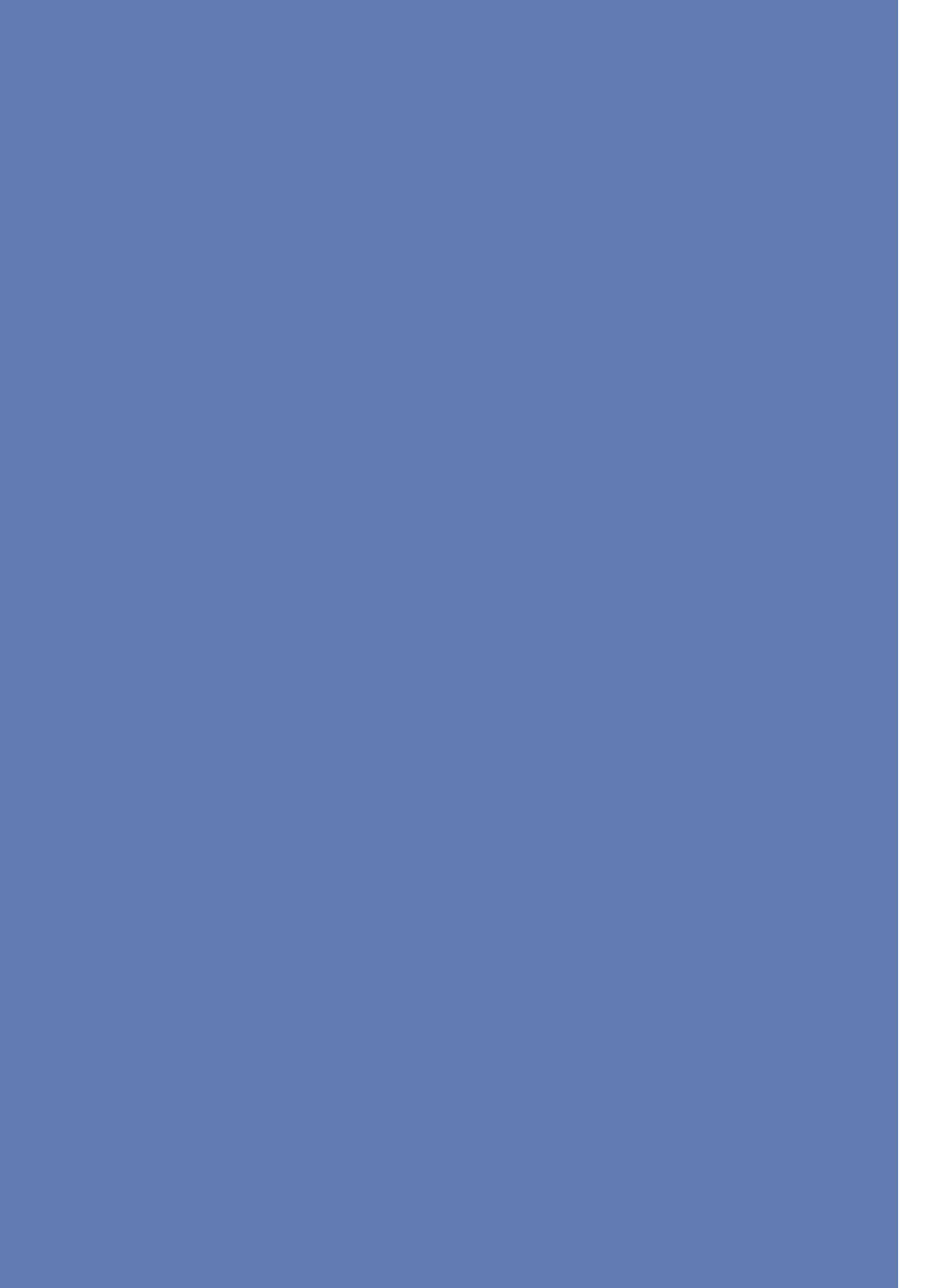




Observatorio Europeo de las  
Drogas y las Toxicomanías

# INFORME ANUAL 2011

EL PROBLEMA DE LA DROGODEPENDENCIA  
EN EUROPA





Observatorio Europeo de las  
Drogas y las Toxicomanías

# INFORME ANUAL 2011

EL PROBLEMA DE LA DROGODEPENDENCIA  
EN EUROPA

## Advertencia legal

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

Más información sobre la Unión Europea, en el servidor Europa de Internet (<http://europa.eu>).

Europe Direct es un servicio destinado a ayudarle a encontrar respuestas a sus preguntas sobre la Unión Europea.

Número de teléfono gratuito (\*):

**00 800 6 7 8 9 10 11**

(\*) Algunos operadores de telefonía móvil no autorizan el acceso a los números 00 800 o cobran por ello.

El presente informe se publica en alemán, búlgaro, checo, danés, eslovaco, esloveno, español, estonio, finés, francés, griego, húngaro, inglés, italiano, letón, lituano, neerlandés, polaco, portugués, rumano, sueco y noruego. Todas las traducciones han sido realizadas por el Centro de Traducción de los Órganos de la Unión Europea.

Al final de la obra figura una ficha catalográfica.

Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2011

ISBN 978-92-9168-471-7

doi:10.2810/4450

© Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2011

Reproducción autorizada, con indicación de la fuente bibliográfica.

*Printed in Luxembourg*

IMPRESO EN PAPEL BLANQUEADO SIN CLORO



Observatorio Europeo de las  
Drogas y las Toxicomanías

Cais do Sodré, 1249-289 Lisboa, Portugal  
Tel. +351 211210200 • Fax +351 218131711  
[info@emcdda.europa.eu](mailto:info@emcdda.europa.eu) • [www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu)

## Índice

Prefacio	5
Agradecimientos	7
Nota introductoria	9
Comentario: Panorama general del consumo actual de drogas en Europa	13
Capítulo 1: Políticas y legislación	
Evolución de la política internacional y de la UE • Estrategias nacionales en materia de drogas • Gasto público y coste social • Legislación nacional • Investigación sobre las drogas	20
Capítulo 2: Respuestas a los problemas relacionados con las drogas en Europa: panorámica general	
Prevención • Tratamiento • Reinserción social • Reducción de daños • Garantía de calidad • Cumplimiento de la legislación sobre drogas e infracciones de la misma • Respuesta sanitaria y social en los centros penitenciarios	30
Capítulo 3: Cannabis	
Suministro y disponibilidad • Prevalencia y pautas de consumo • Tratamiento	46
Capítulo 4: Anfetaminas, éxtasis, sustancias alucinógenas, GHB y ketamina	
Suministro y disponibilidad • Prevalencia y pautas de consumo • Intervenciones en entornos recreativos • Tratamiento	58
Capítulo 5: Cocaína y crack	
Suministro y disponibilidad • Prevalencia y pautas de consumo • Consecuencias sanitarias del consumo de cocaína • Consumo problemático de cocaína y demanda de tratamiento • Tratamiento y reducción de daños	71
Capítulo 6: Consumo de opiáceos y drogas por vía parenteral	
Suministro y disponibilidad • Consumo problemático de opiáceos • Consumo de drogas por vía parenteral • Tratamiento	82
Capítulo 7: Enfermedades infecciosas y muertes relacionadas con las drogas	
Enfermedades infecciosas relacionadas con las drogas • Prevención y respuesta a las enfermedades infecciosas • Muertes relacionadas con las drogas y mortalidad • Reducción del número de muertes relacionadas con las drogas	93
Capítulo 8: Nuevas drogas y tendencias emergentes	
Actuación frente a las nuevas drogas • Mefedrona • Otras sustancias • Sustancias psicotrópicas «legales» • Vigilancia de la venta de nuevas drogas	106
Bibliografía	113



## Prefacio

Este año se conmemora el 50° aniversario de la ratificación en Naciones Unidas de la Convención Única sobre Estupefacientes, uno de los pilares del sistema internacional para el control de las drogas. En el momento de presentar nuestra evaluación anual sobre la problemática de la droga en Europa, es difícil no reaccionar asombrado al percatarse de la evolución que ha seguido este fenómeno durante los últimos cincuenta años. Múltiples factores han influido en los complejos problemas que la drogodependencia plantea actualmente en Europa, y que nunca se presentan aislados ni en términos sociales ni geográficos. Nuestro informe así lo reconoce, como también reconoce la necesidad de tener en cuenta evoluciones culturales de mayor calado, así como las tendencias globales, dado que ambas pueden repercutir profundamente sobre las pautas de consumo de drogas y los daños asociados. Nuestro informe se proyecta contra el trasfondo de crisis económica a la que actualmente se enfrentan muchos países europeos, y que ya se deja sentir en la progresiva merma de presupuesto para servicios. Los avances experimentados en las tecnologías de la información han revolucionado nuestra vida cotidiana y, en consecuencia, nada tiene de extraordinario que sus efectos empiecen a dejarse sentir asimismo sobre el fenómeno de las drogas. Podemos apreciarlo, en concreto, no solo por los métodos empleados para la comercialización y la venta de drogas, sino también por la aparición de nuevas oportunidades de prevención y de tratamiento. El mundo crecientemente globalizado en el que vivimos constituye un terreno cada vez más abonado para la delincuencia organizada, que no ve en las drogas sino una mercancía ilegal más entre otras muchas existentes. También aquí es importante adoptar una perspectiva global, puesto que las consecuencias del consumo de drogas en Europa no se detienen únicamente en nuestras fronteras. Baste citar como ejemplo el modo en que las iniciativas de la UE orientadas a favorecer el desarrollo social en los países vecinos se ven amenazadas por los cambios sobrevenidos en las rutas seguidas por el tráfico de drogas, lo que debilita la consolidación de unas instituciones democráticas todavía frágiles y alimenta las prácticas corruptas.

Es importante reconocer que este informe es fruto de la colaboración, y queremos expresar aquí nuestro agradecimiento a todos los que han contribuido a su elaboración. En particular, el informe solo ha sido posible gracias al denodado trabajo y a la dedicación de nuestros socios de la red Reitox de puntos focales nacionales y a los expertos de toda Europa que han contribuido con su análisis. Estamos también en deuda con otros organismos europeos e internacionales que han brindado también su análisis. Pero nuestro trabajo

no se limita a recabar la información facilitada por otros. Nuestro cometido es realizar un análisis independiente y con una base científica sólida sobre el problema de la drogodependencia en Europa. Para ello, tenemos que interpretar datos frecuentemente deficientes. El método de análisis del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) se basa en diferentes indicadores y en el principio de cautela. Es preciso contrastar las conclusiones derivadas de una serie de datos con otras fuentes de información; y si disponemos de escasa información, se entenderá, y no hará falta disculparse por ello, que adoptemos una línea de interpretación continuista. Dicho esto, la calidad, la cantidad y la comparabilidad de los datos disponibles sobre la situación de las drogas en Europa mejoran cada vez más. Esto, ya de por sí, constituye un progreso en sí mismo y demuestra el valor de la cooperación y de una actuación coordinada dentro de la Unión Europea.

Finalmente, este informe anual no debe leerse aislado, sino como parte de una amplia y exhaustiva serie de informes anuales. En el boletín estadístico que acompaña al informe se facilitan los datos en los que se ha basado nuestros análisis, así como extensas notas metodológicas. En otras publicaciones más centradas en problemas concretos vinculadas al informe de este año exploramos igualmente en profundidad el coste y la financiación del tratamiento de las drogodependencias, las directrices en materia de prestación de asistencia, el mercado del cannabis y la mortalidad global imputable al consumo de drogas. En informes nacionales detallados y en los resúmenes nacionales sobre la situación de la droga que pueden consultarse en Internet, es posible facilitar datos específicos por país. Hemos elaborado nuestro informe de manera que resulte accesible para el lector en general, adoptando un enfoque estratégico que sea útil para un público, el nuestro, compuesto esencialmente por representantes políticos, y a la vez lo suficientemente pormenorizado como para atender las necesidades de investigadores, estudiantes y científicos. Sea cual sea su perspectiva, esperamos que nuestro trabajo le ayude a conocer mejor en qué situación se encuentra la problemática de la droga en Europa. Tal es nuestra misión, pero además, creemos que dicho conocimiento es un requisito esencial para la formulación de políticas y respuestas eficaces.

**João Goulão**

Presidente, Consejo de Administración del OEDT

**Wolfgang Götz**

Director, OEDT





## Agradecimientos

El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) desea expresar su agradecimiento a las siguientes personas e instituciones, sin cuya contribución no hubiera sido posible este informe:

- los directores de los puntos focales nacionales de la red Reitox y su personal;
- los servicios de cada Estado miembro encargados de recabar los datos básicos para la elaboración del informe;
- los miembros del Consejo de Administración y del Comité Científico del OEDT;
- el Parlamento Europeo, el Consejo de la Unión Europea (en particular, su Grupo de trabajo horizontal sobre drogas, y la Comisión Europea;
- el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC), la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) y Europol;
- el Grupo Pompidou del Consejo de Europa, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), la Oficina Regional para Europa de la OMS, Interpol, la Organización Mundial de Aduanas, la Dirección de Tabaco y Sustancias Reguladas del Ministerio de Salud de Canadá, la Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental de Estados Unidos, el estudio de conductas relacionadas con la salud entre la población escolar, el proyecto ESPAD y el Consejo Sueco de Información sobre el Alcohol y otras Drogas (CAN);
- el Centro de Traducción de los Órganos de la Unión Europea y la Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.

### Puntos focales nacionales de la red Reitox

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

En el sitio web del OEDT encontrará los datos necesarios para entrar en contacto con ellos.



## Nota introductoria

Este informe anual se basa en la información facilitada al Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) por los Estados miembros de la Unión Europea (UE), los países candidatos Croacia y Turquía, así como Noruega. Los datos estadísticos expuestos a continuación se refieren al año 2009 (o al último año para el que se dispone de datos). En ocasiones, los gráficos y los cuadros se limitan únicamente a un subgrupo de países de la Unión Europea: esta selección se ha efectuado en función de los países que cuentan con datos para el período de referencia o bien en función de la necesidad de subrayar determinadas tendencias.

El análisis de tendencias toma únicamente en cuenta a los países que facilitan información suficiente para describir los cambios durante el período especificado. En el análisis de tendencias que emanan de los datos sobre mercados de la droga, los valores no disponibles para 2009 han sido sustituidos en ocasiones por las cifras correspondientes a 2008; en el análisis de tendencias a partir de los demás datos, se han interpolado en ocasiones los valores no disponibles.

A continuación se presenta información de referencia y algunas salvedades que deberán tenerse en cuenta a la hora de proceder a la lectura del informe anual.

### Datos sobre el suministro y la disponibilidad de droga

El volumen de información sistemática y metódica sobre tráfico y comercialización de drogas ilegales sigue siendo limitado. Las estimaciones relativas a la producción de heroína, cocaína y cannabis se obtienen a partir de las estimaciones sobre cultivos basadas en el trabajo de campo (toma de muestras *in situ*), así como a partir de inspecciones aéreas o vía satélite. Esas estimaciones comportan importantes limitaciones, derivadas por ejemplo de las variaciones en las cifras de producción o de las dificultades que plantea el seguimiento de plantaciones como el cannabis, que pueden efectuarse en interior o no circunscribirse a zonas geográficas concretas.

Las incautaciones suelen considerarse un indicador indirecto del suministro, las rutas de tráfico y la disponibilidad de las sustancias. También constituyen un indicador más directo de las actividades represivas de los cuerpos de seguridad (por ejemplo, sus prioridades, recursos o estrategias), a la vez que de sus procedimientos de notificación, y también de la vulnerabilidad de los traficantes. Para entender mejor la comercialización de la droga al por menor, cabe analizar

### Acceso al informe anual y a sus fuentes de datos en Internet

El informe anual está disponible en 22 lenguas y puede descargarse desde el sitio web OEDT. La versión electrónica contiene hipervínculos que permiten la consulta de todas las fuentes en línea citadas en él.

Los siguientes recursos están disponibles solo en Internet:

El boletín estadístico de 2011 presenta todos los cuadros originales en los que se han basado los análisis estadísticos del informe anual. Se describe también con detalle la metodología empleada y se presentan unos 100 gráficos estadísticos adicionales.

Los informes nacionales de los puntos focales Reitox presentan una descripción y un análisis detallado del problema de las drogas país por país.

Los resúmenes nacionales contienen una síntesis gráfica de los aspectos más destacados de la situación de la droga en cada país.

los datos sobre la pureza, la potencia y los precios de venta al por menor. Los precios de venta al por menor notificados al OEDT reflejan el precio que paga el consumidor; las tendencias en los precios se ajustan en función de la inflación a escala nacional. Los datos sobre pureza o potencia facilitados por la mayoría de los países se basan en una muestra de todas las drogas incautadas, y, por lo general, no es posible correlacionar los datos notificados con un nivel específico en el mercado de las drogas. Por lo que se refiere a la pureza, la potencia y los precios al por menor, los análisis se apoyan en los promedios declarados o, en su ausencia, en valores medios. La disponibilidad de los datos sobre los precios y la pureza pueden ser limitadas en ciertos países y su fiabilidad y cotejo pueden resultar problemáticos.

El OEDT recopila informaciones nacionales sobre incautaciones, pureza y precios al por menor de la droga en Europa. Los demás datos relativos al suministro de droga provienen de los sistemas de información y de análisis de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), redondeados mediante información complementaria procedente de Europol. La información sobre precursores de drogas procede de la Comisión Europea, que recaba información sobre las incautaciones de estas sustancias en la Unión Europea (UE), así como de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE),

que participa en iniciativas internacionales orientadas a la prevención del desvío de precursores químicos usados en la fabricación de drogas ilegales.

Los datos y estimaciones presentados en este informe constituyen la mejor aproximación disponible, pero deben interpretarse con cautela, ya que numerosas regiones del planeta no disponen de sistemas avanzados de información relacionados con el suministro de drogas.

### **Prevalencia del consumo de droga cuantificada a partir de las encuestas entre la población general**

El consumo de drogas entre la población general o en edad escolar puede evaluarse mediante encuestas representativas que permiten efectuar una estimación sobre la proporción de personas que declaran haber consumido determinadas drogas en determinados períodos. Las encuestas facilitan también preciosas informaciones que permiten contextualizar las pautas de consumo, las características sociodemográficas de los consumidores, la percepción de riesgo y la disponibilidad.

El OEDT, en estrecha colaboración con expertos nacionales, ha elaborado un cuestionario básico común para las encuestas entre la población adulta («Modelo de cuestionario europeo», EMQ). Este protocolo ha sido aplicado ya en la mayoría de los Estados miembros de la UE. Subsisten, sin embargo, diferencias por lo que respecta a la metodología empleada y los años en los que se hubieran recopilado los datos, por lo que incluso las pequeñas disparidades existentes, particularmente entre países, deben ser interpretadas con cautela.

Las encuestas llevan aparejado un coste oneroso y son pocos los países europeos que recopilan información anual, si bien muchos lo hacen a intervalos de entre dos y cuatro años. En el presente informe se presentan los datos obtenidos de las últimas encuestas disponibles en cada país efectuadas, en la mayoría de los casos, entre 2006 y 2009. En el caso del Reino Unido, los datos sobre prevalencia se refieren, a menos que se especifique lo contrario, a Inglaterra y Gales, aunque también se dispone también de datos independientes correspondientes a Escocia e Irlanda del Norte.

De los tres períodos de consumo normalizados empleados para comunicar los datos de las encuestas, el relativo a la prevalencia en el curso de la existencia (consumo de una droga en cualquier momento de la vida de una persona) es el más recurrente. Si bien esta unidad de medida no refleja la situación actual del consumo de drogas entre adultos, resulta útil para conocer las pautas de consumo y la incidencia. El OEDT divide a los adultos en dos franjas de edad normalizadas, a saber, 15-64 años (todos los adultos) y 15-34 años (adultos jóvenes). Entre los países que utilizan

límites de edad máximos o mínimos diferentes se cuentan Alemania (18), Dinamarca (16), Hungría (18), Malta (18), Reino Unido (16-59) y Suecia (16). El acento recae sobre el consumo durante el último año y durante el último mes (consumo durante los últimos 12 meses o los últimos 30 días de la encuesta) (para más información, consulte el sitio web OEDT). Para los escolares, la prevalencia a lo largo de la vida y durante el último año es similar, ya que no es frecuente el consumo de drogas ilegales antes de los 15 años.

El Proyecto europeo de encuestas escolares sobre el uso indebido de alcohol y otras drogas (ESPAD, *European School Survey Project on Alcohol and other Drugs*) emplea métodos e instrumentos normalizados para cuantificar el consumo de drogas y alcohol entre muestras representativas de población escolar entre los 15 y los 16 años. En 2007 se recabaron datos en 35 países, entre ellos 25 Estados miembros de la UE, Noruega y Croacia. Los resultados de la quinta ronda, llevada a cabo en 2011 con la participación de 23 de los 27 Estados miembros, Croacia y Noruega, se publicarán en 2012.

La encuesta sobre conductas relacionadas con la salud en la población escolar (*Health behaviour in school-aged children*, HBSC) es un estudio efectuado en colaboración con la OMS que investiga la salud y las conductas relacionadas con la salud entre los jóvenes, y desde 2001 incorpora preguntas sobre el consumo de cannabis entre los estudiantes de 15 años. La tercera ronda de esta encuesta con preguntas sobre el consumo de cannabis se realizó en 2009-2010 con la participación de 23 de los 27 Estados miembros, Noruega y Croacia.

