países se observó la tendencia opuesta (por ejemplo, en Finlandia se produjo un aumento del 61,1 % al 68,7 %). Cabe destacar en particular la rápida disminución del consumo por vía parenteral en España entre 1991 y 2000 (gráfico 10). En términos de mercado son tres los factores principales que podrían influir en la vía de administración: la disponibilidad relativa de heroína fumable (forma base) o inyectable (clorhidrato), el precio de la heroína (a mayor precio, mayor consumo mediante inyección) y la pureza de la heroína (una menor pureza está relacionada con un mayor consumo por inyección).

Gráfico 9



N.B.: No se dispone de datos sobre Francia, Irlanda, Austria y Portugal.
Fuente: Informes nacionales de la red Reitox correspondientes a 2001. Datos sobre indicadores de demanda de tratamiento en 2000 facilitados por los centros de tratamiento ambulatorio.

Gráfico 10



Fuente: Álvarez Requejo, A., «TDI in Spain: evolution of heroin admissions», Presentación en un seminario de formación, Plan Nacional de Droga, Delegado Regional para Drogas, Junta de Castilla y León, Valladolid.

Características sociales

Los pacientes que se someten a tratamiento suelen ser varones de 20 a 39 años. La edad media es de 29 años y de 27 para los que se someten a tratamiento por primera vez. Irlanda y Finlandia tienen la población más joven entre los pacientes sometidos a tratamiento, en tanto que Grecia y los Países Bajos tienen los pacientes de mayor edad que solicitan tratamiento ([11]). La distribución por edades entre la población general es diferente de la distribución por edad entre los pacientes, es decir, que los países con la población de mayor (o menor) edad no tienen los pacientes en tratamiento de mayor (o menor) edad. Irlanda y Grecia constituyen la ex-

([11]) Gráfico 7 OL: edad media de los pacientes en tratamiento (versión en línea).

cepción, pues la juventud y, respectivamente, la avanzada edad de los pacientes en tratamiento refleja la edad de su población en general [12]. Al parecer, la distribución por edad de los pacientes que solicitan tratamiento está relacionada con el tipo de las sustancias consumidas: en general los consumidores de cánnabis. Por ejemplo, los pacientes más jóvenes se encuentran en Bélgica, donde existe el mayor porcentaje de consumo de cánnabis, mientras que los pacientes más viejos corresponden a Grecia y a los Países Bajos, donde existe un elevado porcentaje de consumo de heroína y cocaína.

La distribución por sexos varía entre hombres/mujeres en una propoción de 2/1 a 6/1. Existe una semejanza entre los países del sur, con un mayor porcentaje de hombres, y entre los países del norte, con menor porcentaje de hombres. Las razones de esta distribución parecen estar en los diversos patrones de consumo de drogas entre hombres y mujeres, pero también podrían deberse a una forma diferente de enfocar los servicios. En general, las mujeres solicitan estos servicios en menor medida que los hombres; por otra parte, algunos estudios basados en la comparación entre la distribución de los géneros en los datos de prevalencia y de tratamiento muestran que un porcentaje más alto de mujeres que consumen drogas solicita tratamiento.

En general, las condiciones sociales de los pacientes que solicitan tratamiento se están degradando en relación con la población general en diversas zonas. Así, por ejemplo, existen tasas de desempleo de hasta el 50-55 % en países en los que la tasa de desempleo entre la población en general del mismo grupo de edad se sitúa por debajo del 5 %, como en Dinamarca [13]. Asimismo se observan niveles bajos de educación. Un porcentaje de hasta un 13,2 % de ellos no ha terminado la enseñanza primaria y hasta el 65,8 % sólo ha asistido a la escuela primaria [14].

Por lo que respecta a la nacionalidad, las características se asemejan a las de la estructura de la población en general: los pacientes generalmente son nacionales del país en el que solicitan tratamiento y el porcentaje de personas procedentes de otros países (tanto europeos como extraeuropeos) coincide con el porcentaje de extranjeros dentro de la población en general [15].

Las tablas estadísticas relacionadas con este capítulo figuran en **http://annualreport.emcdda.eu.int**

- Algunas características de las personas que han recibido tratamiento por problemas relacionados con las drogas en la UE
- Algunas características de las personas que han recibido tratamiento por primera vez debido a problemas relacionados con las drogas en la UE
- Algunas características de las mujeres que han recibido tratamiento por problemas relacionados con las drogas en la UE
- Algunas características de los hombres que han recibido tratamiento por problemas relacionados con las drogas en la UE

Enfermedades infecciosas relacionadas con las drogas [16]

Prevalencia y tendencias en materia de VIH y sida

Las enfermedades infecciosas relacionadas con el consumo de drogas por vía parenteral provocan los mayores gastos sanitarios de todos los tipos de consumo de drogas ilegales. Estos gastos pueden evitarse facilitando a los consumidores de drogas por vía parenteral información y material limpio para las inyecciones, así como con la vacunación contra el virus de la hepatitis B. Este hecho y la prevalencia, a menudo sumamente elevada, de infecciones entre los consumidores de drogas por vía parenteral hace que las políticas encaminadas a prevenir las infecciones entre estos consumidores resulten las más rentables en el ámbito de la droga.

Desde hace poco, el OEDT ha comenzado a reunir sistemáticamente datos sobre el VIH y las hepatitis B y C entre los consumidores de drogas por vía parenteral. Se recopila la suma de la prevalencia (general y por subgrupos) a partir de distintos entornos rutinarios (tratamiento por consumo de drogas, intercambio de jeringuillas, prisiones, etc.), así como de estudios especiales [17]. Aunque la información obtenida hasta ahora resulta difícil de comparar, presenta hasta cierto punto las diferencias por países o regiones y por entornos, entre otras cosas. El objetivo a

[12] Se han empleado datos de Eurostat (1999) como punto de referencia para este análisis.
[13] Gráfico 8 OL: situación laboral en algunos países (versión en línea).
[14] Gráfico 9 OL: nivel educativo en algunos países (versión en línea).
[15] Gráfico 10 OL: porcentaje de no nacionales que solicitan tratamiento por primera vez (versión en línea).
[16] En el capítulo 3, «Cuestiones particulares, enfermedades infecciosas», del Informe anual de 2001 se hace un análisis más detallado de este tema. Véase http://ar2001.emcdda.eu.int.
[17] Para más información sobre los métodos y directrices de la recogida de datos, véase http://www.emcdda.eu.int/situation/themes/infectious_diseases.shtml.

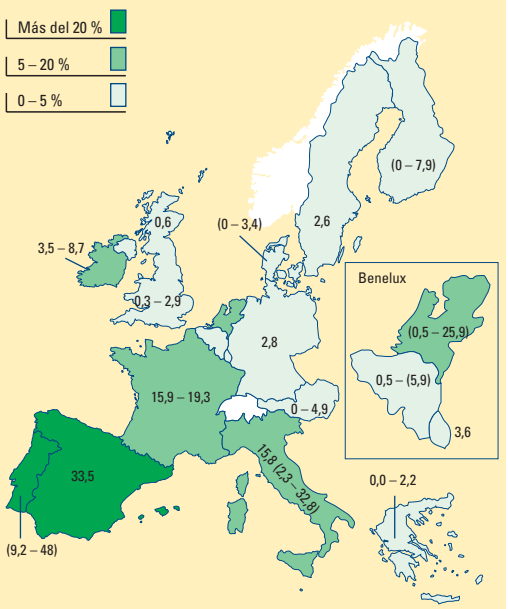
largo plazo consiste en mejorar la calidad y comparabilidad de los datos procedentes de las fuentes rutinarias existentes y establecer estudios europeos locales realmente comparables sobre la seroprevalencia entre los consumidores de drogas por vía parenteral.

Según la información disponible, existen amplias diferencias en la prevalencia del VIH entre los consumidores de drogas por vía parenteral, tanto entre países como dentro de éstos. Los niveles de infección que presentan las distintas fuentes varían aproximadamente entre el 1 % del Reino Unido (encuestas y análisis anónimos no vinculados) y el 34 % de España (análisis de diagnóstico rutinarios en el tratamiento por consumo de drogas), pero en general se han estabilizado [18]. Este panorama general no ha variado en los últimos años (gráfico 11).

En algunas regiones se observó una prevalencia muy elevada del VIH entre 1996 y 2001. Aunque en la mayoría de los casos este hecho refleja la antigua epidemia, los esfuerzos especiales de prevención revisten una gran importancia. Cabe citar los esfuerzos de prevención de la transmisión a nuevos consumidores de drogas por vía parenteral, a la pareja sexual de estos últimos y de madre a hijo. La prevalencia era superior al 25 % entre los consumidores de drogas por vía parenteral analizados de manera rutinaria en el tratamiento por consumo de drogas en las regiones italianas de Emilia Romaña, Lombardía y Cerdeña, en Francia (consumidores por vía parenteral de más de 34 años), en Lisboa y Oporto (Portugal) y en España. Los estudios que incluían consumidores de drogas por vía parenteral tanto en tratamiento como fuera de tratamiento (siendo estos últimos más representativos) mostraban una prevalencia superior al 25 % en Lisboa (Portugal), Barcelona, Madrid y Sevilla (España, 1995), Amsterdam (Países Bajos) y Dundee (Escocia, 1995).

Las tendencias a lo largo del tiempo en la prevalencia del VIH revisten gran importancia para la elaboración de políticas y su evaluación. Es necesario adoptar nuevas medidas donde se manifiestan tendencias ascendentes y las ya adoptadas pueden resultar suficientes en aquellos lugares donde dichas tendencias son descendentes. Sin embargo, todavía se pueden producir nuevas infecciones en las zonas que presentan una disminución de la prevalencia. En los últimos años, el aumento de la transmisión del VIH entre (subgrupos de) consumidores de drogas por vía parenteral ha tenido lugar en regiones o ciudades de Irlanda, Italia, Países Bajos, Portugal y Finlandia [19]. Los datos correspondientes a Italia muestran que una media nacional resulta de muy poca utilidad para la elaboración de las políticas y que los desgloses en regiones o ciudades más pequeñas revisten gran importancia para evaluar el éxito de la prevención (véase el gráfico 12); no obstante, hasta ahora muy pocos países pueden facilitar datos nacionales desglosados por regiones. Se observaron disminuciones de la prevalencia del VIH entre consumidores de drogas por vía parenteral en tratamiento en las regiones italianas de Lazio, Las Marcas y Umbría, y entre los usuarios de los centros de intercambio de jeringuillas en Helsinki, Finlandia, en 2000 (tras el fuerte incremento que tuvo lugar en 1998 y 1999). En el caso de las siguientes tendencias a lo largo del tiempo, los datos de prevalencia se completan con las notificaciones de los casos recién diagnosticados. Aunque todavía no disponemos de los datos correspondientes a las notificaciones de los países más afectados y

Gráfico 11 **Prevalencia de la infección por VIH entre los consumidores de droga por vía parenteral en los Estados miembros de la UE, 1996-2001**



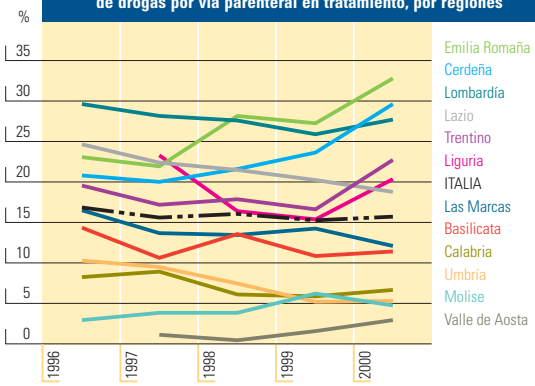
N.B.: Los datos que aparecen entre paréntesis tienen carácter local. Las diferencias entre países deben interpretarse con cautela debido a los diferentes tipos de fuentes y, en algunos casos, a que se trata de datos de carácter local. El color de un país indica el punto medio del rango de prevalencia procedente de las distintas fuentes de información. Los datos sobre España, Italia y Alemania se limitan a la prevalencia del VIH entre los consumidores de drogas por vía parenteral en tratamiento y pueden no ser representativos de la prevalencia del VIH entre aquellos consumidores que no están en tratamiento. Las elevadas cifras de Portugal se refieren a un estudio de una zona muy problemática en Lisboa.

Fuente: Puntos focales nacionales de la red Reitox. Las fuentes primarias figuran en el resumen y los cuadros completos de la tabla «Prevalencia de la infección por VIH entre los consumidores de drogas por vía parenteral en la UE, 1996-2001» en http://annualreport.emcdda.eu.int.

[18] Para obtener más información sobre estos datos y sus fuentes originales, véanse los cuadros estadísticos complementarios en http://annualreport.emcdda.eu.int.

[19] Para más información, véase el recuadro OL «Incremento de la transmisión del VIH entre los consumidores de drogas por vía parenteral en algunos países de la UE» (versión en línea).

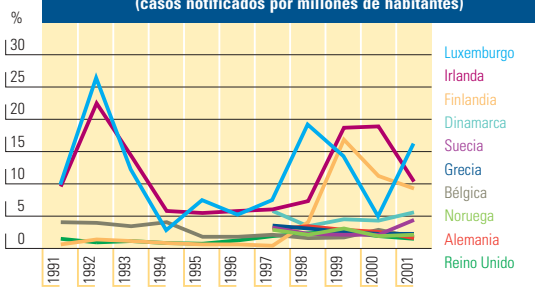
Gráfico 12 **Prevalencia de la infección por VIH entre los consumidores italianos de drogas por vía parenteral en tratamiento, por regiones**



N.B.: Se han omitido las regiones con tendencias estables o a la baja. Tamaño total de la muestra, 70 000 por año. Para más información, véase la tabla estadística «Prevalencia de la infección por VIH entre los consumidores de drogas por vía parenteral en la UE, 1996-2001» en http://annualreport.emcdda.eu.int.

Fuente: Rivelazione Attività nel Settore Tossicodipendenze, Anno 2000, Ministero della Salute, Sistema Informativo Sanitario, Direzione Generale della Prevenzione, Ufficio Dipendenze da Farmaci e Sostanze d'Abuso e AIDS.

Gráfico 13 **Infecciones con VIH de nuevo diagnóstico entre los consumidores de drogas por vía parenteral por país y año de notificación (casos notificados por millones de habitantes)**



N.B.: Grecia y Luxemburgo: notificación retrospectiva antes de 1999. La tendencia de Luxemburgo no es estable debido al reducido número de casos.

Fuentes: Puntos focales nacionales 1991-1996, EuroVIH 1997-2001. «Prevalencia de la infección por VIH entre los consumidores de drogas por vía parenteral en la UE».

éstos siguen dependiendo en gran parte de las pautas de los análisis, dichos datos han contribuido a identificar los nuevos aumentos de la transmisión en Finlandia (véase el gráfico 13).

La prevalencia entre los consumidores jóvenes de drogas por vía parenteral pueden ofrecer información contrastada sobre la eficacia de la prevención, ya que, en promedio, estos sujetos han sido infectados más recientemente que el grupo en su conjunto. En aquellos países que disponen de un desglose por edades, la prevalencia más alta entre los consumidores de drogas por vía parenteral de menos de 25 años de edad se registró en España (pacientes en tratamiento por consumo de drogas, pasando del 20 % en 1996 al 13 % en 2000), Francia (disminuyendo del 6 % en 1997 al 3 % en 1999 entre los pacientes en tratamiento, pero del 8 % en 1998 entre los usuarios de los centros de intercambios de jeringuillas), Italia (pacientes en tratamiento, 8 % en 1998) y entre los consumidores de drogas por vía parenteral en tratamiento en Portugal: Coimbra (7 % en 1999/2000), Lisboa (6-11 % en 1998/2000) y Oporto (57 % en 1998).

Algunos países disponen de información sobre la prevalencia del VIH entre los nuevos consumidores de drogas por vía parenteral. Éste es un indicador incluso mejor de las infecciones recientes con VIH (incidencia del VIH) y una prueba más sólida de la eficacia de las medidas preventivas. Entre los nuevos consumidores por vía parenteral, el porcentaje de años de exposición/persona puede oscilar entre el 0 % de Inglaterra y Gales (prevalencia de 0/122 en 1998), el 3,9 % de la Comunidad Flamenca de Bélgica (3/77 en 1998-1999), el 9,4 % de Coimbra, Portugal (12/127 en 1999-2000) y el 10 % en Francia (11/111, notificaciones realizadas por los usuarios de los centros de intercambio de jeringuillas en 1998) (gráfico 13).

Los datos relativos al sida ya no pueden utilizarse para el seguimiento de las tendencias de la infección por VIH, debido a que la mejora de los tratamientos contra el VIH permiten retrasar la aparición del sida. Sin embargo, la incidencia del sida sigue mostrando la carga que significan los nuevos casos de VIH en los distintos países. La incidencia del sida ha disminuido en la mayoría de los países desde 1996, debido a la mejora de los tratamientos y quizá a la reducción de los índices de infección en los años noventa. En Portugal, el sida relacionado con los consumidores de drogas por vía parenteral continuó aumentando a finales de la década de los noventa, lo que evidencia una falta de respuesta al tratamiento contra el VIH y/o un aumento de la transmisión del VIH entre este grupo de consumidores. El incremento en Portugal se estabilizó desde 1997, dejando a este país con la mayor incidencia anual de sida de la UE entre los consumidores de drogas por vía parenteral ([20]).

Prevalencia y tendencias en materia de infección por el virus de la hepatitis C

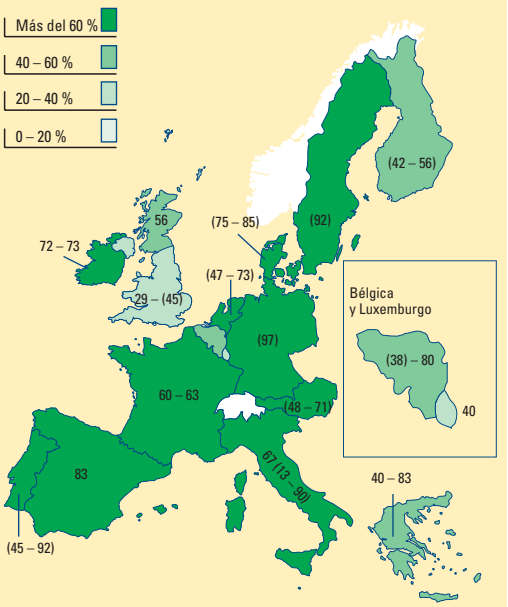
No se dispone de tantos datos sobre la prevalencia de la infección por el virus de la hepatitis C (VHC) y, cuando se dispone de ellos, presentan las mismas limitaciones que los datos sobre el VIH. Sin embargo, el panorama general también resulta claro: la prevalencia del VHC es sumamente alta en todos los países y entornos, con tasas de infección entre el 40 % y el 90 % en diferentes sub-

([20]) Gráfico 11 OL: incidencia del sida relacionado con los consumidores de drogas por vía parenteral en los Estados miembros de la UE (versión en línea).

grupos de consumidores de drogas por vía parenteral (véase el gráfico 14).

Aunque todos los valores de prevalencia muestran niveles sumamente elevados de infección, el rango de la prevalencia aún es amplio. Por lo que se refiere al VIH, este hecho puede reflejar en parte los distintos mecanismos de selección utilizados en las diversas fuentes de información, por lo que las comparaciones deben realizarse con cautela. Varios países no actualizaron sus datos. En 2000 y 2001 se notificaron niveles por encima del 75 % en Amberes, Bélgica (80 % de los pacientes en tratamiento y servicios de umbral bajo en 2001), el norte de Grecia (83 % de los pacientes en tratamiento con metadona), las regiones italianas de Piamonte, Trentino, Friuli, Venezia Giulia, Liguria, Emilia Romaña, Basilicata y Cerdeña (pacientes en tratamiento por consumo de drogas); y algunas ciudades más pequeñas de Portugal fuera de Lisboa (pacientes en tratamiento por consumo de drogas) ([21]).

Gráfico 14 **Prevalencia de la infección por VHC entre los consumidores de droga por vía parenteral en los Estados miembros de la UE, 1996-2001**



N.B.: Los datos que aparecen entre paréntesis tienen carácter local. Las diferencias entre países deben interpretarse con cautela debido a los diferentes tipos de fuentes y/o a que se trata de datos de carácter local. El color de un país indica el punto medio del rango de prevalencia procedente de las distintas fuentes de información. Los datos sobre España, Italia y Portugal se limitan a la prevalencia del VHC entre los consumidores de drogas por vía parenteral en tratamiento y pueden no ser representativos de la prevalencia del VHC entre aquellos consumidores que no están en tratamiento. Los datos correspondientes al Reino Unido, Luxemburgo y Finlandia se basan en análisis de saliva. Los datos correspondientes a Francia se basan en la notificación de los resultados de los análisis por los propios sujetos, por lo que pueden resultar poco fiables. Los datos de Suecia son los correspondientes a 1994.

Fuentes: Puntos focales nacionales. Las fuentes primarias figuran en el cuadro estadístico «Prevalencia de la infección por hepatitis C entre los consumidores de drogas por vía parenteral en la UE, 1996-2002», en http://annualreport.emcdda.eu.int.

Las tendencias de la prevalencia del VHC pueden constituir un indicador mucho más sensible que las tendencias del VIH para las conductas de riesgo entre los consumidores de droga por vía parenteral y para medir la eficacia de la prevención. El VHC es más infeccioso que el VIH y puede transmitirse con mayor facilidad a través del material de inyección distinto de las jeringuillas, como el algodón, las cucharillas, el agua (pero mucho menos por vía sexual). Se señalan tendencias ascendentes de VHC en Francfort (servicio de emergencia en materia de droga), el norte de Grecia (tratamiento con metadona) y algunas regiones italianas (tratamiento por consumo de drogas: Piamonte, Trentino, Emilia Romaña, Las Marcas, Basilicata y Cerdeña, lo que coincide con el aumento del VIH en algunas de las regiones mencionadas). Se observan disminuciones en Austria (tratamiento por consumo de drogas y servicios de bajo umbral), Lisboa, en Portugal (tratamiento por consumo de drogas), Helsinki, en Finlandia (centros de intercambio de jeringuillas), Londres, Reino Unido (tratamiento por consumo de drogas) y otras regiones italianas (Veneto, Toscana, Umbría, Abruzzo), lo que demuestra una vez más la importancia que tiene el seguimiento de la prevalencia no sólo a nivel nacional sino también en el ámbito de las regiones, ciudades y otras zonas de pequeña extensión.

Los datos disponibles relativos a la prevalencia entre los consumidores de drogas por vía parenteral menores de 25 años indican unos niveles de infección por VHC que van desde aproximadamente el 20 % (Bélgica, Comunidad flamenca, tratamiento, 1997/98) hasta más del 74 % (Portugal, tratamiento en Coimbra, 2000). La prevalencia entre los consumidores jóvenes de drogas por vía parenteral parece estar descendiendo en Francia (de un 43 % en 1997 a un 37 % en 1999), pero estos datos se basan en la notificación de los resultados de los análisis por los propios sujetos, por lo que pueden resultar poco fiables.

La mayoría de las fuentes no recogen los datos relativos a la prevalencia del VHC entre los nuevos consumidores de drogas por vía parenteral (aquellos que se inyectan desde hace menos de dos años). Cuando se dispone de estos datos, generalmente señalan tasas de infección iguales o superiores al 40 %. Esto indica que los nuevos consumidores de drogas por vía parenteral sufren tasas de infección muy elevadas. Sin embargo, no puede excluirse la posibilidad de que las infecciones agudas estén representadas en exceso y, por ende, se haya sobrestimado su prevalencia en aquellas fuentes que mencionan la prevalencia entre los análisis de diagnósti-

([21]) Para más información en línea sobre países y regiones, véase http://annualreport.emcdda.eu.int.

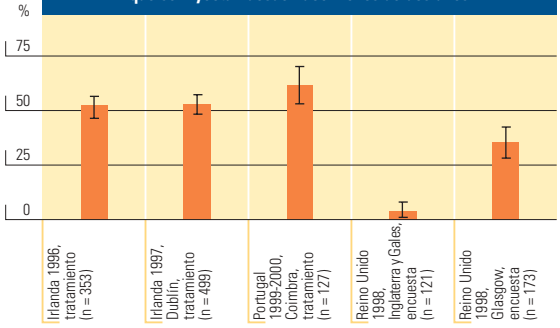
co rutinarios (Coimbra, Portugal) o que se basan en los resultados de los análisis notificados por los propios sujetos (Francia). Las encuestas de comunidades enteras en Inglaterra y Gales señalan índices entre los nuevos consumidores de drogas por vía parenteral de apenas el 2 % fuera de Londres. Esto indica que la incidencia de las nuevas infecciones es sumamente reducida y que posiblemente las medidas de prevención del VHC en Inglaterra y Gales resultan relativamente eficaces (véase el gráfico 15).

Prevalencia y tendencias en materia del virus de la hepatitis B

Los anticuerpos del virus de la hepatitis B (VHB) indican si una persona ha sido infectada o vacunada en algún momento de su vida. Por ello, el porcentaje de personas que carecen de anticuerpos, es decir, el potencial de vacunación entre los consumidores de drogas por vía parenteral reviste una gran importancia para la política en esta materia. La prevalencia de anticuerpos de VHB presenta menos similitudes en la UE que la prevalencia del VHC. En la UE aproximadamente entre un 20 % y un 60 % de los consumidores de drogas por vía parenteral tiene anticuerpos contra la hepatitis B, lo que indica un amplio potencial de vacunación (entre 40 % y 80 %).

Las infecciones de hepatitis B en curso pueden ser recientes o crónicas, lo cual viene indicado por un marcador serológico denominado HbsAg en la sangre. El nivel de la infección actual indica la posibilidad de complicaciones graves a largo plazo y de transmisión a terceros mediante un comportamiento de riesgo con las jeringuillas o por transmisión sexual. Tan sólo unos cuantos países indican la prevalencia de la infección actual por VHB, pero dicha prevalencia varía de forma considerable y en algunos casos es elevada. En el norte de Grecia, es posible que los consumidores de drogas por vía parenteral que estuvieron en programas de metadona experimentaran un importante brote de hepatitis B antes de 1998, dado que los niveles eran extremadamente altos en 1998, pero descendieron notablemente entre 1998 y 1999. En Bélgica, los datos correspondientes a los consumidores de drogas por vía parenteral sometidos a tratamiento indican un aumento constante de la infección actual de VHB entre 1997 y 1999. En Portugal, los datos relativos al tratamiento reciente por consumo de drogas muestran un descenso de la infección actual de VHB. En Noruega, los datos notificados indican un fuerte incremento de la infección actual por el VHB (y por el VHA) entre los consumidores de drogas por vía parenteral.

Gráfico 15 **Prevalencia del VHC entre consumidores de drogas por vía parenteral que se inyectan desde hace menos de dos años**



Fuente: Puntos focales nacionales. Las fuentes primarias figuran en la tabla estadística «Prevalencia de la infección por hepatitis C entre los nuevos consumidores de drogas por vía parenteral en la UE, 1996-2000», en http://annualreport.emcdda.eu.int.

Las tablas estadísticas relacionadas con este capítulo figuran en **http://annualreport.emcdda.eu.int**:

- Cuadro sinóptico de la prevalencia del VIH en los consumidores de drogas por vía parenteral en la UE, 1996-2001
- Cuadro sinóptico de la prevalencia del VHC en los consumidores de drogas por vía parenteral en la UE, 1996-2001
- Prevalencia de la infección por VIH entre los consumidores de droga por vía parenteral en la UE, 1996-2001
- Prevalencia de la infección por VIH entre los consumidores de droga por vía parenteral menores de 25 años en la UE, 1996-2000
- Prevalencia de la infección por VIH entre los nuevos consumidores de droga por vía parenteral en la UE, 1996-2000
- Casos notificados de infección por VIH entre los consumidores de droga por vía parenteral en la UE, 1991-2001
- Prevalencia de la infección por VHC entre los consumidores de droga por vía parenteral en la UE, 1996-2001
- Prevalencia de la infección por VHC entre los consumidores de droga por vía parenteral menores de 25 años en la UE, 1997-2000
- Prevalencia de la infección por VHC entre los nuevos consumidores de droga por vía parenteral en la UE, 1996-2000
- Prevalencia de la infección actual por hepatitis B (HbsAg) entre los consumidores de droga por vía parenteral en la UE, 1996-2001
- Prevalencia de los anticuerpos del VHB entre los consumidores de droga por vía parenteral en la UE, 1996-2001

Muertes relacionadas con la droga y mortalidad entre los consumidores de drogas

El número de muertes por causa de la droga es utilizado frecuentemente en los debates públicos y los medios de comunicación, así como en las deliberaciones acerca de los problemas que plantean las drogas ilegales. Estas muertes son objeto de una profunda preocupación social

y pueden influir en la formulación y evaluación de las políticas en materia de droga.