### **Demandas de tratamiento**

En los informes sobre demanda de tratamiento, el término «nuevos pacientes» hace referencia a los que han iniciado un tratamiento durante ese año natural por primera vez en su vida, mientras que el término «todos los pacientes» se aplica a todas las personas bajo tratamiento. Esta información no incluye a los pacientes en fase de tratamiento a comienzos del año en cuestión. En los casos en los que se facilita la proporción de demandas de tratamiento para una droga primaria, el denominador utilizado es el número de casos para los que se conoce la droga primaria.

### **Intervenciones**

La información sobre la disponibilidad y puesta en marcha de diversas intervenciones en Europa se basa por lo general en el dictamen especializado de expertos nacionales, recabada mediante cuestionarios estructurados. No obstante, se dispone también de datos cuantitativos de seguimiento para algunos indicadores.





## Comentario

# Panorama general del consumo actual de drogas en Europa

### La situación de las drogas en perspectiva

En muchos aspectos, la nota característica del informe de este año es el acusado contraste. Por una parte, en Europa el consumo de drogas parece mantenerse relativamente estable. Los niveles de prevalencia siguen siendo globalmente elevados desde una perspectiva histórica, pero no aumentan. Y en algunas parcelas importantes, como el consumo de cannabis entre los jóvenes, se vislumbran síntomas positivos. Por otra parte, la evolución del mercado de drogas sintéticas presenta indicios preocupantes, como también, en términos más generales, el uso, por parte de los consumidores de drogas, de un mayor número de sustancias. La politoxicomanía, en particular la combinación de drogas ilegales con alcohol y, en ocasiones, con medicamentos y sustancias no reguladas, se ha convertido en la pauta dominante del consumo de drogas en Europa. Esta realidad plantea un problema tanto para las políticas como para la actuación europea en relación con la problemática de las drogas. La mayoría de los Estados miembros siguen careciendo de un marco político global que aborde el consumo de las sustancias psicotrópicas, y los servicios de tratamiento de drogodependencias se están viendo obligados a adaptar sus prácticas con el fin de atender las necesidades de aquellos pacientes cuyos problemas abarcan distintas sustancias. Igualmente, detectar y evaluar los efectos de las medidas adoptadas para reducir el suministro de drogas obliga a reconsiderar el mercado de sustancias psicotrópicas en su totalidad. Si no se adopta esta perspectiva más general, los progresos alcanzados en relación con una droga en particular pueden provocar un desplazamiento del consumo hacia otras sustancias. Este informe presenta múltiples ejemplos que ilustran hasta qué punto el mercado europeo de drogas ilegales es dinámico, innovador y capaz de adaptarse rápidamente tanto a las oportunidades como a las medidas de control.

### Evaluación del modelo europeo

Europa ha adoptado, en términos generales, un planteamiento bien fundamentado, consolidado y, sin duda, relativamente eficaz para contrarrestar el consumo de drogas ilegales. Dentro de la UE, este planteamiento se articula a través de la actual estrategia europea en materia de drogas y de su plan de acción, que representan un ejemplo único de cooperación a largo

plazo y de intercambio de conocimientos a escala transnacional. En la actualidad se procede a evaluar los logros de la última estrategia europea en materia de drogas. La mayoría de los Estados miembros cuentan en este momento con estrategias relativamente coordinadas y sólidas en materia de drogodependencia que responden, en gran medida, a un modelo similar. A pesar de estos avances positivos y de un aumento general de la prestación de servicios a drogodependientes, siguen existiendo marcadas diferencias entre países, sobre todo en lo que respecta a las inversiones en intervenciones dirigidas a reducir la demanda. La eliminación de tales discrepancias será un reto importante para las futuras políticas de la UE en este ámbito.

El modelo europeo se caracteriza por que su objetivo es alcanzar un equilibrio pragmático entre la reducción de la oferta y la reducción de la demanda, así como por el reconocimiento de la importancia de los derechos humanos, pero también de la seguridad de las comunidades. Este enfoque permite tanto una acción concertada como la cooperación en las intervenciones policiales y las iniciativas relacionadas con el control de las fronteras, como demuestran los programas actuales cuya atención se centra en las rutas de importación de heroína procedente de Afganistán, el tráfico de cocaína a través del Atlántico y el África occidental y la producción de drogas sintéticas. Permite adoptar también medidas innovadoras en relación con el tratamiento y la moderación de los daños, por ejemplo a través del tratamiento asistido por heroína, que está concitando cada vez mayor atención por parte de una serie de países europeos y ha sido objeto de una nueva revisión por parte del OEDT.

### Posible aumento del riesgo de epidemias localizadas de VIH entre los consumidores de drogas por vía parenteral

Tras haberse frenado la propagación general del VIH en la Unión Europea, ha menguado la atención prestada a la prevención del VIH como objetivo prioritario de salud pública en las políticas en materia de drogas. No obstante, el análisis del año en curso plantea la preocupante posibilidad de un aumento del riesgo potencial de epidemias localizadas de VIH. La recesión económica que afecta a muchos países europeos podría estar contribuyendo a incrementar la vulnerabilidad de las comunidades y, al mismo tiempo, a limitar la capacidad

de los Estados miembros para proporcionar unas respuestas adecuadas. Los datos históricos hablan por sí solos: en caso de darse las condiciones, las infecciones de VIH provocadas por el consumo de drogas pueden propagarse rápidamente dentro de las comunidades vulnerables. Además, los logros obtenidos en la Unión Europea para frenar la propagación del VIH relacionada con el consumo de drogas no han tenido eco en muchos de nuestros países vecinos, donde la transmisión del virus asociada al consumo de drogas por vía parenteral, y unas prácticas sexuales de riesgo, sigue constituyendo un importante problema de salud pública. Recientemente, la evolución política y económica se ha traducido en un incremento de la migración desde esas regiones afectadas hacia los Estados miembros de la UE, lo que posiblemente implique una presión aún mayor sobre unos servicios ya saturados.

Resulta especialmente preocupante, pues, el hecho de que en algunos Estados miembros de la UE que hasta ahora no habían experimentado epidemias importantes de VIH relacionadas con el consumo de drogas, se aprecian actualmente unas condiciones que les hacen potencialmente vulnerables de cara al futuro. Grecia, un país donde históricamente la prevalencia de infección por VIH había sido baja, notificó en 2011 un brote localizado de VIH entre consumidores de drogas por vía parenteral. La situación en algunos Estados miembros de Europa oriental también es preocupante, como reflejan las tasas cada vez más elevadas de infección en Bulgaria. La situación se está deteriorando asimismo en algunos países que habían realizado progresos en la lucha contra la epidemia de VIH/sida relacionada con el consumo de drogas, y que en la actualidad han perdido parte del terreno ganado en los últimos años en sus esfuerzos por frenar nuevas infecciones, como ha ocurrido en Estonia y Lituania, por ejemplo, dos países cuya fragilidad parece haber aumentado desde el momento en que notifican un incremento reciente en el número de infecciones.

### **Tendencias relacionadas con los opiáceos: la necesidad de entender la dinámica del mercado**

A nivel internacional, y sobre todo en América del Norte, suscita cada vez mayor preocupación la disponibilidad y el uso indebido de opiáceos vendidos con receta médica, utilizados principalmente como analgésicos. La magnitud de este fenómeno en Europa es difícil de evaluar a partir de los datos disponibles en la actualidad. Además, tanto las prácticas en materia de prescripción como las disposiciones que las regulan difieren considerablemente, lo que dificulta notablemente toda comparación directa entre la Unión Europea y otras

regiones del mundo. En la actualidad, el consumo de opiáceos sintéticos ilegales en Europa parece centrado especialmente en fármacos de sustitución desviados del tratamiento de drogodependencias. Además, en algunos países de Europa septentrional y Europa central han empezado a publicarse datos sobre el consumo de fentanilo, que probablemente se fabrique de forma ilegal fuera de la Unión Europea. La aparición de esta droga es motivo de especial preocupación y, globalmente, dada la situación en otros lugares del mundo, existe un buen argumento para reforzar nuestra capacidad de supervisión de tendencias en el uso indebido de sustancias psicotrópicas que supuestamente solo tienen fines terapéuticos.

Dado que los opiáceos sintéticos se consumen principalmente en lugar de la heroína, los datos sobre su consumo pueden facilitar información sobre el mercado mundial de esta última. Actualmente, una cuestión importante en este ámbito es determinar hasta qué punto están teniendo efecto en las calles europeas las medidas orientadas a la reducción del suministro de heroína. La posibilidad de que las medidas orientadas a la reducción del suministro estén consiguiendo disminuir la cantidad de heroína disponible en Europa se apoya en claros indicios de que, en algunos países de la UE, si bien no todos, se experimentó a finales de 2010 una escasez de heroína que podría haber afectado igualmente a terceros países, como Rusia y Suiza. Otra explicación que se ha propuesto para justificar esta aparente escasez es la reciente plaga de roya de la amapola en algunas regiones de Afganistán. No obstante, es probable que, analizada más de cerca, esta conexión resulte débil, aunque otros eventos en Afganistán y algunos éxitos importantes derivados de la cooperación entre las fuerzas de policía turcas y de la UE también han podido contribuir. Ahora bien, todos los problemas de suministro a corto plazo deben analizarse en el contexto de la relativa estabilidad a largo plazo del mercado de la heroína en Europa.

Pese a la importancia de poseer información sobre la cantidad de heroína disponible para entender la dinámica del mercado de las drogas ilegales en Europa, conviene reseñar las dificultades que entraña actualmente abordar esta cuestión con las autoridades correspondientes. Se están llevando a cabo ya algunas tentativas más elaboradas para superar la dificultad, basadas en el análisis de los datos sobre producción y consumo. No obstante, y por una serie de razones de orden técnico, sigue siendo aconsejable extremar la precaución a la hora de extraer conclusiones sobre una cuestión tan delicada. Así, por ejemplo, en Europa no se dispone por lo general de indicadores fiables



sobre la disponibilidad de drogas en el mercado. Las estimaciones sobre la producción de opio en Afganistán suelen aceptarse al pie de la letra, pese a que plantean múltiples dificultades metodológicas. Y rara vez se tienen en cuenta las indicaciones sobre producción de opio en otros países asiáticos. Además, los modelos de flujos de heroína incluyen a menudo la existencia de «reservas» de opio o heroína almacenados, si bien las pruebas empíricas que respaldan este supuesto son insuficientes. La demostración de una relación entre la producción de opio y la disponibilidad de heroína se ve complicada además por la existencia de distintas rutas de tráfico y de submercados dentro de la Unión Europea, así como por el considerable lapso de tiempo que se considera transcurrido entre la recolección de opio en Afganistán y su aparición como heroína en las calles europeas.

### ¿Son las muertes por sobredosis solo la punta del iceberg?

En Europa, la víctima mortal de una sobredosis suele ser, por lo general, un varón de entre 35 y 40 años, con un largo historial de consumo problemático de opiáceos. Se sabe que la administración de un tratamiento para la drogodependencia, sobre todo cuando se trata de un tratamiento de sustitución, disminuye el riesgo de sobredosis. No obstante, pese al notable incremento que ha experimentado en los últimos años la prestación de este tipo de tratamiento, el número de consumidores que mueren por sobredosis de droga en Europa se ha mantenido estable. Por consiguiente, la disminución de la mortalidad por sobredosis sigue constituyendo un reto importante para los servicios de tratamiento de las drogodependencias en Europa. En la actualidad se están llevando a cabo algunos programas innovadores en este ámbito, muchos especialmente centrados en episodios sobre los que se tiene constancia de que representan un riesgo especial para los consumidores de opiáceos, como la excarcelación o el abandono del tratamiento. Aunque es un trabajo importante, no permitirá resolver más que una parte del problema. Los estudios indican que las muertes por sobredosis pueden representar entre un tercio y dos tercios de la mortalidad global entre los consumidores problemáticos de drogas. Otras causas frecuentes de mortalidad son el sida, el suicidio y los traumatismos. Las implicaciones de esta constatación se analizan con detalle en una publicación que acompaña a este informe, y en la que se apunta claramente a una tasa de mortalidad muy superior entre esta población y el papel que pueden realizar los servicios para reducir los costes humanos del consumo problemático de drogas a largo plazo.

### ¿Ha estallado la burbuja de la cocaína?

En la última década, la cocaína se ha convertido en la droga estimulante consumida con más frecuencia en Europa, aunque los niveles de consumo solo son elevados en un reducido número de países. Los analistas han observado que parte del atractivo de esta sustancia radica en su imagen, ya que el consumo de cocaína ha estado vinculado en muchos casos a un estilo de vida propio de gente acaudalada y a la moda. Ahora bien, la realidad del consumo habitual de cocaína es muy diferente. Es posible que dicha imagen positiva se esté viendo erosionada por un conocimiento cada vez mayor de los problemas relacionados con la cocaína, y que se manifiestan en un número cada vez mayor de urgencias hospitalarias, muertes y demandas de tratamiento. El coste financiero que conlleva el consumo habitual de cocaína puede resultar disuasorio y contribuir aminorar el consumo en países donde la austeridad está actualmente a la orden del día. Los nuevos datos plantean la posibilidad de que esta droga haya alcanzado ya su cota máxima. Encuestas recientes indican un cierto descenso del consumo en los países con las cifras más elevadas de prevalencia, aunque la situación no es tan evidente en otros lugares. Los datos sobre el suministro son también equívocos. La cantidad de cocaína incautada ha disminuido considerablemente desde 2006 y, globalmente, tanto el precio como la pureza de la droga han disminuido también. Sin embargo, contrariamente a lo que sucede con el volumen de droga decomisada, han seguido aumentando las incautaciones y hay pruebas de que los traficantes siguen adaptando sus prácticas como respuesta a las operaciones de incautación; y a medida que proceden a ello, existe el riesgo de que el consumo se propague a nuevas regiones.

### El resurgimiento del MDMA

En los últimos años, el mercado europeo de éxtasis ha atravesado un período de reducción gradual del suministro de pastillas de MDMA. Habitualmente, los comprimidos de «éxtasis» vendidos en el mercado ilegal contenían otros fármacos, en muchos casos piperazina, de manera que algunos de los consumidores que los adquirían convencidos de que se trataban de una droga ilegal estaban, de hecho, adquiriendo una sustancia no regulada. El escaso contenido de MDMA en las pastillas de éxtasis parece deberse a la escasez de su precursor principal, PMK, posiblemente como reflejo del éxito de las operaciones de incautación. No obstante, los datos más recientes apuntan a un incremento del suministro de MDMA, y algunos informes notifican la existencia de pastillas con dosis muy altas y polvos de gran pureza.

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

Las estimaciones presentadas a continuación se refieren a la población adulta (de 15 a 64 años de edad) y se basan en los datos más recientes disponibles (encuestas realizadas entre 2001 y 2009/2010, principalmente 2004-2008). El conjunto completo de datos y la información sobre la metodología se pueden consultar en el boletín estadístico adjunto.

### Cannabis

Prevalencia a lo largo de la vida: unos 78 millones (el 23,2 % de los europeos adultos)

Consumo durante el último año: unos 22,5 millones de adultos europeos (6,7 %) o uno de cada tres consumidores a lo largo de la vida

Consumo durante el último mes: unos 12 millones (3,6 %)

Variación del consumo durante los 12 últimos meses desglosada por países:

Variación general: del 0,4 % al 14,3 %

### Cocaína

Prevalencia a lo largo de la vida: unos 14,5 millones (el 4,3 % de los adultos europeos)

Consumo durante el último año: unos 4 millones de adultos europeos (1,2 %) o uno de cada tres consumidores a lo largo de la vida

Consumo durante el último mes: unos 1,5 millones (0,5 %)

Variación entre países del consumo en los últimos 12 meses:

Variación general: del 0,0 % al 2,7 %

### Éxtasis

Prevalencia a lo largo de la vida: unos 11 millones (el 3,2 % de los adultos europeos)

Consumo durante el último año: unos 2,5 millones (0,7 %), es decir, una quinta parte de los consumidores a lo largo de la vida

Variación entre países del consumo en los últimos 12 meses:

Variación general: del 0,1 % al 1,6 %

### Anfetaminas

Prevalencia a lo largo de la vida: unos 12,5 millones (el 3,8 % de los europeos adultos)

Consumo durante el último año: 1,5-2 millones (0,5 %) o hasta una sexta parte de los consumidores a lo largo de la vida

Variación entre países del consumo en los últimos 12 meses:

Variación general: del 0,0 % al 1,1 %

### Opiáceos

Consumidores problemáticos de opiáceos: se estiman entre 1,3 y 1,4 millones de europeos

Carca de 700 000 consumidores de opiáceos recibieron tratamiento de sustitución en 2009

Droga principal en más del 50 % de todas las solicitudes de tratamiento

Muertes inducidas por drogas: unas 7 600, estando los opiáceos relacionados con aproximadamente tres cuartas partes de las muertes

Los actuales métodos de producción de MDMA parecen basarse en el safrol o, cada vez más, en sustancias químicas importadas, como el glicidato de PMK y el alfa-fenilacetoacetnitrilo, estructuralmente similares, si bien no idénticos, a los precursores regulados que se habían venido consumiendo hasta ahora. Existe aquí un paralelismo con lo sucedido el campo de las sustancias psicotrópicas «legales», donde los productos no regulados han venido a sustituir a los regulados. Estos productos químicos se seleccionan con dos objetivos en mente: la nueva sustancia no debe estar sujeta a los controles actuales y ha de ser posible convertirla fácilmente en un precursor necesario para la síntesis de MDMA. Todo esto ilustra aún más si cabe la considerable capacidad de adaptación que demuestran los fabricantes de drogas sintéticas. En el mercado de las anfetaminas se ha observado otro fenómeno asociado, que consiste en el «enmascaramiento» químico de los precursores para eludir los mecanismos actuales de control de las fronteras y las ventas. A medida que los productores se hacen técnicamente más sofisticados y buscan nuevas formas de eludir las operaciones de incautación y los controles, la posibilidad de modificar y reconvertir las sustancias plantea un nuevo desafío a las estrategias actuales de control de estupefacientes.

### Nuevas sustancias psicotrópicas: el problema de responder adecuadamente

La rápida aparición de muchas sustancias psicotrópicas nuevas y no reguladas representa un desafío creciente para los modelos actuales de control de estupefacientes.

En 2010, se notificó un número sin precedentes de 41 sustancias nuevas a través del mecanismo europeo de alerta precoz, y los datos preliminares correspondientes a 2011 no parecen indicar que su número esté disminuyendo, lo que refleja tanto la constante introducción de sustancias y productos nuevos en el mercado, como la creciente adopción de medidas proactivas para detectar sustancias nuevas. Internet es uno de los principales mercados para estas sustancias y los resultados preliminares de la última encuesta en línea del OEDT (julio de 2011) indican que el número de tiendas en línea que venden sustancias psicotrópicas sigue aumentando. Las prácticas comerciales en este ámbito parecen haberse vuelto también más sofisticadas y cada vez son más las medidas adoptadas con el fin de restringir el acceso y proteger la identidad de compradores y vendedores. Por otra parte, se han publicado informes sobre la venta de drogas ilegales a través de sitios web restringidos. No se sabe hasta qué punto esta tendencia representa una amenaza importante

para el futuro, pero dada la velocidad a la que se han registrado los cambios en este ámbito, es preciso mantener la vigilancia.

### Mejora de nuestra capacidad para detectar drogas nuevas

El mecanismo legal sobre el que se basa el sistema europeo de alerta precoz está siendo actualmente objeto de evaluación. La Comisión Europea ha analizado tanto los puntos fuertes del sistema actual como la necesidad de reforzar la capacidad de Europa para responder ágilmente a los cambios sobrevenidos en este ámbito. Aunque Europa ha sido una de las primeras regiones en las que se han detectado nuevas sustancias psicotrópicas, las dimensiones mundiales de este problema se revelaron claramente en el debate mantenido durante un simposio técnico organizado por el OEDT en 2011. Los expertos internacionales confirmaron la disponibilidad de productos que contienen nuevas sustancias psicotrópicas en muchas regiones del planeta, como América, Oriente Medio, Oceanía y algunas regiones de Asia, y reconocieron como problema común la detección de una diversidad cada vez mayor de sustancias en un mercado sujeto a rápidos cambios. En dicha reunión, los expertos llegaron a la conclusión de que los retos que plantean las drogas nuevas obligarán a vigilar más proactivamente el mercado y el intercambio de información forense, así como a una mejor detección de los problemas de salud derivados del consumo de esas sustancias.

### Predicción de futuro: nuevos productos e interacción entre mercados

La mayoría de las nuevas sustancias psicotrópicas notificadas al sistema de alerta precoz han sido o bien estimulantes o bien cannabinoides sintéticos, lo que en gran parte es reflejo del mercado de drogas ilegales en Europa. Es probable que este tipo de nuevas sustancias se siga introduciendo en el mercado. Además, los productores parecen estar explorando otras sustancias con efectos psicotrópicos que puedan resultar atractivas para los consumidores. La bibliografía científica sobre el particular es amplia y accesible, y preocupa especialmente la posibilidad de que los resultados derivados de la investigación farmacéutica puedan ser empleados en un futuro para desarrollar nuevas sustancias psicotrópicas.

Gran parte del enfoque de las políticas adoptadas en este ámbito se ha centrado en la situación legal de las nuevas sustancias; aunque no es menos importante situarlas en el contexto del mercado global de las drogas.

Por ejemplo, los consumidores notifican que, además de la venta por Internet, la mefedrona (véase el capítulo 8) se comercializa a través de las mismas redes ilegales de suministro empleadas para otras drogas, como la cocaína y el éxtasis. Además, y como ya se mencionó anteriormente, algunas sustancias psicotrópicas no reguladas se venden en el mercado ilegal como pastillas de éxtasis. Por el contrario, en algunos productos anunciados como sustancias psicotrópicas «legales» se ha encontrado recientemente la sustancia regulada PMMA. En conjunto, las tendencias observadas en este ámbito resultan preocupantes, ya que sugieren una creciente interrelación entre los mercados de las sustancias psicotrópicas «legales» y las drogas ilegales.

### Cannabis: dilemas políticos

El cannabis sigue siendo la droga ilegal más consumida en Europa, aunque es también la que suscita actitudes más divergentes entre la opinión pública. Así se refleja en el reciente estudio del Eurobarómetro sobre las actitudes de la juventud frente al consumo de drogas, en el que se ha constatado una mayor discrepancia de opiniones con respecto a la prohibición del cannabis que con respecto a otras drogas. Globalmente, no se aprecia ninguna dirección clara en la formulación de políticas relacionadas con el cannabis. Algunos ejemplos interesantes de formulación de políticas en este ámbito se encuentran en Estados Unidos y en los Países Bajos. En Estados Unidos se ha registrado una tendencia a liberalizar el suministro de hierba de cannabis para fines médicos en algunos estados. En los Países Bajos, los responsables de la formulación de políticas parecen estar adoptando una postura cada vez más firme contra la producción nacional de cannabis y las disposiciones que regulan su venta en «cafés»

La cuestión de hasta qué punto influyen los cambios políticos en el consumo de cannabis suscita amplios debates. En los datos presentados en este informe no se aprecia una asociación directa entre los indicadores de consumo reciente de esta droga y los cambios registrados con el fin de incrementar o reducir las sanciones impuestas por su consumo, lo que revela la intervención de procesos más complejos. Se puede afirmar en términos generales que, durante los últimos 10 años, las políticas europeas relacionadas con el cannabis han tendido a centrarse en intervenciones policiales dirigidas contra delitos relacionados con el tráfico y el suministro de drogas, más que con su consumo. Uno de los posibles motivos fue evitar las posibles consecuencias negativas que tendría exponer a un gran número de jóvenes al régimen de justicia penal, especialmente cuando su

consumo de cannabis es experimental. No obstante, las cifras indican que el número de delitos relacionados con el consumo de cannabis en Europa sigue aumentando, mientras que la prevalencia se mantiene estable o incluso muestra una tendencia a disminuir. Lo anterior pone de relieve una posible desconexión entre los objetivos de las políticas y las prácticas adoptadas. No es fácil explicar esta observación, pero cabría la posibilidad de que los datos reflejasen un efecto de crecimiento exponencial, de manera que la adopción de más sanciones administrativas por consumo de drogas se traduciría en una mayor probabilidad de que se apliquen en la práctica.

### **Producción nacional de cannabis: un problema creciente**

Europa sigue siendo el mayor mercado mundial para la resina de cannabis. Históricamente, Marruecos ha sido el principal productor de la resina consumida en Europa. No obstante, informes recientes indican un incremento gradual de la importación desde otros países como Afganistán y el Líbano. Así lo confirman las últimas encuestas practicadas sobre el terreno por el OEDT, que dan cuenta de una producción de resina de cannabis a gran escala en Afganistán. La hierba de cannabis importada a la Unión Europea procede principalmente de los países vecinos en la región de los Balcanes y, en menor medida, de países africanos y asiáticos. La mayoría de los Estados miembros de la UE han notificado la existencia de cultivo nacional de cannabis, un fenómeno que parece ir en aumento. Así lo refleja la existencia de «tiendas de cultivo» especializadas en instrumentos para el cultivo de cannabis. El cultivo doméstico puede efectuarse a pequeña escala, aunque también en grandes centros de producción dirigidos por grupos de delincuencia organizada. Un efecto residual es que en algunos países se está registrando ya un aumento de la violencia y otros delitos relacionados

con los grandes centros de producción. En una próxima publicación de la serie «Insight» del OEDT, se analizarán con detalle las tendencias en el mercado europeo de cannabis.

### **Directrices, normas e intercambio de prácticas eficaces**

Dada la naturaleza compleja y dinámica de la problemática actual relacionada con las drogas, es importante velar por que las conclusiones de las investigaciones y los conocimientos adquiridos mediante la prestación de unos servicios eficaces se compartan en la medida de lo posible. Para ello, se han emprendido una serie de iniciativas a nivel europeo orientadas a identificar y promover el intercambio de buenas prácticas. En 2011, en colaboración con el OEDT, la Comisión Europea organizó una conferencia sobre detección de los requisitos mínimos de calidad e indicadores empleados para evaluar los programas de reducción de la demanda. El OEDT ha reforzado también sus recursos basados en la web con el fin de divulgar prácticas basadas en datos científicos. Ha de reconocerse, no obstante, que el hecho de contar con los datos no garantiza automáticamente su puesta en práctica. Un ejemplo de ello puede encontrarse en el ámbito de la prevención del consumo de drogas, donde a pesar de que la eficacia está avalada por pruebas científicas cada vez más sólidas, las estrategias selectivas y centradas en el entorno suelen figurar entre las intervenciones menos frecuentes. Con todo, un buen punto de partida para la adopción de buenas prácticas es reconocer qué enfoques han generado beneficios. Y a medida que se vaya acumulando y mejorando la información disponible para orientar las decisiones políticas, más difícil será justificar las inversiones en planteamientos no respaldados por datos científicos sólidos.



# Capítulo 1

## Políticas y legislación

### Introducción

Cercana a su conclusión en 2012 la estrategia europea en materia de drogas, en este capítulo se analiza la evolución del enfoque que han seguido las políticas de la Unión Europea en este ámbito durante los 20 últimos años. Se examinan las estrategias adoptadas en los últimos tiempos por una serie de países de fuera de la UE, a fin de detectar síntomas de convergencia o de divergencia en relación con el enfoque europeo. Por lo que a Europa se refiere, se traza una breve síntesis de las estrategias nacionales adoptadas más recientemente en el ámbito de las drogas.

La perspectiva sobre los estudios relativos al gasto público de los Estados miembros de la UE que se presenta aquí subraya en particular los distintos ángulos desde los que se ha abordado esta cuestión y la necesidad de mejorar y armonizar la recogida de datos a este respecto. En este capítulo se muestra asimismo cómo han evolucionado en los países europeos las penas aplicadas por posesión de drogas durante los últimos 10 años, así como los últimos avances en materia de investigación relacionada con las drogas.

### Evolución de la política internacional y de la UE

#### Hacia nuevas iniciativas políticas de la UE en materia de drogas

El nuevo marco político que está elaborando la Comisión Europea en materia de drogas constituirá uno de los primeros documentos de la política antidroga adoptada en el marco del Tratado de Lisboa (véase OEDT, 2010a). Los trabajos preparatorios comprenden una evaluación externa final de la estrategia europea en materia de drogas durante el período 2005-2012, basada en entrevistas a las partes interesadas de los Estados miembros, terceros países y organizaciones internacionales, y en el análisis de documentos políticos e informes sobre tendencias. El Foro de la Sociedad Civil sobre Políticas de Drogas, creado por la Comisión

Europea, aportará asimismo una contribución bajo la forma de un documento de síntesis. Por su parte, los miembros de los diferentes grupos políticos del Parlamento Europeo han organizado reuniones e intervenciones con el fin de debatir la política actual y futura de la UE en materia de drogas. Todos estos debates y aportaciones, que vienen a complementar la evaluación, contribuirán a la formulación de una política global de la UE en materia de drogas para el período posterior a 2012.

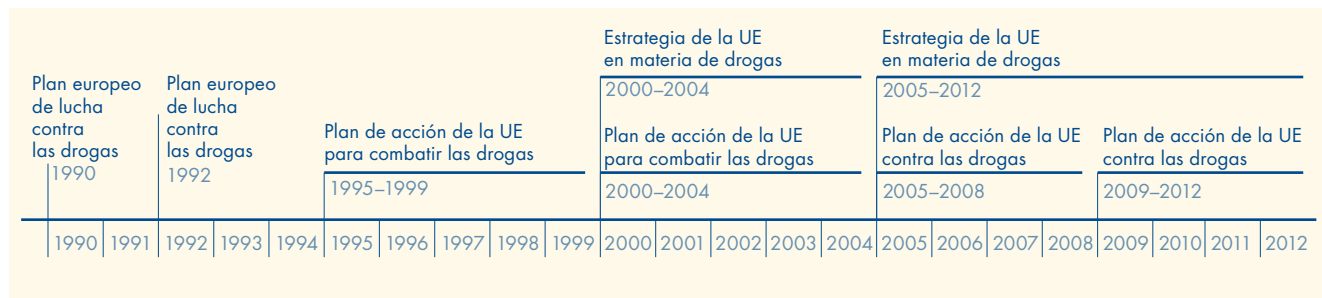
#### Veinte años de política de la UE en materia de drogas

Desde comienzos de la década de los noventa, la Unión Europea ha adoptado ocho estrategias o planes de acción en materia antidroga (véase el gráfico 1) y las variaciones de contenido entre los sucesivos documentos reflejan cómo ha evolucionado el planteamiento europeo en la materia. Los primeros dos planes europeos de lucha contra la droga comprendían actuaciones encaminadas a reducir tanto la oferta como la demanda. El concepto de enfoque integrado, que sirvió de puente entre ambos, encontró su primera manifestación en el plan correspondiente al período 1995-1999. La estrategia adoptada en 2000 definió el enfoque de la UE como integrado, a la vez que equilibrado, y atribuyó a las intervenciones dirigidas a la reducción de la demanda un peso político similar al de las orientadas a la reducción de la oferta. Este cambio de planteamiento encuentra su reflejo en los encabezados de los documentos políticos de la UE, en los que la expresión «planes de lucha contra las drogas» se sustituye por otro, más neutral, «estrategias contra las drogas» o «planes de actuación». Por lo que se refiere al contenido, uno de los cambios más evidentes constatados durante las dos últimas décadas ha consistido en la introducción de objetivos en materia de reducción de riesgos, dentro de la sección correspondiente a «reducción de la demanda» de los documentos políticos de la UE en materia de drogas.

En los dos primeros planes europeos no se hacía mención ni a las evoluciones ni a las evaluaciones de las políticas, puesto que, a principios de la década de los noventa, la prioridad consistía en instaurar un sistema europeo



**Gráfico 1:** Plazos de los documentos europeos de política en materia de drogas



de información sobre drogas que resultase fiable. En el plan correspondiente a 1995 se introdujo la evaluación del grado de ejecución de las políticas, pero hasta la estrategia de 2000-2004 no se consolidó la evaluación como parte integral del enfoque adoptado por la UE. Desde entonces, se han evaluado todas las estrategias y los planes de acción de la UE en materia antidroga y se han utilizado los resultados para imprimir una orientación a los documentos políticos posteriores. El nuevo marco político de la UE en materia de drogas se guiará por este principio y se basará, por primera vez, en una evaluación externa de la estrategia anterior.

**Perspectiva internacional**

Fuera de la Unión Europea, se han publicado recientemente una serie de estrategias nacionales o regionales, entre las que cabe destacar las de Australia, Rusia, Estados Unidos y la Organización de los Estados Americanos (OEA) (1). El contenido de estos documentos estratégicos revela hasta qué punto el planteamiento seguido en otros países es similar al que se sigue en la UE.

Se presenta a continuación la estrategia seguida por Estados Unidos en 2010 en relación con el control de las drogas, así como una nueva dirección en materia de política antidrogas, en la que se percibe principalmente el consumo como un problema de salud pública y se reconoce que la demanda constituye la principal causa del problema de las drogas en el país. La estrategia hace hincapié en la prevención, el tratamiento y la recuperación de los toxicómanos, y propone la integración del tratamiento de las adicciones en el marco de la medicina general, como se ha hecho ya con otros trastornos crónicos. La estrategia de Estados Unidos ha repercutido en la estrategia hemisférica de lucha contra las drogas en los países de la OEA, en la que se define a la drogodependencia como una enfermedad crónica recurrente que requiere un tratamiento específico. La primera estrategia rusa en materia de drogas (2010-2020) se basa en el reconocimiento de la magnitud del problema, caracterizado por el crecimiento consumo

de drogas ilegales y su incidencia en la propagación de enfermedades infecciosas. Las estrategias de la OEA, Rusia y Estados Unidos insisten en la importancia de un enfoque equilibrado. La estrategia australiana en materia de drogas (2010-2015) es la que presenta unos objetivos más ambiciosos a nivel político, ya que abarca todas las sustancias psicotrópicas capaces de provocar adicción o problemas de salud: alcohol, tabaco, drogas ilegales y otras drogas. El enfoque global de esta estrategia apunta a una minimización de los daños.

Las estrategias de la OEA, Australia y Estados Unidos se basan en la adopción de un enfoque basado en datos contrastados para la reducción de la demanda y la evaluación de los resultados. Los países que han adoptado la estrategia hemisférica de la OEA sobre drogas se han comprometido a llevar a cabo una evaluación periódica e independiente de sus políticas e intervenciones a nivel nacional, cuyos resultados servirán como guía para la asignación de recursos. Se revisarán y actualizarán cada año los 106 puntos de la estrategia de Estados Unidos con el fin de cumplir sus objetivos, que consisten en una reducción del 15 % de la prevalencia del consumo de drogas entre los jóvenes de 12 a 17 años y del 10 % entre los adultos jóvenes, antes de 2015. Los resultados de la estrategia australiana se evaluarán aplicando tres criterios: la lucha contra la oferta de drogas ilegales, consumo de drogas y daños asociados. La estrategia rusa hace hincapié en la mejora de las herramientas de vigilancia y recopilación de datos, pero rechaza expresamente los tratamientos de sustitución de opiáceos, intervención que, en el caso de la estrategia de la Unión Europea, se considera un enfoque fundamental basado en datos contrastados. Es digno de mención igualmente que las campañas en los medios de comunicación incorporan elementos tanto de la estrategia rusa como de la estadounidense, pese a las escasas pruebas de su eficacia.

En conjunto, las estrategias de lucha contra las drogas presentan, hasta cierto punto, una convergencia en el plano internacional. Mientras que la primera estrategia

(1) La OEA es una organización regional que reúne a los 35 Estados independientes de las Américas y constituye el principal foro para la cooperación intergubernamental.

rusa, pese a reconocer el problema e insistir en la vigilancia, adopta un planteamiento ideológico no compartida por las otras estrategias, tanto Estados Unidos como la OEA parecen acercarse más al modelo de la UE. El enfoque australiano engloba muchos de los elementos políticos de la UE, pero difiere en lo que se refiere al amplio espectro de sustancias que abarca.

## Estrategias nacionales en materia de drogas

Un elemento esencial del modelo europeo en materia de política sobre drogas es la adopción de estrategias y planes de acción nacionales, ya implantados en la mayor parte de los 30 países examinados por el OEDT. En casi todos estos países, el documento más reciente en materia de política sobre drogas no tiene una antigüedad superior a tres años. En estos documentos, se describe la situación por lo que a las drogas se refiere, así como las metas y objetivos de los Gobiernos en este ámbito, aparte de especificar las actuaciones y las partes interesadas en su aplicación. En muchos casos se presentan los criterios para evaluar el éxito de cada intervención y, cada vez más, se realiza una evaluación final de la estrategia o del plan de acción.

### Evolución reciente

Once países han adoptado recientemente nuevas estrategias o planes de acción nacionales en materia de drogas (cuadro 1), con horizontes temporales que varían entre los tres y los nueve años. Tres de dichos

países (Portugal, Rumanía y Turquía) han armonizado sus formulaciones políticas en materia de lucha contra las drogas con la estrategia actual de la UE (2005-2012). Aunque en varias de dichas formulaciones se hace referencia al alcohol y al tabaco, la mayoría de los planteamientos políticos sobre las drogas hacen referencia a las drogas ilegales, y muchos países cuentan con planes de acción nacionales diferenciados para el alcohol y el tabaco. Una de las pocas excepciones es la estrategia combinada contra las drogas y el alcohol en Irlanda, que se ha retrasado debido a la celebración de las elecciones parlamentarias a principios de 2011.

En los Países Bajos también se ha retrasado la adopción de un nuevo documento de formulación política sobre drogas como consecuencia de un cambio de Gobierno <sup>(?)</sup>, mientras que el nuevo Gobierno electo húngaro ya ha manifestado su intención de modificar la estrategia contra las drogas adoptada el año anterior por su predecesor. Otros cuatro países (Alemania, Eslovenia, Estonia y Suecia) se encontraban inmersos en el proceso de elaborar y adoptar nuevos documentos de política sobre drogas en 2011, mientras que Noruega ha ampliado su plan de acción (2007-2010) hasta 2012.

## Gasto público y coste social

Durante la última década, el gasto público asignado a todos los aspectos que conlleva la problemática de las drogas ha sido objeto de atento escrutinio en Europa

**Cuadro 1: Documentos de política nacional sobre droga aprobados recientemente**

País	Nombre del documento de política	Período abarcado	Objetivo principal	Notas
República Checa	Estrategia	2010-2018	Drogas ilegales	Complementado por un plan de acción 2010-2012
Dinamarca	Plan de acción	2010 en adelante	Drogas ilegales	
Italia	Plan de acción	2010-2013	Drogas ilegales	Complementado por un plan de proyectos 2010
Letonia	Programa	2011-2017	Drogas ilegales	
Lituania	Programa	2010-2016	Drogas ilegales	Complementado por planes de acción anuales
Luxemburgo	Estrategia y plan de acción	2010-2014	Drogas ilegales	La estrategia considera también el alcohol, el tabaco, los medicamentos y las conductas adictivas
Polonia	Programa	2011-2016	Drogas ilegales	
Portugal	Plan de acción	2009-2012	Drogas ilegales	Segundo plan de acción en el marco del plan estratégico 2005-2012
Rumanía	Plan de acción	2010-2012	Drogas ilegales	Segundo plan de acción en el marco del plan estratégico 2005-2012
Reino Unido	Estrategia	2010 en adelante	Drogas ilegales	Sustituye a la estrategia 2008-2018 aprobada por el Gobierno anterior
Turquía	Plan de acción	2010-2012	Drogas ilegales, alcohol y tabaco	Segundo plan de acción en el marco de la estrategia nacional 2006-2012

Fuente: Puntos focales nacionales de la red Reitox.

(?) En 2011 se presentó al Parlamento una nueva estrategia en forma de «carta sobre las drogas».



(OCDE, 2008c). En el presente capítulo se analizan las estimaciones globales disponibles sobre el gasto público nacional relacionado con las drogas. El análisis trata de responder a dos preguntas fundamentales. En primer lugar, la proporción del producto interior bruto (PIB) que los países destinan al problema de las drogas y, en segundo lugar, el modo en que esos fondos se reparten entre los diferentes ámbitos de actividad, y en particular la división entre las intervenciones dirigidas a reducir la oferta y las dirigidas a reducir la demanda.

La cantidad y calidad de la información disponible sobre el gasto público relacionado con las drogas varía considerablemente entre los diversos países. Los estudios abarcan años diferentes, emplean metodologías diferentes y cubren países cuyas estructuras de sector público también varían. Las diferencias inherentes a los métodos empleados para contabilizar los gastos relacionados con las drogas limitan en gran medida el alcance de las comparaciones a nivel nacional. Una parte de los fondos que los Gobiernos prevén destinar a actividades relacionadas con las drogas figuran como tal en el presupuesto nacional (gasto «consignado»). Sin embargo, la mayor parte del gasto público relacionado con las drogas no está identificado como tal en el presupuesto nacional (gasto «no consignado») y debe evaluarse sirviéndose de un modelo de costes.

En los últimos 10 años, al menos 12 países han tratado de elaborar estimaciones globales del gasto relacionado con las drogas (cuadro 2). En dichos países, el gasto público afectado a la problemática ligada con la drogodependencia oscilaba entre el 0,04 % y el 0,48 % del PIB.

Como se aprecia en otros ámbitos de la política social, a medida que los países prosperan, la proporción del PIB que el Gobierno destina a actividades relacionadas con las drogas aumenta (OCDE, 2000; Prieto, 2010). En Alemania, Bélgica, Luxemburgo, Países Bajos, Reino Unido, República Checa y Suecia, se estima que al menos un 0,1 % del PIB se ha destinado a problemas relacionados con las drogas; en Francia, Letonia (solo gasto consignado), Hungría y Eslovaquia, representó entre el 0,1 % y el 0,04 % del PIB. Si se tienen en cuenta los diferentes métodos empleados y el diferente grado de exhaustividad de las informaciones, estos valores no difieren mucho de las estimaciones correspondientes a los Estados Unidos (0,42 %) (Reuter, 2006) o Australia (0,41 % del PIB) (Moore, 2008).