Las estadísticas nacionales sobre las muertes provocadas por la droga generalmente se refieren a las muertes por reacción aguda relacionadas directamente con el consumo de drogas o «sobredosis» ([22]). La definición utilizada en el indicador clave del OEDT se refiere igualmente a dichas muertes ([23]). Además, los consumidores problemáticos de drogas —sobre todo los consumidores de opiáceos— presentan una elevada tasa de mortalidad general causada por las sobredosis, pero también por el sida, los accidentes, la violencia, etc.

Impacto y características de las muertes por reacción aguda con drogas

El impacto de las muertes por reacción aguda con drogas se pone de manifiesto si consideramos que cada año se notifican entre 7 000 y 8 000 muertes en los países de la UE. La mayoría de los países consideran que no se notifican todos los casos y, en ocasiones, se notifica un número significativamente inferior al real.

Los opiáceos están presentes en la mayoría de los casos de muerte por sobredosis, si bien las concentraciones halladas en los estudios toxicológicos varían considerablemente y muy a menudo se detectan otras sustancias que, en algunos casos, pueden contribuir al resultado fatal.

La mayoría de las víctimas de sobredosis son jóvenes de sexo masculino entre 20 y 39 años de edad que han estado consumiendo opiáceos durante varios años. La vía parenteral representa un importante factor de riesgo, en tanto que los consumidores por otras vías corren un riesgo inferior de sufrir una sobredosis. Al igual que sucede entre los pacientes que se someten a tratamiento, en la mayoría de los países de la UE se observa una clara tendencia al alza de la edad entre las víctimas. Finlandia y, en un menor grado, Reino Unido constituyen una excepción a esta tendencia de aumento de la edad ([24]) ([25]).

Existe suficiente información como para pensar que un porcentaje importante de las sobredosis (tanto las letales como las no letales) podría evitarse. En primer lugar conocemos algunos de los factores de riesgo de las sobredosis con opiáceos: vía parenteral por oposición a otras vías de administración, consumo simultáneo con otros depresores, consumo tras un período de abstinencia (por ejemplo, después de estar en prisión o de recibir tratamiento), inyectarse sin compañía y probablemente los cambios imprevistos de la pureza de la droga. Además, la mayoría de las sobredosis ocurren en presencia de otros consumidores y, por lo general, la muerte no se produce de inmediato, dando tiempo para una intervención. Sin embargo, las reacciones de los testigos a menudo no son las adecuadas o se realizan demasiado tarde, debido a la falta de conocimientos o por temor a que intervenga la policía.

Por el momento, las muertes provocadas por intoxicación con cocaína, anfetaminas o éxtasis sin la presencia de opiáceos son poco frecuentes en Europa. No obstante, varios países (España, Francia, Italia, Países Bajos y Reino Unido) indican que se ha producido un aumento a escala nacional o local de los casos en que se ha encontrado cocaína (generalmente junto con otras sustancias). Asimismo, algunas muertes relacionadas con la cocaína pueden adoptar la forma de problemas cardiovasculares y pasar desapercibidas.

Las muertes causadas directamente por el éxtasis son poco habituales, pero son objeto de una grave inquietud puesto que tienen lugar de forma inesperada entre personas muy jóvenes y porque algunas de ellas podrían prevenirse mediante medidas sencillas, como una ventilación adecuada y la disponibilidad de agua en los lugares de baile, junto a una educación sanitaria.

Se ha detectado metadona en un determinado número de muertes, aunque diversas fuentes (por ejemplo, en el Reino Unido o Alemania) indican que las muertes en las que interviene la metadona generalmente son resultado del consumo ilícito y no del consumo con receta. La investigación muestra que los programas de sustitución disminuyen los riesgos de fallecimiento entre los participantes en dichos programas.

Tendencias de las muertes por reacción aguda de drogas

Durante los años ochenta y noventa se observó un pronunciado aumento de las muertes relacionadas con la droga en el marco de una perspectiva a largo plazo (entre 15 y 20 años) de las tendencias en los países de la UE. En los últimos años, el número de muertes por reacción aguda

([22]) Recuadro 1 OL: definición de «muerte por reacción aguda a las drogas» en los Estados miembros de la UE siguiendo la definición del Informe anual del OEDT y de los informes nacionales (versión en línea).
([23]) Recuadro 2 OL: muertes relacionadas con las drogas, definición del OEDT (versión en línea).
([24]) Cuadro 1 OL: resumen de las características de los fallecidos por reacción aguda con drogas en la UE (versión en línea).
([25]) Gráfico 12 OL: evolución del porcentaje de personas de más de 35 años entre las muertes relacionadas con las drogas en algunos países de la UE (versión en línea).

se ha estabilizado en su nivel más alto, es decir, entre 7 000 y 8 000 muertes al año en la UE en su conjunto, si bien se observan distintas tendencias nacionales (gráfico 16).

Resulta preocupante que algunos países de la UE señalen nuevos aumentos tras un período de estabilización o descenso. En otros países, como Australia o Estados Unidos, también se ha observado un aumento de las muertes relacionadas con opiáceos en los últimos años.

Estas tendencias generales pueden explicarse a través de la extensión del consumo de heroína por vía parenteral en muchos países europeos durante los años ochenta y principios de los noventa. La reciente nivelación podría estar relacionada con la estabilización de la prevalencia del consumo problemático de drogas en algunos países, la disminución de las prácticas de riesgo (inyección) en otros y quizá el aumento de la oferta de tratamiento, incluyendo los programas de sustitución.

El hecho de que no existan indicios de un descenso en la UE pone de manifiesto que los daños que las drogas causan a la salud están lejos de haber sido resueltos, subraya la necesidad de seguir investigando los factores de riesgo y refuerza la necesidad de realizar intervenciones selectivas adecuadas.

Es de suma importancia destacar que dentro de la tendencia general de la UE que acabamos de describir existen tendencias nacionales diferentes y, en ocasiones, divergentes.

Varios países presentaron una tendencia general descendente durante la segunda mitad de los años noventa (Alemania, España, Francia, Italia, Luxemburgo y Austria), posiblemente por las razones antes mencionadas.

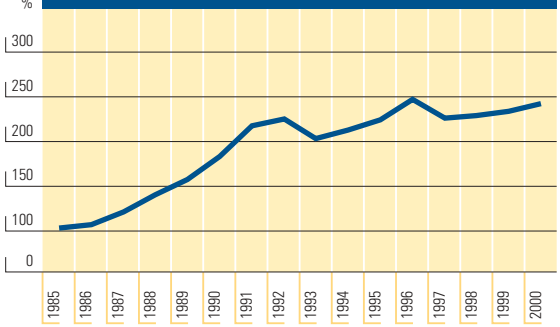
En algunos de ellos, el descenso o la estabilización ha continuado en los últimos años (España, Francia e Italia). No obstante, resulta preocupante que en otros países el número de muertes notificadas haya aumentado en los últimos años (Alemania, Luxemburgo y Austria) (gráfico 17). Se considera que el envejecimiento de los consumidores problemáticos de drogas y el aumento del consumo de varias drogas contribuyen a este fenómeno.

Algunos países observaron importantes tendencias ascendentes en la segunda mitad de los años noventa (por ejemplo, Grecia, Irlanda, Portugal y Noruega). En Irlanda (1999) y Portugal, esta tendencia se ha detenido. Finlandia presenta una tendencia ascendente en los últimos años, con un incremento del número de jóvenes fallecidos. Estos incrementos pueden estar relacionados con la posterior extensión del consumo de heroína en dichos países, aunque una mejora en los sistemas de información ha podido contribuir en algunos casos.

El Reino Unido presenta una tendencia ascendente estable, aunque moderada, en el número de muertes relacionadas con las drogas. Su definición nacional incluye las muertes relacionadas con la medicina, pero si se consideran por separado los casos de heroína y morfina, se observa una tendencia ascendente más marcada.

Otros países presentan tendencias menos definidas o bien los cambios resultan más difíciles de interpretar debido al paso de la novena a la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades o a cambios de las definiciones de ámbito nacional.

Gráfico 16 **Tendencias históricas en las muertes por reacción aguda de drogas en los países de la UE, 1985-2000 (1)**

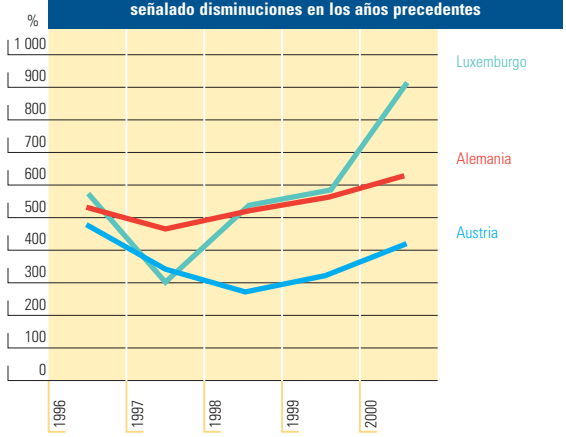


(1) Gráfico 13 OL: tendencias históricas en las muertes por reacción aguda de drogas en los países de la UE, 1985-2000 (versión en línea).

N.B.: Índice: 1985 = 100 %. No todos los países presentaron datos para todos los años, pero esta situación ha sido controlada en el cálculo de la tendencia general. Proyecto de informe del OEDT CT.99.RTX.04, coordinado por el Trimbos Instituut.

Fuentes: Informes nacionales de la red Reitox de 2001, extraídos de los registros nacionales de mortalidad o de los registros especiales (forenses o policiales) y basados en las definiciones nacionales que figuran en el Recuadro 1 OL: definiciones de «muerte por reacción aguda de drogas».

Gráfico 17 **Aumentos recientes de muertes por droga en países que habían señalado disminuciones en los años precedentes**



N.B.: Se presentan las variaciones proporcionales en relación con 1985 (o el primer año del que se dispone información). En el caso de Luxemburgo, la serie comienza en 1986 para no distorsionar el gráfico (alcanzaría 2 700 en 2000).

Fuentes: Informes nacionales de la red Reitox de 2001, extraídos de los registros nacionales de mortalidad o de los registros especiales (forenses o policiales) y basados en las definiciones nacionales que figuran en el Recuadro 1 OL: definiciones de «muerte por reacción aguda de drogas».

Mortalidad general entre los consumidores problemáticos de drogas

Los consumidores problemáticos de drogas representan menos del 1 % de la población adulta de la UE, pero este grupo limitado de la población concentra importantes problemas sanitarios y sociales. Incluso varios estudios sobre ciudades muestran que un porcentaje significativo de la mortalidad entre los adultos jóvenes en la UE puede atribuirse al consumo problemático de drogas (en particular, de los opiáceos). Durante los años noventa en Glasgow, por ejemplo, un 33 % de las muertes de personas entre 15 y 35 años de edad podrían atribuirse a la reacción aguda con drogas y en Madrid una cuarta parte de las muertes entre los hombres de 15 a 39 años ocurridas en 1990 se atribuyeron a sobredosis y al sida relacionado con el consumo de drogas por vía parenteral. Serán necesarios otros estudios para controlar el impacto de la mortalidad relacionada con las drogas en otros lugares y más recientemente.

Los estudios sobre la mortalidad de cohortes muestran que la mortalidad entre los consumidores problemáticos de drogas es 20 veces superior a la mortalidad de la población en general de la misma edad. Esta alta mortalidad se debe a las sobredosis, pero igualmente al sida y a otras enfermedades infecciosas, suicidios, etc. Las sobredosis y las causas externas explican una parte importante de esta mortalidad, sobre todo en países con una prevalencia baja de VIH entre los consumidores de drogas, mientras que el sida desempeña un papel importante en aquellos países que presentan una elevada prevalencia de VIH. Los problemas crónicos de salud (cirrosis después de una hepatitis, cáncer, etc.) pueden desempeñar un papel importante a largo plazo.

La mortalidad de los consumidores de drogas por vía parenteral es cuatro veces más alta que la de los consumidores por otras vías y, hasta hace poco, la mortalidad de los consumidores de drogas infectados por el VIH era entre dos y seis veces más alta que la de los consumidores no infectados. Con las recientes mejoras del tratamiento del VIH, esta diferencia podría ir en descenso.

La mortalidad de los consumidores problemáticos de drogas que no son consumidores de opiáceos ni consumidores por vía parenteral parece claramente inferior, aunque quizá se requieran nuevos planteamientos metodológicos para evaluar la mortalidad entre dichos consumidores.

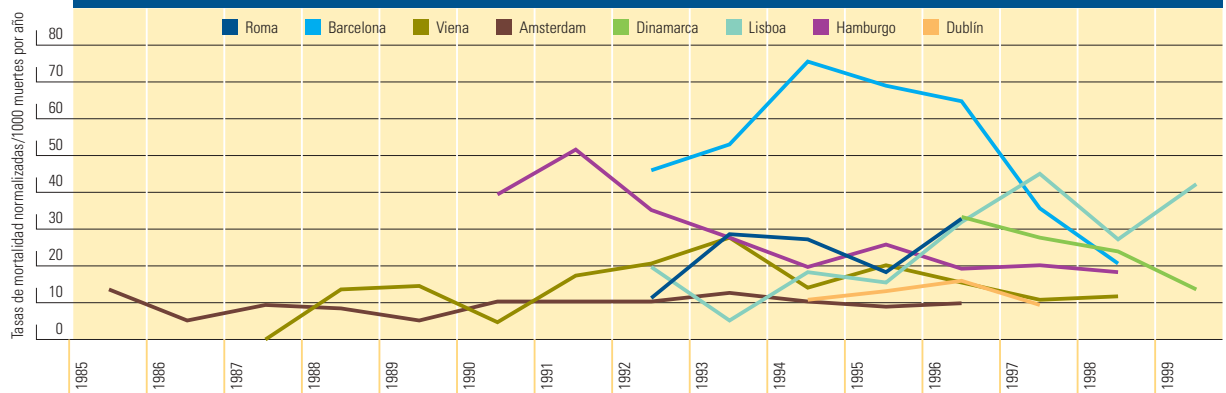
Tendencias de la mortalidad entre los consumidores problemáticos de drogas

El estudio realizado en varios lugares y coordinado por el OEDT muestra diferencias en las tasas de mortalidad general y la distribución de las causas de muerte entre los distintos lugares que participaron en dicho estudio. Asimismo, este estudio pone de relieve cambios importantes a lo largo del tiempo en la mortalidad general y por causas específicas.

Barcelona presentaba las tasas de mortalidad más altas y Viena y Dublín las más bajas. En varios lugares, las tasas de mortalidad fueron más altas a principios y mediados de los noventa y disminuyeron en los últimos años. En Barcelona, las tasas fueron especialmente elevadas entre 1992 y 1996, tras lo cual se produjo un pronunciado descenso en los últimos años, sobre todo debido a la disminución de la mortalidad por sida. En Lisboa, las tasas de mortalidad se venían incrementando hasta hace poco (gráfico 19).

Las comparaciones directas entre los distintos lugares de estudio deben realizarse con cautela, ya que las características de los centros estudiados son diferentes, aunque en general suelen representar los tipos comunes de trata-

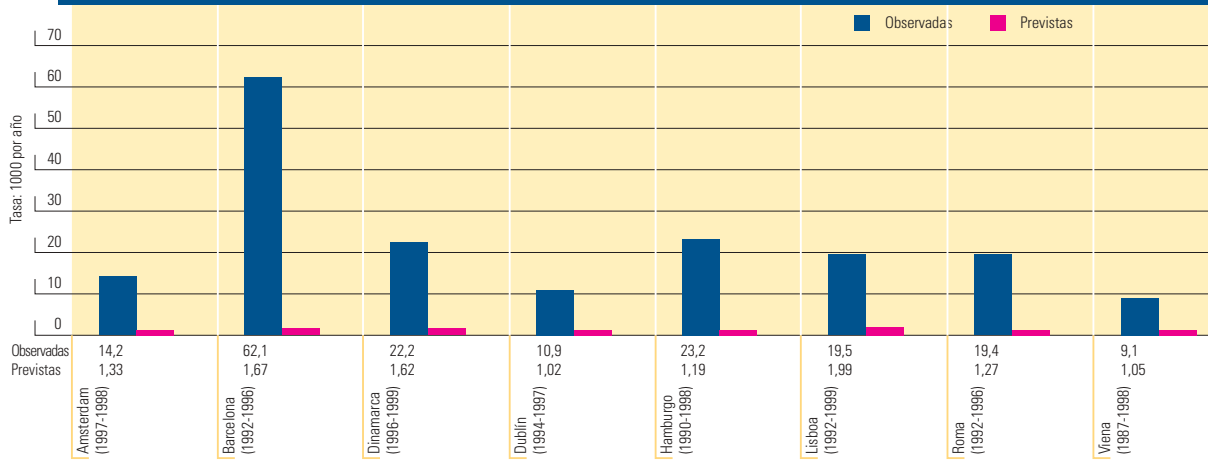
Gráfico 18 **Mortalidad general entre los consumidores problemáticos de drogas en varias ciudades de la UE**



N.B.: La comparabilidad directa entre las ciudades estudiadas todavía presenta algunas limitaciones. Existen algunas diferencias en la tipología de los entornos estudiados (centros de tratamiento) y de las modalidades de tratamiento, si bien los entornos y modalidades de tratamiento suelen representar los tipos comunes de tratamiento que se ofrecen en cada lugar. Véase el cuadro 2 OL: características de las cohortes registradas. Varias cohortes extrajeron una parte de sus casos en servicios hospitalarios de tratamiento de adictos a las drogas. Los clientes obtenidos a través de los servicios hospitalarios pueden no ser plenamente comparables a otras muestras de clientes tratados.

Fuentes: Proyectos CT.99.EP.07 y CT.00.EP.13 del OEDT, coordinados por el Departamento de Epidemiología, Autoridad Sanitaria de Roma E.

Gráfico 19 **Tasas de mortalidad observadas y previstas entre las cohortes de consumidores de opiáceos de distintos lugares de la UE**



N.B.: Estas «tasas de mortalidad observadas» representan la media durante todo el período de seguimiento en cada lugar (entre paréntesis). En cada lugar del estudio se observaron cambios importantes con el paso del tiempo (véase el gráfico 18). Si las «tasas observadas» se presentaran anualmente, dichas tasas cambiarían. Véase el cuadro 2 OL: características de las cohortes registradas. Varias cohortes extrajeron una parte de sus casos en servicios hospitalarios de tratamiento de adictos a las drogas. Los clientes obtenidos a través de los servicios hospitalarios pueden no ser plenamente comparables a otras muestras de clientes tratados

Fuentes: Proyectos CT.99.EP.07 y CT.00.EP.13 del OEDT, coordinados por el Departamento de Epidemiología, Autoridad Sanitaria de Roma E.

miento ofrecido. Teniendo esto en cuenta, las tendencias de las tasas de mortalidad general y por causas específicas en cada lugar pueden poner de manifiesto aspectos útiles.

Los cuadros relacionados con este capítulo figuran en **http://annualreport.emcdda.eu.int**

- Número de «muertes por reacción aguda con drogas» registradas en países de la UE (según las definiciones nacionales utilizadas para notificar los casos al OEDT), 1985-2000
- Recuadro 1: definiciones de «muerte por reacción aguda con drogas» en los Estados miembros de la UE, utilizadas en el Informe anual del OEDT y mencionadas en los informes nacionales
- Recuadro 2: muertes relacionadas con las drogas, definición del OEDT

Delitos relacionados con las drogas

Podemos considerar que los delitos relacionados con las drogas son aquellos delitos penales contra la legislación en materia de droga, los delitos cometidos bajo la influencia de drogas ilegales, los delitos por motivos económicos cometidos por consumidores para financiar su drogodependencia (sobre todo delitos de posesión y tráfico) y delitos sistemáticos cometidos como parte del funcionamiento de los mercados ilegales (lucha por territorios, castigo de traficantes, etc.). Salvo los delitos contra la legislación en materia de droga, todas estas categorías de delitos no se reflejan en los datos normalmente disponibles y, cuando lo hacen, proceden de estudios locales *ad hoc* que resultan difíciles de extrapolar.

Las detenciones ([26]) por delitos contra la legislación nacional en materia de droga (uso, posesión, tráfico, etc.) reflejan diferencias tanto en la legislación como en las prioridades y recursos para la aplicación de dicha legislación. Las diferencias entre los métodos de registro y las definiciones hacen más difíciles las comparaciones. Sin embargo, las tendencias se comparan siempre que es posible.

El cánnabis sigue siendo, en 2000, la droga más frecuentemente implicada en las «detenciones», siendo responsable del 37 % de las detenciones relacionadas con las drogas en Suecia y del 85 % en Francia. En Portugal y Luxemburgo predomina la heroína, mientras que en los Países Bajos casi todos los delitos relacionados con las drogas tienen que ver con las «drogas duras» (drogas distintas del cánnabis y sus derivados) ([27]).

La mayoría de los delitos relacionados con las drogas que figuran en los informes se refieren al consumo de

([26]) El término «detención» abarca distintos conceptos que varían según el país (los informes policiales sobre los presuntos delincuentes contra la legislación en materia de droga, los cargos por delitos contra esta legislación, etc.). Véase la definición exacta en cada país en el cuadro en línea sobre «detenciones».

([27]) Gráfico 14 OL: droga con mayor presencia en las detenciones por delitos relacionados con las drogas en los países de la UE (versión en línea).

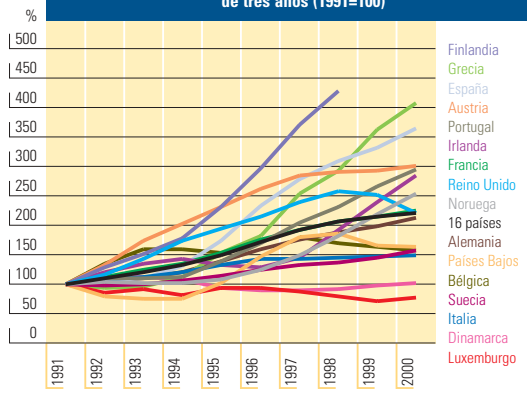
drogas o a la posesión para su consumo: desde un 55 % en Portugal hasta un 90 % en Austria. En Noruega, estos delitos están relacionados (en el 60 % de los casos) con la venta y tráfico de drogas. En Italia, Países Bajos y España, países en los que el consumo de drogas no es considerado un delito penal, todos los delitos relacionados con las drogas se refieren a la venta o al tráfico. Como en años anteriores, Luxemburgo comunicó el mayor número de detenciones por delitos tanto de consumo como de tráfico de drogas.

Tendencias

En el conjunto de la UE, las detenciones por delitos contra la legislación en materia de droga han aumentado de forma constante desde 1985. Se notificaron aumentos superiores al 1 000 % en Grecia y Portugal, mientras que, en Dinamarca, Luxemburgo, Países Bajos y Suecia, dicho aumento fue mucho menor (inferior al 200 %).

En los tres últimos años, el número de detenciones relacionadas con la droga aumentó en casi todos los países de la UE. Los mayores incrementos se observaron en Grecia, Irlanda y Noruega. En 2000, Países Bajos y Reino Unido fueron los únicos países que señalaron un descenso del número de detenciones relacionadas con la droga ([28]) (gráfico 20).

Gráfico 20 **Detenciones por delitos relacionados con la droga en los Estados de la UE y Noruega, 1991-2000. Medias móviles indexadas de tres años (1991=100)**



N.B.: Véanse las definiciones de detención por delitos relacionados con las drogas en el cuadro «Número de detenciones por delitos relacionados con las drogas en los Estados miembros de la UE y Noruega, 1985-2000» (versión en línea). Se han introducido valores reales para todos los países en 2000, para Finlandia en 1998 y para Bélgica en 1995 y 1997, ya que los datos disponibles no permiten calcular las medias móviles en estos casos. La serie se interrumpe en 1996 en el caso de Bélgica (datos no disponibles).

Fuente: Puntos focales nacionales de la red Reitox.

Las tablas estadísticas relacionadas con este capítulo figuran en **http://annualreport.emcdda.eu.int**:

- Droga con mayor presencia en las detenciones por delitos relacionados con las drogas en los países de la UE y Noruega
- Tipo de delito con mayor incidencia en las detenciones por delitos relacionados con la droga en los países de la UE y Noruega
- Número de detenciones por delitos relacionados con la droga en los países de la UE y Noruega, 1985-2000
- Referencias al gráfico «Detenciones por delitos relacionados con la droga, 1991-2000. Medias móviles indexadas de tres años (1991=100)»

Mercados de drogas y disponibilidad

Las incautaciones de drogas normalmente se consideran indicadores indirectos de la oferta y disponibilidad de drogas, aunque también dependen de los recursos, prioridades y estrategias policiales, así como de la vulnerabilidad de los traficantes ante la ejecución de la ley. Las cantidades incautadas pueden fluctuar de un año a otro debido a un pequeño número de incautaciones de gran envergadura ([29]). Por esta razón, el número de incautaciones suele considerarse como el mejor indicador de las tendencias ([30]). En todos los países, éstas incluyen un porcentaje importante de pequeñas incautaciones practicadas en el sector minorista del mercado. Cuando se conocen, el origen y el destino de las drogas incautadas pueden indicar las rutas de tráfico y las zonas de producción. La mayoría de los Estados miembros informa del precio y la pureza de las drogas que se venden al por menor, pero los datos son demasiado escasos como para permitir comparaciones exactas.

Cánnabis

El cánnabis es la droga más incautada en todos los Estados miembros excepto en Portugal, donde predominan las incautaciones de heroína. Desde 1996, las autorida-

([28]) En Bélgica también se registró un descenso en las «detenciones», aunque ello se deba a un cambio en los procedimientos de registro.

([29]) Gráfico 15 OL: cantidades de cánnabis, cocaína, heroína y anfetaminas incautadas en los países de la UE (1985-2000) (versión en línea).

([30]) Es necesario ser prudente a la hora de analizar las tendencias dentro de la UE, puesto que las series se inician en años diferentes para cada país. Para más información véanse las tablas estadísticas en http://annualreport.emcdda.eu.int.

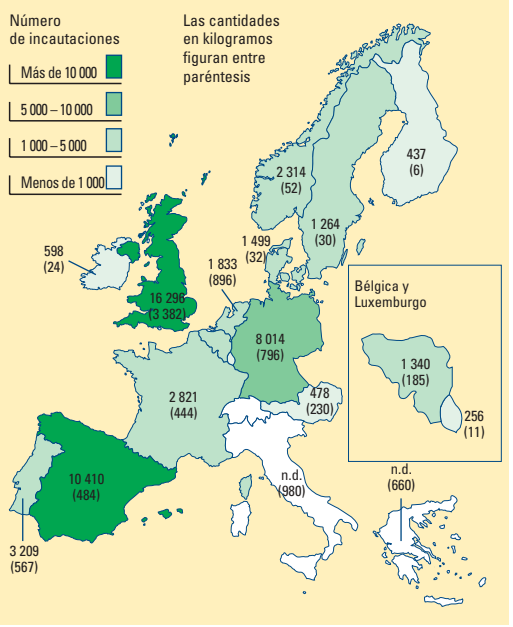
des españolas se han incautado de las mayores cantidades de cánnabis, más de la mitad de la cantidad total incautada en la UE. El Reino Unido informa de un mayor número de incautaciones de esta droga, pero de menor cantidad por término medio.

La resina de cánnabis viene sobre todo de Marruecos a través de España y Países Bajos. La hierba de cánnabis procede de Afganistán, Pakistán y Líbano, así como de Albania a Italia y Grecia, y de Angola hacia Portugal. La mayoría de los Estados miembros señala una producción local, destacando la de «nederwiet» ([31]) en los Países Bajos.

En 2000, según los datos comunicados, el precio de venta al público del cánnabis oscilaba entre 1 y 20 euros por gramo de resina y entre 2 y 8 euros por gramo de hierba. El porcentaje medio de THC en la resina de cánnabis oscila entre el 2 % y el 13 %, aunque en la UE se han observado muestras que contenían desde un 0 % hasta un 50 % de esta sustancia psicoactiva. El contenido de THC en las hojas del cánnabis es generalmente menor, entre el 1 % y el 6 % aproximadamente, con la excepción de Bélgica (17 % de media) y del cánnabis «nederwiet», que tiene un contenido superior (10 % de media).

Gráfico 21

Número de incautaciones de heroína y cantidades incautadas en los países de la UE y Noruega en 2000



N.B.: n.d. = datos no disponibles.
Fuentes: Puntos focales nacionales de la red Reitox, 2000. Véanse los cuadros estadísticos «Número de detenciones por delitos relacionados con las drogas en los Estados de la UE y Noruega, 1985-2000» y «Cantidades de heroína incautada, 1985-2000» en http//:annualreport.emcdda.eu.int.

Tendencias

El número de incautaciones de cánnabis ha crecido de forma constante en la UE desde 1985, y parece haberse estabilizado en los tres últimos años. Esta tendencia se debe en particular al descenso del número de incautaciones de cánnabis practicadas en Bélgica, Países Bajos, Portugal, Austria y Reino Unido en los últimos años. Las cantidades aumentaron igualmente, pero se han estabilizado desde 1995. En 2000, las cantidades incautadas disminuyeron en la mayoría de Estados miembros.

El precio del cánnabis es generalmente estable en la UE, aunque aumentó en 2000 en Luxemburgo y Portugal (resina).

Heroína

En 2000 se incautaron casi nueve toneladas de heroína en la UE, de las cuales una tercera parte correspondió al Reino Unido (gráfico 21). La heroína incautada en la UE procede principalmente de la Media Luna de Oro (sudoeste de Asia: Afganistán, Pakistán), seguida por el Triángulo de Oro (sudeste de Asia: Myanmar, Laos, Tailandia), vía Turquía, la ruta de los Balcanes y los Países Bajos. Sin embargo se ha observado un incremento del tráfico a través de Europa Oriental (Rusia, Estonia, Bosnia y Eslovenia) y los países de Asia Central que formaban parte de la antigua Unión Soviética.

En 2000, el precio de la heroína en la calle oscilaba entre 25 y 330 euros por gramo en Europa. Los precios más altos se observaron en Irlanda, Finlandia y Noruega. La pureza de la heroína oscila normalmente entre menos del 20 % y el 45 %, pero en Bélgica, Dinamarca, España y Noruega se señala una mayor pureza de la heroína marrón.

Tendencias

En el ámbito de la UE, las incautaciones de heroína aumentaron hasta 1991-1992 y después se estabilizaron. En 2000 disminuyeron en Irlanda, Luxemburgo, Noruega, Portugal y España. Las cantidades incautadas en el conjunto de la UE han aumentado en relación con la situación reinante en 1985. Se estabilizaron durante el período 1991-1998, pero han vuelto a aumentar desde entonces. En 2000, en todos los países se observó un aumento de la cantidad de heroína incautada, salvo en Dinamarca, Alemania, España, Italia y Suecia.

El precio de la heroína en la calle es generalmente estable o tiende a bajar, aunque se señaló un aumento del precio de la heroína marrón en Portugal, Suecia y Reino Unido en 2000. Según los datos comunicados, la pureza de la heroína se ha mantenido estable o ha disminuido en todos los países, a excepción de Dinamarca, Alemania, Luxem-

([31]) «Nederwiet»: hojas de cánnabis neerlandés cultivado en los Países Bajos.

burgo y Reino Unido, donde ha estado aumentando últimamente, en particular, la heroína marrón.

Cocaína

España sigue siendo el país de la UE con el mayor nivel de incautaciones de cocaína. La cocaína consumida en Europa viene de América Latina (sobre todo de Colombia, Brasil y Venezuela) a través de Centroamérica y el Caribe. Para varios países, España es el principal punto de entrada hacia el resto de la UE, si bien la cocaína es redistribuida posteriormente desde los Países Bajos.

El precio de venta al público de la cocaína variaba entre 45 y 170 euros por gramo en 2000. Los precios más bajos se encuentran en España y Reino Unido, y los más elevados, en Finlandia. La pureza de la cocaína es generalmente alta, entre el 50 y el 85 % en casi todos los países, excepto en Dinamarca y Alemania, donde la pureza media fue inferior en 2000.

Tendencias

El número de incautaciones de cocaína aumentó de modo constante desde mediados de los años ochenta en la UE y se estabilizó en 2000. Las cantidades incautadas de cocaína han fluctuado dentro de una tendencia ascendente, pero en 2000 se observó un pronunciado descenso, debido principalmente a la considerable disminución en los países que se incautan de la mayor cantidad de cocaína dentro de la UE (España, Francia y Países Bajos).

El precio de la cocaína se mantiene estable o disminuye en casi todos los países, pero en 2000 aumentó en Dinamarca, Portugal y Reino Unido. La pureza se mantiene estable o disminuye en todos los Estados miembros.

Drogas sintéticas: anfetaminas, éxtasis y LSD

En Finlandia, Noruega y Suecia, las anfetaminas son la segunda droga más incautada (después del cánnabis). Las cantidades más numerosas de anfetaminas, éxtasis y LSD incautadas en la UE corresponden al Reino Unido.

Los Países Bajos constituyen el principal lugar de producción de éxtasis, anfetaminas y drogas relacionadas con ellas, pero también se han presentado pruebas de producción en otros Estados miembros (Bélgica, Reino Unido) y en países de Europa Central (República Checa, Estonia).

Según los datos comunicados, las anfetaminas se venden a un precio medio de entre 5 y 35 euros por gramo, mientras que el precio del éxtasis varía entre 5 y 15 euros por pastilla. Los datos correspondientes a 2000 muestran que las drogas sintéticas son más baratas en Bélgica y Reino Unido. La pureza de las anfetaminas es muy variable, desde el 3 % en Irlanda hasta el 46 % en Finlandia, pero normalmente se sitúa entre el 10 % y el 15 % en la UE. Las pastillas vendidas como éxtasis contienen éxtasis o sustancias similares al éxtasis (MDMA, MDEA, MDA) en un 2 % de los casos en Grecia hasta un 100 % de los casos en Finlandia. Entre un 2 % y un 22 % de las pastillas contienen anfetaminas (o metanfetaminas), pero también se pueden encontrar otras sustancias psicoactivas (2-CB, 2-CT7, 4-MTA y, más recientemente, PMA y PMMA).

Tendencias

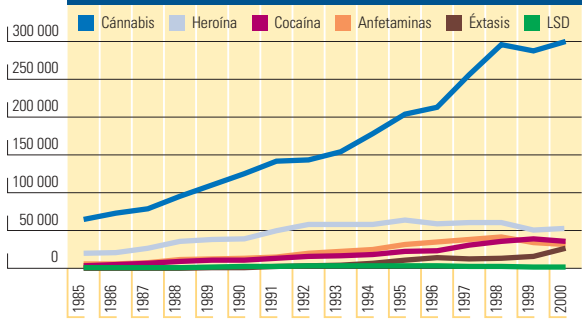
Tanto el número de incautaciones de anfetaminas como las cantidades incautadas han aumentado desde 1985. El número de incautaciones de anfetaminas descendió en 1999 y 2000, sobre todo en el Reino Unido. Tras experimentar una disminución en 1998 y 1999, las cantidades volvieron a aumentar en 2000, especialmente en Alemania.

Las incautaciones de éxtasis han ido aumentando en la mayor parte de la UE desde 1985, observándose aumentos pronunciados en 2000. Las cantidades incautadas de éxtasis siguieron la misma tendencia ascendente desde 1985 y a continuación se estabilizaron a partir de 1993 para alcanzar su punto máximo en 1996 y volver a aumentar en 1999. En 2000 aumentaron en todos los países, salvo en Dinamarca, Luxemburgo y Portugal.

Las incautaciones de LSD son menos frecuentes. Tanto el número de incautaciones como la cantidad incautada aumentaron hasta 1993, disminuyendo a partir de dicho año, si bien volvieron a aumentar ligeramente en 2000. En Dinamarca, Alemania, España, Francia, Irlanda, Países Bajos, Portugal y Finlandia se observaron importantes incrementos de las cantidades de LSD incautadas en 2000.

Después de considerables descensos en la década de 1990, los precios de las anfetaminas y del éxtasis en la UE se han estabilizado. Sin embargo, Irlanda señaló que en 2000 se había producido un aumento en el precio de ambas drogas sintéticas, mientras que en Alemania sólo subió el precio de las anfetaminas. En España, Suecia y Reino Unido, los precios de las pastillas de éxtasis bajaron en 2000. En los últimos años, el porcentaje de pastillas que contienen éxtasis o sustancias similares se ha incrementado en muchos países, mientras que el porcentaje de las que contienen anfetaminas (y metanfetaminas) se ha reducido. Grecia señala que, en 1999 y 2000, se produjo una transición del MDMA a las anfetaminas como principal sustancia de la mayoría de las pastillas.

Gráfico 22 **Número de incautaciones de cánnabis, heroína, cocaína, anfetaminas, éxtasis y LSD practicadas en los países de la UE y en Noruega (1985-2000)**



N.B.: No se dispone de datos sobre Grecia. En el caso de otros países sólo se dispone de datos desde 1988 (Dinamarca y Portugal), 1993-1996 (Finlandia) y 1997 (Países Bajos). En 1999 y 2000, el número de incautaciones no reflejó la cantidad real, ya que faltaban los datos correspondientes a Italia. La mayoría de las series de datos sobre el éxtasis comienzan a mediados de los años noventa (excepto en el caso de Francia, Italia, España y Reino Unido).

Fuente: Puntos focales nacionales de la red Reitox. Véase el cuadro estadístico «Número de detenciones por delitos relacionados con las drogas en los Estados de la UE y Noruega, 1985-2000» en http://annualreport.emcdda.eu.int.

Las tablas estadísticas relacionadas con este capítulo figuran en **http://annualreport.emcdda.eu.int**

- Incautaciones de drogas practicadas en los países de la UE y Noruega, 2000
- Número de incautaciones de anfetaminas, 1985-2000
- Número de incautaciones de cánnabis, 1985-2000
- Número de incautaciones de cocaína, 1985-2000
- Número de incautaciones de éxtasis, 1985-2000
- Número de incautaciones de heroína, 1985-2000
- Número de incautaciones de LSD, 1985-2000
- Cantidades incautadas de anfetaminas, 1985-2000 (kg)
- Cantidades incautadas de cánnabis, 1985-2000 (kg)
- Cantidades incautadas de cocaína, 1985-2000 (kg)
- Cantidades incautadas de éxtasis, 1985-2000 (pastillas)
- Cantidades incautadas de heroína, 1985-2000 (kg)
- Cantidades incautadas de LSD, 1985-2000 (dosis)

Capítulo 2

Respuestas al consumo de drogas

Este capítulo presenta una imagen general de la evolución de las políticas y estrategias nacionales y de la Unión Europea en materia de drogas. En él también se recogen las respuestas al problema de la droga en los ámbitos de la educación, la sanidad, los servicios sociales y la justicia penal

Estrategias nacionales y europeas en materia de drogas

Política en materia de drogas de los planes de acción

Estrategia de la UE

En octubre de 2001, el Grupo de Trabajo Horizontal Drogas del Consejo examinó el «informe sobre la selección de los criterios para evaluar la estrategia de la Unión Europea en materia de drogas (2000-2004)» elaborado conjuntamente por el OEDT y Europol. Este informe ofrece un análisis de cada uno de los seis objetivos del plan de acción de la UE [32] y pone de relieve las posibilidades y limitaciones del seguimiento y de la evaluación. Asimismo presenta una serie de parámetros para establecer la situación inicial mediante datos de 1999 [33] y respecto a la cual se comparará la situación que exista en 2004.

Estrategias nacionales en materia de drogas [34]

El plan de acción de la UE en materia de drogas ha contribuido a hacer patente la necesidad de coordinar las actividades realizadas en los Estados miembros en el ámbito de la droga. El párrafo 3 del apartado 1 del artículo 1 hace un llamamiento al Consejo para que ofrezca periódicamente la posibilidad de que los responsables en materia de drogas en el ámbito nacional se reúnan e intercambien información sobre los cambios producidos a nivel nacional e intensifiquen la cooperación. En Suecia se celebró una reunión entre los coordinadores nacionales en materia de drogas [35].

Por lo que se refiere a las estrategias nacionales, ha continuado la tendencia desarrollada en los últimos años consistente en convertir los marcos de las políticas en materia de drogas en un plan de acción, una estrategia en la materia o un documento político, si bien sigue existiendo una brecha entre la estrategia escrita y su aplicación.

En marzo de 2001, el Gobierno portugués aprobó un plan de acción en materia de drogas titulado «Horizonte 2004» que establece objetivos, metas y acciones concretas que deberán desarrollarse a lo largo de cuatro años. Un mes más tarde, el Gobierno irlandés aprobó una estrategia nacional en materia de drogas para el período 2001-2008 que explica en detalle los objetivos específicos, los principales indicadores de rendimiento y las acciones que deberán llevar a cabo los Ministerios que participen en la aplicación de la política en materia de drogas. En junio, el Consejo de Ministros griego adoptó una serie de decisiones encaminadas a establecer una política integral, unificada y coordinada en materia de drogas. En dichas decisiones, el Gobierno se compromete a presentar ante el Parlamento un plan nacional de acción quinquenal con los objetivos específicos que

(32) Puede hallar más información sobre el plan de acción en http://www.emcdda.eu.int/policy_law/eu/eu_actionplan.shtml.
(33) Disponible en http://snapshot.emcdda.eu.int.
(34) En el cuadro 3 se ofrece una sinopsis de las estrategias recientes, planes de acción y acuerdos de coordinación en materia de drogas (versión en línea).
(35) El OEDT contribuyó con la publicación de un estudio comparativo sobre la coordinación en el ámbito de la droga en la UE, véase http://www.emcdda.eu.intorg/multimedia/project_reports/policy_law/drug_coordination_oct_01.pdf.

deberán alcanzarse, las actividades que deberán llevarse a cabo y las medidas que deberán adoptarse.

En Finlandia se adoptó (en febrero de 2002) un plan de acción 2001-2003 y los servicios aduaneros y la guardia de fronteras elaboraron conjuntamente estrategias concretas en materia de drogas. En Austria, las nueve provincias de este país cuentan actualmente con un coordinador en materia de droga o drogodependencia y siete de ellos ya disponen de planes de acción, en tanto que en junio de 2001 se creó en Bélgica la «Cellule drogue santé» y se prevé la creación de un organismo de coordinación para finales de 2002. En noviembre de 2001, Italia anunció la creación de un departamento antidroga dirigido por un coordinador, siguiendo el planteamiento del nuevo gobierno en materia de drogas. En Alemania un equipo de coordinadores de los Estados federados lleva numerosos años trabajando en la coordinación. En enero de 2002, el Gobierno sueco presentó ante el Parlamento su nuevo plan de acción 2002-2005 contra la droga. Asimismo se ha nombrado un «comisario de la droga» para coordinar y estimular las acciones en los diversos ámbitos de la sociedad.

En el Reino Unido, en contra de la tendencia general, la responsabilidad en materia de droga dentro del Gobierno ha sido transferida de la unidad central de coordinación en materia de droga (disuelta en la actualidad) y su «zar de la droga» del Gabinete del Primer Ministro al Ministerio del Interior, bajo la responsabilidad del Ministro del Interior.

Evaluación del impacto de las estrategias en materia de droga

Aunque en la actualidad todos los Estados miembros cuentan con estrategias más o menos definidas en materia de drogas, no todos llevan a cabo una evaluación de su impacto. Se ha avanzado en la evaluación de los programas o actividades específicos, generalmente en el ámbito de la reducción de la demanda. Sin embargo, la evaluación no constituye una prioridad cuando se consideran los instrumentos legales o las estrategias nacionales en su conjunto.

No obstante, podemos mencionar algunos prometedores ejemplos entre las estrategias adoptadas recientemente. En Irlanda y Portugal, los nuevos planes nacionales en materia de drogas fueron adoptados en 2001 con el objetivo de establecer mecanismos para evaluar sus resultados globales. En Finlandia, la evaluación forma parte del nuevo plan de acción 2001-2003 y examinará la eficacia del plan en su conjunto, incluyendo las medidas de tratamiento y los planes relacionados con el control de la droga.

En Francia, el Observatorio Francés de Drogas y Toxicomanías (OFDT) ha recibido el mandato de la Misión Interministerial de Lucha contra la Droga y la Toxicomanía (MILDT) de evaluar la eficacia de los principales puntos del plan francés en materia de drogas 1999-2001. La evaluación es prioritaria en los Países Bajos, no sólo con vistas a los programas de reducción de la demanda, sino también a otros aspectos de las políticas (por ejemplo, la estrategia de cafés, los cambios en los criterios AHOJ-G). Las extensas prácticas de seguimiento (National Drug monitor) en materia de consumo de drogas y salud, así como las actividades vinculadas a ellas por parte de las autoridades judiciales de lo penal contribuyen también a la evaluación de las políticas en la materia. Otras estrategias nacionales en materia de drogas plantean la evaluación como un instrumento para medir cada una de las actividades, a saber, los métodos de tratamiento o las técnicas de prevención, como por ejemplo, en la nueva «Nota política» belga, que contempla la aplicación de la evaluación a los métodos de tratamiento, la salud, los circuitos de atención sanitaria y las técnicas de prevención.

Los Estados miembros consideran conjuntamente las sustancias legales e ilegales

Este año se ha prestado una mayor atención a las sustancias legales e ilegales en el marco de las políticas nacionales en materia de drogas. Si Francia fue uno de los primeros países en extender la reflexión sobre las medidas de prevención y rehabilitación en términos de drogodependencia y no sólo sobre sustancias en 1998, fue el Gobierno noruego quien, durante el año pasado, desarrolló una exhaustiva «política en materia de abuso de sustancias», entre ellas el alcohol, destinada a la prevención, la asistencia y el tratamiento. Otro tanto sucede en Alemania, donde el informe del nuevo comisario federal para asuntos de drogas publicado en abril de 2001 destacaba su intención de extender la prevención, sobre todo, a las drogas legales, el alcohol y el tabaco. En Bélgica, uno de los cuatro objetivos de la nueva política del Gobierno federal consiste en evitar que los jóvenes consuman drogas (incluidos el tabaco y el alcohol). Esta tendencia se puede apreciar igualmente en la nueva estrategia en materia de drogas de Irlanda, país en el que se han establecido vínculos formales a nivel local, regional y nacional con la política nacional en materia de alcohol para garantizar la complementariedad entre las distintas medidas adoptadas. En el Reino Unido, el ejecutivo de Irlanda del Norte aprobó en mayo de 2001 un modelo conjunto de aplicación. Gracias a la estructura de este modelo, las estrategias en materia de alcohol y de drogas ilícitas se llevarán a cabo de forma conjunta. La estrategia en materia de drogas de Gales incluye igualmente las sustancias legales.

Legislación en materia de drogas en la UE [36]

A nivel europeo

El 23 de mayo de 2001, la Comisión Europea adoptó la propuesta de decisión marco del Consejo relativa al establecimiento de las disposiciones mínimas de los elementos constitutivos de delitos y penas aplicables en el ámbito del tráfico ilícito de drogas. Esta iniciativa de la Comisión recoge una definición común del tráfico ilícito de drogas, así como penas comunes para el tráfico transnacional de gran envergadura. Actualmente (marzo de 2002), esta propuesta está siendo examinada por el Parlamento Europeo y el Consejo de Ministros de la UE.

A nivel nacional

Los principales acontecimientos de índole jurídica en el ámbito de la droga durante el período del presente informe se refieren primordialmente a las medidas destinadas a los consumidores de drogas, a la conducción bajo la influencia de drogas y a los tratamientos de sustitución.

Enfoques legales respecto a las drogas y los consumidores de drogas

Durante 2001, en algunos Estados miembros se observó una tendencia consistente en proponer y adoptar cambios en la legislación para distinguir con mayor claridad el consumo de droga de otros delitos relacionados con la droga y el cánnabis de otras sustancias ilegales. Estos países están estudiando varias opciones, que podrían incluir un sistema de tribunales más especializados o bien un cambio de la legislación o de la política dirigida a los consumidores de droga.

Esta tendencia destaca en Portugal, país que ha suprimido el delito de consumo de drogas y el de posesión para consumo personal del Código Penal y en su lugar sanciona estos delitos por medio del derecho administrativo a través de la «comisiones para la disuasión de la drogodependencia», que creó en julio de 2001. Las comisiones están compuestas por tres miembros (nombrados por los ministros de Justicia, Sanidad y un miembro del gobierno responsable de la política antidroga), por un equipo técnico de tres a cinco profesionales (psicólogos, trabajadores sociales y expertos jurídicos) y por personal administrativo. Los casos son evaluados individualmente, y los informes del equipo técnico apoyan las decisiones de los miembros con respecto a los procedimientos y/o sanciones necesarios. En abril de 2001, Luxemburgo redujo las penas por delitos relacionados con el cánnabis, suprimiendo la opción de una pena de prisión por posesión para consumo personal y por el propio consumo, y declaró que las acciones judiciales se concentrarán únicamente en el consumo problemático. La nota política publicada por el Gobierno belga el 19 de enero de 2001 esboza una idea similar. Asimismo, Luxemburgo y Bélgica han utilizado la legislación para establecer por vez primera una distinción entre el cánnabis y otras sustancias, al igual que un proyecto de enmienda de la legislación griega en materia de drogas apoyada por todos los partidos y presentada ante el Parlamento griego en abril de 2001, si bien posiblemente ha sido rechazado por este Parlamento en mayo de 2002. En el Reino Unido se espera que en 2002 el cánnabis sea reclasificado de la categoría B a la categoría C de drogas (lo que haría que el delito de posesión ya no pueda ser motivo de detención). En Irlanda, los infractores no violentos de la legislación en materia de drogodependencia serán enviados a un Juzgado de Drogas, que fue creado en forma de proyecto piloto en Dublín en enero de 2001 (en noviembre se inició un proyecto similar en Glasgow, Escocia). En los Países Bajos, para los condenados a penas de prisión que no excedan los seis meses entró en vigor el 1 de febrero de 2001 la nueva ley sobre sanciones alternativas, que permite la imposición de sanciones combinadas de trabajo y educacionales, además de, o en lugar de la prisión y/o multas.

Sin embargo, esta tendencia no es universal; en Finlandia, una enmienda del Código Penal adoptada en el verano de 2001 suprimió el derecho por el que se podía renunciar a perseguir los delitos relacionados con drogas cuando se consideraba que dichos delitos no atentaban contra el cumplimiento de la ley y facultó al fiscal para iniciar procedimientos sumarios fuera del tribunal, con una pena de multa o de hasta seis meses de prisión. No obstante, sigue existiendo la posibilidad de renunciar a perseguir o condenar el delito si éste es considerado insignificante.

Drogas y conducción

Se ha producido una creciente actividad en el ámbito de la legislación que rige la conducción de vehículos bajo la influencia de drogas, tanto en la elaboración de las políticas como a nivel operativo.

En cuanto a la política antidrogas, el Grupo de trabajo finlandés encargado de aplicar la nueva Resolución gubernamental en materia de seguridad vial propuso en junio de 2001 la nula tolerancia en caso de consumo de drogas en el tráfico por carretera. Otros Estados miembros han reforzado sus reglamentaciones relativas a

[36] Para obtener las últimas novedades e información sobre los progresos de los sistemas jurídicos de los Estados miembros en materia de drogas, véase la base de datos jurídica europea en http://eldd.emcdda.eu.int.

quién debe someterse a las pruebas y de qué forma. En Austria, en el momento de enmendar la Ley de tráfico por carretera en la primavera de 2001 se tomó la decisión de suprimir una disposición sobre las pruebas obligatorias de drogas para los conductores. En Portugal, en el mes de mayo, y en Francia, en noviembre, se ha adoptado una legislación para someter a prueba a las personas que se hayan visto implicadas en un accidente a fin de investigar la relación entre drogas y conducción y estudiar el nivel y tipo de consumo de drogas entre los conductores y su contribución a los accidentes, así como para elaborar una legislación específica y eficaz para luchar contra la conducción bajo el efecto de las drogas. Asimismo, el Gobierno británico adoptó en marzo de 2001 una legislación que regula las pruebas y los procedimientos conexos de los sospechosos de conducir bajo los efectos de sustancias ilícitas.

Tratamiento de sustitución

Los Estados miembros siguen elaborando legislación en materia de tratamiento de sustitución de la drogodependencia. Algunos países la están considerando y aquellos que ya cuentan con ella están mejorando sus marcos jurídicos.

En Bélgica, tras la publicación de la nota política de enero de 2001, se está elaborando legislación para controlar el tratamiento de sustitución. En julio de 2001, Alemania creó un registro central de sustitución a fin de evitar que se repitiesen las recetas de medicamentos de sustitución y estableció una cualificación adicional para los médicos que practican el tratamiento de sustitución. En Luxemburgo, como resultado de un decreto granducal de febrero de 2002, los médicos que prescriban tratamientos con drogas de sustitución deberán estar en posesión de una licencia estatal concedida por el Ministerio de Sanidad. Este mismo decreto prevé la creación de una comisión especial de vigilancia y la creación de un registro nacional de tratamientos de sustitución. En Grecia, dentro del marco creado por la Ley 2716/1999, se han planificado más medidas destinadas a reforzar la estructura del tratamiento de sustitución, ampliando la administración de sustitutivos a través del sistema nacional de sanidad. Entretanto, en el Reino Unido existe actualmente un mecanismo legal (creado en abril de 2001) para recetar buprenorfina para tratamientos de sustitución, pues anteriormente sólo se podía recetar metadona.

Reducción de la demanda

Como se indica más arriba, la mayoría de los Estados miembros de la UE cuenta con una estrategia nacional en materia de drogas o disposiciones similares ([37]), como también es el caso de Noruega; todas ellas contemplan prioridades en el ámbito de las respuestas y en algunos países (España, Irlanda, Portugal y Reino Unido) se han establecido objetivos cuantitativos.

Por supuesto, las estrategias nacionales incluyen toda una gama de respuestas. Sin embargo, podemos discernir provisionalmente algunas prioridades, ya sea para reforzar determinados tipos de respuestas y/o para desarrollar estructuras más eficientes ([38]). La prevención escolar es considerada una prioridad en diez Estados miembros, en tanto que en otros siete se concede más importancia a la prevención en la sociedad. En nueve países, la prevención y la intervención precoz con los jóvenes de riesgo forman parte de dichas prioridades. La reducción de los daños y el tratamiento con asistencia médica son considerados como una prioridad en seis de los Estados miembros, mientras que Italia y Suecia ponen especial interés en el tratamiento sin drogas. Siete países mencionan como grandes prioridades respuestas en el sistema judicial y seis la reintegración social. Ocho países ven la necesidad de mejorar la estructura de los tratamientos y cuatro, el refuerzo de estructuras de prevención en el país.

En la mayoría de los países, la aplicación de respuestas de reducción de la demanda está descentralizada debido al carácter que revisten estas actividades. No obstante, las prioridades contempladas en las estrategias nacionales y la financiación para la investigación y la práctica son indispensables para la realización a nivel regional o local. La importancia relativa de las políticas, las prácticas y la investigación para la aplicación de las respuestas varian de un país a otro. Evidentemente, todas ellas ejercen una influencia recíproca sobre las demás, aunque en algunos países la política nacional parece tener una mayor influencia sobre la práctica, en tanto que en otros la práctica influye sobre las políticas, a menudo a nivel regional.