Los estudios sobre el gasto público también intentan elucidar la distribución de los fondos entre distintos tipos de cuestiones relacionadas con las drogas. Pero se

## Tendencias de las políticas contra las drogas

Una tendencia observada recientemente en el Reino Unido es la reorientación de los objetivos de las políticas sobre drogas hacia la recuperación, centrándose los sucesivos documentos sobre la materia en los resultados de los tratamientos y la reinserción social de los consumidores <sup>(1)</sup>, además de convertir el objetivo de la recuperación en un componente político fundamental <sup>(2)</sup>. Las políticas anteriores se centraron principalmente en aumentar el número de personas que tienen acceso a tratamiento por drogodependencia, principalmente a tratamientos de sustitución de opiáceos, mientras que varias de las nuevas políticas prestan más atención a la calidad de los servicios. No obstante, está aún por ver cómo se traducirán las nuevas orientaciones de las políticas en cambios en los servicios de tratamiento de drogodependencias y reinserción social. Como también sigue pendiente la cuestión de si se vislumbran cambios más profundos en materia de política de lucha contra las drogas en el futuro. Un análisis de los datos disponibles sobre recuperación ha concluido que varios de los factores decisivos para lograr una vida al margen de las drogas y convertirse en un miembro activo de la sociedad quedan fuera del alcance de las políticas de lucha contra las drogas, y dependen de características individuales y de políticas sociales más generales (Best *et al.*, 2010). Modificar estos factores, especialmente si ello pasa por asignar más recursos económicos, puede resultar complicado para los Gobiernos en un momento de recortes del gasto público.

La actual política de Portugal en materia de drogas tiene más de 10 años de existencia, pero en los últimos tiempos se le ha prestado mayor atención, en primer lugar por parte de los analistas de las políticas contra las drogas y de las organizaciones sociales, pero actualmente también de los Gobiernos de Europa y del resto del mundo. El eje central de dicha política es la despenalización del consumo de drogas y el papel de las «comisiones para la disuasión del abuso de drogas» (CDT), gestionadas por el Ministerio de Sanidad (OEDT, 2011b). Estos órganos evalúan la situación de los consumidores de drogas y están facultados para prestar apoyo o imponer sanciones. Aunque ningún otro país ha adoptado todavía este modelo, un comité creado por el Gobierno noruego ha sugerido recientemente la creación de tribunales interdisciplinarios similares.

<sup>(1)</sup> Estrategia del Reino Unido en 2008.

<sup>(2)</sup> Estrategia de Escocia en 2008 y estrategia del Reino Unido en 2010.

recomienda cautela a la hora de efectuar comparaciones entre países, ya que no todos aplican idéntico criterio de clasificación del gasto. Entre los 12 países que presentaron estimaciones completas, las actividades de reducción de la oferta —«fuerzas de seguridad» o «seguridad y orden público»— representaron entre el 48 % y el 92 % del total.

**Cuadro 2: Estimaciones del gasto público relacionado con las drogas**

País	Año	Asignación del gasto público relacionado con las drogas (%)		Porcentaje del PIB (%) <sup>(1)</sup>	Nivel de la administración pública
		Reducción de la demanda	Reducción del suministro		
<b>Bélgica</b>	2004	43,4	56,2	0,10	Autoridades federales, regionales, provinciales y municipales
<b>República Checa <sup>(2)</sup></b>	2006	8,2	91,8	0,20	Autoridades centrales, regionales y locales y seguridad social
<b>Francia</b>	2005	51,6	48,4	0,07	Gobierno central
<b>Alemania</b>	2006	35,0	65,0	0,22-0,26	Autoridades federales, estatales y locales y seguridad social
<b>Hungría</b>	2007	25,0	75,0	0,04	Gobierno central
<b>Letonia <sup>(2)</sup></b>	2008	40,9	51,3	0,04	Gobierno central y un programa local
<b>Luxemburgo</b>	2009	43,0	57,0	0,10	Gobierno central y seguridad social
<b>Países Bajos</b>	2003	25,0	75,0	0,46	Gobierno central y local
<b>Eslovaquia</b>	2006	30,0	70,0	0,05	Gobierno central y seguridad social
<b>Finlandia</b>	2008	45,0	55,0	0,07	Gobierno central y local
<b>Suecia</b>	2002	25,0	75,0	0,28	Sectores públicos no identificados (sólo los organismos implicados)
<b>Reino Unido</b>	2005/06	41,3	58,7	0,48	Gobierno central y regional

<sup>(1)</sup> Debido a diferencias entre países en la metodología, la calidad de los datos y su exhaustividad, los valores del gasto público relacionado con las drogas como porcentaje del producto interior bruto (PIB) son meramente indicativos y no deben entenderse como representativos de la totalidad del gasto público nacional en el problema de las drogas.

<sup>(2)</sup> Gasto declarado únicamente.

N.B.: Véase una lista completa de fuentes en el cuadro PPP-10 del boletín estadístico de 2011.

Fuente: Informes nacionales de la red Reitox, Eurostat.

Los capítulos de gastos declarados con más frecuencia fueron justicia, policía, aduanas y prisiones.

El modo en que los países clasifican los gastos en concepto de disminución de la demanda varía considerablemente en Europa. El gasto por concepto de tratamiento o de salud representa en torno al 40 % o más del total declarado por Bélgica, Francia y Luxemburgo. Cinco países han declarado un gasto por concepto de reducción de daños comprendido entre el 0,1 % y el 28,8 % del gasto estimado en relación con las drogas. Siete países han facilitado datos sobre el gasto relacionado con la prevención, con estimaciones que varían entre el 1 % y el 12 % del gasto total en cuestiones relacionadas con las drogas.

Algunos países ya están utilizando datos relativos al gasto público como herramienta para la planificación y evaluación de la ejecución de las políticas de lucha contra las drogas, mientras que otros, como Eslovaquia y Portugal, prevén hacerlo en un futuro. No obstante, obtener una imagen clara y completa de la situación del gasto público nacional relacionado con las drogas en Europa sigue resultando problemático. En la actualidad no existe consenso alguno sobre cómo estimar tipos específicos de gastos relacionados con las drogas. Para mejorar la exactitud y el cotejo de los datos entre países será necesario disponer de información completa sobre los organismos públicos que financian la política sobre drogas, además de armonizar conceptos y las definiciones.

## Legislación nacional

### Poseción personal de drogas: diez años de cambios penales en Europa

En los últimos 10 años, 15 países europeos han introducido cambios en las penas aplicadas por posesión de pequeñas cantidades de drogas. La Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988 establece en el apartado 2 de su artículo 3 que cada Estado, dentro del marco de sus principios constitucionales y de los conceptos fundamentales de su ordenamiento jurídico, tipificará como delito penal la posesión de drogas para el consumo personal. En Europa, esta disposición se ha llevado a la práctica de maneras diferentes. La posesión de cualquier droga ilícita para el consumo personal podrá ser considerada un delito penal o no penal, o no penal en el caso del cannabis y penal en el caso de otras drogas.

Los cambios operados en la represión del delito durante los 10 últimos años pueden clasificarse en tres tipos generales: cambios en su tipificación (penal o no penal); cambios en las categorías de las drogas, de modo que será la categoría quien determine la pena; y cambios en la gravedad de la pena máxima aplicada. La mayor parte de los países que han modificado las penas impuestas por posesión de drogas han recurrido a una

combinación de los tres tipos de modificación, lo que complica la posibilidad de efectuar un análisis conciso.

El cambio en la tipificación del delito es posiblemente el paso más importante desde el punto de la legislación, y se ha llevado a cabo en Portugal, Luxemburgo y Bélgica. En Portugal, una ley aprobada en julio de 2010 despenalizó la posesión para consumo personal de cualquier tipo de droga. De esta forma, la pena máxima impuesta por la posesión de pequeñas cantidades de drogas pasó de los tres meses de prisión a una sanción administrativa impuesta por las nuevas «comisiones disuasorias del consumo de drogas», que dan prioridad a las soluciones sanitarias frente a las sanciones punitivas <sup>(3)</sup>. En mayo de 2001, Luxemburgo tipificó por primera vez estar en posesión personal de cannabis como delito diferenciado y castigado con una pena menor, consistente en una multa en caso de que la infracción fuese cometida por primera vez sin circunstancias agravantes. Al mismo tiempo, las penas máximas por posesión personal de todo tipo de drogas excepto el cannabis se redujeron de tres años a seis meses de prisión. En mayo de 2003 se introdujo un cambio similar en Bélgica. La posesión de una pequeña cantidad de cannabis para consumo personal, sin circunstancias agravantes, se sancionaba anteriormente con cinco años de prisión como máximo, pero en la actualidad, rebajada al mínimo la prioridad en materia policial, solo es sancionada con una multa impuesta por la policía.

También en Estonia y Eslovenia se ha avanzado en la «despenalización». En Estonia, hasta septiembre de 2002, una segunda infracción administrativa por concepto de posesión de drogas durante los 12 meses posteriores a la primera constituía un delito penal castigado con hasta tres años de cárcel. El nuevo código penal ha eliminado esto, y en la actualidad se considera que un segundo delito constituye, al igual que el primero, una infracción leve sancionada con una multa o con arresto administrativo de 30 días como máximo. En Eslovenia, la ley de infracciones leves vigente desde enero de 2005 ha eliminado las penas de cárcel para todas las infracciones leves, una de las cuales es la posesión de drogas para consumo personal. De esta forma, la pena máxima se ha reducido de 30 días de cárcel, o cinco días si la cantidad de droga es pequeña, a una simple multa.

Sin variar la tipificación del delito, seis países han modificado su clasificación de las diferentes drogas de manera que es la categoría la que determina la pena. En Rumanía, la ley de 2004 clasificó las sustancias en dos categorías: de alto riesgo y de riesgo. La

### Efecto de la recesión sobre la lucha contra las drogas

La recesión económica que afectó a Europa en 2008 ha tenido serias consecuencias para los Estados miembros de la UE. Su impacto sobre las cuentas públicas puede perdurar durante mucho tiempo y exige implantar políticas de reducción del déficit público y de la deuda en la mayor parte de los países. La Comisión Europea (2011) prevé que, en 2011, por primera vez en una década, el gasto público (descontado el pago de intereses) en la Unión Europea, disminuirá en términos reales.

Los puntos focales nacionales de la red Reitox han recogido datos sobre las dotaciones presupuestarias para intervenciones relacionadas con las drogas con el fin de hacerse una idea de partida sobre las consecuencias de las medidas de austeridad en la política sobre drogas. De los 19 países que han facilitado información, 15 han notificado reducciones de los fondos destinados a algunos ámbitos de las políticas de drogas desde 2008. No obstante, la magnitud de los recortes varía considerablemente, entre el 2 % y el 44 % dependiendo del país y del ámbito político.

La austeridad fiscal parece haber afectado de manera diferente a los diferentes ámbitos de la política en materia de drogas. En lo que se refiere al gasto consignado, las áreas más gravemente afectadas han sido investigación, prevención, reinserción social y actividades de organización. La mayoría de los países parecen haber evitado el recorte de los presupuestos de tratamiento, aunque algunos han optado por reorganizar los servicios o por recortar las prestaciones. Se han aplicado también recortes en la financiación de programas relacionados con las drogas en las prisiones o con las actividades de las fuerzas de seguridad. La mayoría de los países no disponen de información sobre el gasto no consignado, que representa la mayor parte del gasto público relacionado con las drogas. En consecuencia, es posible que se hayan subestimado los efectos de las medidas de austeridad en sectores como la vigilancia policial, la justicia o algunos aspectos relacionados con la administración de tratamiento.

pena impuesta por la posesión de sustancias de alto riesgo sigue siendo de entre dos y cinco años de cárcel, mientras que las sustancias de riesgo están actualmente sujetas a una pena menor de entre seis meses y dos años de cárcel. En Bulgaria, el código penal de 2006 introdujo penas específicas por delitos no relacionados con la distribución: entre uno y seis años de cárcel para las drogas de alto riesgo (frente a los 10 a 15 años anteriores) y hasta cinco años para las drogas de riesgo (frente a los dos a seis años anteriores); se recoge también la aplicación de multas para los delitos menores. En la República Checa, desde

<sup>(3)</sup> Recientemente se ha publicado un análisis detallado de los efectos de la despenalización en Portugal (Hughes y Stevens, 2010).

enero de 2010 el nuevo código penal aplica una pena máxima menor al cannabis (un año de cárcel) que a otras drogas (sigue siendo de dos años) por la posesión para consumo personal de una cantidad «mínima». Por el contrario, desde finales de 2006, Italia ha eliminado en las sentencias las distinciones entre drogas ilegales y ha incrementado la duración máxima de las sanciones administrativas, como la retirada del permiso de conducir, que pasa a ser de un año para todas las drogas ilegales. En el Reino Unido, el cannabis pasó de la clase B a la clase C en 2004, lo que significa la reducción de la pena máxima impuesta por posesión para consumo personal desde cinco hasta dos años de cárcel; también se adoptaron directrices políticas nacionales en contra del arresto y a favor de la amonestación informal cuando no concurren circunstancias agravantes. En enero de 2009, el cannabis volvió a pasar de la clase C a la clase B, con lo que la pena máxima se elevó de nuevo a cinco años de cárcel. Las directrices revisadas de la política nacional siguen recomendando una amonestación informal para el primer delito.

En un tercer grupo de países, las penas impuestas por posesión para consumo personal se han modificado sin variar ni la tipificación del delito ni la de los daños correspondientes. Las penas por posesión para consumo personal de cualquier tipo de drogas se han cambiado sin más en cuatro países y, tras una nueva definición del delito, se han modificado de hecho en Eslovaquia. En Finlandia, en 2001, una modificación del código penal redujo la pena máxima por un delito menor relacionado con narcóticos de dos años a seis meses de cárcel, aunque en la mayor parte de los casos el ministerio fiscal está facultado para conmutar la prisión por una multa. En Grecia, en 2003 se redujo la pena máxima impuesta por uso o posesión de pequeñas cantidades de drogas para consumo personal por consumidores no drogodependientes desde cinco años de prisión hasta uno. Este delito no queda registrado en el certificado de antecedentes penales si no se reincide en los cinco años siguientes. En Dinamarca, las directrices publicadas en mayo de 2004 para las fiscalías establecen que la respuesta normal para los delitos menores de posesión de drogas debe consistir en una multa, no en una amonestación. En 2007, se incorporó esta disposición a la legislación. En Francia, en 2007, la legislación amplió el abanico de posibles opciones judiciales para incluir un «curso de concienciación sobre las drogas» para consumidores de drogas ocasionales y jóvenes. Los costes del curso corren de cuenta del infractor. En 2005, un cambio en el código penal de Eslovaquia amplió

la definición de «posesión para consumo personal» de una a tres dosis de cualquier sustancia ilegal sin modificar la pena máxima. Se impusieron también dos nuevas penas para estos infractores: arresto domiciliario vigilado de un año como máximo o 40 a 300 horas de servicios sociales. El cambio introdujo también un nuevo delito de «posesión de una cantidad mayor que la correspondiente al consumo personal»; definida como hasta 10 dosis, que puede ser castigado con cinco años de prisión como máximo. Anteriormente, la posesión de esa cantidad constituía un delito de tráfico castigado con entre dos a ocho años de cárcel.

Los motivos del cambio son complejos y varían de un país a otro. Por ejemplo, se ha modificado la legislación con el fin de permitir el acceso a los adictos (Portugal), para simplificar las penas (Bélgica, Finlandia, Reino Unido en 2004), para armonizar las distintas penas impuestas (Estonia, Eslovenia) y para indicar niveles de daños (Bulgaria, República Checa, Francia, Italia, Luxemburgo, Reino Unido, República Checa y Rumanía en 2009).

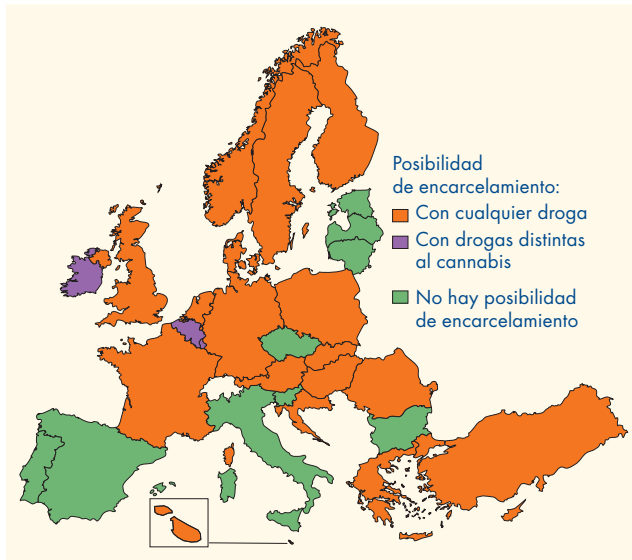
En lo que podría definirse como una tendencia europea global en las sanciones impuestas por la posesión de drogas para consumo personal, podría decirse que las sanciones se redujeron en la primera mitad de la década, pero aumentaron en la segunda. Con todo, lo más importante es que si bien la mayoría de los países han mantenido la posibilidad del encarcelamiento como sanción (gráfico 2), ninguno ha introducido sanciones penales ni ha incrementado las penas de cárcel durante esos 10 años. En este sentido, se observan signos de convergencia en Europa hacia una reducción de las sanciones por concepto de posesión de drogas para consumo personal.

## Investigación sobre las drogas

### Refuerzo de la capacidad investigadora de la UE

El refuerzo de la capacidad investigadora de la UE en materia de drogas ha formado parte del programa de trabajo europeo de los últimos años. En 2010 tuvo lugar el primer intercambio anual del Consejo sobre investigaciones relacionadas con las drogas, en el que la Comisión Europea presentó un resumen de los proyectos de investigación que financia y destacó el valor añadido de este tipo de iniciativas. El OEDT presentó un resumen de los mecanismos y temas de las investigaciones relacionadas con las drogas que se han llevado a cabo en los Estados miembros y las recomendaciones de su

**Gráfico 2:** Penas previstas por las leyes: posibilidad de encarcelamiento por posesión de drogas para consumo personal (delitos menores)



*N.B.:* Para más información, véase la Base de Datos Jurídica Europea sobre Drogas (ELDD).

*Fuentes:* Puntos focales nacionales de la red Reitox y ELDD.

Comité Científico sobre las futuras prioridades de la investigación <sup>(4)</sup>.

El vehículo principal de Europa para financiar la investigación es el 7PM, el séptimo programa marco para la investigación y el desarrollo tecnológico, que se prolongará hasta 2013. En el marco del programa «Cooperación» del 7PM, se han anunciado convocatorias de propuestas que tienen especial relevancia para la investigación sobre drogas <sup>(5)</sup>. Entre ellas hay convocatorias sobre «Conductas adictivas y compulsivas en niños y adolescentes», «Evaluación de las consecuencias no intencionadas de las medidas internacionales para el control de las drogas ilegales» y ALICE-RAP <sup>(6)</sup>.

La Comisión Europea está financiando también otros estudios relacionados con las drogas por medio del «Programa de prevención e información sobre las drogas», el «Programa de prevención y lucha contra la delincuencia», el «Programa de justicia penal» y el «Programa de salud pública». Proyectos como «Estudio sobre la creación de un marco europeo para establecer normas y referencias de calidad mínimas en la reducción de la demanda de drogas», «Nuevas herramientas metodológicas para la evaluación de políticas y programas» y «Nuevos análisis del mercado de las

### Prioridades para la investigación futura: Recomendaciones del Comité Científico del OEDT

Como contribución al debate permanente sobre las prioridades europeas de la investigación en el campo de las drogas, el Comité Científico elaboró una serie de recomendaciones que abarcan cinco ámbitos fundamentales.

**Intervenciones:** la atención se centra en la eficacia de las intervenciones terapéuticas, la repercusión de las intervenciones precoces y las consecuencias para los familiares afectados.

**Análisis de políticas:** se necesita reforzar la investigación sobre la manera de formular, decidir y aplicar políticas nacionales y europeas, pero también sobre su evaluación, con comparaciones de resultados en diferentes países.

**Oferta de drogas ilegales:** hay que prestar más atención a la mejora de los indicadores para estudiar la dinámica del mercado.

**Investigación epidemiológica:** se recomiendan una serie de estudios en cohortes longitudinales para ayudar a entender el curso a largo plazo de diferentes pautas de consumo de sustancias, y hacen falta métodos mejores para estimar el tamaño de la población que consume drogas.

**Investigación básica sobre la etiología y la evolución del consumo de drogas:** la investigación en este ámbito ofrece la posibilidad de mejorar los resultados tanto diagnósticos como terapéuticos.

drogas ilegales de la UE y las respuestas al mismo» aportarán información importante sobre los diferentes retos a los que se enfrentan los Estados miembros en este campo y contribuirán a la aplicación de la estrategia y el plan de acción sobre drogas actuales de la UE.

Como se solicitaba en las conclusiones del Consejo de 2009, el OEDT, en estrecha cooperación con la Comisión Europea, está divulgando información y los principales resultados de estos proyectos en su página web temática sobre investigación.

### Información sobre la investigación procedente de los Estados miembros

Europa carece actualmente de un inventario de investigaciones relacionadas con las drogas en el ámbito nacional. En todos los Estados miembros de la UE se

<sup>(4)</sup> Véase el recuadro «Prioridades para la investigación futura: Recomendaciones del Comité científico del OEDT».

<sup>(5)</sup> Las convocatorias se publican en el *Diario Oficial de la Unión Europea* e invitan a los investigadores a presentar propuestas para proyectos en áreas específicas del programa marco.

<sup>(6)</sup> Véase también el recuadro «ALICE-RAP».



investiga el problema de las drogas, y algunos de estos estudios se recogen y utilizan en los informes nacionales de Reitox. Aunque las citas procedentes de estos informes se refieren únicamente a una selección de estudios y no siempre incluyen todas las publicaciones relevantes en ese país, se pueden identificar algunas tendencias en el número y el tipo de temas de investigación citados. Entre 2008 y 2010, el número anual de estudios citados en los informes nacionales de Reitox aumentó de 370 a 750. Los estudios sobre las respuestas al consumo de drogas constituyeron la categoría más abundante (34 % de todas las citas en los informes nacionales de 2008-2010), seguidos de los estudios sobre prevalencia, incidencia y pautas de consumo de drogas (29 %) y los estudios sobre las consecuencias del consumo de drogas (23 %). En cambio, rara vez se mencionaron los estudios sobre metodologías y sobre mecanismos y efectos de las drogas.

### ALICE-RAP

El Séptimo Programa Marco de Investigación de la Comisión Europea está financiando una importante iniciativa de investigación sobre la adicción como parte de su programa «Cooperación». Los retos que plantean las drogas y otras adicciones a la sociedad europea contemporánea se están analizando en el marco de un proyecto en el que participan investigadores de 25 países: «Adicciones y estilos de vida en la Europa contemporánea: proyectos de reconsideración de las adicciones» (ALICE-RAP). Los 10 millones de euros con los que está dotado el proyecto se destinarán a financiar investigaciones sobre todos los aspectos de la adicción, con las partidas siguientes: afectados por la adicción, estimación de la adicción, determinantes de la adicción, el negocio de la adicción, regulación de la adicción y adicción de los jóvenes.

Para más información, véase la página web de ALICE-RAP.



## Capítulo 2

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

### Introducción

Este capítulo ofrece una síntesis general de las respuestas a los problemas vinculados a las drogas en Europa y, en la medida de lo posible, destaca tendencias, evoluciones y cuestiones de calidad. En primer lugar examina las medidas de prevención, seguidas de las intervenciones en los ámbitos del tratamiento, la reinserción social y la reducción de daños. Todas estas medidas forman parte de un sistema global de reducción de la demanda de drogas y están cada vez más coordinadas e integradas.

El capítulo dedicado al cumplimiento de la legislación sobre drogas analiza los datos más recientes sobre infracciones a la legislación antidrogas y se explora el papel que desempeñan las operaciones encubiertas orientadas a desbaratar la oferta de drogas ilegales. El capítulo concluye con una revisión de los datos disponibles sobre los consumidores de drogas en las prisiones y las respuestas disponibles en este entorno particular.

### Prevención

La prevención en materia de drogas se articula en diferentes niveles o estrategias, desde la dirigida a la sociedad en su conjunto (prevención ambiental) hasta la dirigida a las personas en situación de riesgo (prevención específica). Los retos principales que plantean las políticas de prevención consisten en equiparar esos diferentes niveles de prevención hasta el grado de vulnerabilidad de los grupos destinatarios (Derzon, 2007) y asegurar que las intervenciones cuenten con una base científica y una cobertura suficiente. La mayoría de las actividades de prevención se centran en el consumo de sustancias en general, y solo un número limitado de programas se centran en sustancias específicas como, por ejemplo, alcohol, tabaco o cannabis.

#### Estrategias de prevención ambiental

Las estrategias de prevención ambiental tienen por objeto alterar el entorno cultural, social, material y económico

más inmediato en el que las personas toman sus decisiones sobre el consumo de drogas. Suelen incluir medidas relacionadas con la prohibición de fumar, los precios del alcohol o la promoción de la salud en las escuelas. Los datos indican que las medidas adoptadas a escala social y orientadas a mejorar el clima social en las escuelas y las comunidades pueden ser eficaces para cambiar las creencias normativas y, en consecuencia, el consumo de sustancias (Fletcher *et al.*, 2008).

Tras la aprobación en años recientes de la prohibición de fumar en España, la casi totalidad de los países europeos han incorporado actualmente algún tipo de prohibición de esta sustancia. Las estrategias contra el alcohol amparadas en el entorno son menos frecuentes en Europa, aunque la mayoría de los países nórdicos han reforzado la aplicación de estrategias de venta responsable <sup>(7)</sup>, cuya eficacia ha quedado demostrada en estudios locales (Gripenberg *et al.*, 2007).

En la mayoría de los países europeos, se ha reforzado la aplicación de políticas sobre drogas en la escuela <sup>(8)</sup>, y más de la tercera parte de los países declaran que la prevención de drogas forma parte de los programas de estudio, enmarcada en asignaturas como, por ejemplo, «salud» o «educación cívica». Cuatro países (Luxemburgo, Países Bajos, Austria y Reino Unido) informan sobre la aplicación de programas de prevención «total en las escuelas» <sup>(9)</sup>, una estrategia que ha sido evaluada positivamente en términos de la reducción del consumo de sustancias (Fletcher *et al.*, 2008), y que ha tenido otros beneficios como la mejora del clima en las escuela o el refuerzo de la inclusión social.

#### Prevención universal

La prevención universal se dirige a toda la población, principalmente a través de la escuela y la comunidad. Tiene por objeto impedir o retrasar el inicio del consumo de drogas y los problemas relacionados, dotando a los jóvenes de las competencias necesarias para evitar que

<sup>(7)</sup> Las estrategias dirigidas a la venta responsable tratan de prevenir la venta de alcohol a personas ebrias y a menores de edad por medio de una combinación de formación del personal de los establecimientos de venta y de intervenciones políticas.

<sup>(8)</sup> Una política de drogas en la escuela establece las normas y reglamentos sobre el consumo de sustancias en los centros escolares y proporciona orientación sobre la manera de proceder en caso de que se incumplan las normas.

<sup>(9)</sup> Las estrategias dirigidas a todas las escuelas tratan de crear unos entornos escolares protegidos y un clima positivo en las escuelas.



se inicien en el consumo de drogas. A la hora de aplicar enfoques de prevención universal, los datos indican que la probabilidad de aceptación y éxito de los programas aumenta cuando se presta atención al contexto cultural, normativo y social (Allen *et al.*, 2007).

Las valoraciones de expertos de toda Europa indican un pequeño cambio en la prevención basada en la escuela, desde enfoques que no han demostrado ninguna eficacia, como las actividades exclusivamente informativas, las jornadas informativas y las pruebas para detectar drogas en las escuelas, hacia enfoques que prometen mejores resultados, como programas de destrezas para la vida basados en manuales o intervenciones dirigidas específicamente a los chicos. Algunos países han referido también que algunas de las intervenciones más eficaces de prevención universal están siendo transferidas de un país a otro <sup>(10)</sup>. No obstante, a pesar de la disponibilidad de métodos de prevención positivamente evaluados, algunos países informan cada vez con mayor frecuencia sobre una serie de intervenciones que no están apoyadas por datos científicos, como visitas de expertos o de policías a las escuelas.

La prevención universal basada en la familia adopta casi siempre la forma de intervenciones sencillas y de bajo coste, como reuniones de padres y distribución de hojas o folletos informativos. Rara vez se informa de intervenciones más complejas, como grupos de ayuda mutua de padres (Alemania, Irlanda), formación orientada a competencias personales y sociales (Grecia, Portugal) o manuales con programas para mejorar las competencias parentales (España, Reino Unido).

### Prevención selectiva

La prevención selectiva se dirige a grupos o familias específicos, o bien a comunidades en las que las personas, a causa de sus reducidos vínculos sociales y recursos, pueden ser más propicias a desarrollar un hábito de consumo de drogas o evolucionar hacia una dependencia. Varios Estados miembros han notificado un cambio en la orientación de sus estrategias hacia los grupos más vulnerables, mientras que las valoraciones de los expertos sugieren un aumento generalizado de las intervenciones dirigidas a grupos vulnerables entre 2007 y 2010, con la excepción de las intervenciones para los jóvenes que se encuentran en centros asistenciales. Los incrementos mayores se aplican a los alumnos con problemas académicos y sociales (cobertura total o extensa en 16 países) y a los jóvenes infractores de la legislación sobre drogas (cobertura total o extensa en

12 países) (gráfico 3). El primer apartado puede deberse a la mayor atención que están prestando algunos Estados miembros y la Unión Europea al fracaso académico y al abandono escolar prematuro, que comparte los mismos factores de riesgo que el consumo problemático de drogas (King *et al.*, 2006). El aumento de las prestaciones dirigidas a los infractores jóvenes puede explicarse en parte por la aplicación de FRED, un programa psicosocial de varias sesiones (OEDT, 2010a) en más países, así como por las nuevas intervenciones dirigidas a los que cometen una infracción por primera vez en Grecia, Irlanda y Luxemburgo.

Se ha notificado también un aumento de las intervenciones dirigidas a familias vulnerables, en especial las que sufren problemas relacionados con el consumo de sustancias (cobertura total o extensa en 14 países) y en situación de desventaja social (cobertura total o amplia en siete países) (gráfico 3). En este contexto hay que destacar la creciente popularidad del programa de «refuerzo de las familias» (Kumpfer *et al.*, 2008) en Europa. Este programa se ha implantando recientemente en otros tres países (Alemania, Polonia y Portugal) y en más localidades dentro del Reino Unido.

La prevención selectiva puede llevarse a cabo mediante el trabajo de proximidad o los servicios prestados a través de consultorios. El trabajo de prevención con grupos étnicos y asistentes habituales a fiestas y festivales son las únicas iniciativas declaradas en las que se realiza trabajo de proximidad, aunque también hay informes de reducción de los servicios de trabajo de proximidad para jóvenes sin techo. En conjunto, la mayor parte de los contactos de los servicios con grupos socialmente marginados, como jóvenes que abandonan prematuramente los estudios, inmigrantes y jóvenes sin techo, siguen teniendo lugar en los consultorios.

Además, se sabe relativamente poco sobre el contenido de muchos programas de prevención selectiva <sup>(11)</sup>. En conjunto, los datos disponibles indican que las intervenciones más frecuentes en Europa son las que hacen hincapié en la información, la sensibilización y el asesoramiento, a pesar de que cada vez hay más datos que demuestran la eficacia de enfoques centrados en la imposición de normas, la motivación, la capacitación y la toma de decisiones.

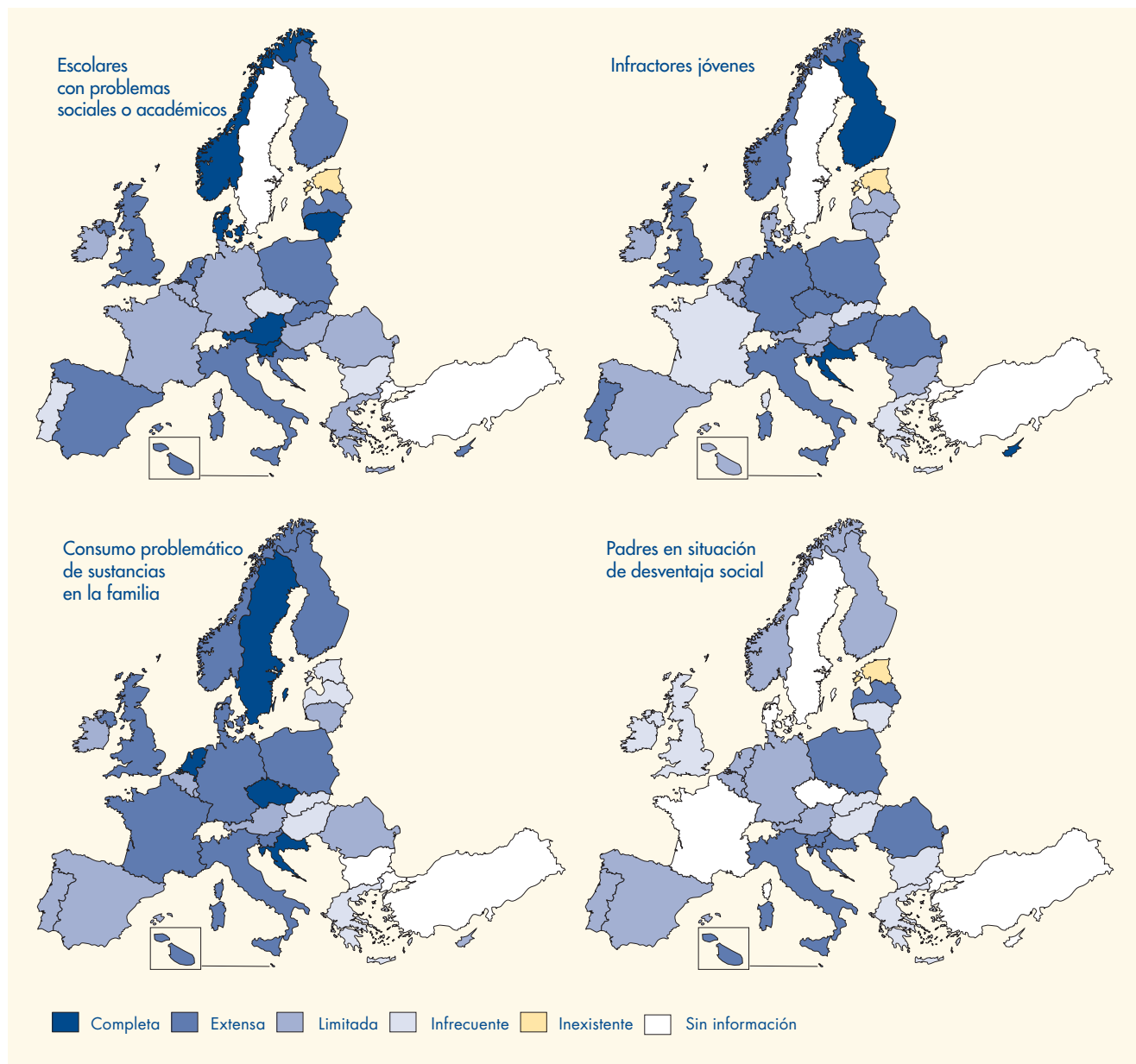
### Prevención específica

La prevención específica tiene por objeto identificar a las personas con problemas psicológicos y de

<sup>(10)</sup> Véase SFP, FRED, Preventure, EU-DAP y GBG en el portal de las buenas prácticas.

<sup>(11)</sup> En el sitio web del «Intercambio de actuaciones para reducir la demanda de drogas» pueden encontrarse algunos ejemplos.

**Gráfico 3:** Provisión de intervenciones de prevención selectiva según estimaciones de los expertos nacionales



*N.B.:* La provisión se refiere a la distribución general y geográfica de las intervenciones, y se considera: completa, cuando abarca todos los lugares relevantes (zonas en donde la población destinataria es suficiente para poner en marcha la intervención); extensa, cuando abarca la mayoría, aunque no todos los lugares relevantes; limitada, cuando abarca algunos, pero menos de la mayoría de los lugares relevantes; infrecuente, cuando abarca solo algunos lugares relevantes; inexistente, cuando no se realiza la intervención. Información recogida a través de un cuestionario estructurado.

*Fuente:* Puntos focales nacionales de la red Reitox.

comportamiento que podrían predisponer al consumo problemático de drogas en una etapa posterior de su vida, y desarrollar intervenciones concretas para ellas. La evaluación de una serie de programas de prevención específica ha dado resultados positivos (OEDT, 2009c).

Solo la mitad de los Estados miembros de la UE y Noruega refieren la existencia de actividades de prevención específica, y muy pocos de ellos notifican

el uso de intervenciones estructuradas y basadas en manuales. Cada vez son más los países que utilizan el entorno escolar para identificar a alumnos vulnerables, sobre todo los que tienen problemas de conducta, a menudo asociados con el consumo de drogas en etapas posteriores de su vida. Bélgica, Portugal, la República Checa y Noruega notifican el uso de nuevas herramientas de vigilancia y detección precoz, tanto en la escuela como fuera de ella.

Las estrategias de prevención específica notificadas con más frecuencia son la intervención precoz y el asesoramiento sobre el consumo de drogas; son pocos los informes sobre intervenciones dirigidas a problemas de conducta de inicio precoz. Esto sugiere que el potencial de la prevención específica para ayudar a reducir las consecuencias de los problemas neuroconductuales en la infancia, como la agresión y la impulsividad, para la conducta futura relacionada con el consumo de sustancias (OEDT, 2009c) no está siendo explotado plenamente en Europa. La prevención específica puede actuar como un puente entre la prevención en contexto extrainstitucionales y el tratamiento especializado ofrecido en entornos clínicos, sobre todo cuando se realizan intervenciones precoces dirigidas a grupos especiales, como consumidores vulnerables de cannabis o alcohol.

## Tratamiento

Las intervenciones psicosociales, la sustitución de opiáceos y la desintoxicación son las principales modalidades utilizadas para el tratamiento de los problemas de drogas en Europa. La importancia relativa de esas diferentes modalidades en cada país depende de distintos factores, tales como la organización del sistema nacional de asistencia sanitaria. Los servicios de tratamiento de drogadicciones pueden prestarse en distintos entornos: unidades de tratamiento especializado, centros ambulatorios u hospitalarios, centros y hospitales de salud mental, unidades en prisiones, centros de bajo umbral o consultas de medicina general.

No existen datos que permitan describir el conjunto de la población de consumidores de droga que están recibiendo actualmente tratamiento para su drogodependencia en Europa. No obstante, el indicador de la demanda de tratamiento del OEDT recoge información sobre un importante subgrupo de esa población, constituido por todos los que reciben servicios especializados de tratamiento de drogodependencias, para conocer sus características y perfiles de consumo de drogas <sup>(12)</sup>. En 2009, ese indicador registró cerca de 460 000 pacientes que habían iniciado un tratamiento, el 38 % de los cuales (175 000) lo habían iniciado por primera vez en su vida.

Basándose en diferentes fuentes, entre ellas el indicador de demanda mencionado, se obtiene la estimación conservadora de que 1 100 000 personas recibieron

tratamiento por consumo de drogas ilegales en la Unión Europea, Croacia, Turquía y Noruega en 2009 <sup>(13)</sup>. Aunque más de la mitad de estos pacientes recibieron tratamiento de sustitución de opiáceos, un número considerable recibió otras formas de tratamiento por problemas relacionados con el consumo de opiáceos, estimulantes, cannabis y otras drogas ilegales <sup>(14)</sup>. Esta estimación del tratamiento de la drogadicción en la Unión Europea, aunque todavía mejorable, revela un alto nivel de tratamiento, al menos para los consumidores de opiáceos. Esta es la consecuencia de una importante expansión en las últimas dos décadas de servicios ambulatorios especializados, con una implicación notable de la atención primaria, los grupos de autoayuda, los servicios generales de salud mental, los centros de proximidad y los proveedores de servicios de bajo umbral.

Sobre todo en Europa occidental, parece estar produciéndose un cambio gradual que se aleja de la opinión de que el tratamiento de la drogadicción es responsabilidad de unas cuantas disciplinas especializadas que emprenden iniciativas intensivas a corto plazo y evoluciona hacia un enfoque multidisciplinar, integrado y a más largo plazo. En parte, esa es una respuesta al creciente reconocimiento de la drogadicción como una enfermedad crónica caracterizada en muchos pacientes por ciclos de remisión, recaída, tratamientos repetidos y discapacidad (Dennis y Scott, 2007), una opinión apoyada por los datos recogidos por el OEDT que demuestran que más de la mitad de los pacientes que inician un tratamiento han recibido ya en alguna ocasión anterior otro tratamiento previo. Otro factor es que los países de Europa occidental están siendo testigos de un considerable envejecimiento de sus poblaciones de consumidores de drogas que reciben tratamiento, principalmente consumidores problemáticos de largo plazo con episodios de tratamiento previo y que notifican diversos problemas de salud y sociales (OEDT, 2010f).

En respuesta, algunas estrategias nacionales y locales contra las drogas describen un enfoque asistencial continuado, que insiste en la coordinación e integración de las intervenciones entre diferentes proveedores de tratamiento de la drogadicción (por ejemplo, alta de servicios residenciales y derivación a servicios ambulatorios) y entre tratamiento y el espectro más

<sup>(12)</sup> El indicador de demanda de tratamiento se basa en los datos recibidos de centros especializados en el tratamiento de drogodependencias de 29 países. La mayoría de los países han presentado los datos de más del 60 % de sus unidades, aunque en algunos países no se conoce el porcentaje de unidades cubiertas (véase el cuadro TDI-7 del boletín estadístico de 2011).

<sup>(13)</sup> Véase el gráfico HSR-10 del boletín estadístico de 2011.

<sup>(14)</sup> En los respectivos capítulos puede encontrarse información más detallada sobre tipos específicos de tratamiento para las diferentes sustancias, y su eficacia, calidad y datos que lo demuestran.

amplio de servicios sanitarios y sociales. La asistencia continuada se basa en un seguimiento periódico del estado del paciente, la detección precoz de problemas potenciales, la derivación entre los servicios sanitarios y los de asistencia social y el apoyo continuado a los pacientes sin límite de tiempo. Los médicos generales pueden realizar una importante función en esta área. En una reciente encuesta realizada en Francia a proveedores de servicios se reconocía el papel de los médicos generales para facilitar el acceso a la asistencia especializada de los consumidores de opiáceos, tanto para derivación a hospitales con objeto de iniciar un tratamiento con metadona, como para la continuación del tratamiento después de recibir el alta. En otro ejemplo, el Gobierno neerlandés y las administraciones locales de la cuarta ciudad más grande de ese país han adoptado un enfoque de tratamiento integral dentro de una estrategia más amplia de apoyo social en el que intervienen muy diversos organismos.