La calidad de las respuestas de reducción de la demanda se ha garantizado mediante la introducción (en algunos países) de normas, procedimientos de acreditación o directrices nacionales. El tratamiento debe cumplir las

([37]) Cuadro 4 OL: introducción a las respuestas para reducir la demanda en los Estados miembros de la UE y en Noruega (versión en línea).

([38]) Cuadro 5 OL: sinopsis de las prioridades en materia de reducción de la demanda en los Estados miembros y Noruega (versión en línea).

normas en materia de calidad en más países que la prevención ([39]).

Prevención en las escuelas, los entornos locales y la sociedad

Todos los Estados miembros conceden una gran prioridad a la prevención dentro de sus estrategias nacionales y en numerosas actividades preventivas en distintos entornos, sobre todo en las escuelas. Sin embargo, en muchos Estados miembros cada día resulta más obvio que existe una diferencia considerable entre los objetivos de las políticas y la realidad y calidad de la prevención ([40]). El grado real de prevención (por ejemplo, en las escuelas) puede medirse aproximadamente si se lleva a cabo de una manera estructurada a través de programas claramente definidos ([41]). Sólo así pueden evaluarse los principales parámetros, por ejemplo, los contenidos (modelos, factores de riesgo abordados) y el número de escuelas, alumnos y profesores incluidos. Esto es así en algunos Estados miembros (Bélgica-Comunidad Flamenca, Alemania, Grecia, España, Irlanda y Reino Unido), en los que se dispone de información basada en los programas que puede ser evaluada. Sin embargo, a menudo la prevención de la drogodependencia se inscribe en políticas escolares más amplias con el fin de mejorar los estilos de vida saludables en la vida diaria (escolar). En este contexto «no estructurado», la prevención se lleva a cabo de forma *ad hoc*, a través de grupos o consejos consultivos locales (en Dinamarca, Francia y Noruega) y/o está estrechamente relacionada con las necesidades concretas que se plantean y con los recursos (por ejemplo, en Francia, Italia, Austria, Portugal y Finlandia). No obstante, resulta difícil concretizar este enfoque en forma de normas y no es fácil su evaluación.

La gama de objetivos de la prevención escolar es amplia: además de la frecuente mención de los principios de la promoción integral de la salud, su espectro va desde el desarrollo de aptitudes sociales y personales hasta la promoción de la identidad y la personalidad. La conciencia y la información se hallan a menudo en el centro de la prevención del consumo de drogas, aunque estos planteamientos por sí solos han resultado ineficaces (Skolverket, 2000). No existe un principio común europeo de prevención basado en las pruebas y en la investigación en este ámbito. El proyecto transnacional «Una escuela sana frente a las drogas» («Healthy school and drugs»), financiado por la Comisión Europea, aplica criterios de calidad basados en pruebas en la prevención dentro de la escuela (http://www.school-and-drugs.org).

Otro grave problema es la labor logística y administrativa para aplicar los programas de modelos de buenas prácticas (incluyendo la evaluación) a gran escala dentro de un país. Alemania y Países Bajos hacen referencia expresamente a este problema. La atención que se presta a la prevención en algunos Estados miembros (por ejemplo, en Dinamarca y Alemania) se está concentrando en los entornos recreativos como respuesta a los cambios sufridos por las pautas de consumo y está pasando, en términos de contenido, de la evitación de riesgos a la gestión de los mismos. Un sitio web de ámbito europeo (http://www.drug-prevention.de) reúne los proyectos que funcionan siguiendo esta filosofía. En general ha aumentado el número y el atractivo de los sitios web con fines preventivos en la mayoría de los Estados miembros ([42]). Otro elemento son las directrices para identificar y tratar a los alumnos que consumen drogas.

Recientemente se ha observado claramente un creciente interés y una mayor asignación de recursos a la garantía de la calidad y a la prevención basada en pruebas en algunos Estados miembros (España, Irlanda, Países Bajos y Reino Unido). Al mismo tiempo, Alemania, Grecia, Francia, Irlanda, Países Bajos y Reino Unido están creando bases de datos para evaluar y hacer un seguimiento de su «cobertura nacional en materia de prevención». España ya ha establecido un sistema de información.

Los Estados miembros no cuentan con un concepto común en relación con los programas aplicados a la sociedad en general. Para empezar, esta actividad no se limita a la prevención, pues la reducción de los riesgos relacionados con las drogas a menudo figura en dichos programas. Además, «programa comunitario» significa en algunos Estados miembros un programa llevado a cabo en una comunidad (es decir, de arriba hacia abajo) y en otros se trata de un programa realizado por una comunidad (es decir, de abajo hacia arriba).

Asimismo existen amplias disparidades entre los Estados miembros en lo referente al papel de los medios de comunicación dentro de las estrategias de prevención,

([39]) Cuadro 6 OL: sinopsis de las normas de calidad para la prevención y tratamiento en los Estados miembros y en Noruega (versión en línea).
([40]) Cuadro 7 OL: sinopsis de los objetivos en materia de prevención, programas escolares, sitios web y actividades de prevención organizados en lugares de recreo (versión en línea).
([41]) En el cuadro 7 OL (programas escolares) se presenta una sinopsis de los programas de prevención en las escuelas (versión en línea).
([42]) En el cuadro 7 OL se presenta una lista de los sitios web dedicados a la prevención (versión en línea).

desde la inexistencia de dicho papel (en Austria y Reino Unido) hasta un papel muy destacado (en Francia e Italia). Los enfoques de los grupos de expertos son objeto de una gran controversia: en la Comunidad Flamenca (De Sleutel) de Bélgica y en Dinamarca («Ángeles Guardianes») se utilizan de forma muy extensa, mientras que en algunas provincias austríacas son rechazados por considerarlos ineficaces.

La prevención en los entornos recreativos

Desde un punto de vista conceptual podemos considerar que la prevención en los entornos recreativos es un ámbito en el que coincide la prevención y la reducción de riesgos, por lo que a menudo presenta facciones ideológicas en conflicto. En algunos Estados miembros, los proyectos se consideran una «prevención secundaria», en tanto que otros intentan definir su labor como una «reducción de daños». En términos amplios, esta forma de prevención se basa en tres estrategias de intervención: la producción de material informativo sobre drogas y salud, las cuestiones jurídicas y emocionales relacionadas con ellas, las intervenciones personalizadas en discotecas o fiestas, y las medidas estructurales como las directrices de seguridad para los clubes ([43]).

La producción y distribución de material informativo constituye tradicionalmente la actividad preferida y más extendida en los entornos recreativos. Distintos agentes producen numerosos folletos, carteles y trípticos, sobre todo en Alemania, España y Reino Unido, pero poco se sabe del impacto que tienen estas estrategias de comunicación unidireccionales y anónimas.

En un número menor de países (Alemania, España, Países Bajos y Reino Unido), se aplican enfoques de grupos de expertos para entrar en contacto con los asistentes a los clubes nocturnos a fin de transmitir información preventiva de una forma más interactiva y personal, también mediante la distribución de material informativo en forma de folletos.

Cada vez se reconoce más la importancia y el impacto de unas normas sencillas pero básicas en materia de seguridad en las fiestas. Estos medios de prevención estructural, que ya existen en el Reino Unido en forma de directrices de seguridad para los bailes (http://www.clubhealth.org.uk/pages/downloads.htm) son la manera más directa de prevenir los problemas relacionados con las drogas en los entornos festivos. Su objetivo es minimizar los riesgos más frecuentes para la salud ofreciendo agua fresca para beber y zonas de enfriamiento para evitar el sobrecalentamiento, a través de la formación del personal en primeros auxilios y vigilancia y en la detección de los primeros problemas facilitando la labor de los equipos de prevención sobre el terreno. Estas directrices existen en varios países, pero su aplicación por parte de los propietarios de clubes nocturnos o por las autoridades locales competentes de los Estados miembros sigue siendo muy irregular. Sin embargo, existen iniciativas destinadas a establecer una serie de directrices armonizadas de ámbito europeo en materia de seguridad en los clubes nocturnos.

En Bélgica y Alemania, por ejemplo, se ofrecen intervenciones concretas que no son tan comunes, como la ayuda durante un «mal viaje» —es decir, cómo hacer frente a los efectos adversos e imprevistos del consumo de drogas sin recurrir a la hospitalización— y, en algunos Estados miembros, el análisis de pastillas durante las fiestas.

La utilidad de los análisis de pastillas sobre el terreno para atraer a un grupo selecto de consumidores experimentados de drogas utilizadas en fiestas para ofrecerles un asesoramiento intensivo e interactivo en materia de prevención ([44]) ha quedado eclipsada por los debates sobre su precisión farmacológica (Winstock, 2001) y sus implicaciones ideológicas ([45]) o legales.

Prevención de enfermedades infecciosas

Las principales respuestas basadas en pruebas para prevenir las enfermedades infecciosas entre los consumidores de droga son los trabajadores sobre el terreno, el tratamiento por consumo de droga —sobre todo la prescripción de metadona u otras drogas de sustitución (que se ha extendido considerablemente en la UE y Noruega en los últimos años; véase el capítulo dedicado al tratamiento)—, la inmunización contra la hepatitis y el acceso a equipos estériles de inyección, así como la información y la formación sobre su uso seguro ([46]).

Algunos servicios sobre el terreno existen en todos los países de la UE y en Noruega, pero el grado en que el personal de los organismos dedicados a la lucha contra las drogas acude a los lugares donde se encuentran los

([43]) En el cuadro 7 OL (entornos recreativos) (versión en línea) se presenta una sinopsis de las iniciativas de prevención en entornos recreativos.
([44]) Véase el estudio del OEDT en http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/responses/pill_testing_report.pdf, pp. 35-37.
([45]) Artículo publicado en *Corriere della Sera*, 2 de noviembre de 2001.
([46]) Véase asimismo *Las drogas en el punto de mira*, nº 4, OEDT, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, 2002.

pacientes varía considerablemente de un país a otro y dentro de un mismo país. Los servicios de bajo umbral siguen siendo un importante punto de acceso para informar y educar a los consumidores de drogas sobre los riesgos que encierra este consumo y cómo reducirlos. Cada vez se reconoce más el papel de estos servicios en la prestación de asistencia sanitaria básica a los consumidores de drogas, que contribuye a reducir el riesgo de contraer enfermedades infecciosas, por lo que han sido objeto de una ampliación en varios países de la UE y en Noruega durante 2000.

Los programas especiales que ofrecen equipos estériles de inyección revisten una gran importancia para reducir al mínimo la tasa de infección por VIH y otras infecciones virales de transmisión sanguínea entre los consumidores de drogas, y en todos los países de la UE y en Noruega existen programas de intercambio de jeringuillas a través de organismos especializados, farmacias o expendedores automáticos. Dichos programas de intercambio se han ampliado en 2000 ([47]). Aún persisten amplias diferencias por lo que se refiere a la disponibilidad y cobertura entre un país y otro, y dentro de un mismo país (Wiessing *et al.*, 2001).

En Helsinki y en varios otros municipios finlandeses, así como en Oslo y en su zona metropolitana, resulta más fácil obtener equipos de inyección en 2001. En la Comunidad Flamenca de Bélgica, el primer centro de intercambio de jeringuillas fue inaugurado a finales de 2000 (seis años después de que dicho servicio se introdujese en la Comunidad Francesa). La Estrategia Nacional en materia de drogas de Irlanda para el período 2001-2008 contempla la reducción de riesgos como parte de su capítulo dedicado al tratamiento; y el Plan Nacional de Acción contra la Droga «Horizonte 2004» de Portugal recoge ambiciosos objetivos en términos de reducción de daños, por ejemplo, la ampliación de los centros de intercambio de jeringuillas a todos los distritos de aquí a 2004. No obstante, tan sólo un 5 % del presupuesto disponible en Portugal se ha asignado a la reducción de daños relacionados con las drogas y un 95 % se dedica a la prevención, al tratamiento y a la rehabilitación. El Ministerio de Sanidad del Reino Unido lanzó la campaña «Making Harm Reduction Work» («hacer efectiva la reducción de daños») en Inglaterra para estimular y desarrollar la reducción de daños en los consumidores de drogas (Hunt *et al.*, 2001).

El impacto de las políticas de reducción de daños en la epidemia de hepatitis C fue objeto de varios estudios realizados en Inglaterra y Gales (Hope *et al.*, 2001) e Irlanda (Smyth *et al.*, 1999) y se han descubierto indicios de una reducción de las conductas de riesgo como consecuencia de la aplicación de dichas estrategias.

En Alemania, Irlanda, Países Bajos, Portugal, Austria, Finlandia, Reino Unido y Noruega se están llevando a cabo esfuerzos sistemáticos para que la vacuna contra la hepatitis B resulte más accesible y para alcanzar la plena inmunización entre un porcentaje superior de consumidores de drogas. Actualmente, la vacuna no resulta muy accesible para los consumidores de droga y las tasas de inmunización son generalmente bajas. Asimismo, los costes pueden desempeñar un papel, por ejemplo, en la Comunidad Flamenca de Bélgica los consumidores de drogas no son un grupo prioritario para la política de inmunización del Ministerio de Sanidad y, por consiguiente, la vacuna no es gratuita ([48]).

Prevención de las muertes relacionadas con las drogas

En 2000 se registraron en la UE entre 7 000 y 8 000 muertes relacionadas con las drogas, causadas por sobredosis accidentales o intencionales. Los estudios muestran que los consumidores de drogas por vía parenteral corren un riesgo mayor, en particular, aquellos que combinan la heroína con depresores del sistema nervioso central, como el alcohol o las benzodiacepinas (véase el capítulo dedicado a las muertes relacionadas con las drogas).

Las pruebas científicas señalan que el mantenimiento a base de metadona protege en gran medida contra la mortalidad por sobredosis de opiáceos y por cualquier otra causa (OMS, 1998). En Bélgica, Alemania, Finlandia, Noruega y Reino Unido se adoptaron enfoques innovadores para prevenir y gestionar las sobredosis: formación de los consumidores de drogas para protegerse a sí mismos contra la sobredosis y para intervenir mejor en las sobredosis de las que son testigos, formación en la administración de naloxona, técnicas básicas de resucitación, o desarrollo de materiales específicos de información sobre prevención. En el Reino Unido, el Gobierno lanzó en noviembre de 2001 un plan de acción para prevenir las muertes relacionadas con la droga, que comprende campañas de formación e información, así como actividades de seguimiento e investigación ([49]).

([47]) Cuadro 8 OL: existencia y tipos de programas de intercambio de jeringuillas, participación de farmacias, número de jeringuillas distribuidas/vendidas (versión en línea).

([48]) Cuadro 9 OL: asesoramiento y análisis de VIH, tratamiento de VIH y vacuna contra el VHB para consumidores de drogas por vía parenteral en algunos países europeos; datos procedentes de los puntos focales nacionales, 2000 y 2001 (versión en línea).

([49]) En la versión en línea encontrará ejemplos de los mensajes para la prevención de las sobredosis que se utilizaron en la campaña.

Instalaciones para el consumo de drogas

En septiembre de 2001 había diecinueve narcosalas en Alemania (Stöver, 2002) y más de veinte instalaciones oficiales para el consumo de drogas funcionaban en 2002 en nueve ciudades neerlandesas. España contaba con una narcosala en mayo de 2000 en Las Barranquillas, cerca de Madrid, así como una narcosala móvil en Barcelona desde 2001. Las instalaciones para el consumo de drogas bajo supervisión forman parte de la política portuguesa de reducción de daños y están contempladas en el Plan Nacional de Acción contra la Droga «Horizonte 2004». En Luxemburgo se eliminaron los obstáculos legales para poder considerar las narcosalas como un servicio de asistencia a los drogodependientes y se prevé integrar una narcosala en los servicios ampliados de un «centro de emergencias» a partir de 2003.

En Noruega, el Gobierno saliente propuso (en el otoño de 2001) realizar una prueba, precedida por una audiencia pública. El Gobierno actual se pronunció en mayo de 2002 contra esta prueba, apoyada por la mayoría de la audiencia de expertos. El Ministerio de Sanidad danés archivó en 2000 una iniciativa destinada a la creación de narcosalas, como resultado de los acuerdos internacionales en la materia. Una encuesta realizada en Austria (Feistritzer, 2001), país en el que se ha debatido durante varios años la creación de una instalación para el consumo de drogas («sala sanitaria»), mostró que el público en general tenía una actitud más positiva hacia las narcosalas en 2001 (28 %) que en 1997 (20 %).

Varios estudios describen los objetivos, los servicios ofrecidos y la utilización de las narcosalas; dichos estudios «[…] ofrecen pruebas de los cuatro principales beneficios previstos de dichas instalaciones: menos molestias para el público, mejor acceso y respuesta de los servicios sanitarios y otros servicios sociales, menor riesgo de sobredosis de opiáceos y menor riesgo de transmisión de virus por vía sanguínea» (Dolan *et al.*, 2000). El OEDT está redactando un resumen de las experiencias, problemas y lecciones aprendidas a través de las narcosalas.

Disponibilidad de instalaciones de tratamiento

En los últimos cinco años ha aumentado considerablemente el número de instalaciones de tratamiento en la Unión Europea y en Noruega ([50]). Tanto el tratamiento con asistencia médica (tratamiento de sustitución) como el tratamiento sin drogas han aumentado, si bien este incremento varía ampliamente entre un país y otro.

En general, el tratamiento con asistencia médica parece haber crecido con mayor rapidez que el tratamiento sin drogas. Se ha producido un rápido aumento del tratamiento con asistencia médica en Francia (de 500 pacientes a más de 78 000 entre 1993 y 2000), Noruega (de 50 pacientes a 1 100 en el período 1997-2001), Finlandia (de 10 pacientes a 240 clientes en el período 1996-2001) y España (de 12 000 pacientes a 72 000 en el período 1993-1999). Las plazas de tratamiento sin drogas no se registran de una forma tan sistemática y cuantitativa, pero aumentaron, por ejemplo, en Dinamarca (de una comunidad terapéutica especializada en drogas en 1994 a aproximadamente 35 en 1999) y en Grecia (de una comunidad terapéutica especializada en drogas en 1993 a ocho en 1999).

El aumento de los centros de tratamiento no sólo resulta encomiable, sino que es necesario para hacer frente al problema de la drogodependencia en Europa. Sin embargo, Grecia y Portugal todavía señalan que la oferta de tratamiento no satisface la demanda de los pacientes y que las investigaciones sobre una asignación sistemática de los pacientes a los diversos tipos de tratamiento no han dado resultados concluyentes. Es necesario abordar estas cuestiones de gran importancia a fin de mejorar las respuestas a la drogodependencia y para mejorar el resultado del tratamiento ([51]).

Respuestas judiciales

Las autoridades judiciales de los países de la UE cuentan con toda una serie de medidas en las diversas fases del sistema judicial para enviar a tratamiento a aquellos consumidores de drogas que han cometido un delito ([52]). Se ha observado un creciente esfuerzo por parte de los Estados miembros para documentar mejor las medidas existentes, exponer su nivel de aplicación y evaluar su eficacia. Estas iniciativas sirven para evaluar los avances respecto al objetivo 5 de la estrategia de la Unión Europea en materia de drogas —«reducir considerablemente en los próximos cinco años el número de delitos relacionados con la droga»— en la medida

([50]) Cuadros 10 y 11 OL: disponibilidad de tratamientos sin drogas y de sustitución en la Unión Europea y en Noruega (versión en línea).
([51]) El éxito del tratamiento es uno de los temas expuestos en el capítulo 3 del presente informe.
([52]) Véase asimismo *Las drogas en el punto de mira*, nº 2, OEDT, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, 2002.

en que las disposiciones alternativas están destinadas en última instancia a reducir la reincidencia delictiva y la recaída en el consumo de drogas por parte de los delincuentes consumidores de drogas. He aquí algunos ejemplos:

Envío a tratamiento

Los sistemas de sustitución de la detención y los sistemas de órdenes judiciales de tratamiento y análisis de drogas (DTTO) han permitido aumentar el número de delincuentes consumidores de droga que reciben tratamiento en el Reino Unido. Los estudios han demostrado que la crisis de la detención constituye una buena oportunidad para orientar a los delincuentes consumidores de drogas hacia los servicios de prevención y tratamiento (DPAS, 2000) y se prevé ampliar estos programas a todas las fuerzas policiales del país para el mes de mayo de 2002. La primera evaluación de los sistemas de órdenes judiciales de tratamiento y análisis de drogas (realizada 18 meses después de su implantación) puso de manifiesto una reducción de la cantidad de dinero gastada en droga y del número de delitos cometidos (Turnbull & Sweeney, 2000), por lo que, tras el éxito del proyecto piloto, fueron introducidos en octubre de 2000.

Un proyecto experimental de cuatro años de duración sobre el tratamiento para delincuentes drogodependientes realizado en La Haya (Países Bajos) y compuesto por medidas de desintoxicación y asistencia posterior mostró que un 40 % de los participantes en el programa se abstuvieron de consumir drogas durante los dos años posteriores a la intervención, pero mostró igualmente una elevada interrelación de resultados positivos con el tratamiento continuo (Vermeulen *et al.*, 1999). Una evaluación de la política de órdenes de envío a tratamiento denominada «mandamiento terapéutico» en Francia (Setbon *et al.*, 2000) mostró, no obstante, una falta de eficacia. En enero de 2001 se creó en Irlanda un tribunal especializado en drogas con carácter experimental que ofrece un programa para la rehabilitación y la supervisión estructurada de las personas que han cometido delitos menores relacionados con la droga. No obstante, cabe señalar que ni los DTTO del Reino Unido ni los tribunales especializados en drogas de Irlanda han sido sometidos a una evaluación más rigurosa, mediante ensayos controlados al azar.

Tratamiento en prisión

Este punto se expone en el capítulo 3 del presente informe, dentro del tema seleccionado «Consumo de drogas en las prisiones» (p. 53).

Libertad condicional

La libertad condicional es una medida con la que cuentan, en determinadas condiciones, los reos convictos de todos los países de la UE, pero algunas jurisdicciones definen condiciones especiales para los consumidores de drogas. Aún son muy pocos los estudios que intentan analizar el resultado de estas medidas alternativas. Sin embargo, un análisis de la revocación de la libertad condicional concedida a los delincuentes consumidores de drogas en Italia puso de manifiesto que el porcentaje es muy bajo: de una muestra de 4 237 consumidores de droga en libertad condicional en el primer semestre de 2000, a tan sólo 253 (6 %) se les revocó la libertad condicional y fueron devueltos a prisión.

Se están llevando a cabo otros estudios de evaluación, por ejemplo, el envío a servicios de asistencia en lugar de penas de prisión (Finlandia), el tratamiento dentro del sistema penitenciario (Suecia), el tratamiento de delincuentes drogodependientes fuera de prisión (Dinamarca) y la asistencia forense a la drogodependencia (Países Bajos). El nuevo Programa Global de Asistencia a Drogodependientes de Luxemburgo incluirá un importante componente de evaluación desde su inicio a mediados de 2002. Actualmente, todos los programas de tratamiento en las prisiones del Reino Unido están siendo objeto de una evaluación de calidad para ser acreditados oficialmente.

Un examen de la literatura especializada sobre la eficacia de los programas de sanciones judiciales en general (Beenakkers, 2000), encargado por el Ministerio del Interior neerlandés, llegó a la conclusión de que la eficacia depende de las intervenciones adyacentes o tratamientos, y recomienda utilizar enfoques cognitivos y de conducta y medidas de «asistencia progresiva» para reducir la reincidencia. Este resultado fue confirmado por otras revisiones específicas llevadas a cabo en los Países Bajos en 1998 y 1999, que se concentraban en las medidas dirigidas a los delincuentes consumidores de drogas.

Reducción de la oferta

La producción y tráfico de drogas en la Unión Europea en el período 2000-2001 continuó siendo la principal actividad de los grupos delictivos en la UE (Europol, 2001). Estos grupos aprovechan plenamente las oportunidades que crea la globalización de la economía de mercado, incluyendo el empleo de tecnologías modernas. Suelen dedicarse a varios tipos de delitos, sin limitarse a una sola clase de droga, como lo refleja el creciente número de incautaciones de alijos compuestos por varias drogas.

La lucha contra el tráfico organizado de drogas es una prioridad para los Estados miembros. En varios Estados

miembros se está realizando un esfuerzo especial por mejorar las bases de datos y las técnicas de análisis delictivo mediante la asignación de recursos adicionales. Al mismo tiempo, cada vez se desarrolla más la cooperación internacional, en la que intervienen algunas organizaciones internacionales, así como Interpol y la Organización Mundial de Aduanas.

La intensificación de la cooperación internacional está teniendo como resultado la creación de grupos de trabajo específicos, como el creado para reunir y procesar toda la información relativa al tráfico de drogas a lo largo de la Ruta de la Seda, del que actualmente forman parte Interpol, Europol, la Organización Mundial de Aduanas (OMA) y la Oficina Federal de Investigación Criminal (Bundeskriminalamt, BKA) de Alemania. Dentro de este grupo, la BKA lleva a cabo análisis sobre la base de la información facilitada por los demás miembros del grupo de trabajo. Otro ejemplo es la operación «Road Runner II», financiada por la Comisión Europea, que se dedica a supervisar la lucha contra el tráfico de drogas a lo largo de la ruta de los Balcanes. Esta operación ha permitido incautarse de importantes cantidades de droga, con la participación de los quince Estados miembros de la UE y de trece países de Europa Central y Oriental (véase http://www.europol.eu.int).

La lucha contra la desviación de productos y precursores químicos controlados constituye una parte importante de la creciente cooperación internacional. Se cree que 1 500 toneladas de anhídrido acético, de una producción mundial anual de 2,5 millones de toneladas, se desvían para la fabricación de heroína. Aproximadamente un 20 % de la producción mundial de anhídrido acético procede de la Unión Europea.

La operación «Topaz», una acción contra la desviación del anhídrido acético, incluye un sistema destinado a identificar el origen de los productos químicos incautados. Esta operación ha permitido interceptar 11 envíos con casi 230 toneladas de anhídrido acético que podría haberse utilizado para producir entre 55 y 230 toneladas de heroína. El volumen del comercio legal se elevaba a 180 000 toneladas en 2001. Puesto que la mayoría de los envíos no van directamente de los países productores a los países consumidores, se necesitan recursos suplementarios para garantizar un nivel adecuado de vigilancia. La JIFE (Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes) ha comunicado que algunas importantes autoridades nacionales, como las neerlandesas, que controlan una gran parte de las operaciones de tránsito, han aumentado de modo considerable los recursos destinados a este fin (véase http://www.undcp.org).

El programa internacional de vigilancia del permanganato de potasio ha permitido la confiscación de 1 100 toneladas de este producto químico. Los programas de vigilancia del permanganato de potasio han llevado a una situación en la que las notificaciones de exportación de los principales países exportadores deben comunicarse de antemano. La operación «Púrpura», iniciada en 2000, continuó aumentando sus resultados durante 2001, con la detención de 17 envíos destinados al mercado ilegal, lo que representa 1 000 toneladas de productos químicos. En 2000 se detuvieron 13 envíos y unas 655 toneladas fueron incautadas. El volumen del comercio internacional legal de permanganato de potasio en 2001 se elevó aproximadamente a 19 000 toneladas. En 2000, dicho volumen fue de 11 000 toneladas. Este programa ha permitido igualmente identificar nuevos métodos y nuevas rutas para el tráfico con este producto químico, sin imponer retrasos excesivos al comercio internacional legal. Sin embargo, la JIFE ha observado un incremento constante del número y del volumen de los envíos a países que no participan en la operación «Púrpura» (véase el informe de la JIFE de 2001 sobre precursores, http://www.undcp.org).