La asistencia continuada y las respuestas basadas en el tratamiento integral pueden verse respaldadas por la elaboración de protocolos de asistencia, directrices y estrategias de manejo de los pacientes entre proveedores (Haggerty *et al.*, 2003). En una encuesta realizada en 2010 a puntos focales nacionales se concluyó que 16 países tenían acuerdos de colaboración entre los organismos responsables del tratamiento de la drogadicción y los servicios sociales. En seis países (Francia, Países Bajos, Portugal, Reino Unido, Rumanía y Croacia), los protocolos estructurados son los mecanismos utilizados con más frecuencia para la coordinación entre los distintos organismos, mientras que en otros países esa colaboración se basa sobre todo en la creación de redes informales.

### «Cuestión particular» sobre la financiación y el coste del tratamiento de la drogadicción

En esta época de austeridad fiscal, se está prestando cada vez más atención a todos los aspectos del gasto público, incluidos los costes de los tratamientos. Una «Cuestión particular» publicada este año por el OEDT esquematiza las principales fuentes de financiación para el tratamiento de la drogadicción en una serie de países europeos. Se resumen los datos disponibles sobre la cuantía del gasto en servicios de tratamiento de la drogadicción y el coste de esos tratamientos.

Esta publicación está disponible en versión impresa y en el sitio web del OEDT únicamente en inglés.

### Tratamiento en régimen ambulatorio

En Europa, la mayoría de los tratamientos de la drogadicción se ofrecen en entornos ambulatorios. Se dispone de información sobre cerca de 400 000 consumidores de drogas que empezaron a recibir tratamiento ambulatorio especializado en 2009. Más de la mitad de los pacientes que inician tratamiento (51 %) mencionan los opiáceos, en especial la heroína, como principal droga consumida, mientras que el 24 % mencionan el cannabis, el 18 % la cocaína y el 4 % otros estimulantes distintos de la cocaína. La vía más frecuente de acceso a tratamiento es la presentación voluntaria (37 %), seguida de los servicios tratamiento de la drogadicción, los servicios sociales y los servicios sanitarios (28 %), así como la derivación por el sistema judicial penal (20 %). Los demás pacientes se derivan por medio de familiares, amigos y redes informales <sup>(15)</sup>.

Los pacientes derivados a tratamiento ambulatorio constituyen, con diferencia, el grupo más numeroso de consumidores de drogas para el que se pueden describir características personales y sociales y perfiles de consumo de droga. En él predominan los hombres jóvenes, con una edad media de 32 años. Los hombres superan en número a las mujeres en una proporción aproximada de cuatro a uno, lo que refleja en parte el predominio de los hombres entre los consumidores de drogas más problemáticos. Entre los pacientes que inician tratamiento, los consumidores de cannabis como droga principal son casi 10 años más jóvenes (25) que los consumidores de cocaína (33) y opiáceos (34) como droga principal. Por término medio, los pacientes más jóvenes que reciben tratamiento para la drogadicción (25-26) se encuentran en Polonia, Hungría y Eslovaquia —países que entraron en la UE después de 2004— y los de más edad, en España, Italia y los Países Bajos (34). La proporción entre hombres y mujeres es elevada para todas las sustancias, aunque varía según la droga y el país. Las proporciones entre géneros son generalmente mayores en los países del sur de Europa y menores en los países septentrionales <sup>(16)</sup>.

Las dos modalidades principales de tratamiento en régimen ambulatorio en Europa son las intervenciones psicosociales y la sustitución de opiáceos. Incluyen el asesoramiento, el refuerzo de la motivación, las terapias cognitivo-conductuales, la gestión de casos, las terapias grupales y familiares y la prevención de la reincidencia. Aunque depende del país en cuestión, en general corren a cargo de instituciones públicas y organizaciones no gubernamentales. Las intervenciones psicosociales ofrecen

<sup>(15)</sup> Véanse los cuadros TDI-16 y TDI-19 del boletín estadístico de 2011.

<sup>(16)</sup> Véanse los cuadros TDI-9 (parte iv), TDI-21 y TDI-103 del boletín estadístico de 2011. Para obtener información sobre los pacientes en tratamiento por sustancia principal, véanse los respectivos capítulos.

apoyo a los consumidores en sus intentos de gestionar y superar sus problemas con las drogas, y constituyen la principal forma de tratamiento para los consumidores de drogas estimulantes, como la cocaína y las anfetaminas. Se ofrecen también a los consumidores de opiáceos, generalmente en combinación con un tratamiento de sustitución. Según una encuesta realizada en 2008 a expertos nacionales, la mayoría de los países europeos comunican la disponibilidad de tratamiento psicosocial ambulatorio para todos aquellos que lo solicitan. Aunque existe una variación considerable en Europa, la mayor parte de los países refieren unos tiempos medios de espera que no llegan al mes.

El tratamiento de sustitución de opiáceos es la principal modalidad terapéutica para los consumidores de este tipo de drogas en Europa. En general se administra en régimen ambulatorio, aunque en algunos países se ofrece también en régimen de ingreso en centros sanitarios y cada vez se administra más en los centros penitenciarios <sup>(17)</sup>. Por su parte, los médicos generales que pasan consulta, a menudo en regímenes de asistencia compartida con centros especializados, desempeñan una función cada vez más destacada. La sustitución de opiáceos está disponible en todos los Estados miembros de la UE, así como en Croacia y Noruega. En Turquía, el tratamiento de sustitución con la combinación de buprenorfina-naloxona se introdujo en 2010. En conjunto, se estima que en 2009, 700 000 pacientes recibieron tratamiento de sustitución en Europa (véase el capítulo 6) <sup>(18)</sup>.

### Tratamiento en régimen de ingreso

Se dispone de datos sobre unos 44 000 consumidores de drogas que han iniciado tratamiento de la drogadicción en régimen de ingreso en Europa en 2009 <sup>(19)</sup>. La principal droga notificada por la mitad de estos pacientes fueron los opiáceos (53 %), seguidos del cannabis (16 %), la cocaína (8 %) y otros estimulantes distintos de la cocaína (12 %). Los pacientes tratados en este régimen fueron en su mayoría varones jóvenes, con una edad media de 31 años y una proporción entre varones y mujeres de 3,5:1 <sup>(20)</sup>.

El tratamiento en régimen de ingreso requiere la pernoctación del paciente durante varias semanas o meses. En muchos casos, lo que se pretende es conseguir que este se abstenga de consumir drogas, sin permitirse los tratamientos de sustitución. La

desintoxicación es una intervención a corto plazo realizada bajo supervisión médica que se orienta a resolver los síntomas de abstinencia asociados a la interrupción del consumo de drogas crónico. En ocasiones es un requisito previo para iniciar un tratamiento en régimen de ingreso, a largo plazo y basado en la abstinencia. Normalmente se trata de una intervención que requiere el ingreso en un hospital, un centro de tratamiento especializado o un establecimiento residencial con servicios médicos o psiquiátricos.

En los centros con régimen de ingreso, los pacientes reciben alojamiento y tratamientos psicosociales estructurados e individualizados, y participan en actividades orientadas a su rehabilitación y reinserción social. En este contexto se adopta a menudo un enfoque terapéutico comunitario. Los hospitales psiquiátricos también ofrecen tratamiento de la drogodependencia en régimen de ingreso, especialmente a los pacientes que presentan comorbilidad con trastornos psiquiátricos.

Según una encuesta realizada en 2008 a expertos nacionales, la mayoría de los países europeos comunican la disponibilidad de tratamiento psicosocial ambulatorio y servicios de desintoxicación para todos aquellos que lo solicitan. Las estimaciones del tiempo de espera en cada país para el acceso a tratamiento psicosocial ambulatorio prestada por expertos de 16 países varían dentro de Europa. Se han notificado unos tiempos medios de espera menores de un mes en 14 países, de unos meses en Hungría y de 25 semanas en Noruega.

### Reinserción social

El grado de exclusión social entre los pacientes que reciben tratamiento por drogadicción es generalmente alto, y en muchos casos impide su plena recuperación y socava los beneficios del tratamiento. Los datos sobre pacientes que iniciaron tratamiento por drogadicción en 2009 demuestran que la mayoría de ellos estaban desempleados (59 %), y casi uno de cada 10 carecía de vivienda estable (9 %). El bajo nivel de estudios es frecuente entre los pacientes que reciben tratamiento, con un 37 % que solo ha finalizado la educación primaria y un 4 % que ni siquiera eso <sup>(21)</sup>. Cada vez se reconoce más que la creación de servicios dirigidos contra la marginación y la estigmatización mejorará las posibilidades de éxito de la reinserción social y la calidad de vida de estos pacientes (Lloyd, 2010).

<sup>(17)</sup> Véase «Asistencia a los consumidores de droga en los centros penitenciarios», p. 43.

<sup>(18)</sup> Véanse los cuadros HSR-1, HSR-2 y HSR-3 del boletín estadístico de 2011.

<sup>(19)</sup> Esta cifra debe interpretarse con cautela, porque no incluye a todos los consumidores que introdujeron temporalmente la asistencia hospitalaria como parte de un proceso de tratamiento más complejo.

<sup>(20)</sup> Véanse los cuadros TDI-7, TDI-10, TDI-19 y TDI-21 del boletín estadístico de 2011.

<sup>(21)</sup> Véanse los cuadros TDI-12, TDI-13 y TDI-15 del boletín estadístico de 2011.



Se reconoce también que la reinserción social de los consumidores de drogas en sus comunidades locales es un componente fundamental de las estrategias de lucha contra las drogas a escala mundial. Las iniciativas encaminadas a atender las necesidades sociales de los pacientes que reciben tratamiento por drogodependencia pueden contribuir a reducir su consumo de drogas y a mantener la abstinencia a largo plazo (Laudet *et al.*, 2009).

Veintiún países europeos disponen de secciones específicas de reinserción social en sus estrategias nacionales contra las drogas <sup>(22)</sup>, que se centra principalmente en atender las necesidades de vivienda, educación y empleo de los consumidores de drogas. Los servicios de reinserción social se prestan conjuntamente con el tratamiento de la drogodependencia o después de finalizarlo, con la colaboración entre servicios terapéuticos especializados y centros de salud y asistencia social.

En conjunto, aunque la mayoría de los países refieren la existencia de intervenciones en materia de vivienda, educación y participación en el mercado de trabajo, los datos disponibles indican que los niveles de prestación están muy lejos de atender las necesidades de la población que recibe tratamiento por drogodependencia.

## Vivienda

Un elemento fundamental del proceso de reinserción es garantizar el acceso y el mantenimiento de una vivienda estable que ayude a los pacientes a continuar con su tratamiento y que contribuya a la prevención de la reincidencia (Milby *et al.*, 2005).

En Europa, en conjunto, los niveles de prestación de servicios para atender las necesidades de vivienda de los pacientes en tratamiento por drogodependencia son bajos. De los 29 países que respondieron a una encuesta reciente, menos de un tercio declararon que la mayoría de los pacientes en tratamiento tenían acceso a centros de acogida de emergencia (nueve), a viviendas de transición (ocho) o a servicios de vivienda subvencionada (cinco).

A pesar del bajo grado de prestación declarado por los países europeos, la mayoría notificaron la disponibilidad de vivienda social para los grupos más vulnerables, con un grado variable de acceso para las personas en tratamiento por drogodependencia. La oferta de este tipo de vivienda suele correr a cargo de las administraciones locales o de organizaciones no gubernamentales. La duración de la estancia puede variar y la entrada puede estar sujeta a condiciones (por ejemplo, mantenerse sin consumir drogas, supervisión por el personal responsable del tratamiento). Además, una serie de

países han adaptado las viviendas a las necesidades de las personas en tratamiento por drogodependencia; por ejemplo, 18 países informan de la existencia de alojamientos de emergencia (por ejemplo, albergues para dormir, cama y desayuno) y 20 países ofrecen algún tipo de vivienda de transición, como centros de acogida temporales. La vida independiente puede ser un paso importante hacia la reinserción social y, en 12 países, los pacientes en tratamiento tienen algún acceso a servicios de viviendas subvencionadas, mientras que 15 países informan de programas que facilitan el acceso a una vida independiente dentro del mercado general de la vivienda. En Francia, los centros terapéuticos especializados ofrecen lo que se conoce como apartamentos «móviles». El centro paga el arrendamiento de la vivienda, y la subarrenda al paciente en tratamiento, el cual contribuye a una pequeña parte del precio del alquiler. El paciente recibe ayuda en el apartamento con tareas administrativas (por ejemplo, pago de facturas) y la gestión del presupuesto, y después de un «período de prueba», se convierte en el arrendatario oficial.

## Formación y educación

Las necesidades de educación de los consumidores de drogas en tratamiento pueden ser atendidas de distintas formas. Aunque el sistema de educación general puede ser una primera opción, las barreras individuales y generalizadas, como bajas expectativas, estigma y miedo al fracaso, pueden disuadir a los pacientes de participar en él (Lawless y Cox, 2000). Once países disponen de programas de apoyo que tratan de facilitar el acceso de los pacientes en tratamiento por drogadicción a la educación general. Además, 15 países informan de que los pacientes en tratamiento por drogadicción tienen acceso a programas educativos dirigidos a los grupos socialmente vulnerables.

La formación profesional o técnica ayuda a las personas a adquirir las competencias prácticas que necesitan para conseguir un empleo en un determinado sector u ocupación, y generalmente permite su cualificación profesional. En la mayoría de los países (20), los pacientes en tratamiento reciben formación profesional por medio de intervenciones dirigidas a los grupos socialmente más vulnerables. En 16 países existen también intervenciones de formación profesional dirigidas específicamente a las poblaciones en tratamiento por drogadicción.

## Empleo

La empleabilidad es un concepto clave en la reinserción social, y las necesidades de empleo de los consumidores

<sup>(22)</sup> Lituania y Austria no disponían de una estrategia nacional contra las drogas en el momento de la encuesta.

de drogas han sido objeto de estrategias nacionales de empleo de una serie de países europeos. Las actividades dirigidas a aumentar la empleabilidad pueden dirigirse al dominio psicológico (por ejemplo, desarrollo personal, autoeficacia, autoestima, capacidad de adaptación) y pueden ofrecer a los consumidores de drogas en proceso de recuperación un grupo de referencia alternativo y nuevas capacidades para contribuir a la reinserción con éxito en la comunidad más general. En 15 países, la empleabilidad de las personas que reciben tratamiento por drogodependencia es un objetivo habitual y normal de los planes de asistencia individualizados.

Los datos indican que el empleo y el refuerzo de la empleabilidad mejoran los resultados del tratamiento por drogodependencia (Kaskutas *et al.*, 2004) y tiene un impacto positivo en la salud y la calidad de vida, además de reducir los delitos cometidos (Gregoire y Snively, 2001). Los sistemas de apoyo, como un mercado de trabajo intermedio que ofrezca trabajo remunerado en puestos temporales creados especialmente, pueden ayudar a salvar la distancia entre el desempleo de larga duración y el empleo en el mercado de trabajo abierto. Estos sistemas se dirigen generalmente a personas en situación de desventaja (por ejemplo, por medio de empresas creadas para emplear a los discapacitados y a los marginados por la sociedad), y pueden incluir trabajo profesional y voluntario.

Veinte países informan de intervenciones en el mercado de trabajo intermedio a disposición de los grupos socialmente más vulnerables a las que pueden acceder también las personas en tratamiento por drogodependencia; en 11 países, estas intervenciones están disponibles específicamente para los pacientes en tratamiento. En Irlanda, por ejemplo, la iniciativa Ready for Work facilita el acceso de personas sin hogar, entre ellas consumidores de drogas, a formación o empleo, ofreciéndoles un período de formación previo al empleo, trabajo no remunerado para adquirir experiencia y apoyo en el seguimiento. Los pacientes en tratamiento por drogodependencia pueden tener derecho a beneficiarse de otras iniciativas, como el empleo subvencionado, que ayuda a las personas con discapacidades y a otros grupos en situación de desventaja a conseguir y mantener un empleo remunerado. Aunque 17 países han informado de que los pacientes en tratamiento por drogodependencia tienen acceso a intervenciones de empleo subvencionado, solo cuatro declararon la existencia de niveles suficientes de prestación de este servicio.

## Reducción de daños

La prevención y la reducción de los daños relacionados con las drogas son objetivos de salud pública en todos los Estados miembros y en la estrategia en materia de drogas de la UE <sup>(23)</sup>. Se dispone ahora de datos científicos sobre las intervenciones orientadas a la reducción de daños, así como de estudios que demuestran el efecto combinado de esas intervenciones, para ayudar a la planificación de los servicios (OEDT, 2010b) <sup>(24)</sup>.

Entre las principales intervenciones en este campo se encuentran los programas de tratamiento de sustitución de opiáceos y los de reposición de jeringuillas y agujas, que tienen como objetivo reducir el número de muertes por sobredosis y la propagación de enfermedades infecciosas. El tratamiento de sustitución está disponible en todos los países, y los programas de intercambio de agujas y jeringuillas existen en todos los países salvo en Turquía. En las últimas dos décadas, Europa ha sido testigo del crecimiento y la consolidación de la reducción de daños y su integración con otra serie de servicios de asistencia sanitaria y social. Desde el enfoque inicial de finales del decenio de los ochenta centrado en la epidemia del VIH/sida, la reducción de daños se ha ampliado con la adopción de una perspectiva más amplia de satisfacción de las necesidades sanitarias y sociales de los consumidores problemáticos de drogas, especialmente de los que están socialmente excluidos.

En 2009, el número de pacientes con acceso a tratamiento de sustitución aumentó en la mayoría de los países <sup>(25)</sup>. Además, se produjeron aumentos en el uso de los servicios de bajo umbral orientados a la reducción de daños en Bulgaria, República Checa, Grecia, Hungría, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Polonia, Rumanía y Croacia; y se produjo una expansión geográfica de los programas de intercambio de agujas y jeringuillas en Hungría.

La mayoría de los países europeos ofrecen una serie de servicios adicionales de asistencia sanitaria y social, que incluyen valoración y asesoramiento individualizados, información dirigida y educación sobre un consumo seguro. La distribución de materiales de inyección distintos de las agujas y jeringuillas, la promoción del uso de preservativo entre los consumidores de drogas inyectables, las pruebas de detección de enfermedades infecciosas y el tratamiento antirretroviral y la vacunación contra la hepatitis viral puede haber aumentado en los últimos años. Las proyecciones de los modelos sugieren que ofrecer intervenciones con un efecto

<sup>(23)</sup> COM(2007) 199 final.

<sup>(24)</sup> Véase también el portal de buenas prácticas.

<sup>(25)</sup> Véase el cuadro HSR-3 del boletín estadístico de 2011 y el capítulo 6.

### Implicación de los consumidores de drogas

El concepto de implicación de los usuarios de los servicios en la política sanitaria adquirió impulso cuando la Declaración de Ottawa de la Organización Mundial de la Salud de 1986 estableció una nueva agenda para la prestación de servicios de salud pública y asistencia sanitaria. La implicación activa de los consumidores de drogas en el diseño de los servicios para drogodependientes puede remontarse, no obstante, a los Países Bajos en el decenio de los setenta.

Más recientemente, se ha dado un paso para facilitar la implicación de las organizaciones de consumidores de drogas a escala nacional y europea cuando la Red Europea de Reducción de Daños ha empezado a compilar un inventario de organizaciones de consumidores de drogas en Europa.

La implicación de los usuarios puede adoptar distintas formas y perseguir distintos objetivos (Bröring y Schatz, 2008). Las actividades pueden incluir encuestas a los usuarios de los servicios sobre la accesibilidad y la calidad de los servicios; asesoramiento de los usuarios en el proceso de selección de personal; organización de grupos temáticos para desarrollar nuevas áreas de un servicio; e inclusión de las organizaciones de consumidores en la defensa de la salud y la formulación de políticas sobre drogas. Las organizaciones de consumidores de drogas se implican con frecuencia en iniciativas de apoyo mutuo y en la educación para la prevención de enfermedades infecciosas, así como en la producción de materiales informativos que faciliten el trabajo en red y ayuden a sensibilizar más al público en general sobre los principales problemas de los consumidores de drogas (Hunt *et al.*, 2010). La implicación de los usuarios puede ser una forma pragmática y ética de garantizar la calidad y aceptabilidad de los servicios. Sin embargo, para capacitar a los consumidores de drogas para que puedan realizar alguna contribución y asegurar que la implicación de los consumidores tenga éxito, se necesita un apoyo adecuado.

Visite también el sitio web de la Red Europea de Reducción de Daños.

potencial máximo (programas de intercambio de agujas y jeringuillas, tratamiento de sustitución y tratamiento antirretroviral) a una parte importante de la población objetivo y durante un período prolongado reduce la transmisión del VIH entre los consumidores de drogas inyectables; sugieren asimismo que los efectos mayores se consiguen cuando los niveles de infección siguen estando bajos (Degenhardt *et al.*, 2010).

En 2010, el Instituto Nacional de Salud e Investigación de Francia (Inserm) realizó una investigación multidisciplinar de la base de datos sobre las intervenciones de reducción de daños orientada a reducir el riesgo de infecciones entre los consumidores de drogas. El estudio incluyó una revisión

de la bibliografía científica que abarcaba los aspectos médicos, epidemiológicos, sociológicos, económicos y sanitarios de la reducción de daños y organizó audiencias con expertos y debates públicos. El «Informe conjunto de los expertos» recomienda que las políticas de reducción de daños se consideren una parte esencial de una estrategia más general para reducir las desigualdades sanitarias. Además, estos servicios tienen que integrarse con otros servicios relacionadas con las drogas como parte del proceso asistencial. Aunque la prioridad sigue estando en la prevención tanto del consumo de drogas como de la transición al consumo de drogas inyectables, se debe capacitar a los consumidores de drogas inyectables para que sean ellos mismos los que reduzcan los riesgos relacionados con la inyección. En el informe se recomienda que, al igual que con las intervenciones médicas y sociales, las medidas de reducción de daños formen parte de unos planes asistenciales personalizados.

### Garantía de calidad

La mayoría de los países europeos realizan una serie de actividades dirigidas a garantizar la calidad de las intervenciones y servicios relacionados con las drogas. Entre ellas destaca la elaboración de directrices terapéuticas, la evaluación comparativa de servicios, la formación del personal y los procesos de certificación y acreditación de la calidad.

### Normas de calidad para Europa

El estudio EQUUS, encargado por la Comisión Europea, trata de elaborar un consenso entre los expertos europeos y las partes interesadas en torno a las normas de calidad existentes en las intervenciones dirigidas a la reducción de la demanda. Entre otras cosas, hace falta una definición más clara de las normas mínimas, que se ha utilizado para abarcar tanto procedimientos organizativos como recomendaciones basadas en datos científicos. El estudio EQUUS pretende aclarar esta confusión y distingue entre tres tipos de normas. Se distingue entre normas estructurales (por ejemplo, las referidas al medio ambiente, la accesibilidad, la composición del personal y la cualificación), normas de procedimiento (por ejemplo, planificación individualizada, cooperación con otros organismos, mantenimiento de registros de pacientes) y normas de resultados (satisfacción de los pacientes y del personal, definición y medición de objetivos terapéuticos). Los resultados del estudio deberían conocerse a finales de 2011, y serán utilizados por la Comisión Europea para alcanzar un consenso europeo y someterlo al Consejo antes de 2013 <sup>(26)</sup>.

<sup>(26)</sup> Si desea más información, visite el portal de buenas prácticas.



### Formación y educación del personal

La formación y educación continua del personal en materia de consumo de drogas son actividades fundamentales para garantizar la calidad de los servicios. Los resultados de una recopilación reciente de datos *ad hoc* revelan que en los 27 países que facilitaron información, todos ellos contaban con programas de formación específica en el campo de las drogodependencias, dirigidos principalmente hacia profesionales de la medicina y la enfermería, psicólogos y trabajadores sociales. Aunque algunos países ofrecen cursos universitarios especializados, otros ofrecen cursos de posgrado o de formación continua. Las actividades de formación y educación más estructuradas y desarrolladas se encuentran en el campo de la medicina. Tres estudios informan de la creación de una especialidad médica en drogodependencias. La República Checa introdujo la especialidad de medicina de la adicción en 1980 y la profesión no médica de «adictólogo» en 2008; en 2007 se puso en marcha en los Países Bajos un módulo de dos años de especialización en medicina de la adicción; Alemania ofrece cursos de posgrado sobre el consumo de sustancias y el asesoramiento en materia de adicciones, así como un módulo sobre el tratamiento asistido por heroína. Las pruebas de la eficacia de estrategias como la «educación médica continua» siguen siendo muy limitadas y poco concluyentes. Se ha propuesto un enfoque reciente más interactivo, conocido como «desarrollo profesional continuo» (Horsley *et al.*, 2010), que implique a los médicos en una gran diversidad de capacidades entre las que se incluyen comunicación, gestión y promoción de la salud, aunque sigue todavía en proceso de pruebas.

### Cumplimiento de la legislación sobre drogas e infracciones de la misma

El cumplimiento de la legislación sobre drogas es un importante componente de las políticas nacionales y europeas en este ámbito. Incluye una gran diversidad de intervenciones que corresponden principalmente a las fuerzas policiales y de seguridad del Estado (por ejemplo, aduanas). Aquí se explica brevemente un grupo de esas intervenciones, las operaciones encubiertas. Los datos sobre las actividades relacionadas con el cumplimiento de la legislación sobre drogas suelen estar menos desarrollados y son menos accesibles que en otros ámbitos de la política sobre drogas. Una notable excepción a esta regla son los datos sobre las infracciones de la legislación en materia de drogas, que se presentan al final de esa sección.

### Operaciones encubiertas

El éxito en la persecución de infractores de alto nivel de la legislación sobre drogas y el desmantelamiento de redes organizadas de suministro de drogas son las prioridades clave en la reducción del suministro, según el plan de acción actual de la UE contra las drogas. Lo anterior plantea un reto a los organismos responsables de velar por el cumplimiento de la legislación, ya que la mayoría de los infractores serán detectados únicamente por medio de operaciones proactivas de aplicación de las leyes (OEDT, 2009a). Ese es especialmente el caso de los delitos graves relacionados con el suministro de drogas en calidad de intermediarios o mayoristas, que suelen ser cometidos por personas muy encubiertas y organizaciones delictivas.

En su respuesta a la delincuencia grave relacionada con las drogas, las instituciones europeas que velan por el cumplimiento de la legislación europea están haciendo uso cada vez más de técnicas encubiertas, que incluyen tecnología, como la interceptación de llamadas o los seguimientos electrónicos, y operaciones de infiltración de personas. Estas operaciones pueden implicar a funcionarios de la policía (agentes encubiertos) y ciudadanos particulares que actúan bajo la supervisión de la policía (informadores). Su despliegue está legalmente autorizado en los 27 Estados miembros de la UE.

Las operaciones encubiertas contra las redes de tráfico de drogas se utilizan para recabar información fiable sobre la identidad y la función de los miembros de las redes, detectar rutas de contrabando, destinos y centros de almacenamiento, y para descubrir la hora y el lugar de las entregas. En muchos casos, agentes o informadores se tienen que infiltrar en redes delictivas, que suelen ser secretas para las personas ajenas a ella y segmentar la información. La obtención de información se centra principalmente en el funcionamiento de las redes de drogas y el papel que desempeñan sus miembros.

Las operaciones encubiertas plantean algunos problemas jurídicos, relacionados sobre todo con la incitación al consumo. El Tribunal Europeo de Derechos Humanos estableció los principios básicos que regulan el uso de «agentes provocadores» en una sentencia de 1998 (Teixeira de Castro contra Portugal) (Tribunal Europeo de Derechos Humanos, 1998). La sentencia establece que el uso de técnicas de personas infiltradas no deben infringir el derecho a un juicio justo y, por tanto, las agencias que velan por el cumplimiento de la legislación no deben incitar a la comisión de un delito que de lo contrario no habría cometido. Por consiguiente, los organismos que

velan por el cumplimiento de la legislación tienen que albergar «sospechas objetivas» sobre las personas antes de poner en práctica técnicas encubiertas. En la mayoría de los Estados miembros, la incitación de terceras partes al consumo de drogas está prohibida.

Existen una serie de disposiciones administrativas y legales nacionales que regulan las operaciones encubiertas y tratan de garantizar tanto el respeto del Estado de Derecho como la seguridad de los agentes encubiertos. Las legislaciones nacionales y los reglamentos que las desarrollan difieren, pero tienden a crear un marco general, que se especifica en los reglamentos que las acompañan y que rara vez se hacen públicos. Otras informaciones, como el número de operaciones realizadas ese año, tampoco suelen hacerse públicas. Sin embargo, la investigación ha demostrado que se realizaron 34 operaciones encubiertas en los Países Bajos en 2004, 12 de las cuales contribuyeron a las investigaciones o estudios (Kruisbergen *et al.*, 2011).

En la mayoría de los Estados miembros de la UE hace falta la aprobación de una autoridad judicial para poner en marcha una operación encubierta, y la mayoría de estas operaciones necesitan la supervisión de una autoridad superior, normalmente la fiscalía o un tribunal. Trece Estados miembros especifican las reglas de proporcionalidad y subsidiariedad, según las cuales la intervención tiene que ser proporcional al delito de drogas investigado, que tiene que ser suficientemente grave para precisar una medida encubierta. Además, antes de realizar una operación encubierta, tiene que estar claro que cualquier otra medida menos intrusiva para hacer cumplir la ley estaría abocada al fracaso.

El uso del encubrimiento en las operaciones, incluidos documentos de identidad falsos y «organizaciones de tapadera» —creadas para dar a los agentes encubiertos ocupaciones y medios de subsistencia plausibles—, es legalmente admisible en la mayoría de los Estados miembros.

En las operaciones encubiertas se utilizan una serie de técnicas. Por ejemplo, las compras simuladas de drogas se utilizan principalmente para detener a personas justo en el momento de vender drogas ilegales. Las entregas controladas son una técnica que permite el transporte de mercancía ilegal, con el conocimiento y bajo la supervisión de las autoridades competentes, dentro de un mismo país y entre distintos países. La mercancía puede incluir drogas o sus precursores, armas, cigarrillos, dinero procedente de actividades ilegales o incluso seres humanos. En la mayoría de las entregas controladas en Europa, la mercancía transportada es droga (Consejo de la Unión Europea,

## Formación de la policía europea

La Escuela Europea de Policía (CEPOL) es una agencia de la Unión Europea que funciona como una red de academias y universidades nacionales de policía. Una de sus tareas principales es organizar en torno a 100 actividades de formación al año, principalmente para los altos funcionarios de la policía, sobre cuestiones relevantes para las fuerzas policiales europeas. El objetivo general es promover un enfoque común europeo en asuntos policiales.

Para apoyar sus propias actividades de formación y las de los Estados miembros de la UE, la CEPOL ha establecido un programa de estudios común para diferentes grupos de destinatarios, como altos funcionarios, investigadores y gestores de casos, pero también representantes de Gobiernos nacionales y academias de policía. El programa de estudios común sobre el tráfico de drogas presenta un resumen de la situación internacional de las drogas, la legislación sobre drogas, información básica sobre sustancias ilegales, cooperación internacional, estrategias actuales de vigilancia policial, así como las distintas opciones tácticas dependiendo del delito cometido, como operaciones encubiertas y problemas como la delincuencia relacionada con las drogas, pero también la prevención del consumo de drogas y la reducción de la demanda.

2009) y, dependiendo de la legislación nacional, pueden estar escoltadas por informadores o agentes encubiertos, o pueden someterse a vigilancia tecnológica <sup>(27)</sup>.

## Infracciones de la legislación sobre drogas

Los únicos datos sobre delincuencia relacionada con las drogas disponibles normalmente en Europa son informes iniciales sobre infracciones de las legislaciones nacionales sobre drogas, en su mayoría elaborados por la policía <sup>(28)</sup>. Estos datos se refieren normalmente a delitos relacionados tanto con el consumo de drogas (consumo y posesión para consumo) como con su suministro (producción, tráfico y venta), aunque en algunos países se notifican también otros tipos de delitos (por ejemplo, los relacionados con precursores de las drogas).

Los datos de infracciones de la legislación sobre drogas pueden considerarse indicadores directos de la actividad de las fuerzas de seguridad, puesto que se refieren a delitos consentidos que generalmente no son denunciados por las víctimas potenciales. Generalmente se les considera indicadores indirectos del consumo y el tráfico de drogas, aunque incluyen solo las actividades que llegan a atraer la atención de las fuerzas de seguridad. Suelen reflejar también las diferencias nacionales en la legislación, así como las

<sup>(27)</sup> Véase un resumen de los aspectos legales de las entregas controladas en Europa en la Base de datos legal europea sobre drogas.

<sup>(28)</sup> Véase un análisis de la relación entre las drogas y la delincuencia y una definición de «delincuencia relacionada con las drogas» en OEDT (2007b).

prioridades y los recursos de cada país. Por otra parte, hay grandes diferencias en los sistemas nacionales de información en toda Europa, especialmente en lo que se refiere a los procedimientos de registro y notificación. Por ello, resulta difícil realizar comparaciones válidas de los datos facilitados por los distintos países y es preferible comparar tendencias que cifras absolutas.

En conjunto, el aumento del número de infracciones de la legislación sobre drogas notificadas en años anteriores se frenó en 2009. Un índice de la UE, basado en los datos facilitados por 21 Estados miembros que representan el 95 % de la población de 15 a 64 años de la Unión Europea, indica que el número de infracciones declaradas de la legislación sobre drogas aumentó en cerca de un 21 % entre 2009 y 2004. Cuando se consideran todos los países que facilitan información, se aprecia una tendencia al alza en 18 países y una estabilización o un descenso generalizado en nueve países durante ese mismo período <sup>(29)</sup>.

### **Infracciones relacionadas con el consumo y el suministro**

No se aprecia ningún cambio importante en la relación entre las infracciones de la legislación sobre drogas relativas al consumo y las relativas al suministro en comparación con años anteriores. En la mayoría (22) de los países europeos, las infracciones relativas al consumo de drogas o a la posesión para consumo personal siguieron representando la mayor parte del total en 2009, dándose las proporciones más altas en Estonia, España, Francia, Austria, Eslovenia y Suecia (81-94 %) <sup>(30)</sup>.

En conjunto, el aumento del número de infracciones de la legislación sobre drogas notificadas en años anteriores se frenó en 2009. Entre 2004 y 2009, el número de infracciones de la legislación sobre drogas relacionadas con el consumo aumentó en 15 de los países estudiados, exceptuándose Bulgaria, Alemania, Estonia, Malta, Austria y Noruega, que notificaron una reducción durante el período mencionado. En general, se estima que el número de esas infracciones aumentó en un 29 % entre 2004 y 2009.

Las infracciones relacionadas con el suministro de drogas se han mantenido estables desde 2007, aunque registraron un aumento estimado durante el período 2004-2009 cercano al 7 % en la Unión Europea. Durante

ese período, 15 países notificaron un aumento de las infracciones relacionadas con el suministro y otros tres notificaron una disminución general <sup>(31)</sup>.

### **Tendencias por tipos de droga**

El cannabis continúa siendo la droga ilegal que da lugar a más notificaciones de infracción de la legislación sobre drogas en Europa <sup>(32)</sup>. En la mayoría de los países europeos, representaron entre un 50 % y un 75 % del total de infracciones de la legislación sobre drogas declaradas en 2009. Las infracciones relacionadas con otras drogas superaron en número a las relacionadas con el cannabis en solo tres países: la República Checa y Letonia en el caso de la metanfetamina (55 % y 27 %), y Malta en el caso de la heroína (36 %).

Durante el período 2004-2008, el número de infracciones relacionadas con el cannabis aumentó en 11 de los países que facilitaron información, resultando un aumento estimado total del 20 % en la Unión Europea (gráfico 4). En Francia, Italia, Chipre, Malta y los Países Bajos se han notificado tendencias a la baja <sup>(33)</sup>.

El número de infracciones relacionadas con la cocaína aumentó en el período 2004-2009 en 11 países que proporcionaron datos; se exceptuaron Bulgaria, Alemania, Italia, Austria y Croacia, que mostraron tendencias a la baja. En el conjunto de la Unión Europea, esas infracciones aumentaron cerca de un 39 % en el mismo período y se mantuvieron estables en los dos últimos años <sup>(34)</sup>.

El número de infracciones relacionadas con la heroína se redujo ligeramente en 2009. La cifra de la UE para ese tipo de infracciones aumentó un 22 % en el período 2004-2009. El número de infracciones relacionadas con la heroína aumentó en 11 países que proporcionaron datos; se exceptuaron Bulgaria, Alemania, Malta, Países Bajos y Austria, que mostraron tendencias a la baja durante ese mismo período <sup>(35)</sup>.

El número de infracciones relacionadas con las anfetaminas notificadas en la Unión Europea disminuyeron ligeramente en 2009, aunque la tendencia general desde 2004 muestra un aumento total estimado del 16 %. Por el contrario, el número de infracciones relacionadas con el éxtasis se redujo a más de la mitad en ese mismo período (disminución del 54 %).

<sup>(29)</sup> Véanse el gráfico DLO-1 y el cuadro DLO-1 del boletín estadístico de 2011.

<sup>(30)</sup> Véase el cuadro DLO-2 en el boletín estadístico de 2011.

<sup>(31)</sup> Véanse el gráfico DLO-1 y el cuadro DLO-5 del boletín estadístico de 2011.

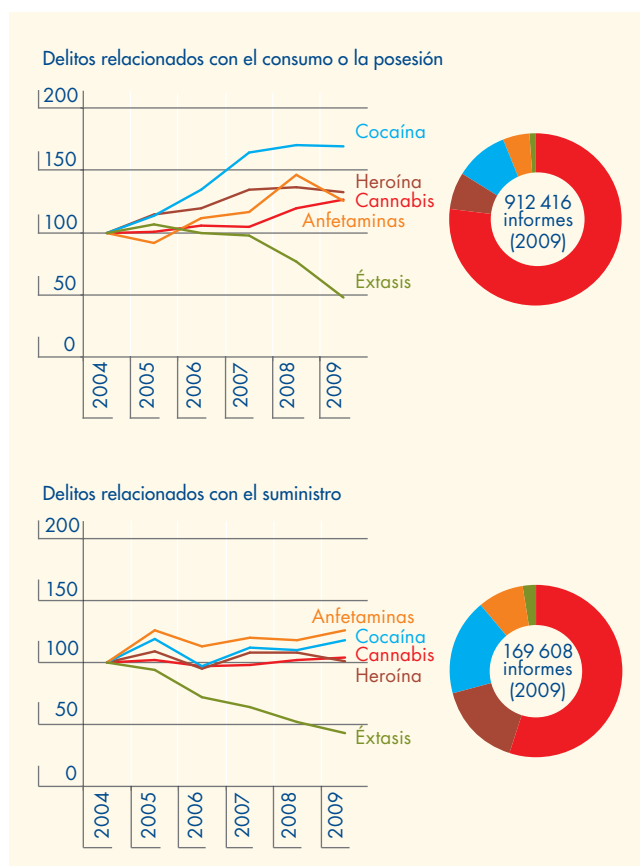
<sup>(32)</sup> Véase el cuadro DLO-3 del boletín estadístico de 2011.

<sup>(33)</sup> Véanse el gráfico DLO-3 y el cuadro DLO-6 del boletín estadístico de 2011.

<sup>(34)</sup> Véanse el gráfico DLO-3 y el cuadro DLO-8 del boletín estadístico de 2011.

<sup>(35)</sup> Véanse el gráfico DLO-3 y el cuadro DLO-7 del boletín estadístico de 2011.

**Gráfico 4:** Informes de delitos relacionados con el consumo o la posesión de droga para consumo personal y con el suministro de droga en los Estados miembros de la UE: tendencias indicadas en 2004-2009 y desglose por drogas de los informes de 2009



*N.B.:* Las tendencias se basan en la información disponible sobre el número de informes de infracciones de legislación sobre drogas (penales y no penales) notificadas en los Estados miembros de la UE; todas las series están indicadas a una base de 100 en 2004 y ponderadas en función de los tamaños de la población nacional para obtener una tendencia global de la UE; el desglose por tipo de droga se refiere al número total de casos notificados en 2009. Para más información, véanse los gráficos DLO-4 y DLO-5 del boletín estadístico de 2011.

*Fuente:* Puntos focales nacionales de la red Reitox.

## Respuesta sanitaria y social a los consumidores de drogas en las prisiones

En la Unión Europea, la proporción de delincuentes que cometen infracciones de la legislación sobre drogas y cumplen condenas de prisión oscila entre el 3 % y el 53 %, declarando la mitad de los países proporciones de entre el 9 % y el 25 %<sup>(36)</sup>. Estas cifras no incluyen a los presos que cumplen condena por delitos contra la propiedad para financiar su drogadicción u otros delitos relacionados con las drogas.

## Consumo de drogas entre la población reclusa

Siguen sin armonizarse las metodologías utilizadas en estudios sobre el consumo de drogas entre la población reclusa (Carpentier *et al.*, 2011). La investigación, no obstante, demuestra que la prevalencia del consumo de drogas es mayor entre la población reclusa que entre la población general. Los datos de algunos estudios realizados desde 2006 indican la existencia de variaciones considerables en la prevalencia del consumo de drogas entre la población reclusa: el porcentaje de encuestados que reconocieron haber consumido una droga ilegal alguna vez en su vida antes de entrar en prisión varió entre apenas el 8 % en algunos países y hasta el 65 % en otros. Los estudios realizados indican también que las modalidades más perjudiciales de consumo de drogas podrían concentrarse entre los reclusos y que entre el 5 % y el 31 % de los encuestados consumieron en algún momento drogas por vía parenteral<sup>(37)</sup>.