La cooperación aduanera internacional y las actividades del Grupo de Acción Financiera Internacional (GAFI) de la OCDE desempeñan un papel muy importante dentro de las medidas adoptadas contra el blanqueo de capitales. En noviembre de 2000, la Convención de las Naciones Unidas contra la delincuencia transnacional organizada reconoció la importancia de las medidas relativas a la detección y vigilancia del flujo transfronterizo de dinero en efectivo y obligaciones. La importancia de los flujos de efectivo relacionados con el tráfico de drogas ha sido reconocida por las organizaciones internacionales que colaboran en la lucha contra el lavado de dinero negro (véase el informe del GAFI, http://www.oecd.org/FATF). Un ejemplo de la importancia que reviste la cooperación regional es la operación «Goldfinger», en la que participan las autoridades aduaneras de la región del Báltico, dedicada a reunir información sobre las operaciones superiores a 10 000 dólares estadounidenses. Las principales conclusiones que se pueden sacar de esta operación son el efecto disuasorio que la cooperación aduanera regional tiene sobre las actividades de blanqueo de capitales y las grandes divergencias existentes en las legislaciones nacionales en materia de flujos de dinero en efectivo (véase el informe Aduanas y Drogas de 2000, http://www.wcoomd.org).

Las principales actividades del GAFI han estado relacionadas con la difusión del mensaje en contra del blanqueo de capitales en todos los continentes y regiones del mundo, la mejora de la aplicación de las Cuarenta Reco-

mendaciones del GAFI, adoptadas en 1990 y modificadas en 1996, por parte de los miembros de este grupo de acción, y la revisión de los métodos de blanqueo de dinero y las medidas en contra de estas actividades. En junio de 2000, el GAFI inició su ejercicio denominado Ejercicio de Estados y territorios que no cooperan [Non Cooperative Countries and Territories Exercise (NCCT)], destinado a identificar los Estados y jurisdicciones que no cumplen los criterior del GAFI contra el blanqueo de capitales. Otra labor del GAFI ha sido formentar la creación y el refuerzo de organismos regionales que siguen su modelo. El estudio anual sobre tipologías de blanqueo de capitales, coordinado por Noruega en 2001, se concentró en una serie de temas de relevancia, como la banca y los casinos por Internet, los fondos de inversión, los vehículos no empresariales y el blanqueo de capitales, los abogados, notarios, contables y otros profesionales, el papel del dinero en efectivo dentro de los sistemas de blanqueo de capitales y el blanqueo de capitales relacionado con el terrorismo. Por último, el Banco Central Europeo y Europol han recibido la condición de observadores dentro del GAFI (véase http://www.oecd.org/FATF).

Referencias y fuentes para el capítulo 2

Informes nacionales sobre la situación de las drogas (2001) de todos los Estados miembros de la UE y en Noruega.

Beenakkers, E.M.Th. (2000): *Effectiviteit van sanctieprogramma's: bowstenen voor een toetingskader; Een literatuuronderzoek* (*Onderzoesnotities 2000/1*), Den Haag, Ministerie van Justicie/Weten schappelijk Onderzoeks- en documentatiecentrum (WODC).

Dolan, K., Kimber, J., Fry, C., Fitzgerald, J., McDonald, D., y Trautmann, F. (2000): «Drug consumption facilities in Europe and the establishment of supervised injection centres in Australia», *Drug and Alcohol Review*, Vol. 19, pp. 337-346.

DPAS, servicio consultivo en materia de prevención del consumo de drogas del Ministerio del Interior (2000) «Criminal Justice: a golden opportunity», *Access*, número 1, pp. 1-2.

Europol (2001): *European Union situation report on drug production and drug trafficking, 2000-2001,* Europol, La Haya.

Feistritzer, G. (2001): *Suchtmittel und Drogenpolitik. Bevölkerungsbefragung Wien*, febrero de 2001, IFES, Viena.

Hope, V., Judd, A., y Hickman, M. *et al.* (2001): «Prevalence of hepatitis C among injection drug users in England and Wales: is harm reduction working?», *American Journal of Public Health*, Vol. 91, número 1, pp. 38-42.

Hunt, N., Britton, J., Derricott, J., y Preston, A. (2001): *Making harm reduction work: Harm reduction and injecting drug users,* DrugScope, Ministerio de Sanidad y Universidad de Kent, Londres y Canterbury.

Hunt, N., Stillwell, G., Taylor, C., y Griffiths, P. (1998): «Evaluation of a brief intervention to reduce initiation into injecting», *Drugs: Education, Prevention and Policy*, Vol. 5 (2), pp. 185-194.

Hunter, G. M., Stimson, G.V., Judd, A., Jones, S., y Hickman M. (2000): «Measuring injecting risk behaviour in the second decade of harm reduction: a survey of injecting drug users in England», *Addiction*, Vol. 95, pp. 1351-1361.

OEDT (2002): *Las drogas en el punto de mira. Informe nº 2: los consumidores de drogas y la ley en la UE*, OEDT, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Luxemburgo.

OEDT (2002): *Las drogas en el punto de mira. Informe nº 4: consumo de drogas por vía parenteral*, OEDT, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Luxemburgo.

Red Europea de prevención del VIH/sida y la hepatitis en las prisiones (2001): Informe Final, Bonn y Marsella.

Setbon, M., en De Calan, J. (2000): *L'injonction thérapeutique: évaluation du dispositif légal de prise en charge des usagers de drogues interpellé,* CNRS-GAPP/OFDT, París (*).

Skolverket, (2000): «Undervisningen om tobak, alkohol och andra droger», *Nationella kvalitetsgranskningar 1999,* Skolverket, Estocolmo.

Smyth, B.; McMahon, J.; O'Connor, J., y Ryan, J. (1999): «Knowledge regarding hepatitis C among injecting drug users», *Drugs: Education, Prevention and Policy,* Vol. 6 (2), pp. 257-264.

Stöver, H. (2002): «Consumption rooms — Between health orientation and public order», *Journal of drug issues* (en prensa).

Turnbull, P.; Mc Sweeney, T., en Hough, M. (2000): «Drug Treatment and Testing Orders — the 18-Month Evaluation», *Research Findings,* nº 128, Home Office Research, Development and Statistics Directorate, Londres.

Vermeulen, K. T.; Hendriks, V. M., en Zomerveld, R. (1999): *Dranbehandeling in Den Haag: Evaluatieonderzoek naar de effectiviteit van het behandelprogramma Triple-Ex voor justitiabele verslaafden,* Den Haag, Parnassia Addiction Research Centre (PARC) (*).

WHO (1998): *Opioid Overdose: Trends, risk factors, interventions and priorities for action,* Organización Mundial de la Salud, Programa sobre Abuso de Sustancias, División de Salud Mental y Prevención del Abuso de Sustancias, Ginebra.

Wiessing, L.G.; Denis, B.; Guttormsson, U., *et al.* (2001): «Estimating coverage of harm reduction measures for injection drug users in the European Union», *Proceedings of 2000 Global Research Network Meeting on HIV Prevention in Drug-Using Populations. Third Annual Meeting, Durban South-Africa, 5-7 July 2000,* Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, Institutos Nacionales de Sanidad, Ministerio de Sanidad y Servicios Humanos de Estados Unidos.

Winstock, A.R.; Wolff, K., y Ramsey, J. (2001): «Ecstasy pill testing: harm minimisation gone too far?», *Addiction,* Vol. 96, pp. 1139-1148.

(*) referencia citada en el informe nacional.

Capítulo 3

Cuestiones particulares

En este capítulo se tratan más detenidamente tres temas específicos relacionados con el problema de la droga en Europa: consumo de varias drogas, éxito del tratamiento y consumo de drogas en las prisiones.

Consumo de varias drogas

La amplia definición del concepto de «varias drogas» que utilizan muchos Estados miembros consiste en el consumo de más de una droga o tipo de drogas por una misma persona —consumidas ya sea al mismo tiempo o sucesivamente (como se define en el léxico de la OMS)—. En Europa, el concepto de consumo de varias drogas remonta a los años setenta. En su acepción más amplia, se aplica al consumo de una droga ilegal concomitante al consumo de otra droga, legal o ilegal. Sin embargo, existen diferencias considerables entre las sustancias incluidas y en los períodos considerados por los Estados miembros. Al parecer, estas diferencias dependen de los datos disponibles de las encuestas y de la percepción de los riesgos relacionados con determinadas sustancias o con la combinación de éstas. Generalmente, las sustancias incluidas son las principales drogas ilegales, el alcohol y los medicamentos. A veces se incluyen las bebidas isotónicas y Francia incluye el tabaco. Los períodos de consumo van desde un período de seis horas hasta una única experiencia a lo largo de la vida de la persona.

Según esta definición tan amplia, todos los consumidores de drogas ilegales se definirían como consumidores de varias drogas, puesto que casi siempre consumen alcohol y/o tabaco en algún momento de su vida. Incluso si el consumo de varias drogas se define dentro del margen más reducido de las «drogas ilegales», las combinaciones y pautas de consumo varían tanto que de poco sirve adoptar una definición común. Para abordar las preocupaciones generales que despierta el consumo de varias drogas en la UE nos hemos concentrado en los riesgos para la salud.

Existe un consenso generalizado en el sentido de que el consumo de varias drogas tiene cuatro funciones principales: maximizar el efecto, equilibrar o controlar los efectos negativos y sustituir los efectos buscados. La información acerca de las funciones que tiene la combinación de determinadas drogas se basa en las descripciones realizadas por los consumidores de los intentos de obtener y prolongar experiencias placenteras (Seppala 1999; Strang *et al.* 1993). Las sustancias utilizadas dependen de su disponibilidad local, la moda y las prácticas en materia de prescripción, cuando incluyen drogas médicas recetadas a consumidores de drogas en tratamiento (en Alemania, Francia, Irlanda y el Reino Unido).

Riesgos para la salud

Las combinaciones de drogas observadas en las estadísticas de mortalidad y sobredosis nos ofrecen indicios de los riesgos que implica el consumo de dichas combinaciones (véase el recuadro de la página siguiente).

Los riesgos para la salud relacionados con las combinaciones de sustancias psicotrópicas dependen no sólo de las propiedades farmacológicas y de la cantidad consumida de dichas sustancias, sino también de una serie de características individuales y de factores sociales y medioambientales.

Existe una creciente inquietud en el marco de los «sistemas de alarma precoz» acerca del potencial de las mezclas de sustancias psicoactivas en forma de pastillas vendidas como éxtasis que pueden implicar riesgos para la salud, a pesar de que los consumidores no pretendan dichos efectos. Por ejemplo, en Dinamarca, entre el 10 % y el 32 % de las pastillas analizadas durante 2001 contenía más de una sustancia activa; estas pastillas contenían sobre todo MDMA y PMA, PMMA, MDE y MDA. En Francia, dos terceras partes de las muestras de pastillas analizadas que habían sido vendidas como éxtasis contenían MDMA combinada con otros ingredientes activos, generalmente medicamentos.

Ejemplos de combinaciones de drogas consideradas de alto riesgo

- Si bien resulta difícil sufrir una sobredosis únicamente con benzodiacepinas, la combinación de una gran dosis de estas drogas y una gran dosis de alcohol o de opiáceos, como la heroína o la metadona, puede resultar letal.

- Si se consume conjuntamente éxtasis y alcohol aumenta el riesgo para la salud, debido a que el alcohol afecta a la regulación térmica del cuerpo y aumenta la deshidratación.

- Si se combina cocaína y alcohol, esta combinación puede tener un mayor efecto tóxico directo sobre el corazón y el hígado que el provocado por la cocaína y el alcohol por sí solos. A menudo, el alcohol está presente en las muertes por causas cardíacas provocadas por la cocaína.

- El consumo simultáneo de diferentes estimulantes, entre ellos las bebidas isotónicas, puede provocar una hiperactividad simpática que puede dar lugar a trastornos de la regulación térmica y del funcionamiento cardíaco.

Fuentes: Leccese *et al.*, 2000; DrugScope 2001.

Sobredosis letales y no letales

Durante la última década, la atención de la prensa se ha concentrado principalmente en los contados casos de muerte por éxtasis (Bélgica, Dinamarca, Italia y Reino Unido). La muerte de los consumidores problemáticos de drogas no suele atraer el interés de la prensa. Una gran parte de las 7 000-8 000 muertes por reacción aguda con drogas (sobredosis) registradas cada año en la UE se refieren a sujetos de sexo masculino que han estado consumiendo opiáceos durante varios años (véase la sección dedicada a la mortalidad asociada con el consumo de drogas).

No en todos los países se dispone de resultados de los análisis toxicológicos de las sobredosis letales y no letales relacionadas ([53]) con el consumo de drogas ilegales, pero los existentes ponen de manifiesto que la mayoría de estas muertes está asociada al consumo de heroína por vía parenteral combinado con otras drogas. Un estudio reciente entre 153 consumidores de drogas en el Reino Unido que habían sufrido sobredosis no letales descubrió que en 111 casos (73 %) se había consumido más de una droga (Neale, 2001). En más del 50 % de los casos de sobredosis letales en el Reino Unido y en el 90 % de dichas sobredosis en Irlanda participa al menos otra droga o el alcohol. Las benzodiacepinas, el alcohol, la metadona y la cocaína son las sustancias que se encuentran con mayor frecuencia en combinación con opiáceos, y una explicación común de la sobredosis era que dichas combinaciones habían causado dicha sobredosis letal [Oficina de Estadísticas Nacionales, 2000 a) y b); Farrell, 1989; Bennett y Higgins, 1999; Strang *et al.*, 1999; Taylor *et al.*, 1996] ([54]).

Las muertes asociadas a la cocaína, a la anfetamina y al MDMA (éxtasis) sin la presencia de opiáceos o benzodiacepinas son poco frecuentes y generalmente están combinadas con otras drogas o alcohol.

Otros riesgos

El consumo de varias drogas se considera igualmente de alto riesgo para la conducción. Los datos sobre drogas y conducción en la UE son muy limitados. Recientemente se ha asociado la conducta violenta o agresiva a pautas de consumo de alcohol combinado con drogas estimulantes (Snippe y Bieleman, 1997; Vermaas, 1999).

Tendencias

En algunos países, el número de muertes, que constituye la consecuencia más grave del consumo de varias drogas, sigue aumentando. Las sustancias detectadas con más frecuencia fueron las combinaciones de morfina, benzodiacepina y alcohol, habiéndose comunicado incrementos recientes a nivel nacional o local de la cocaína en España, Francia, Italia, Países Bajos y Reino Unido (para más información, véase la sección dedicada a la mortalidad asociada con el consumo de drogas).

Grupos de riesgo

Las muertes relacionadas con el consumo de varias drogas son fuente de preocupación social y pública. Dicha preocupación se centra generalmente en dos grupos distintos por lo que respecta al tipo de sustancias y combinaciones que consumen y a los entornos donde se lleva a cabo el consumo.

([53]) Se considera que una droga está implicada o asociada cuando da positivo en un análisis toxicológico o cuando se han aportado pruebas de que la droga había sido consumida antes de producirse la muerte. Esto no implica que la droga haya sido la causa de la muerte, pero puede implicar que dicha droga o drogas fueron un factor que contribuyó a la muerte.

([54]) En el cuadro 12 OL se presenta un ejemplo del número de drogas implicadas en las muertes por opiáceos en Irlanda (versión en línea).

- El mayor riesgo científicamente probado para la salud tiene lugar entre los consumidores problemáticos de drogas, sobre todo entre aquellos que consumen opiáceos y otras drogas por vía parenteral.

- También existe una preocupación en el público y en los medios de comunicación por el riesgo de muerte y sobredosis entre los consumidores de drogas recreativas que no son drogodependientes y cuyo consumo de drogas ilegales generalmente se limita a determinados entornos sociales o a una fase determinada de su vida. Esta precocupación es desproporcionada considerando el número relativamente limitado de muertes por esta causa.

El número y las características de los pacientes que solicitan tratamiento en los centros especializados de Europa se utilizan como un indicador indirecto para los consumidores problemáticos. En el caso de los consumidores de drogas recreativas se dispone de los resultados de un amplio estudio a escala europea sobre los consumidores de drogas recreativas en nueve ciudades europeas y de una serie de estudios *ad hoc* entre asistentes a clubes nocturnos.

Gráfico 23 A

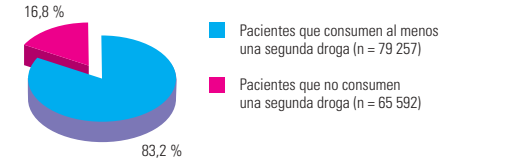
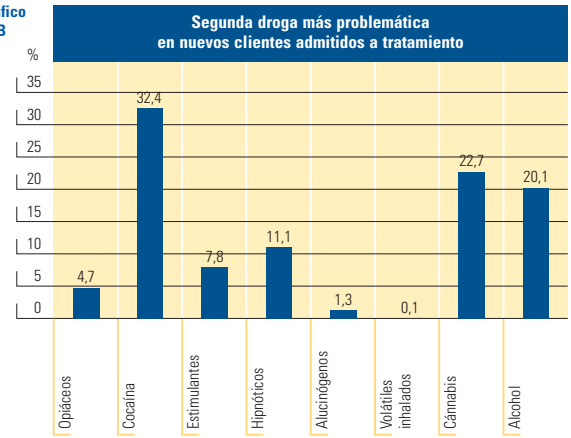


Gráfico 23 B



Fuente: Indicador de demanda de tratamiento de 2000 (TDI), datos correspondientes a los centros de tratamiento externo.
Informes nacionales de la red Reitox, 2001.

Consumidores problemáticos de drogas

Desde los años setenta, los consumidores problemáticos de drogas han adaptado los ingredientes de sus combinaciones de drogas a la disponibilidad en el mercado y a las distintas etapas de su vida. Pueden sustituir una sustancia no disponible por otra, no necesariamente del mismo tipo (Haw, 1993; Strang *et al.*, 1993; Fountain *et al.*, 1999).

Consumo de varias drogas entre los pacientes en tratamiento

Los datos sobre el tratamiento a escala europea ofrecen información sobre las drogas primarias y secundarias: la droga primaria es la «droga que provoca la mayoría de los problemas al paciente» ([55]) y la droga secundaria es la segunda droga más problemática después de la primaria. El sistema europeo de información sobre tratamientos, basado en el protocolo del indicador de demanda de tratamiento, que registra hasta cuatro de las sustancias consumidas por cada persona, podría considerarse un indicio indirecto de consumo problemático de varias drogas ([56]), aunque se limita a los consumidores en tratamiento.

La mayoría de los pacientes en tratamiento consume una droga secundaria combinada con su droga principal (83,2 %) (gráfico 23). Muchos países informan de un incremento en el consumo de varias drogas ([57]).

Las pautas más extendidas de consumo problemático de drogas son las siguientes: heroína combinada con otros opiáceos, como la metadona desviada de su uso clínico, o con benzodiacepinas; opiáceos combinados con cocaína, cánnabis y estimulantes o alcohol, y cocaína consumida conjuntamente con alcohol o estimulantes ([58]).

Las pautas de consumo cambian de forma considerable entre un país y otro, y dependiendo del sexo del consumidor. Los datos disponibles muestran que en algunos

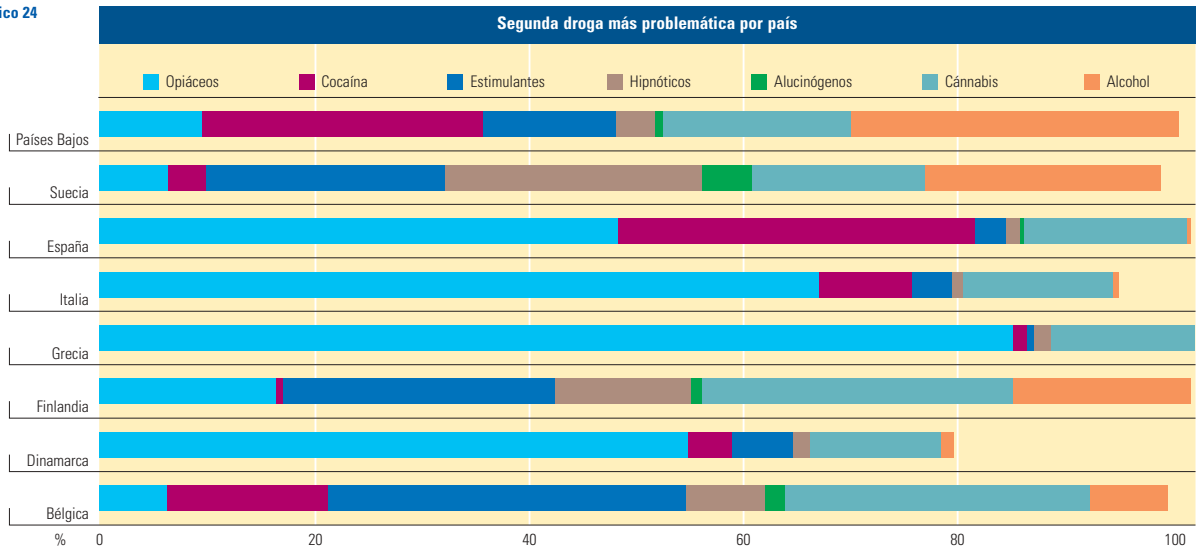
([55]) En el punto 14 de la versión 2.0 del protocolo común del indicador de demanda de tratamiento, la droga primaria se define como «la droga que provoca más problemas al paciente», y en el punto 19, la presencia de otra droga (= secundaria) además de la droga primaria se considera un indicio de consumo de varias drogas (véase http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/situation/treatment_indicator_report.pdf).

([56]) Los países que cuentan con datos sobre este tema son: Bélgica, España, Grecia, Italia, Países Bajos, Suecia y Finlandia.

([57]) Informes nacionales de la red Reitox, Demanda de tratamiento, capítulo 1. Gráfico 6: «Total de pacientes admitidos a tratamiento».

([58]) Gráfico 16 OL: pautas comunes en la combinación de drogas: droga más problemática utilizada conjuntamente con la segunda droga más problemática (versión en línea).

Gráfico 24



Fuente: Indicador de demanda de tratamiento de 2000 (TDI), datos correspondientes a los centros de tratamiento externo. Informes nacionales de la red Reitox, 2001.

países prevalece una única pauta, mientras que en otros se presentan diferentes combinaciones de drogas. A partir de los datos disponibles parecen encontrarse pautas homogéneas respecto a la distribución de la droga primaria en algunos países, como por ejemplo, en Grecia e Italia, donde la heroína se consume simultáneamente con hipnóticos, sedantes, otros opiáceos o cánnabis. En España y Países Bajos, donde el porcentaje de pacientes que solicitan tratamiento por consumo de cocaína en tanto que droga primaria es relativamente elevado, la cocaína aparece a menudo como droga secundaria combinada con heroína o estimulantes.

Por lo que respecta a la distribución por sexos, los consumidores de varias drogas admitidos a tratamiento son generalmente hombres, sobre todo entre aquellas personas que consumen heroína combinada con opiáceos y cocaína o alcohol; encontramos un porcentaje más alto de mujeres entre aquellas personas que consumen estimulantes con cánnabis o estimulantes y otras sustancias (hipnóticos/sedantes, volátiles) ([59]).

Las personas que combinan su droga principal con cánnabis suelen tener entre 15 y 24 años; los consumidores de varias drogas que combinan opiáceos y cocaína tienen más edad (entre 20 y 39 años) y los que consumen otras drogas al mismo tiempo que alcohol son los de más edad entre los consumidores de varias drogas admitidos a tratamiento ([60]).

De los datos disponibles pueden derivarse las siguientes pautas de consumo entre los pacientes en tratamiento:

- los clientes de más edad, generalmente de sexo masculino, consumen opiáceos como droga principal, combinados con otros opiáceos o con cánnabis;
- los pacientes de menos edad, hombres y mujeres, consumen cánnabis y estimulantes combinados con alcohol u otras sustancias (como los alucinógenos);
- los hombres de menos de 30 años consumen cocaína combinada con alcohol y otros estimulantes;
- los hombres entre 20 y 39 años de edad consumen heroína y cocaína.

Consumidores de drogas recreativas

La prevalencia del consumo de varias drogas es superior entre los jóvenes que asisten a discotecas que entre los jóvenes de otros entornos, en particular el consumo de alcohol, cánnabis y drogas estimulantes (Calafat *et al.*, 1999; ESPAD, 2000). Asimismo existen pruebas de que, en Europa en general, la prevalencia del consumo de varias drogas recreativas es superior entre los hombres y consumidores habituales de cánnabis que entre las mujeres y consumidores esporádicos de cánnabis, si bien existen diferencias de tipo geográfico. Un amplio estudio europeo sobre los consumidores de drogas dirigido a entornos de vida nocturna realizado en 1998 puso de manifiesto que aproximadamente la mitad de los consumidores de drogas en fiestas tecno señalaban que combinaban alcohol y cánnabis, a continuación, alcohol y éxtasis y, por último, cánnabis y éxtasis (Calafat *et al.*, 1999). El cuadro 1 muestra que el consumo de drogas recreativas está do-

([59]) Gráfico 17 OL: segunda droga más problemática por género (porcentaje del total por droga) (versión en línea).
([60]) Gráfico 18 OL: segunda droga más problemática por edad (versión en línea).

Cuadro 1 **Combinaciones de drogas consumidas por los consumidores de drogas recreativas durante la misma noche**

	%
Alcohol y cánnabis	50,6
Alcohol y éxtasis	11,9
Alcohol, cánnabis y éxtasis	10,4
Cánnabis y éxtasis	8,4
Alcohol y cocaína	7,8
Cánnabis, éxtasis, alcohol y cocaína	7,8
Cánnabis, alcohol y cocaína	2

Fuente: Calafat *et al.* (1999), *Night life in Europe and recreative drug use,* Irefrea y Comisión Europea, Valencia.

minado en gran medida por el alcohol. La mayoría de las personas que consumen drogas en su tiempo libre no toma grandes cantidades de drogas ilegales y alcohol combinados; sin embargo, los estudios indican que el porcentaje de personas que adoptan pautas serias de consumo de drogas va en aumento y que los riesgos para la salud y los posibles daños a largo plazo causados por determinadas pautas de consumo de drogas recreativas es motivo de preocupación (Club Health, 2002; Hunt, 2002; McElrath y McEvoy, 1999; Reitox).

El consumo de grandes cantidades de varias drogas durante el tiempo de ocio está relacionado con la exposición constante a las drogas y con la imagen positiva que tienen las combinaciones de drogas entre las personas del mismo entorno. Sin embargo, el consumo de grandes cantidades de drogas generalmente se limita a determinados eventos sociales, períodos de vacaciones o durante determinadas fases sociales y de esparcimiento en la vida (Bellis *et al.*, 2000).

Algunos Estados miembros señalan un incremento del consumo de heroína fumada (Francia e Italia). En los últimos años, las personas que fuman heroína para suprimir los efectos del éxtasis han sido motivo de inquietud, pero las pruebas al respecto son de diverso signo o contradictorias. Por ejemplo, los estudios realizados en centros de tratamiento y prisiones en Irlanda señalan que más de la mitad de los consumidores de drogas entrevistados habían fumado heroína para «bajar» del éxtasis, mientras que las encuestas entre consumidores de drogas recreativas y escolares de 15 y 16 años de edad muestran que la heroína sigue teniendo una imagen sumamente negativa (ESPAD, 2000).

Mercado local

Se han realizado muy pocos estudios sobre los mercados de droga en la UE y, por ello no es posible ofrecer información precisa sobre las combinaciones de drogas que se ofrecen en los mercados locales.

En términos de «mercados», los medios de comunicación del Reino Unido informan periódicamente que en los clubes nocturnos y bares se vende éxtasis, anfetamina, cocaína en polvo y cánnabis a los asistentes a dichos establecimientos. No obstante, los estudios realizados en los Países Bajos han demostrado que muchos jóvenes que asisten a clubes nocturnos consiguen las drogas a través de amigos y no de traficantes. Algunos de los mercados patrocinados por las personas que compran y venden heroína, *crack* y drogas de receta (como las benzodiacepinas) son bien conocidos, pero generalmente se encuentran separados de los mercados utilizados por los clientes de los clubes nocturnos. En distintos mercados se venden distintas sustancias: algunos se concentran en drogas de receta, mientras que otras comercian sobre todo con heroína y/o *crack*. En el caso de las drogas de receta, la distribución es llevada a cabo por un gran número de personas que venden una parte o la totalidad de las drogas que se le han recetado (Edmunds et al., 1996; Fountain *et al.*, 1999).

Intervenciones dirigidas al consumo de varias drogas

Se pueden distinguir dos grupos de destinatarios de las intervenciones: los consumidores problemáticos de varias drogas de edad madura y los consumidores jóvenes de drogas recreativas.

Consumidores problemáticos de varias drogas de edad madura

La prevención del daño causado a los consumidores problemáticos de varias drogas de edad madura reviste una gran importancia debido a las posibles consecuencias imprevistas. Los mensajes consisten en ofrecer a los consumidores de drogas conocimientos adecuados sobre los efectos de determinadas drogas y las consecuencias del consumo de varias drogas y cómo hacer frente a las emergencias tras el consumo de drogas.

Se ha comprobado que el tratamiento del consumo de varias drogas es más difícil que el del consumo de una única droga. Los Estados miembros no señalan la existencia de programas de tratamiento específicos para determinadas combinaciones de drogas, pero casi todos los servicios están abiertos a los consumidores de varias drogas. Y se concentran en la conducta más que en las sustancias. Sin embargo, en los tratamientos agudos y en la abstinencia, el consumo de varias drogas podría asumir una gran relevancia.

La combinación de heroína y benzodiacepinas influye en la eficacia del tratamiento. Si se trata el consumo de opiáceos y no se aborda el consumo simultáneo de benzodiacepinas, puede reducirse la eficacia del tratamiento de sustitución,

por ejemplo, a base de metadona. En el Reino Unido, las directrices oficiales en materia de prescripción (Ministerio de Sanidad *et al.*, 1999) destacan que no se deben recetar estimulantes a los consumidores de varias drogas.

En todos los países salvo en Suecia, un grave problema consiste en controlar las sustancias distintas de los opiáceos mediante tratamiento con asistencia médica, por ejemplo, a base de metadona. En otros países, la ventaja de tener contacto periódico con los consumidores de drogas que participan en programas de sustitución se considera más importante que la desventaja del consumo simultáneo de otras drogas. En Suecia, sin embargo, los consumidores de varias drogas no son admitidos al tratamiento con metadona, independientemente de la gravedad de su adicción a la heroína.

A menudo se diagnostica comorbilidad psiquiátrica a los consumidores de varias drogas. Dinamarca, Países Bajos, Austria y Suecia señalan un crecimiento elevado y quizás creciente del número de consumidores de varias drogas ingresados en hospitales psiquiátricos.

Se han realizado muy pocos estudios sobre la eficacia del tratamiento de consumidores de varias drogas. Por lo general, la adaptación del tratamiento a cada caso concreto contribuye al éxito del tratamiento. El estudio británico NTORS puso de manifiesto que, tras un año, los consumidores de opiáceos que eran consumidores asiduos de estimulantes al inicio del estudio mostraron una mejora considerable en términos de reducción del consumo de opiáceos y estimulantes (Gossop *et al.*, 1998). En Grecia, los programas de sustitución señalan que las intervenciones de tratamiento contribuyen a reducir el consumo de varias drogas (Kethea y NSPH, 2001).

El desarrollo de programas especiales de tratamiento para grupos específicos como por ejemplo los consumidores de varias drogas es considerado una necesidad en el informe nacional de Alemania, y el Reino Unido propone que se difundan los ejemplos de buenas prácticas. Finlandia afirma la necesidad de formación y ya se encuentran en curso algunas actividades encaminadas a formar al personal encargado del tratamiento de consumidores de varias drogas.

Consumidores de drogas recreativas

Algunos países (España, Francia e Italia) han lanzado amplias campañas en los medios de comunicación contra el consumo de varias drogas en entornos recreativos. En Italia, la campaña fue apoyada por iniciativas locales en importantes eventos destinados a la juventud. No siempre se mencionan las sustancias concretas y no se explican con claridad las consecuencias de dicho consumo. En otros países (Bélgica, Alemania, Países Bajos, Austria y Reino Unido) estas advertencias y consejos de carácter sanitario se transmiten a través de los trabajadores sociales encargados de drogodependientes y de grupos de autoayuda y de expertos.

Los proyectos de análisis de pastillas pueden comunicar sobre el terreno a los consumidores que una pastilla tiene un contenido peligroso e inesperado mediante revistas y carteles o bien a través de Internet. Por ejemplo, en el otoño de 2000, el proyecto «ChEck iT!» de Austria descubrió que varias pastillas vendidas como éxtasis contenían PMA/PMMA e inmediatamente difundió advertencias sobre el terreno y a través de Internet (Kriener *et al.*, 2001). En noviembre de 2001 el proyecto neerlandés DIMS, por ejemplo, ofrecía una alerta rápida sobre pastillas que contenían PMA.

No existe virtualmente un tratamiento para los consumidores de varias drogas en entornos recreativos. Una de las razones de ello podría ser que la mayoría de los servicios de drogodependencia tan sólo están equipados para hacer frente a los opiáceos y a los problemas graves de dependencia.

Cuestiones relativas a las políticas

Para comprender mejor las circunstancias sociales y medioambientales que contribuyen al riesgo entre los distintos grupos de consumidores de drogas es necesario estudiar los rituales y controles sociales que los consumidores de varias drogas utilizan para alcanzar los efectos deseados al tiempo que reducen el riesgo que corren (Boys *et al.*, 2000; Decorte, 1999; Akram y Galt, 1999).

La prevención, sobre todo en entornos recreativos, debería incluir una orientación clara y consejos sobre los riesgos que conlleva el consumo de varias drogas. Se requieren más conocimientos basados en pruebas para determinar la mejor asistencia posible para los consumidores de varias drogas y, especialmente, para los consumidores problemáticos con trastornos psíquicos.

Para comprender mejor los riesgos farmacotoxicológicos que presentan determinadas combinaciones es prioritario que los clínicos realicen un seguimiento de aquellos pacientes con presuntas intoxicaciones por drogas y ofrecer información basada en pruebas sobre los daños agudos y a largo plazo para la salud.

Éxito del tratamiento

En el plan de acción de la UE en materia de lucha contra la droga (2000-2004), el tercer objetivo de esta estrategia consiste en «aumentar sustancialmente el número

de adictos tratados con éxito». No existen datos agregados a escala europea para medir directamente hasta qué punto se ha alcanzado este objetivo. Sin embargo, en toda Europa se han efectuado numerosas evaluaciones que estudian los tipos de tratamientos y su eficacia. Aquí presentaremos los resultados de los estudios sobre los tratamientos eficaces, ordenados por el tipo de intervención: tratamiento de abstinencia, tratamiento sin drogas y tratamiento con asistencia médica. Los criterios de eficacia varían entre los distintos tipos de tratamiento y están relacionados igualmente con la reintegración social y la rehabilitación tras el tratamiento.

Tratamiento de abstinencia

El tratamiento de abstinencia o desintoxicación se considera por lo general el primer paso de un proceso terapéutico completo. Esta intervención pretende, antes que nada, llegar a una etapa en la que el paciente quede libre físicamente de la droga y no sienta necesidad de consumir drogas ilegales y, en segundo lugar, lograr el traslado o envío del paciente al tratamiento sin drogas. En Suecia y Finlandia este proceso es una condición previa para iniciar un tratamiento con metadona.

En todos los Estados miembros y en Noruega se han efectuado evaluaciones del tratamiento de abstinencia y, sin embargo, es el tipo de intervención que ha sido menos evaluado. En general, el tratamiento de la abstinencia con medicamentos como naltrexona, clonidina, lofexidina y buprenorfina ha demostrado su eficacia para reducir los signos y síntomas de abstinencia, aunque su efecto sobre los distintos tipos de síntomas de abstinencia varía entre medicamentos (Greenstein *et al.*, 1997). La metadona se utiliza ampliamente para el tratamiento de los síntomas de abstinencia, aunque los resultados de los estudios señalan que las ventajas de la metadona se encuentran en la terapia de mantenimiento.

También existe el tratamiento de abstinencia sin emplear medicamentos, también conocido como «pasar el mono», aunque no se conoce realmente su alcance. Tampoco existen informes sobre los efectos y resultados del tratamiento de la abstinencia sin asistencia médica por oposición al tratamiento de la abstinencia con asistencia médica. El concepto recientemente aparecido de desintoxicación rápida con naltrexona bajo anestesia total (a veces denominado «tratamiento de abstinencia turbo») debe investigarse con mayor profundidad.

Una intervención realizada en Portugal, que combina la administración de naltrexona y psicoterapia, puso de relieve que a los tres meses se producía una mejora considerable de las variables sociodemográficas y psicológicas, así como de la conducta de riesgo (Costa, 2000). Un experimento llevado a cabo en Alemania desintoxicaba a los consumidores de metadona utilizando naltrexona bajo anestesia total. Los pacientes se mostraban satisfechos, pero un 50 % de ellos señalaba haber sufrido serias molestias durante el primer mes después de la intervención. Una tercera parte de los pacientes no habían consumido drogas duras seis meses después de haber sido dados de alta (Tretter *et al.*, 2001).

Aunque algunos tratamientos de abstinencia han sido objeto de evaluaciones, se requieren conocimientos más exhaustivos sobre las ventajas y desventajas de sus distintas modalidades y sobre el tipo de tratamiento de la abstinencia que debe utilizarse para los distintos tipos de pacientes.

Tratamiento sin drogas

El tratamiento sin drogas aplica técnicas psicosociales para que el paciente se abstenga, en primer lugar, de consumir drogas y a continuación no sienta necesidad a largo plazo de consumirlas. El principal criterio de eficacia del tratamiento sin drogas es completar el tratamiento sin consumir drogas, como estaba previsto, aunque también son fundamentales otros criterios, como las mejoras del bienestar psicológico, social y económico. Algunos efectos «secundarios» importantes son la reducción de la conducta delictiva y de riesgo, así como la mejora de la salud y del bienestar en general del paciente.

Las evaluaciones de los tratamientos sin drogas han indicado que tienen éxito en menor o mayor medida en la consecución de estos objetivos (Gossop *et al.*, 2001). Los resultados de las evaluaciones varían considerablemente, pero en general entre un 30 % y un 50 % de los pacientes admitidos a tratamientos sin drogas los concluyen con éxito. Un estudio danés llegó a la conclusión de que, dependiendo del tipo de tratamiento sin droga, las tasas de éxito iban del 17 % al 58 % de los pacientes admitidos a dicho tratamiento (Pedersen, 2000).

Otra idea que ha sido objeto de un amplio reconocimiento es que la duración del tratamiento está estrechamente relacionada con su resultado, en otras palabras, cuanto más dure el tratamiento sin drogas, mejor. Esta idea es respaldada por un estudio alemán que señala que las tasas de retención o la duración de los tratamientos sin drogas guardan una relación directa con sus resultados (Sonntag *et al.*, 2000). Algunos estudios han intentado determinar el umbral a partir del cual mejoran los resultados. Uno de ellos descubrió que los pacientes que permanecían en tratamiento hospitalario sin drogas durante 90 días lograban mejores resultados (en cuanto a la abstinencia de opiáceos y estimulantes, así como a la reducción del consumo por vía parenteral) un año después de haber sido dados de alta que aquellos cuyo

tratamiento terminaba antes. Esto queda confirmado por un estudio griego que observó que los pacientes que abandonaban el tratamiento durante los primeros tres meses tan sólo reducían su consumo de heroína en un 11 %, en comparación con el 76 % obtenido por aquellos que permanecían al menos un año (Kethea, 2001).

En relación con la eficacia a largo plazo, un estudio austríaco concluía que un programa de tratamiento que se concentra en las intervenciones de tipo social y psicoterapéutico aumentaba considerablemente la competencia social y la satisfacción subjetiva de los pacientes, lo que da lugar a su estabilidad a largo plazo (Wirth, 2001).

El Estudio Nacional sobre Resultados de Tratamientos (National Treatment Outcome Research Study, NTORS) fue creado en 1994 a instancias del Ministro de Sanidad británico para evaluar la efectividad de los servicios de tratamiento por abuso de drogas en el Reino Unido. Este estudio seleccionó a 1 075 pacientes para el proyecto y realizó un seguimiento de estos durante cinco años consecutivos. Se seleccionó una muestra estratificada aleatoria de 650 pacientes a la que se realizó un seguimiento en cuatro modalidades distintas de tratamiento: tratamiento en hospital, rehabilitación a domicilio, reducción mediante metadona o mantenimiento con metadona. El principal resultado de este estudio fue que las personas tratadas mejoran en parámetros tales como la dosis de drogas, la frecuencia de las inyecciones, compartir jeringuillas y la salud psicológica. El total de la cohorte mostró mejoras estadísticamente significativas en lo referente al consumo de heroína (alrededor del 75 % consumía heroína de forma regular al inicio del estudio y un 40 % lo hacía entre 4 y 5 años después). El consumo regular de metadona obtenida sin receta descendió del 30 % al inicio del estudio a menos del 10 % entre 4 y 5 años después, y la práctica consistente en compartir agujas disminuyó del 20 % al inicio del estudio al 5 % entre 4 y 5 años después. La salud psicológica también mostró una mejora estadísticamente significativa entre el nivel al inicio del estudio y el nivel 4 o 5 años después.

El tratamiento sin drogas ha sido evaluado en toda Europa aplicando distintas metodologías y se han obtenido conocimientos considerables, sobre todo en la última década. Sin embargo, todavía hay ámbitos en los que se requieren nuevas investigaciones para dar respuesta a fenómenos de reciente aparición. Un ejemplo es la eficacia del tratamiento sin drogas entre los consumidores predominantes de cocaína y anfetaminas, así como otras subpoblaciones concretas. Además se han efectuado muy pocos estudios a gran escala sobre el número de personas que se mantienen sin consumir drogas a largo plazo tras completar con éxito su tratamiento.

Tratamiento con asistencia médica

El tratamiento con asistencia médica (en el que se inscribe el tratamiento de sustitución) utiliza medicamentos agonistas o antagonistas para la terapia de sus pacientes. Los medicamentos agonistas (como la metadona) activan los receptores de los opiáceos en el cerebro, y los antagonistas (por ejemplo, la naltrexona) limitan o suprimen el efecto de las drogas ilícitas consumidas. El objetivo del tratamiento con asistencia médica puede ser la abstinencia, pero también mantener al paciente en un tratamiento médico a largo plazo. Independientemente de que el objetivo final sea la abstinencia o la reducción de los efectos adversos de la drogodependencia, sus objetivos intermedios comunes son: reducir el consumo de drogas ilegales y el riesgo de contraer enfermedades contagiosas; mejorar el estado mental y físico del paciente, y reducir los delitos relacionados con las drogas.

El mantenimiento con metadona es el tipo más utilizado de tratamiento con asistencia médica. Como indica el término «mantenimiento», el objetivo de este tipo de intervención no es la abstinencia, sino conservar al paciente en tratamiento de mantenimiento, reduciendo así su actividad delictiva, la conducta de riesgo (y por consiguiente el riesgo de contraer enfermedades infecciosas), así como mejorar la salud y el funcionamiento social.

El tratamiento con asistencia médica ha sido objeto de numerosas evaluaciones en toda Europa y generalmente ha demostrado su eficacia en la consecución de objetivos como la reducción del consumo de drogas ilegales, la conducta de riesgo y la actividad delictiva. Las intervenciones basadas en el tratamiento con asistencia médica con metadona han sido objeto de una evaluación particular y se ha observado que son eficaces para alcanzar estos objetivos (Lowinson *et al.*, 1997; OEDT, 2000), aunque la buprenorfina también ha demostrado su eficacia. Un examen estructurado de la literatura especializada sobre los experimentos con buprenorfina puso de manifiesto que su principal ventaja reside en que reduce el riesgo de sobredosis y el nivel de consumo paralelo de drogas ilegales (Berglund *et al.*, 2001). Tanto en el caso de la metadona como en el de la buprenorfina se ha demostrado que se requieren dosis suficientes para garantizar resultados positivos.

A pesar de estos «éxitos» aparentes, algunos países consideran que ni la metadona ni la buprenorfina han mejorado suficientemente el bienestar general de los drogodependientes callejeros especialmente desfavorecidos, por lo que han buscado alternativas.

En febrero de 2002 se publicaron los resultados de un experimento controlado y aleatorio realizado en los Paí-

ses Bajos en el que se recetó conjuntamente heroína a pacientes de metadona. Los grupos destinatarios de la intervención estaban integrados por consumidores de heroína de edad madura y grave drogodependencia que no habían obtenido suficientes beneficios del tratamiento de mantenimiento con metadona. A fin de definir este grupo de destinatarios se estableció previamente una serie de criterios de inclusión y exclusión y los sujetos fueron seleccionados a partir del sistema local de registro de pacientes en tratamiento de mantenimiento con metadona. Se seleccionaron 625 pacientes tratados en seis unidades de tratamiento repartidas por los Países Bajos que fueron divididos aleatoriamente en un grupo experimental y un grupo de control. Primero, los pacientes fueron divididos de acuerdo con su vía de administración: por vía intranasal o por vía parenteral, y luego subdivididos según la intervención: aquellos que sólo recibían metadona y aquellos que recibían una combinación de metadona y heroína. El principal resultado de este estudio fue que el tratamiento con metadona y heroína resultaba más efectivo que el tratamiento únicamente con metadona para los consumidores de heroína de edad madura y grave drogodependencia, independientemente de la vía de administración. Asimismo, el estudio puso de manifiesto que, al final del experimento, un 30 % de los pacientes del grupo experimental ya no cumplían los criterios de inclusión (al haber mejorado considerablemente su estado general), por oposición a tan sólo un 11 % de los miembros del grupo de control (van den Brink *et al.*, 2002).

En Alemania se ha desarrollado y perfeccionado en los últimos años un experimento con la prescripción de heroína terapéutica para adictos a los opiáceos. El experimento comenzó en la primavera de 2002, tendrá una duración de tres años y en él participarán siete ciudades alemanas. La principal pregunta que se pretende responder es si la prescripción de heroína para un grupo especialmente desfavorecido de adictos a los opiáceos puede contribuir a mejorar su situación en materia sanitaria, social y legal y, en tal caso, en qué condiciones. Los pacientes que tomen parte en el experimento serán divididos aleatoriamente en un grupo experimental y un grupo de control. Ambos grupos serán a su vez divididos en dos subgrupos que recibirán diferentes tipo de tratamiento psicosocial (un grupo recibirá intervención sobre «tratamiento de casos» y otro sobre «psico-educación»). Está previsto que el estudio aporte más conocimientos sobre la intervención psicosocial y su eficacia en el tratamiento de la adicción a opiáceos (http://www.heroinstudie.de/).

En Dinamarca se inició un proyecto basado en una alternativa a la heroína con un presupuesto especial para el período 2000-2002 con el objetivo de poner en marcha proyectos pilotos especiales para drogodependientes en tratamiento con metadona en los que hay un gran número de actividades psicosociales. La evaluación cualitativa y cuantitativa estudiará hasta qué punto se pueden lograr resultados, por lo que se refiere a un mejor funcionamiento social, mental y de salud, a la reducción del consumo de droga, de enfermedades infecciosas y de delitos, así como a una ampliación de las relaciones de la red.

Conclusiones y perspectivas para el futuro

El éxito depende de la finalidad que tenga un tratamiento determinado y, por consiguiente, dicho éxito debe evaluarse en función de los objetivos previamente establecidos. Existen numerosos estudios que han permitido conocer y determinar la eficacia o éxito de diversos tipos de tratamiento comparando los objetivos con los resultados.

Un resultado importante, por ejemplo, es que las tasas de retención son cruciales para el resultado o «éxito» de los tratamientos, pero es necesario investigar cómo mantener a los pacientes en tratamiento o, en otras palabras, qué elementos del tratamiento son cruciales para aumentar la tasa de retención. Determinar el «ingrediente activo» en cualquier tipo de tratamiento resulta una tarea difícil y es indispensable mejorar el rendimiento de los servicios de tratamiento, mejorando así el resultado de los tratamientos.

Sin embargo, una cosa es contar con los conocimientos teóricos y otra, aplicarlos. Un ejemplo de ello es la importancia que revisten las intervenciones psicosociales de acompañamiento en el tratamiento con asistencia médica, que, según muchos estudios, contribuyen al éxito del tratamiento y, sin embargo, no son aplicadas de modo adecuado en la práctica.

En los últimos años se ha prestado mucha atención a la extensión de los servicios de tratamiento, que ya ha sido llevada a cabo en gran medida. El desafío ahora consiste en ampliar el espectro de los servicios de tratamiento y en refinar las propias intervenciones, aumentando así el «éxito» de éstas.

Consumo de drogas en las prisiones

La presencia de las drogas y su consumo han cambiado profundamente la realidad de las prisiones en las últimas dos décadas y actualmente todos los países europeos experimentan graves problemas en las prisiones a causa de las drogas y de las enfermedades infecciosas relacionadas con éstas.

Demanda de drogas en las prisiones (61)

Existe poca información a nivel nacional sobre el consumo de drogas en las prisiones, sus pautas y consecuencias. La mayoría de los datos existentes en la UE procede de estudios *ad hoc* realizados a nivel local entre pequeñas muestras de presos, lo que dificulta las extrapolaciones.

Prevalencia de los consumidores de droga en prisión

Podemos considerar que la población penitenciaria es un grupo de alto riesgo por lo que se refiere al consumo de drogas. De hecho, en relación con el resto de la sociedad, los consumidores de drogas están sobrerrepresentados en las prisiones. El porcentaje de presos dentro de la UE que afirman haber consumido alguna vez una droga ilegal varía entre el 29 % y el 86 % (más del 50 % en la mayoría de los estudios) (gráfico 25), dependiendo de la prisión y el país de que se trate. Al igual que en la sociedad, el cánnabis es la sustancia consumida con mayor frecuencia, pero varios estudios muestran elevados niveles de experiencias con heroína (cerca del 50 % de los presos o incluso más en algunos casos).

Según diversos estudios, los presos que señalan un consumo más regular y/o nocivo, como el consumo de droga por vía parenteral, un consumo regular o drogodependencia, representan entre el 6 % y el 69 % de la población penitenciaria.

Grado de consumo de drogas dentro de las prisiones

La encarcelación no implica el cese del consumo de drogas. La mayoría de los consumidores de drogas suele interrumpir o reducir su consumo de drogas tras entrar en prisión debido a la dificultad para encontrar drogas ilícitas. Sin embargo, algunos de ellos continúan consumiendo drogas, incluso en mayor medida en algunos casos, mientras que otros se inician una vez en prisión.

Entre un 16 % y un 54 % de los presos afirman consumir drogas dentro de las prisiones y entre el 5 % y el 36 % de ellos se consideran consumidores regulares. Entre el 0,3 % y el 34 % de la población penitenciaria ha consumido drogas por vía parenteral al menos en una ocasión mientras estaba en prisión.

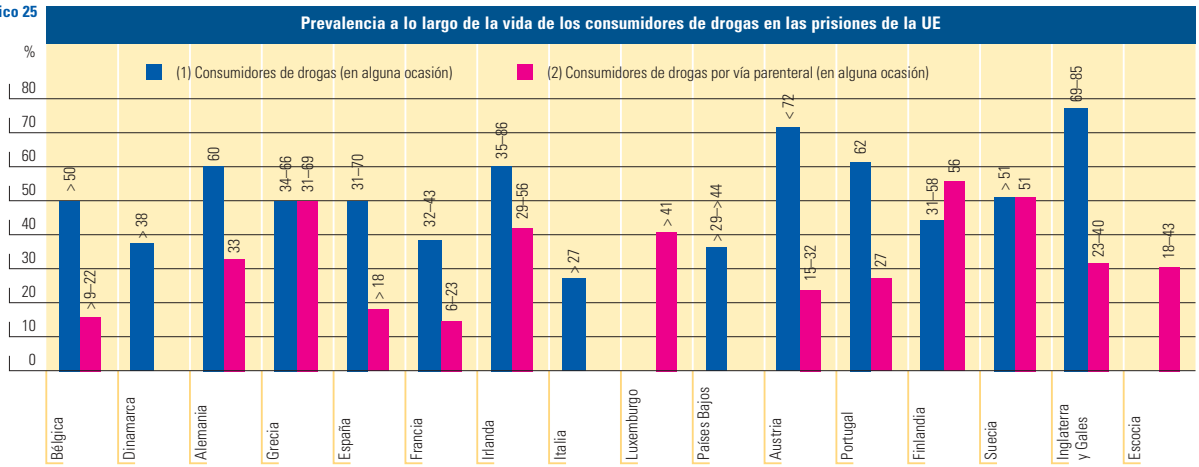
La iniciación en el consumo de drogas y en el consumo por vía parenteral también tiene lugar en prisión. Según varios estudios realizados en Bélgica, Alemania, España, Francia, Irlanda, Italia, Austria, Portugal y Suecia, entre un 3 % y un 26 % de los consumidores de drogas en prisión afirman haber consumido drogas por primera vez en prisión, en tanto que entre el 0,4 % y el 21 % de los consumidores de drogas por vía parenteral comenzaron este tipo de consumo en prisión (NR, 2001; WIAD-ORS, 1998).

Consecuencias legales y para la salud

Conductas de riesgo

Varios estudios realizados en Bélgica, Alemania, Grecia, Francia, Irlanda, Luxemburgo, Austria y Reino Unido (NR, 2001) muestran que un alto porcentaje de los consumidores de drogas por vía parenteral en prisión comparten el material de inyección. Dentro de la prisión, el consumo de drogas por vía parenteral a menudo está

Gráfico 25

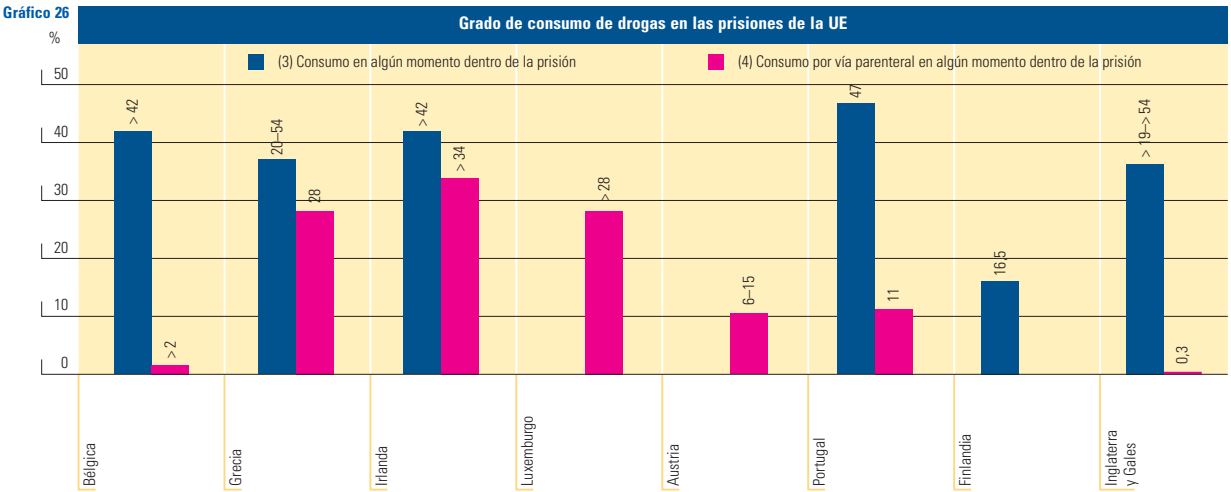


N.B.: Estas cifras proceden de los datos que figuran en las encuestas o estudios efectuados en los Estados miembros. La versión en línea del presente informe ofrece más datos sobre las fuentes de la información original. Más información sobre (1) y (2) en la versión en línea.

Fuentes: Puntos focales nacionales de la red Reitox; véase igualmente el cuadro en línea «Porcentaje de consumidores de drogas entre la población reclusa en la UE».

(61) Véase igualmente el cuadro estadístico: porcentaje de consumidores de drogas entre los presos en la UE (versión en línea).

Gráfico 26



N.B.: Estas cifras proceden de los datos que figuran en las encuestas o estudios efectuados en los Estados miembros. La versión en línea del presente informe ofrece más datos sobre las fuentes de la información original. Más información sobre (3) y (4) en la versión en línea.
Fuentes: Puntos focales nacionales de la red Reitox; véase igualmente el cuadro en línea «Proporción de consumidores de drogas entre la población reclusa de la UE».

Mujeres consumidoras de drogas en prisión

La población reclusa femenina es inferior a la masculina. No obstante, el consumo de drogas parece especialmente grave entre la población penitenciaria de sexo femenino. Cuando existen datos al respecto, éstos muestran que existe un porcentaje mayor de consumidores de drogas entre las mujeres en prisión, considerando la prevalencia del consumo de drogas durante los últimos seis meses en Dinamarca, la prevalencia del consumo de heroína durante el último año y en algún momento de la vida en Irlanda y un porcentaje de presos con problemas de drogas y con una grave drogodependencia en Suecia.

Por lo que se refiere a las conductas de riesgo dentro de prisión, varios estudios realizados en Alemania (NR, 2001) y Francia (WIAD-ORS, 2001) señalan que el porcentaje de reclusas que comparten drogas y material de inyección y que se prostituyen es mayor que el de sus homólogos masculinos. No obstante, otros estudios efectuados en Austria (NR, 2001) y en Inglaterra y Gales (WIAD-ORS, 2001) señalan que la práctica de compartir el material de inyección está más extendida entre los reclusos de sexo masculino.

asociado a la práctica de compartir el material de inyección y, en algunos casos, hasta el 100 % de ellos afirman realizar dicha práctica. Un estudio llevado a cabo en Luxemburgo (NR, 2001) señala que, en un 70 % de los casos, las jeringuillas se limpian únicamente con agua y que, en un 22 % de los casos, no se limpian. Los datos disponibles muestran que la práctica consistente en compartir el equipo para inyectarse es más frecuente en prisión que en el resto de la sociedad.

Un estudio realizado en diversos centros penitenciarios de Bélgica, Alemania, España, Francia, Italia, Portugal y Suecia en 1996 y 1997 (WIAD-ORS, 2001) señala que los consumidores de drogas por vía parenteral se hacen un mayor número de tatuajes y *piercings* durante su estadía en prisión que el resto de la población penitenciaria. Asimismo, los consumidores de drogas por vía parenteral señalan que mantienen un mayor número de relaciones sexuales sin protección en Bélgica, Alemania, Portugal y Suecia, pero menos en otros países.

Enfermedades infecciosas

Existen datos sobre la situación en materia de VIH y VHC entre los consumidores de drogas por vía parenteral proporcionados por Bélgica, Alemania, España (únicamente sobre VIH), Francia, Irlanda y Luxemburgo (NR, 2001). Dichos datos proceden de estudios locales efectuados en unas cuantas prisiones y, por ende, no resultan representativos a escala nacional. La prevalencia del VIH entre los consumidores de drogas por vía parenteral en las prisiones estudiadas se sitúa entre el 0 % y el 13 %. Los niveles de portadores de VHC son mucho más altos, del 14 % al 100 % entre los consumidores de drogas por vía parenteral, dependiendo del centro penitenciario y el país. Al igual que en el resto de la sociedad, la prevalencia de VIH y VHC es superior entre los consumidores de drogas por vía parenteral que entre los consumidores de drogas por otras vías.

Penas por consumo y posesión de drogas

Generalmente, los reclusos sorprendidos en posesión de drogas ilícitas son sancionados y castigados de conformidad con el reglamento penitenciario. El incidente puede incluirse en el expediente personal del preso. Entre las sanciones más habituales encontramos la res-

tricción de derechos (visitas de amistades o familiares, llamadas telefónicas), la supresión de permisos de salida de prisión, la expulsión de zonas de trato especial y/o el castigo en una celda de aislamiento.

La posesión puede afectar a la ejecución de la pena. Por ejemplo, en Dinamarca se puede denegar a un preso la libertad condicional tras haber cumplido dos terceras partes de su sentencia. En el Reino Unido, si un análisis de orina da positivo, la sentencia puede ser prolongada por lo menos unos cuantos días.

Los prisioneros sorprendidos con drogas también pueden ser acusados y enjuiciados por este hecho fuera del ámbito de la prisión.

Disponibilidad y oferta de drogas en prisión

Disponibilidad de drogas

El acceso a drogas ilegales resulta mucho más difícil dentro de la prisión que en libertad. Sin embargo, los informes señalan que las drogas ilegales son fáciles de conseguir en prisión para quienes desean consumirlas —generalmente cánnabis, heroína y medicamentos (benzodiacepinas)—, aunque se puede obtener de todo a cambio de dinero.

Los reclusos señalan amplias variaciones de la calidad, continuidad del suministro y precio de las drogas ilegales en las prisiones. Se estima que el precio de las drogas es entre dos y cuatro veces superior que fuera de prisión, lo que hace que las drogas sean entre 10 y 20 veces más caras en relación con el poder adquisitivo. Se utilizan numerosas formas de pago distintas del dinero, como el intercambio de servicios (prostitución, limpieza de celdas) o bienes (tarjetas telefónicas, tabaco) y/o participación en la distribución de drogas.

Introducción y tráfico

Existen numerosas formas de conseguir drogas en prisión. Todos los contactos con el mundo exterior constituyen oportunidades para introducir drogas en la prisión: durante las visitas (en la ropa de los visitantes o en sus cavidades corporales, dentro de comida), los traslados o el transporte a los tribunales para los juicios, tras un permiso de salida de prisión, a través del correo (paquetes). Las drogas pueden arrojarse dentro de pelotas por encima de los muros de la prisión. También pueden ser introducidas por el personal penitenciario.

La distribución y tráfico de drogas varía de una prisión a otra y entre un país y otro. Bélgica señala (NR, 2001) la existencia de tráfico tanto a nivel individual como en forma de redes piramidales en las cuales (al igual que fuera de prisión) los traficantes de alto nivel organizan el comercio con drogas, pero no las consumen personalmente. Alemania menciona (NR, 2001) un tráfico a pequeña escala en el que participan numerosos reclusos a través de varios canales sin una organización centralizada. Un estudio efectuado recientemente en la prisión de Mountjoy en Irlanda (NR, 2001) muestra un sistema basado en acuerdos personales: las personas que tienen acceso a las drogas fuera de la prisión las introducen en ésta y las distribuyen a su red personal. Los informes señalan que el comercio con drogas dentro de la prisión resulta más angustiante que fuera de ella, y que provoca intimidación, acoso y delincuencia.

Para evitar la introducción de drogas en las prisiones se utilizan diversas medidas, ya sea de forma rutinaria o en caso de sospecha. Entre estas medidas se encuentran el registro de celdas, los cacheos tras un permiso de salida de prisión, la prohibición de recibir paquetes, la vigilancia de las visitas y la colocación de una red sobre los patios de ejercicio. En el Reino Unido se han establecido hace poco una serie de medidas para reducir la oferta, tales como aumentar el empleo de perros para disuadir y descubrir a quienes introducen drogas en prisión y prohibir las visitas de las personas a quienes se sorprende introduciendo drogas en prisión.

Muchos países mencionan la incautación de drogas ilegales dentro de las prisiones o a la entrada de éstas, tratándose generalmente de pequeñas cantidades. Durante las inspecciones se descubre material para inyectarse drogas, *chillums* y otros utensilios.

Política de reducción de la demanda en las prisiones

Las actuales medidas de reducción de la demanda dentro de las prisiones consisten sobre todo en desalentar el consumo de drogas mediante un mayor control, como por ejemplo, registros de celdas y análisis aleatorios de drogas, junto con sanciones o pérdida de privilegios. Por ejemplo, en Suecia los presos son sometidos a una media de tres análisis de orina al mes.

Para hacer frente a un creciente número de consumidores de drogas, los regímenes penitenciarios han creado unidades especializadas para la asistencia de drogodependientes (por ejemplo, en los Países Bajos), servicios centralizados en materia de drogas en determinadas prisiones (Irlanda y Austria) o han «importado» asesoramiento en materia de asistencia a drogodependientes de organismos externos dedicados a la lucha contra la droga.

Desde 1995 se observa una ampliación de los servicios destinados a los consumidores de drogas dentro de las

prisiones (Ambrosini, 2001) y se han introducido medidas para evitar la transmisión de enfermedades infecciosas. Sin embargo, existe un atraso considerable respecto al resto de la sociedad. La oferta actual de servicios de asistencia para drogodependientes no concuerda con la necesidad potencial del 50 % de consumidores de drogas que se estima viven entre la población penitenciaria.

Numerosos consumidores de drogas regresan a prisión varias veces con los mismos problemas de consumo de drogas y enfermedades infecciosas o incluso peores, por lo que las administraciones de las prisiones han tenido que reconocer que es necesario hacer frente a la drogodependencia, el consumo de drogas, los riesgos y consecuencias para la salud que ello entraña de una manera más sistemática dentro del entorno penitenciario. Un hecho reciente en muchos países de la UE que refleja esta situación es la adopción de auténticas «estrategias penitenciarias en materia de drogas» y de directivas sobre la asistencia y tratamiento de los presos drogodependientes o el desarrollo de normas de calidad para servicios específicos ([62]). Las estrategias penitenciarias en materia de drogas comprenden generalmente toda una serie de medidas para tratar a los presos, desalentar el consumo de drogas y reducir la oferta de éstas.

Asistencia a la drogodependencia

Por lo general, los servicios de asistencia sanitaria en las prisiones son llevados a cabo por el personal sanitario de las propias prisiones bajo la supervisión del Ministerio de Justicia, pero los regímenes penitenciarios de los países de la UE y de Noruega utilizan en gran parte asesoramiento y recursos adicionales externos para prestar tratamiento a los consumidores de drogas. En un intento de alcanzar la «equivalencia de la asistencia» dentro y fuera de prisión (Consejo de Europa, 1993; OMS, 1993), Francia (en 1994) e Italia (en 2000) han trasladado la responsabilidad de la asistencia prestada a los presos drogodependientes a sus respectivos Ministerios de Sanidad, implicando así a los organismos locales y regionales de atención sanitaria a través de la legislación. Asimismo se han celebrado acuerdos concretos de cooperación entre el sistema judicial y los servicios sanitarios no estatales en Irlanda (1999), Portugal (1999) y España (2000) con el fin de mejorar la calidad y cobertura de la atención de los consumidores de drogas en prisión.

Los especialistas externos en drogas desempeñan un papel importante en la ayuda a los consumidores de drogas en casi todos los regímenes penitenciarios europeos. Sin embargo, el grado de cobertura de las prisiones y el nivel de los servicios prestados varía considerablemente entre un país y otro, y dentro de un mismo país. Encontramos algunas excepciones en términos de cobertura: en Escocia, que cuenta con asesores sobre drogas en cada prisión, en España, donde existen servicios de asistencia a los drogodependientes en 71 de las 73 prisiones del país, en Suecia, donde una tercera parte del número estimado de presos con problemas de drogas estaban cubiertos por los programas de motivación para el tratamiento en el año 2000, y en Inglaterra y Gales, donde desde 1999 todas las prisiones cuentan con equipos especializados externos (CARAT, Counselling, Assessment, Referral Advice and Throughcare Services) que tienen por objetivo cubrir las necesidades de los presos que consumen drogas desde su admisión hasta la asistencia posterior al tratamiento —si bien la falta de posibilidades de envío a dichos tratamientos forma un embudo (Spacca, 2002)—. En Escocia, los prisioneros también pueden actualmente recibir asistencia de transición durante las primeras 12 semanas siguientes a su salida de prisión, para facilitarles el regreso a la vida en comunidad.

Los servicios prestados por organismos externos son la información y educación en materia de prevención de las drogas en general, los programas de motivación para el tratamiento y la preparación para el alta, incluyendo el envío a tratamientos fuera de prisión y la asistencia posterior al tratamiento. En Bélgica y Grecia, las organizaciones no gubernamentales (ONG) son hasta ahora quienes primariamente prestan servicios limitados que se ofrecen a los consumidores de drogas que se encuentran en prisión. En Alemania, los orígenes de la labor realizada por los organismos externos dedicados a las drogas dentro de las prisiones y de los servicios internos especializados en la droga se remontan a mediados de los años ochenta, y en 2000 más de 350 asesores en materia de drogas prestaban sus servicios en las prisiones alemanas; sin embargo, la cobertura de este servicio varía entre un Estado federado y otro. En 2000, la participación de profesionales externos siguió siendo un aspecto importante en Francia; y en Italia, el servicio público en materia de drogas, Ser.T, registró un gran aumento del número de pacientes, debido a su nueva responsabilidad frente a los presos. La Estrategia Nacional sobre Drogas (2000-2008) de España define la participación de especialistas externos en la asistencia a los consumidores de drogas en prisión como una prioridad y la celebración de planes plurianuales de cooperación entre prisiones y ONG ha permitido que más de la mitad de los Grupos de Asistencia a Drogodependientes (GAD) de las prisiones españolas cuenten con expertos externos pertenecientes a ONG.

([62]) Cuadro 13 OL: estrategias recientes en materia de drogas en las prisiones, directivas ministeriales y normas de servicio en la UE y Noruega (versión en línea).

Prestación de servicios

La mayoría de las prisiones de la UE y de Noruega cuenta con material informativo impreso sobre drogas y enfermedades infecciosas relacionadas con éstas; sin embargo, no abundan las oportunidades sistemáticas y repetidas de abordar a nivel personal los problemas de la prevención y a menudo dependen de la iniciativa de organismos externos o de los miembros del personal penitenciario.

En general, la desintoxicación se ofrece a través de los servicios médicos de la prisión o en salas especializadas en desintoxicación, pero a menudo faltan directrices en materia de calidad. La prestación de un programa mediante el cual entre 1 200 y 1 500 presos recibieron un tratamiento de desintoxicación al año ha sido descrita como «carente de estructuras y supervisión, sin seguimiento ni planificación a medio y largo plazo» (Ministerio de Justicia, Igualdad y Reforma Jurídica, 1999). Sin embargo, se están introduciendo normas de calidad, por ejemplo, la Orden del Servicio Penitenciario de diciembre de 2000 exige que todas las prisiones de Inglaterra y Gales ofrezcan servicios cualificados de desintoxicación.

En algunos países, los organismos externos también participan directamente en el tratamiento de la adicción a largo plazo. Ejemplos de ello son los pequeños programas internos para consumidores de drogas en Dinamarca y Noruega, dirigidos por organismos externos especializados en drogas («modelo de importación») y los tratamientos de sustitución ofrecidos en las prisiones españolas, francesas e italianas. La elevada cobertura existente en España se logró mediante una amplia participación de servicios externos en materia de drogas.

Nueve países de la UE cuentan con programas estructurados de tratamiento de abstinencia dentro de sus prisiones y Noruega ofrece un programa de motivación para el tratamiento. El número de plazas es muy reducido en comparación con el número estimado de presos con problemas de drogas. Sin embargo, en España un total de 8 984 presos participó en los 18 programas de tratamiento de drogas que existían en 2000 y en Inglaterra y Gales se registraron 3 100 participantes en los 50 programas de tratamiento intensivo celebrados entre 2000 y 2001. En Suecia, un 10 % de los centros penitenciarios, con una capacidad para recibir a 500 presos, están reservadas para el tratamiento voluntario y obligatorio de consumidores de drogas (Lýsen, 2001), y, en Finlandia, un 18 % de los presos de nuevo ingreso participan en programas de rehabilitación del consumo de alcohol o drogas (Jungner, 2001). En la prisión austríaca de Favoriten, que se especializa exclusivamente en la asistencia a drogodependientes, existen 110 plazas; Dinamarca cuenta con 30 plazas e Irlanda con 9. El programa de motivación para el tratamiento de Noruega puede admitir 18 presos cada año ([63]).

Salvo en Grecia, Suecia y dos Estados federales de Alemania (Baviera y Baden-Würtemberg), el tratamiento de sustitución existe actualmente en prisiones de todos los países de la UE y en Noruega. Sin embargo, incluso en países en los que un porcentaje importante de los consumidores problemáticos de drogas en libertad se encuentra en tratamiento de sustitución, las prisiones con frecuencia siguen una política de desintoxicación. Por ejemplo, se cree que en las prisiones de Alemania y Países Bajos este porcentaje se sitúa entre el 1 % y el 4 % (Stöver, 2001; WIAD-ORS, 2001) en comparación con una cobertura estimada de entre el 30 % y el 50 % en el resto de la sociedad. La mayoría de las políticas penitenciarias de mantenimiento únicamente recomienda el tratamiento durante las sentencias de corta duración, para las consumidoras de drogas embarazadas y para aquellas personas con un largo historial de drogodependencia o graves problemas de salud mental o física. Pocas veces el tratamiento de sustitución se inicia en prisión, a pesar de que es legalmente posible hacerlo en la mayoría de los países. La principal excepción es España, donde las tasas de sustitución dentro de la prisión son equivalentes a las tasas fuera de prisión ([64]).

Diez países de la UE y Noruega cuentan con prisiones o unidades libres de drogas. La finalidad de algunas de ellas consiste no sólo en proteger a los presos que no sufren adicción a las drogas, sino también en dar tratamiento a los drogodependientes. Los presos en tratamiento de sustitución con metadona generalmente están excluidos de las unidades libres de drogas. Los 20 departamentos de orientación para drogodependientes que existen en las prisiones neerlandesas tienen una capacidad para 446 presos; sin embargo, una tercera parte de dicha capacidad no fue utilizada en 1999. Suecia dispone de 356 plazas en unidades sin drogas y en Finlandia, país en el que un 10 % de los pabellones penitenciarios está libre de drogas, se prevé una expansión de hasta el 50 %. Hace poco, Portugal inauguró siete unidades sin drogas con 195 plazas, algo que consideró un «gran éxito» y tiene previsto construir otras dos unidades. No obstante, un análisis de la investigación sobre el tratamiento de la adición en las prisiones (Rigter 1998) concluyó que son escasos los resultados fiables y válidos en todo el mundo.

([63]) Cuadro 14 OL: tratamiento basado en la abstinencia y unidades de tratamiento sin drogas en las prisiones de algunos países de la UE y de Noruega (versión en línea).

([64]) Cuadro 15 OL: tratamiento de sustitución en las prisiones de la UE y de Noruega (versión en línea).

Prevención de enfermedades infecciosas

La prevención de la transmisión de enfermedades por vía sanguínea en prisión se ha convertido en un objetivo prioritario en varios regímenes penitenciarios europeos, asimismo por lo que se refiere al considerable aumento de los gastos farmacéuticos que conlleva el tratamiento de las infecciones relacionadas con la droga (por ejemplo, terapia HAART, interferón) y que deben sufragar las prisiones.

Numerosos países pretenden seguir los principios generales y las recomendaciones específicas que la OMS incluye en sus directrices sobre la infección por el VIH y el sida en las prisiones (OMS, 1993). Resulta difícil aplicar varias medidas de reducción de riesgos, ya que resultan controvertidas a nivel político, son objeto de resistencia por parte del personal de las prisiones y son consideradas inadecuadas en entornos penitenciarios. En el cuadro que aparece a continuación se presentan algunas medidas de prevención contempladas en las directrices de la OMS y el grado de aplicación por parte de los países de la UE y de Noruega. A pesar de que la cobertura de dichas medidas sigue pareciendo insuficiente en muchos países, se han realizado algunos avances ([65]). Actualmente se pueden realizar programas de intercambio de jeringuillas en todas las prisiones españolas ([66]) y Luxemburgo y Portugal están debatiendo la posibilidad de su introducción. Un mayor número de países recomienda que los presos tengan acceso a lejía diluida y la ejecución de esta medida ha mejorado.

Cuadro 2

Sinopsis de algunas medidas para la prevención de las enfermedades de transmisión sanguínea en las prisiones de la UE y de Noruega

	Información/Educación	Vacuna contra la hepatitis B	Suministro de desinfectantes	Intercambio de agujas y jeringuillas
Bélgica	++ pero no en todas las prisiones	+ el Ministerio de Sanidad está elaborando un protocolo	+	0
Dinamarca	0	++ pero la cobertura es muy reducida (2 %)	++ con instrucciones	0
Alemania	+	n.d.	+	+
Grecia	+ pero su prestación depende primariamente de organismos externos	+ sólo en 1 prisión	+ únicamente una prisión	0
España	++	++ y se estimula	++	++
Francia	+	++	++	0
Irlanda	0	++	+ pero ++ recomendada por el grupo encargado de la revisión de la asistencia sanitaria en prisión, 2001	0 el grupo encargado de la revisión de la asistencia sanitaria en prisión no recomienda el intercambio de agujas y jeringuillas por el riesgo de agresiones
Italia	0	n.d. (+ + vacunación obligatoria a los 12 años para toda la población, introducida a principios de los años noventa)	++	0
Luxemburgo	+	++	0	0 en fase de debate
Países Bajos	+	++	++	0
Austria	+	+ ([1])	++ con instrucciones sobre la limpieza	0
Portugal	+	++ programa nacional de vacunación	++ en práctica: +	0 en fase de debate
Finlandia	+	++	++	0
Suecia	0 depende de la prisión	0 la decisión sobre la introducción generalizada de la vacunación aún esta pendiente	0	0
Reino Unido	+	++ (Escocia)	++ Inglaterra y Gales: difícil de conseguir. Tras el estudio piloto se están facilitando pastillas. Escocia: ++ con instrucciones	0
Noruega	n.d.	n.d.	0 las autoridades sanitarias pidieron a las prisiones que facilitaran lejía	0

N.B.: n.d. = datos no disponibles.

Información/Educación
0 Material impreso en general
\+ Material impreso desarrollado especialmente para entornos penitenciarios
++ Material específico para prisiones *y* formación en su uso seguro

Vacuna contra la hepatitis
0 No disponible de forma sistemática
\+ Disponible en unas cuantas prisiones
++ Disponible en todas las prisiones

Desinfectantes
0 No disponible
\+ En algunas prisiones
++ En todas las prisiones (al menos en teoría)

Intercambio de agujas y jeringuillas
0 No disponible
\+ Programa existente en unas cuantas prisiones
++ Programa existente en todas las prisiones

Fuentes: Informes nacionales de la red Reitox 2001.
Red Europea de prevención del VIH/sida y la hepatitis en las prisiones, Informe Final, WIAD (Instituto Científico de los Médicos de Alemania), Bonn, y ORS (Observatorio Regional de la Salud), Marsella, diciembre de 2001.
([1]) Spirig, H & Ess-Dietz, O (2001): *Preventive measures in Austrian Prisons*, WIAD-ORS, pp. 234-300.

([65]) Para más información sobre la situación hasta 2000, véase http://ar2001.emcdda.eu.int/en/chap2/specific_demand.html#table2.
([66]) Salvo en las prisiones de Ceuta y Melilla. La Generalitat de Cataluña cuenta con competencias propias para la gestión penitenciaria.

Referencias y fuentes para el capítulo 3

Akram, G., y Galt, M. (1999): «A profile of harm-reduction practices and co-use of illicit and licit drugs amongst users of dance drugs», *Drugs: Education, Prevention and Policy*, Vol. 6 (2), pp. 215-225.

Ambrosini, F. (2001): «Europäisches Netzwerk zur Drogen-und AIDS-Hilfe im Strafvollzug», en Jacob, J., Keppler, K., y Stöver, H. (ed.), *LebHaft: Gesundheitsförderung für Drogen Gebrauchende im Strafvollzug*, Deutsche AIDS-Hilfe, Berlín, pp. 106-113.

Bellis, M.A.; Hale, G.; Bennett, A.; Chaudry, M., y Kilfoyle, M. (2000): «Ibiza uncovered: changes in substance use and sexual behaviour amongst young people visiting an international nightlife resort», *International Journal of Drug Policy*, Vol. 11, pp. 235-244 (*).

Bennett, G. A., y Higgins, D. S. (1999): «Accidental overdose among injecting drug users in Dorset, UK», *Addiction*, Vol. 94 (8), pp. 1179-1189.

Berglund, M.; Andréasson, S.; Franck, J.; Fridell, M.; Håkanson, I.; Johansson, B. A.; Lindgren, A.; Lindgren, B.; Nicklasson, L.; Rydberg, U.; Salaspuro, M.; Thelander, S., y Öjehagen, A. (2001): *Behandling av alkohol-och narkotikaproblem,* Statens beredning för medicinsk utvärdering, Suecia.

Boys, A.; Fountain, J.; Marsden, J.; Griffiths, P.; Stillwell, G., y Strang, J. (2000): *Drug decisions: a qualitative study of young people,* Autoridad de Educación Sanitaria, Londres.

Calafat, A.; Bohrn, K.; Juan, M.; Kokkevi, A.; Maalsté, N.; Mendes, F.; Palmer, A.; Sherlock, K.; Simon, J.; Stocco, P.; Sureda, M. P.; Tossmann, P.; van de Wijngaart, G., y Zavatti, P. (1999): *Night life in Europe and recreative drug use,* Irefrea y Comisión Europea, Valencia.

Consejo de Europa (1993): *Recomendación R (93)6 del Comité de Ministros a los Estados miembros relativa a los aspectos penitenciarios y criminológicos del control de las enfermedades transmisibles, incluido el sida y los problemas de salud conexos en las cárceles*, Consejo de Europa, Estrasburgo.

Costa, N., Padua, J., Correia, M (2000): «Um ano de Naltrexona», *Toxicodependências*, Vol. 6 (1), pp. 51-60.

Darke, S.; Ross, J.; Zador, D., y Sunjic S. (2000): «Heroin-related deaths in New South Wales, Australia, 1992-1996», *Drug and Alcohol Dependence*, Vol. 60, pp. 141-150.

Decorte, T. (1999): «Informal Control Mechanisms among Cocaine and Crack Users in the Metroploitan Area of Antwerp», tesis doctoral, Facultad de Derecho, Universidad de Lovaina, Lovaina.

DHSSPS (Ministerio de Sanidad, Oficina Escocesa del Ministerio de Sanidad, Oficina de Gales del Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales) (1999): *Drug misuse and dependence: Guidelines on clinical management,* The Stationery Office, Londres.

Drucker, E.; Lurie, P.; Wodak, A., y Alcabes, P. (1998): «Measuring harm reduction: the effects of needle and syringe exchange programs and methadone maintenance on the ecology of VIH», *AIDS*, Vol. 12 (suplemento A), pp. 217-230.

DrugScope (2001): *Drug abuse briefing: a guide to the non-medical use of drugs in Britain,* octava edición, DrugScope, Londres (*).

Edmunds, M.; Hough, M., y Urquia, N. (1996): *Tackling Local Drug Markets, Crime Detection and Prevention Series Paper 80,* Grupo de Investigación de Políticas, Ministerio del Interior, Londres (*).

ESPAD (2000): «The 1999 Alcohol and other drug use among students in 30 European countries», Consejo para la Información sobre el Alcohol y Otras Drogas de Suecia (CAN):, Grupo Pompidou del Consejo de Europa.

Farrell, M. (1989): «Ecstasy and the Oxygen of Publicity», *British Journal of Addiction,* Vol. 84, p. 943.

Fountain, J.; Griffiths, P.; Farrell, M.; Gossop, M., y Strang, J. (1999): «Benzodiazepines in polydrug-using repertoires: the impact of the decreased availability of temazepam gel-filled capsules», *Drugs: Education, Prevention and Policy,* Vol. 6 (1), pp. 61-69 (*).

Gossop, M.; Marsden, J., y Stewart, D. (1998): *NTORS at one year — The National Treatment Outcome Research Study,* Ministerio de Sanidad, Londres.

Gossop, M.; Marsden, J., y Stewart, D. (2001): *NTORS after five years. Changes in substance use, health and criminal behaviour during the five years after intake*, Estudio Nacional sobre Resultados de Tratamientos, Centro Nacional sobre Adicción, Londres.

Gossop, M.; Marsden, J.; Stewart, D.; Lehmann, P.; Edwards, C.; Wilson, A., y Segar, G. (1998): «Substance use, health and social problems of clients at 54 drug treatment agencies: intake data from the National Treatment Outcome Research Study (NTORS)», *British Journal of Psychiatry*, Vol. 173.

Greenstein, R. A.; Fudala, P. J., y O' Brien, C. P. (1997): «Alternative Pharmacotherapies for Opiate Addiction», *Substance Abuse — A Comprehensive Textbook,* Estados Unidos.

Haw, S. (1993): *Pharmaceutical drugs and illicit drug use in the Lothian region*, Centro de Estudios sobre VIH/sida y Drogas (CHADS), Hospital Municipal de Edimburgo.

Heroinstudie (2002), sitio web oficial que contiene información sobre el experimento alemán con heroína: http://www.heroinstudie.de.

Hunt, N. (2002): «Preliminary results from the 2001 UK Mixmag drug use survey», Segunda Conferencia Internacional sobre el consumo de sustancias en la vida nocturna y cuestiones relacionadas con la salud, 24 a 27 de marzo de 2002, Rimini, Región de Emilia Romaña y Universidad John Moores.

Informes nacionales de la red Reitox, 2001

Jungner, M. (2001): «Treatment of intoxicating substance misuse in Finnish prisons», *Connections, The Newsletter of the European Network of Drug and VIH/AIDS Services in Prison*, números 9 y 10, noviembre de 2001, pp. 12-13.

Kethea-NSPH (2001): «Effectiveness-evaluation of the Kethea's Therapeutic Communities», Centro de Terapia para Drogodependientes (Kethea), Escuela Nacional de Salud Pública, Sección de Sociología (NSPH), Atenas.

Kriener, H.; Billet, R.; Gollner, C.; Lachout, S.; Neubauer, P., y Schmid, R. (2001): «An Inventory of On-Site Pill Testing Interventions in the EU», OEDT, Lisboa.

Leccese, A.P.; Pennings, E.J.M., y De Wolff, F.A. (2000): *Combined use of alcohol and psychotropic drugs. A review of the literature,* Hospital Universitario de Leiden (AZL), Leiden (*).

Lowinson, H. L.; Payte, F. T.; Salsitz, E.; Joseph, H.; Marion, I. J., y Dole, V. P. (1997): «Methadone Maintenance», *Substance Abuse — A Comprehensive Textbook*, Estados Unidos.

Lýsen, L. (2001): «The Swedish system and the experiences at the Gävle prison — management of drug problems in prison», *Connections, The Newsletter of the European Network of Drug and VIH/AIDS Services in Prison*, números 9 y 11, noviembre de 2001, pp. 10-11.

McElrath, K., y McEvoy, K. (1999): *Ecstasy use in Northern Ireland,* Queen's University, Belfast.

Ministerio de Justicia, Igualdad y Reforma Jurídica (1999): «El abuso de drogas y su tratamiento en prisión: proyecto de plan de acción» (no publicado) (*).

Neale, J. (2001): «Don't overdo it: overdose prevention and extent», *Druglink*, Vol. 16, julio/agosto de 2001, pp. 18-22.

NR, 2001 = Informes nacionales de 2001 de estos países presentados al OEDT: capítulo 13 (salvo el 12 en el caso de Noruega y el 18 en el caso de Finlandia).

OEDT (2000): *Reviewing current practice in drug-substitution treatment in the European Union*, Luxemburg, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas.

OMS (1994): Léxico de términos sobre alcohol y drogas.

ONS (Oficina Nacional de Estadística) (2000a): «ONS drug-related deaths database: first results for England and Wales, 1993-7», *Health Statistics Quarterly*, número 5 (primavera de 2000), pp. 57-60, Oficina Nacional de Estadística, Londres (*).

ONS (Oficina Nacional de Estadística) (2000b): «Deaths related to drug poisoning: results for England and Wales, 1994-1998», *Health Statistics Quarterly,* número 7 (otoño de 2000): pp. 59-62, Oficina Nacional de Estadística, Londres.

ONS (Oficina Nacional de Estadística) (2000c): «Deaths related to drug poisoning: results for England and Wales, 1995-1999», *Health Statistics Quarterly,* número 9 (primavera de 2001), pp. 70-72, Oficina Nacional de Estadística, Londres.

Pedersen, M. U. (2000): *Stofmisbrugere før under efter behandling,* Centro para la Investigación de los Estupefacientes.

Programa Mundial sobre sida de la OMS (1993): *Directrices de la OMS sobre la infección por el VIH y el sida en las cárceles*, WHO/GPA/DIR/93.3 (y reimpresión UNAIDS/99.47/E). Pueden descargarse en formato PDF en: http://www.unaids.org/best-practice/collection/subject/sector/keyprisons.html.

Rigter, H. (1998): *Effecten van justitiële drang en dwang bij de behandeling van verslaafden*, Instituto Trimbos, Utrecht (*).

Seppälä, P. (1999): «Kielletyt aineet ja niiden merkitys teknokulttuurissa» [Banned substances and their relevance to techno-culture], *Yhteiskuntapolitiikka*, 64 (4), pp. 359-368 (*).

Snippe, J., y Bieleman, B. (1997): «Opiate users and crime in the Netherlands», en Korf, D., and Riper, H. (ed.), *Illicit drug use in Europe: Proceedings of the 7th Conference on drug use and drug policy*, Universidad de Amsterdam (SISWO), Amsterdam.

Sonntag, D., y Künzel L.J. (2000): «Hat die Therapiedauer bei alkohol-und drogenabhängigen Patienten einen positiven Einfluss auf den Therapieerfolg?» *Sucht*, Vol. 46 (número especial 2).

Spacca, E. (2002): Comunicación personal de Edoardo Spacca, Coordinador de la Red Europea de Servicios de Drogodependencia en las Prisiones (ENDSP), basada en los Servicios de Drogodependencia de Cranstoun, Londres.

Stöver, H. (2001): *Assistance to Drug Users in European Union Prisons: an overview study***,** Informe Científico del OEDT, Lisboa y Londres.

Strang, J.; Griffiths, P.; Powis, B.; Fountain, J.; Williamson, S., y Gossop, M. (1999): «Which drugs cause overdose amongst opiate misusers? Study of personal and witnessed overdoses», *Drug and Alcohol Review*, Vol. 18, pp. 253-261 (*).

Strang, J.; Seivewright, N., y Farrell, M. (1993): «Oral and intravenous abuse of benzodiazepines», en Hallstrom, C. (ed), *Benzodiazepine dependence*, Oxford University Press, Oxford.

Taylor, A.; Frischer, M., y Goldberg, D. (1996): «Non-fatal overdosing is related to polydrug use in Glasgow», Carta al Director, *British Medical Journal*, volumen 313, 30 de noviembre de 1996, pp. 1140-1141.

Trabajos de la Conferencia sobre salud en clubes nocturnos (2002): Segunda Conferencia Internacional sobre el consumo de sustancias en la vida nocturna y cuestiones relacionas con la salud, 24 a 27 de marzo de 2002, Rimini, Región de Emilia Romaña y Universidad John Moores.

Tretter, F.; Küfner, H.; Kümmler, P.; Beloch, E.; Drobik, U.; Burkhardt. D., y Walcher, S. (2001): «Katamnese nach antagonisten-induziertem narkosegestütztem Opiatentzug», *Sucht*, Vol. 47 (3) pp. 189-200.

Van den Brink, W., Hendriks, V. M., Blanken, P., Huijsman, I. A., y Ree, J. M. V. (2002): «Medical co-prescription of heroin, two randomised controlled trials», Comité Central sobre el tratamiento de los adictos a la heroína (CCBH), Países Bajos.

Vermaas, P. (1999): «Drugs en geweld, "Poligebruikers" zijn onvoorspelbaar en agressief» *Algemeen Politieblad*, número 10 (*).

WIAD-ORS, Red Europea para la prevención del VIH/AIDS y la Hepatitis en las Prisiones (1998): Informe anual a la CE, WIAD (Bonn) & ORS (Marsella).

WIAD-ORS, Red Europea para la prevención del VIH/AIDS y la Hepatitis las Prisiones (2001): Informe Final de Actividades, WIAD (Bonn) & ORS (Marsella).

Wirth, U. (2001): «Der Verlauf der Drogenabhängigkeit nach der stationären Behandlung, Eine Studie des Anton Proksch-Instituts», Anton Proksch-Institut, Viena.

Para más información sobre los servicios de drogodependencia en prisión, véase la Red Europea de Servicios de Drogodependencia en las Prisiones (ENDSP, anteriormente ENDHASP) en el sitio web: http://www.cranstoun.org.

(*) referencia citada en el informe nacional.

Puntos focales Reitox

Belgium — Ms Denise Walckiers
Scientific Institute of Public Health
Rue Juliette Wytsman 14
B-1050 Brussels
Tel. (32-2) 642 50 35
Fax (32-2) 642 54 10
E-mail: BIRN@iph.fgov.be

Denmark — Mr Thomas Clement
National Board of Health
Islands Brygge, 67, Postbox 1881
DK-2300 Copenhagen S
Tel. (45) 72 22 74 00
Fax (45) 72 22 74 11
E-mail: tcl@sst.dk
Kari Grasaasen
E-mail: kag@sst.dk

Germany — Mr Roland Simon
Institute for Therapy Research
Parzivalstraße 25
D-80804 Munich
Tel. (49-89) 36 08 04 40
Fax (49-89) 36 08 04 49
E-mail: Simon@ift.de

Greece — Ms Manina Terzidou
University of Mental Health Research Institute (UMHRI)
(**Office:** 12 Eginitou Street)
GR-115 28 Athens
Tel. (30-10) 653 69 02
Fax (30-10) 653 72 73
Postal address
Greek Reitox Focal Point
PO Box 66517 — Papagou Post Office
GR-15 601 Athens
E-mail: ektepn@hol.gr

Spain — Ms Elena Garzon
Government Delegation to the National Plan on Drugs (DGPND)
C/Recoletos, 22
E-28001 Madrid
Tel. (34) 915 37 27 25
Fax (34) 915 37 26 95
E-mail: egarzon@pnd.mir.es
Ms Ana Andres Ballesteros —
Tel. (34) 915 37 26 86
E-mail: anaab@pnd.mir.es

France — Mr Jean Michel Costes
French Observatory for Drugs and Drug Addiction
105, rue Lafayette
F-75110 Paris
Tel. (33) 153 20 16 16
Fax (33) 153 20 16 00
E-mail: jecos@ofdt.fr

Ireland — Mr Hamish Sinclair
Drug Misuse Research Division
Health Research Board
73 Lower Baggot Street
Dublin 2
Ireland
Tel. (353-1) 676 11 76 ext. 160
Fax (353-1) 661 18 56
E-mail: Hsinclair@hrb.ie
Mary O'Brien
Tel. (353-1) 676 11 76 ext. 163
E-mail: Mobrien@hrb.ie

Italy — Ms Annalisa Vittore
Ministry of Labour and Social Policies
Department of Social and Previdential Policies
Directorate-General for Drug Addiction and for the National Observatory
Via Fornovo, 8, Pal. B
I-00187 Rome
Tel. (39) 06 36 75 48 01
Fax (39) 06 36 75 48 11
E-mail: svittore@minwelfare.it
Silvia Zanone
E-mail: szanone@minwelfare.it

Luxembourg — Mr Alain Origer
Direction de la Santé — EMCDDA Focal Point
Luxembourg
Allée Marconi, Villa Louvigny
L-2120 Luxembourg
Tel. (352) 478 56 25
Fax (352) 46 79 65
E-mail: alain.origer@ms.etat.lu

Netherlands — Mr Franz Trautmann
Trimbos Instituut
Netherlands Institute of Mental Health and Addiction
Da Costakade 45, PO Box 725
3500 AS Utrecht
Netherlands
Tel. (31-30) 297 11 86
Fax (31-30) 297 11 87
E-mail: ftrautmann@trimbos.nl

Austria — Ms Sabine Haas
ÖBIG — Austrian Health Institute
Stubenring 6
A-1010 Vienna
Tel. (43-1) 515 61–160
Fax (43-1) 513 84 72
E-mail: HAAS@oebig.at

Portugal — Dr Elza Pais
Instituto Português da Droga e da Toxicodependência (IPDT)
Av. João Crisostomo, 14
P-1000-179 Lisbon
Tel. (351) 213 10 41 00
Fax (351) 213 10 41 90
E-mail: Elza.Pais@ipdt.pt
Dr Maria Moreira
Tel. (351) 213 10 41 26
E-mail: Maria.Moreira@ipdt.pt

Finland — Mr Ari Virtanen
National Research and Development Centre for Welfare and Health
PO Box 220
(**Office:** Siltasaarenkatu 18 A)
FIN-00531 Helsinki
Tel. (358-9) 396 71
Fax (358-9) 76 13 07
E-mail: ari.virtanen@stakes.fi

Sweden — Mr Bertil Pettersson
National Institute of Public Health
S-103 52 Stockholm
(Office: Olof Palmes gata 17)
Tel. (46-8) 56 61 35 13
Fax (46-8) 56 61 35 05
Mobile: (46) 704 83 35 13
E-mail:Bertil.Pettersson@fhi.se

United Kingdom — Mr Axel Klein
DrugScope
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: axelk@Drugscope.org.uk

Norway — Mr Knut Brofoss
National Research Centre (SIRUS) — SIFA
PB 565 Sentrum
N-0105 Oslo
Office: Øvre Slottsgate 2B
N-0157 Oslo
Tel. (47) 22 34 04 00
Fax (47) 22 34 04 01
Mr Odd Hordvin (Coordinator NFP)
E-mail: odd@sirus.no

European Commission — Mr Timo Jetsu
European Commission
Justice and Home Affairs DG — Drugs Coordination Unit
LX46, 3/186
B-1049 Brussels
Tel. (32-2) 29-95784
Fax (32-2) 29-53205
E-mail: Timo.Jetsu@cec.eu.int

Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías

2002 Informe anual sobre el problema de la drogodependencia en la Unión Europea y en Noruega

Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas

2002 — 63 pp. — 21 x 29,7 cm

ISBN 92-9168-125-3

Venta • Salg • Verkauf • Πωλήσεις • Sales • Vente • Vendita • Verkoop • Venda • Myynti • Försäljning
http://eur-op.eu.int/general/en/s-ad.htm

BELGIQUE/BELGIË

Jean De Lannoy
Avenue du Roi 202/Koningslaan 202
B-1190 Bruxelles/Brussel
Tél. (32-2) 538 43 08
Fax (32-2) 538 08 41
E-mail: jean.de.lannoy@infoboard.be
URL: http://www.jean-de-lannoy.be

La librairie européenne/
De Europese Boekhandel
Rue de la Loi 244/Wetstraat 244
B-1040 Bruxelles/Brussel
Tél. (32-2) 295 26 39
Fax (32-2) 735 08 60
E-mail: mail@libeurop.be
URL: http://www.libeurop.be

Moniteur belge/Belgisch Staatsblad
Rue de Louvain 40-42/Leuvenseweg 40-42
B-1000 Bruxelles/Brussel
Tél. (32-2) 552 22 11
Fax (32-2) 511 01 84
E-mail: eusales@just.fgov.be

DANMARK

J. H. Schultz Information A/S
Herstedvang 12
DK-2620 Albertslund
Tlf. (45) 43 63 23 00
Fax (45) 43 63 19 69
E-mail: schultz@schultz.dk
URL: http://www.schultz.dk

DEUTSCHLAND

Bundesanzeiger Verlag GmbH
Vertriebsabteilung
Amsterdamer Straße 192
D-50735 Köln
Tel. (49-221) 97 66 80
Fax (49-221) 97 66 82 78
E-Mail: vertrieb@bundesanzeiger.de
URL: http://www.bundesanzeiger.de

ΕΛΛΑΔΑ/GREECE

G. C. Eleftheroudakis SA
International Bookstore
Panepistimiou 17
GR-10564 Athina
Tel. (30-1) 331 41 80/1/2/3/4/5
Fax (30-1) 325 84 99
E-mail: elebooks@netor.gr
URL: elebooks@hellasnet.gr

ESPAÑA

Boletín Oficial del Estado
Trafalgar, 27
E-28071 Madrid
Tel. (34) 915 38 21 11 (libros)
913 84 17 15 (suscripción)
Fax (34) 915 38 21 21 (libros),
913 84 17 14 (suscripción)
E-mail: clientes@com.boe.es
URL: http://www.boe.es

Mundi Prensa Libros, SA
Castelló, 37
E-28001 Madrid
Tel. (34) 914 36 37 00
Fax (34) 915 75 39 98
E-mail: libreria@mundiprensa.es
URL: http://www.mundiprensa.com

FRANCE

Journal officiel
Service des publications des CE
26, rue Desaix
F-75727 Paris Cedex 15
Tél. (33) 140 58 77 31
Fax (33) 140 58 77 00
E-mail: europublications@journal-officiel.gouv.fr
URL: http://www.journal-officiel.gouv.fr

IRELAND

Alan Hanna's Bookshop
270 Lower Rathmines Road
Dublin 6
Tel. (353-1) 496 73 98
Fax (353-1) 496 02 28
E-mail: hannas@iol.ie

ITALIA

Licosa SpA
Via Duca di Calabria, 1/1
Casella postale 552
I-50125 Firenze
Tel. (39) 055 64 83 1
Fax (39) 055 64 12 57
E-mail: licosa@licosa.com
URL: http://www.licosa.com

LUXEMBOURG

Messageries du livre SARL
5, rue Raiffeisen
L-2411 Luxembourg
Tél. (352) 40 10 20
Fax (352) 49 06 61
E-mail: mail@mdl.lu
URL: http://www.mdl.lu

NEDERLAND

SDU Servicecentrum Uitgevers
Christoffel Plantijnstraat 2
Postbus 20014
2500 EA Den Haag
Tel. (31-70) 378 98 80
Fax (31-70) 378 97 83
E-mail: sdu@sdu.nl
URL: http://www.sdu.nl

PORTUGAL

Distribuidora de Livros Bertrand Ld.ª
Grupo Bertrand, SA
Rua das Terras dos Vales, 4-A
Apartado 60037
P-2700 Amadora
Tel. (351) 214 95 87 87
Fax (351) 214 96 02 55
E-mail: dlb@ip.pt

Imprensa Nacional-Casa da Moeda, SA
Sector de Publicações Oficiais
Rua da Escola Politécnica, 135
P-1250-100 Lisboa Codex
Tel. (351) 213 94 57 00
Fax (351) 213 94 57 50
E-mail: spoce@incm.pt
URL: http://www.incm.pt

SUOMI/FINLAND

Akateeminen Kirjakauppa/
Akademiska Bokhandeln
Keskuskatu 1/Centralgatan 1
PL/PB 128
FIN-00101 Helsinki/Helsingfors
P./tfn (358-9) 121 44 18
F./fax (358-9) 121 44 35
Sähköposti: sps@akateeminen.com
URL: http://www.akateeminen.com

SVERIGE

BTJ AB
Traktorvägen 11-13
S-221 82 Lund
Tlf. (46-46) 18 00 00
Fax (46-46) 30 79 47
E-post: btjeu-pub@btj.se
URL: http://www.btj.se

UNITED KINGDOM

The Stationery Office Ltd
Customer Services
PO Box 29
Norwich NR3 1GN
Tel. (44) 870 60 05-522
Fax (44) 870 60 05-533
E-mail: book.orders@theso.co.uk
URL: http://www.itsofficial.net

ÍSLAND

Bokabud Larusar Blöndal
Skólavördustig, 2
IS-101 Reykjavik
Tel. (354) 552 55 40
Fax (354) 552 55 60
E-mail: bokabud@simnet.is

SCHWEIZ/SUISSE/SVIZZERA

Euro Info Center Schweiz
c/o OSEC Business Network Switzerland
Stampfenbachstraße 85
PF 492
CH-8035 Zürich
Tel. (41-1) 365 53 15
Fax (41-1) 365 54 11
E-mail: eics@osec.ch
URL: http://www.osec.ch/eics

BĂLGARIJA

Europress Euromedia Ltd
59, blvd Vitosha
BG-1000 Sofia
Tel. (359-2) 980 37 66
Fax (359-2) 980 42 30
E-mail: Milena@mbox.cit.bg
URL: http://www.europress.bg

CYPRUS

Cyprus Chamber of Commerce and Industry
PO Box 21455
CY-1509 Nicosia
Tel. (357-2) 88 97 52
Fax (357-2) 66 10 44
E-mail: demetrap@cci.org.cy

EESTI

Eesti Kaubandus-Tööstuskoda
(Estonian Chamber of Commerce and Industry)
Toom-Kooli 17
EE-10130 Tallinn
Tel. (372) 646 02 44
Fax (372) 646 02 45
E-mail: einfo@koda.ee
URL: http://www.koda.ee

HRVATSKA

Mediatrade Ltd
Pavla Hatza 1
HR-10000 Zagreb
Tel. (385-1) 481 94 11
Fax (385-1) 481 94 11

MAGYARORSZÁG

Euro Info Service
Szt. István krt.12
III emelet 1/A
PO Box 1039
H-1137 Budapest
Tel. (36-1) 329 21 70
Fax (36-1) 349 20 53
E-mail: euroinfo@euroinfo.hu
URL: http://www.euroinfo.hu

MALTA

Miller Distributors Ltd
Malta International Airport
PO Box 25
Luqa LQA 05
Tel. (356) 66 44 88
Fax (356) 67 67 99
E-mail: gwirth@usa.net

NORGE

Swets Blackwell AS
Hans Nielsen Hauges gt. 39
Boks 4901 Nydalen
N-0423 Oslo
Tel. (47) 23 40 00 00
Fax (47) 23 40 00 01
E-mail: info@no.swetsblackwell.com
URL: http://www.swetsblackwell.com.no

POLSKA

Ars Polona
Krakowskie Przedmiescie 7
Skr. pocztowa 1001
PL-00-950 Warszawa
Tel. (48-22) 826 12 01
Fax (48-22) 826 62 40
E-mail: books119@arspolona.com.pl

ROMÂNIA

Euromedia
Str.Dionisie Lupu nr. 65, sector 1
RO-70184 Bucuresti
Tel. (40-1) 315 44 03
Fax (40-1) 312 96 46
E-mail: euromedia@mailcity.com

SLOVAKIA

Centrum VTI SR
Nám. Slobody, 19
SK-81223 Bratislava
Tel. (421-7) 54 41 83 64
Fax (421-7) 54 41 83 64
E-mail: europ@tbb1.sltk.stuba.sk
URL: http://www.sltk.stuba.sk

SLOVENIJA

GV Zalozba
Dunajska cesta 5
SLO-1000 Ljubljana
Tel. (386) 613 09 1804
Fax (386) 613 09 1805
E-mail: europ@gvestnik.si
URL: http://www.gvzalozba.si

TÜRKIYE

Dünya Infotel AS
100, Yil Mahallessi 34440
TR-80050 Bagcilar-Istanbul
Tel. (90-212) 629 46 89
Fax (90-212) 629 46 27
E-mail: aktuel.info@dunya.com

ARGENTINA

World Publications SA
Av. Cordoba 1877
C1120 AAA Buenos Aires
Tel. (54-11) 48 15 81 56
Fax (54-11) 48 15 81 56
E-mail: wpbooks@infovia.com.ar
URL: http://www.wpbooks.com.ar

AUSTRALIA

Hunter Publications
PO Box 404
Abbotsford, Victoria 3067
Tel. (61-3) 94 17 53 61
Fax (61-3) 94 19 71 54
E-mail: jpdavies@ozemail.com.au

BRESIL

Livraria Camões
Rua Bittencourt da Silva, 12 C
CEP
20043-900 Rio de Janeiro
Tel. (55-21) 262 47 76
Fax (55-21) 262 47 76
E-mail: livraria.camoes@incm.com.br
URL: http://www.incm.com.br

CANADA

Les éditions La Liberté Inc.
3020, chemin Sainte-Foy
Sainte-Foy, Québec G1X 3V6
Tel. (1-418) 658 37 63
Fax (1-800) 567 54 49
E-mail: liberte@mediom.qc.ca

Renouf Publishing Co. Ltd
5369 Chemin Canotek Road, Unit 1
Ottawa, Ontario K1J 9J3
Tel. (1-613) 745 26 65
Fax (1-613) 745 76 60
E-mail: order.dept@renoufbooks.com
URL: http://www.renoufbooks.com

EGYPT

The Middle East Observer
41 Sherif Street
Cairo
Tel. (20-2) 392 69 19
Fax (20-2) 393 97 32
E-mail: inquiry@meobserver.com
URL: http://www.meobserver.com.eg

MALAYSIA

EBIC Malaysia
Suite 45.02, Level 45
Plaza MBf (Letter Box 45)
8 Jalan Yap Kwan Seng
50450 Kuala Lumpur
Tel. (60-3) 21 62 92 98
Fax (60-3) 21 62 61 98
E-mail: ebic@tm.net.my

MÉXICO

Mundi Prensa México, SA de CV
Río Pánuco, 141
Colonia Cuauhtémoc
MX-06500 México, DF
Tel. (52-5) 533 56 58
Fax (52-5) 514 67 99
E-mail: 101545.2361@compuserve.com

SOUTH AFRICA

Eurochamber of Commerce in South Africa
PO Box 781738
2146 Sandton
Tel. (27-11) 884 39 52
Fax (27-11) 883 55 73
E-mail: info@eurochamber.co.za

SOUTH KOREA

The European Union Chamber of
Commerce in Korea
5th Fl, The Shilla Hotel
202, Jangchung-dong 2 Ga, Chung-ku
Seoul 100-392
Tel. (82-2) 22 53-5631/4
Fax (82-2) 22 53-5635/6
E-mail: eucck@eucck.org
URL: http://www.eucck.org

SRI LANKA

EBIC Sri Lanka
Trans Asia Hotel
115 Sir Chittampalam
A. Gardiner Mawatha
Colombo 2
Tel. (94-1) 074 71 50 78
Fax (94-1) 44 87 79
E-mail: ebicsl@slnet.ik

T'AI-WAN

Tycoon Information Inc
PO Box 81-466
105 Taipei
Tel. (886-2) 87 12 88 86
Fax (886-2) 87 12 47 47
E-mail: euitupe@ms21.hinet.net

UNITED STATES OF AMERICA

Bernan Associates
4611-F Assembly Drive
Lanham MD 20706-4391
Tel. (1-800) 274 44 47 (toll free telephone)
Fax (1-800) 865 34 50 (toll free fax)
E-mail: query@bernan.com
URL: http://www.bernan.com

ANDERE LÄNDER
OTHER COUNTRIES
AUTRES PAYS

Bitte wenden Sie sich an ein Büro Ihrer Wahl/Please contact the sales office of your choice/Veuillez vous adresser au bureau de vente de votre choix

Office for Official Publications of the European Communities
2, rue Mercier
L-2985 Luxembourg
Tel. (352) 29 29-42455
Fax (352) 29 29-42758
E-mail: info-info-opoce@cec.eu.int
URL: publications.eu.int

2/2002

16 17 5 TD-AC-02-001-ES-C

A propósito del OEDT

El Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías (OEDT) es una de las 12 agencias descentralizadas creadas por la Unión Europea para desarrollar trabajo técnico o científico especializado.
Creado en 1993 y operacional desde 1995, el principal objetivo del Observatorio es proporcionar «información objetiva, fiable y sobre el fenómeno de la droga y la toxicomanía, así como sobre sus consecuencias». A través de la información estadística, documental y técnica que recopila, analiza y difunde el OEDT proporciona a su público (que pueden ser responsables políticos, personal sanitario que trabaja en el campo de las drogas, o los ciudadanos europeos) una imagen de conjunto del fenómeno de la drogadicción en Europa.

Las principales funciones del Observatorio consisten en:

- Recopilar y analizar la información existente.
- Mejorar los métodos de comparación de datos.
- Difundir la información.
- Cooperar con organizaciones europeas e internacionales y con Estados que no son miembros de la UE.

El OEDT en línea

Una versión en línea interactiva del *Informe anual 2002* se encuentra en la dirección http://annualreport.emcdda.eu.int en 12 lenguas. Esta versión proporciona enlaces a fuentes de información, informes y documentos de base utilizados en la elaboración del presente informe.

Información detallada sobre el consumo de drogas en Europa, publicaciones descargables en las once lenguas oficiales de la UE y noruego, enlaces a centros especializados de información sobre drogas en Europa y fuera de ella, y libre acceso a bases de datos especializadas, puede encontrarse en la página web del OEDT en http://www.emcdda.eu.int.

OFICINA DE PUBLICACIONES OFICIALES
DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS

L-2985 Luxembourg

ISBN 92-9168-125-3