Al ingreso en prisión, la mayor parte de los consumidores reducen su consumo de drogas o dejan de consumirlas, principalmente debido los problemas que lleva aparejados la adquisición de las sustancias. Con todo, se reconoce que las drogas ilegales consiguen entrar en la mayoría de las cárceles a pesar de todas las medidas adoptadas para reducir su suministro. En los estudios realizados desde 2006, se estima que el consumo de drogas en los centros penitenciarios varía entre el 1 % y el 51 % de los reclusos. La droga consumida con más frecuencia por los reclusos es el cannabis, generalmente seguido por la cocaína y la heroína<sup>(38)</sup>. La cárcel puede ser un entorno propicio para iniciarse en el consumo de drogas o en formas de consumo más nocivas. Por ejemplo, un estudio realizado en Bélgica en 2008 llegó a la conclusión de que más de un tercio de los presos que consumían drogas habían empezado a consumirlas durante su detención, siendo la heroína la droga mencionada con más frecuencia (Todts *et al.*, 2009). Los consumidores de drogas inyectables detenidos parecen compartir los materiales relacionados con el consumo de drogas con más frecuencia que los consumidores que viven fuera de la institución, lo que es motivo de preocupación por la posible propagación de enfermedades infecciosas entre la población reclusa.

## VIH y hepatitis vírica entre los consumidores de drogas por vía parenteral en las prisiones

Los datos sobre la infección por el VIH entre los consumidores de drogas por vía parenteral en las prisiones son escasos en Europa. En particular, no se dispone de

<sup>(36)</sup> A fecha de 1 de septiembre de 2009, había más 640 000 reclusos en los centros penitenciarios de la Unión Europea. Puede acceder a datos sobre las estadísticas penales en Europa en el Consejo de Europa.

<sup>(37)</sup> Véanse los cuadros DUP-1, DUP-2 y DUP-105 del boletín estadístico de 2011.

<sup>(38)</sup> Véanse los cuadros DUP-3 y DUP-105 del boletín estadístico de 2011.

### Desarrollo de indicadores sobre los mercados de la droga, los delitos relacionados con las drogas y la reducción del suministro de drogas en Europa

El refuerzo de la vigilancia del suministro de drogas ilegales en Europa es una prioridad de la estrategia y el plan de acción actuales de la UE en materia de drogas. Tras la publicación del documento de trabajo de la Comisión Europea sobre la mejora de la recogida de datos sobre el suministro de drogas en octubre de 2010 <sup>(1)</sup>, la primera conferencia europea sobre los indicadores del suministro de drogas, organizada conjuntamente por la Comisión Europea y el OEDT, inició un proceso para la elaboración de indicadores para vigilar el suministro de drogas en Europa <sup>(2)</sup>.

El marco conceptual general de la vigilancia del suministro de drogas ilegales en Europa integrará tres componentes: mercados de la droga, delincuencia relacionada con las drogas y reducción del suministro de drogas. Tres grupos de trabajo, respaldados por el OEDT, prepararán un programa de trabajo en cada uno de esos ámbitos en 2011, centrándose en objetivos de vigilancia a corto, medio y largo plazo. Se prestará atención a la posibilidad de armonización, ampliación y mejora de los sistemas actuales de recogida de datos en cada uno de esos tres ámbitos, y se realizarán investigaciones específicas.

En el ámbito de los mercados de la droga, las futuras actividades se centrarán en la mejora de los datos sobre el precio y la pureza de las drogas, así como sobre el potencial de los datos derivados de la ciencia forense. La creación de un instrumento normalizado de vigilancia en Europa sobre las infracciones de la legislación sobre drogas y de indicadores sobre la producción de drogas dentro de Europa será fundamental en el ámbito de la delincuencia relacionada con las drogas, junto con la definición de prioridades para la investigación. Las autoridades policiales y el sistema de justicia penal realizarán una contribución esencial a la vigilancia de la reducción del suministro de drogas. El trabajo en este ámbito tan poco investigado comenzará con un ejercicio de identificación para obtener una visión general de las actividades de reducción del suministro de drogas en Europa. La existencia, el papel y las prácticas de las unidades especializadas en el cumplimiento de la legislación sobre drogas serán el punto de partida, y el OEDT realizará una encuesta en 2011.

<sup>(1)</sup> SEC(2010) 1216 final (disponible aquí).

<sup>(2)</sup> Las conclusiones de la conferencia están disponibles aquí.

datos sobre los países que declaran las prevalencias más altas de infecciones relacionadas con el consumo de drogas inyectables. En general, entre los ocho países que han facilitado datos desde 2004 (Bulgaria, República Checa, España, Hungría, Malta, Finlandia, Suecia

y Croacia) <sup>(39)</sup>, no se observan grandes diferencias en la prevalencia del VIH entre los consumidores de drogas inyectables en prisión y los que viven en otros entornos del país, aunque esto podría deberse en parte a las limitaciones de los datos. La prevalencia del VIH entre los consumidores de drogas por vía parenteral en las prisiones fue casi siempre baja (0-7,7 %) en siete países, mientras que España refirió una prevalencia del 39,7 %. Ocho países proporcionaron datos sobre la prevalencia del virus de la hepatitis C (VHC) entre los consumidores de drogas inyectables en las prisiones comprendidos entre el 11,5 % (Hungría) y el 90,7 % (Luxemburgo). En la República Checa, Luxemburgo y Malta, el VHC parece ser más prevalente entre los consumidores de drogas por vía parenteral que se realizaron la prueba en las prisiones, en comparación con los que se realizaron la prueba en otros entornos. Cuatro países han facilitado datos sobre la infección por el VHB (antígeno de superficie de la hepatitis B) entre los consumidores de drogas por vía parenteral en las prisiones: Bulgaria (11,6 % en 2006), República Checa (15,1 % en 2010), Hungría (0 % en 2009) y Croacia (0,5 % en 2007).

### La sanidad en los centros penitenciarios de Europa

Los reclusos con antecedentes de consumo de drogas inyectables, sobre todo, suelen presentar necesidades sanitarias diversas y complejas que exigen la adopción de un enfoque multidisciplinar y una atención médica especializada. Los reclusos tienen derecho al acceso a los servicios sanitarios disponibles en el país sin discriminación por motivo de su situación legal <sup>(40)</sup>, y los servicios médicos en las prisiones tienen que proporcionar tratamiento para los problemas relacionados con el consumo de drogas en condiciones similares a las ofrecidas fuera de las cárceles (CPT, 2006). Este principio general de equivalencia se reconoce en la Unión Europea en la Recomendación del Consejo de 18 de junio de 2003 relativa a la prevención y la reducción de los daños para la salud asociados a la drogodependencia <sup>(41)</sup>, a cuya aplicación insta el nuevo Plan de acción en materia de lucha contra la droga de la UE (2009-2012), aunque los servicios prestados en las prisiones suelen distar mucho de los prestados fuera de ellas.

### Asistencia a los consumidores de drogas en los centros penitenciarios

En las cárceles europeas se prestan diversos servicios relacionados con el consumo de drogas y los problemas asociados al mismo. Esos tales servicios comprenden

<sup>(39)</sup> Véanse el cuadro INF-117 del boletín estadístico de 2011 y los informes nacionales de Reitox de Malta (2005) y la República Checa (2010).

<sup>(40)</sup> Asamblea General de las Naciones Unidas, Resolución A/RES/45/111, Principios básicos para el tratamiento de los reclusos (disponible aquí).

<sup>(41)</sup> DO L 165 de 3.7.2003, p. 31.



el suministro de información sobre drogas y salud, la asistencia sanitaria para enfermedades infecciosas, el tratamiento de las drogodependencias, combinado con apoyo psicosocial, la adopción de medidas para reducir los daños y la preparación para la excarcelación <sup>(42)</sup>.

La mayor parte de los países han establecido alianzas entre los organismos responsables de los servicios sanitarios prestados en las prisiones y los prestados fuera de ellas, incluidas organizaciones no gubernamentales, para ofrecer educación para la salud y tratamiento médico en las prisiones y garantizar la continuidad de la asistencia cuando los reclusos recobran la libertad. Algunos países europeos han ido un paso más allá y han transferido la responsabilidad de la salud de los reclusos al Ministerio de Sanidad u organizado la prestación de asistencia sanitaria a través de servicios sanitarios públicos, para reducir las desigualdades sanitarias. Los pioneros en esto han sido Noruega y Francia, seguidos de Suecia, Italia, Inglaterra y Gales y Eslovenia. En Escocia y España, esta reforma está actualmente en marcha.

El tratamiento de sustitución de opiáceos está siendo cada vez más aceptado en la comunidad, pero su adopción

en el marco penitenciario ha sido lenta y su cobertura es muy variable <sup>(43)</sup>. En 2009, los consumidores de drogas que recibieron tratamiento de sustitución en seis países de la UE (Estonia, Grecia, Chipre, Letonia, Lituania y Eslovaquia) no pudieron continuar ese tratamiento después de su detención. La continuidad y la coherencia del tratamiento de las drogodependencias entre la comunidad y el centro penitenciario, y viceversa, tiene una especial importancia, dadas las elevadas tasas de muertes por sobredosis tras la liberación del recluso (Merrall *et al.*, 2010).

La hepatitis C entre la población reclusa es un problema de salud pública que preocupa cada vez más en Europa, y ya se han establecido programas de detección específicos en Bélgica, Bulgaria, Francia, algunos Estados federados alemanes, Lituania, Luxemburgo, Hungría y Finlandia. A pesar de la importancia de la detección de estas infecciones al entrar en prisión (Sutton *et al.*, 2006) y la eficacia demostrada con relación al coste del tratamiento para el VHC en los centros penitenciarios (Tan *et al.*, 2008), muchos reclusos no se someten a esta prueba ni reciben tratamiento.

<sup>(42)</sup> Véase el cuadro HSR-7 del boletín estadístico de 2011.

<sup>(43)</sup> Véase el cuadro HSR-9 del boletín estadístico de 2011.



## Capítulo 3

### Cannabis

#### Introducción

El cannabis es la droga ilegal más extendida en Europa, donde se importa o se produce internamente. En la mayoría de los países europeos, su consumo aumentó durante el decenio de los noventa y a principios de este siglo. Europa podría estar entrando en una nueva fase, ya que los datos extraídos de encuestas sobre el conjunto de la población general y la población escolar indican una estabilización o incluso un descenso del consumo de cannabis en muchos países. No obstante, los niveles de consumo se mantienen elevados respecto a los históricos. En los últimos años se ha producido una creciente sensibilización respecto a las implicaciones para la salud pública de su consumo generalizado, y a la vez un aumento de la demanda de tratamiento para problemas relacionados con el cannabis. Por consiguiente, encontrar una respuesta eficaz al consumo del cannabis sigue siendo una prioridad esencial en el debate sobre las drogas en Europa.

#### Suministro y disponibilidad

##### Producción y tráfico

El cannabis puede cultivarse en entornos muy diversos y crece de manera silvestre en muchas regiones del mundo. Actualmente se calcula que el cannabis se cultiva en 172 países y territorios (ONUDD, 2009). Las estimaciones más recientes de la ONUDD han reconocido las dificultades para establecer un cómputo exacto sobre la producción mundial de cannabis, que dicha organización cifra en 2008 entre 13 300 y 66 100 toneladas de hierba de cannabis y entre 2 200 y 9 900 toneladas de resina de cannabis.

El cultivo de cannabis está ampliamente extendido en Europa y parece aumentar. Los 29 países europeos que facilitan información al OEDT han hecho referencia al cultivo doméstico de cannabis, aunque la escala

**Cuadro 3: Producción, incautaciones, precio y potencia de la resina y la hierba de cannabis**

	Resina de cannabis	Hierba de cannabis	Plantas de cannabis <sup>(1)</sup>
<b>Cantidad total incautada</b>	1 261 toneladas	6 022 toneladas	n.d.
<b>Cantidad incautada en la UE y Noruega (incluidas Croacia y Turquía)</b>	584 toneladas (594 toneladas)	57 toneladas (99 toneladas)	1,4 millones de plantas y 42 toneladas (1,4 millones de plantas y 42 toneladas) <sup>(2)</sup>
<b>Número de incautaciones en la UE y Noruega (incluidas Croacia y Turquía)</b>	400 000 (405 000)	324 000 (354 000)	25 000 (25 100)
<b>Precio medio de venta al por menor (euros por gramo)</b>			
<b>Intervalo (Intervalo intercuartil) <sup>(3)</sup></b>	3-19 (6,8-10,2)	2-70 (6,3-10,9)	n.d. n.d.
<b>Potencia media (% contenido de THC)</b>			
<b>Intervalo (Intervalo intercuartil) <sup>(3)</sup></b>	3-17 (4,3-11,5)	1-15 (4,4-8,9)	n.d. n.d.

<sup>(1)</sup> Los países declaran la cantidad incautada como número de plantas incautadas o como peso; aquí se indican los totales de ambas cantidades.

<sup>(2)</sup> Es probable que la cantidad de plantas de cannabis incautadas en 2009 esté infrarrepresentada, en gran parte debido a la ausencia de datos recientes en los Países Bajos, un país que hasta 2007 declaró incautaciones relativamente elevadas. Al no disponerse de los datos de 2008 y 2009, no se pueden incluir los valores de los Países Bajos en las estimaciones europeas correspondientes a 2009.

<sup>(3)</sup> Rango que se refiere a la mitad de los valores de la serie que ocupan el lugar central de las cantidades notificadas.

N.B.: Todos los datos corresponden a 2009; n.d.: datos no disponibles.

Fuentes: ONUDD (2011) para los valores mundiales, puntos focales nacionales de la red Reitox para los datos europeos.



y la naturaleza del fenómeno registran considerables variaciones. Sin embargo, una proporción significativa del cannabis consumido en Europa podría ser consecuencia de un tráfico intrarregional. La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (2011b) ha mencionado Albania, Bulgaria, la antigua República Yugoslava de Macedonia, Moldavia, Montenegro, Serbia y Ucrania como fuentes de importación del cannabis consumido en Europa central y oriental.

La hierba de cannabis en Europa también se importa, principalmente, de África (por ejemplo, Ghana, Sudáfrica, Egipto), y con menor frecuencia de las Américas, especialmente de las islas caribeñas, Oriente Medio (Líbano) y Asia (Tailandia).

Una encuesta reciente sugiere que Afganistán ha sustituido a Marruecos como primer productor mundial de resina de cannabis. La producción de resina de cannabis en Afganistán se ha estimado entre 1 200 y 3 700 toneladas anuales (ONUDD, 2011). Aunque una parte de la resina de cannabis producida en Afganistán se vende en Europa, es probable que Marruecos siga siendo el principal proveedor de esta droga en Europa. La resina de cannabis producida en Marruecos se introduce clandestinamente en Europa, sobre todo a través de la península Ibérica, y los Países Bajos y Bélgica son centros importantes de distribución secundaria y almacenamiento (Europol, 2011).

### Incautaciones

En 2009 las autoridades se incautaron de 6 022 toneladas de hierba de cannabis y de 1 261 toneladas de resina de cannabis en todo el mundo (cuadro 3), lo que representa un incremento del 11 % en comparación con el año anterior. América del Norte siguió registrando la proporción más elevada de hierba de cannabis incautada (70 %), mientras que la mayoría de la resina de cannabis incautada se registró en Europa occidental y central (48 %) (ONUDD, 2011).

En Europa, se estima en 354 000 el número de incautaciones de hierba de cannabis practicadas en 2009, lo que representó una cantidad estimada de 99 toneladas; más de un tercio de esas incautaciones (42 toneladas) corresponden a Turquía, un número sin precedentes; también se notificaron incautaciones en Grecia (7 toneladas) y Portugal (5 toneladas) <sup>(44)</sup>. Entre 2004 y 2009, el número total de incautaciones se

multiplicó por dos y la cantidad incautada de hierba de cannabis también ha aumentado. Desde 2005, el Reino Unido ha practicado casi la mitad del número total de incautaciones, es decir, 20 toneladas al año como mínimo.

Las incautaciones de resina de cannabis en Europa superan a las de hierba de cannabis, tanto en número como en cantidad, aunque la diferencia está disminuyendo <sup>(45)</sup>. En 2009, se produjeron unas 405 000 incautaciones de resina de cannabis, lo que permitió interceptar 594 toneladas de la droga, casi seis veces la cantidad de la hierba de cannabis incautada. Entre 2004 y 2009, el número de incautaciones de resina de cannabis aumentó progresivamente, a la vez que disminuía la cantidad incautada desde el máximo de 1 080 toneladas alcanzado en 2004. En 2009, igual que otros años, España notificó la mitad del número total de incautaciones de resina de cannabis practicadas y casi tres cuartas partes de la cantidad incautada.

El número de incautaciones de plantas de cannabis ha aumentado desde 2004, estimándose en 25 100 los casos registrados en 2009. Los países indican la cantidad incautada ya sea como una estimación del número de plantas incautadas o por peso. Las incautaciones notificadas por número de plantas pasó de 1,7 millones en 2004 a casi 2,5 millones durante el período 2005-2007 en Europa <sup>(46)</sup>. Los datos disponibles parecen indicar una disminución a escala europea en 2008, pero las tendencias actuales en el número de plantas de cannabis incautadas no pueden representarse gráficamente debido a la falta de datos recientes sobre los Países Bajos, un país que tradicionalmente ha declarado cantidades importantes. Desde 2004, las incautaciones declaradas por peso de las plantas se han multiplicado por más de tres, hasta alcanzar 42 toneladas en 2009, la mayor parte de las cuales correspondieron a España (29 toneladas) y Bulgaria (10 toneladas).

### Potencia y precio

La potencia de los productos del cannabis está determinada por su contenido de delta-9-tetrahidrocannabinol (THC), su principal sustancia psicotrópica. Esa potencia varía ampliamente tanto entre los distintos países como dentro de cada uno, así como entre los distintos productos del cannabis y entre las distintas variedades genéticas. La información sobre la potencia del cannabis se basa principalmente en análisis

<sup>(44)</sup> Los datos sobre incautaciones de droga en Europa que se mencionan en este capítulo puede encontrarse en los cuadros SZR-1 a SZR-6 del boletín estadístico de 2011.

<sup>(45)</sup> A causa de las diferencias existentes en relación con el volumen de mercancía transportada y las distancias recorridas, así como la necesidad de cruzar fronteras internacionales, el riesgo de incautación podría ser mayor para la resina de cannabis que para la hierba de cannabis producida localmente.

<sup>(46)</sup> Este análisis no incluye las incautaciones declaradas por Turquía de 20,4 millones de plantas de cannabis en 2003, puesto que no se dispone de datos sobre las cantidades incautadas en años posteriores.

forenses de una selección de muestras del cannabis incautado. No es fácil determinar en qué medida las muestras analizadas son reflejo del mercado en su conjunto y, por ello, los datos sobre la potencia de los productos del cannabis deben interpretarse con cautela.

En 2009, la media nacional notificada de contenido de THC de la resina de cannabis variaba entre el 3 % y el 17 %. La potencia media de la hierba de cannabis (excluida la variedad «sin semilla» que es la forma de hierba que tiene la mayor potencia) variaba entre el 1 % y el 15 %. Solo tres países indicaron la potencia media de la variedad sin semilla: 2 % en Rumanía, 11 % en Alemania y 15 % en los Países Bajos. Durante el período 2004-2009, la potencia media de la resina de cannabis ha mostrado divergencias entre los 15 países que han facilitado suficientes datos. La potencia de la hierba de cannabis se ha mantenido relativamente estable o ha disminuido en los 10 países que facilitan datos, y ha aumentado en la República Checa, Estonia, Países Bajos y Eslovaquia. Los Países Bajos son los únicos que han facilitado datos sobre tendencias en la potencia de la hierba de cannabis de producción nacional, con un descenso de la potencia media del «nederwiet»: desde el máximo del 20 % alcanzado en 2004 hasta el 15 % en 2009 <sup>(47)</sup>.

El precio de venta al por menor de la resina de cannabis en 2009 oscilaba entre 3 y 19 euros por gramo en 18 países que facilitaron información, y 12 de ellos notificaron precios de entre 7 y 10 euros. El precio medio de venta al por menor de la resina de cannabis oscilaba entre 2 y 70 euros por gramo en los 20 países que facilitaron información, comunicando 12 de ellos precios de entre 5 y 10 euros. Durante el período 2004-2009, los precios medios de venta al por menor de resina y hierba de cannabis se mantuvieron estables o aumentaron en la mayor parte de los 18 países que facilitaron datos, excepto Letonia, Hungría y Polonia, donde el precio de la resina de cannabis disminuyó.

## Prevalencia y pautas de consumo

### Consumo de cannabis en la población en general

Según estimaciones prudentes, han consumido cannabis al menos una vez (prevalencia a lo largo de la vida) unos 78 millones de europeos, lo que equivale a más de una de cada cinco personas de 15 a 64 años (véase en el cuadro 4 un resumen de los datos). La situación varía significativamente diferente según los países y la

prevalencia nacional varía de un 1,5 % a un 32,5 %. Para la mayoría de los países, la prevalencia se estima entre un 10 % y un 30 % de todos los adultos.

Se estima que unos 22,5 millones de europeos consumieron cannabis en el último año, lo que representa una media del 6,7 % de toda la población de 15 a 64 años. Las estimaciones de la prevalencia de consumo en el último mes incluyen a las personas que consumen cannabis más frecuentemente, aunque no necesariamente de forma diaria o intensiva. Se estima que 12 millones de europeos consumieron esta droga en el último mes, lo que corresponde a una media del 3,6 % de las personas de 15 a 64 años.

### Consumo de cannabis entre adultos jóvenes

El consumo de cannabis se concentra principalmente en los adultos jóvenes (15-34 años), siendo los jóvenes de 15 a 24 años los que generalmente indican la prevalencia más alta de consumo en el último año. Así ocurre en casi todos los países europeos que han facilitado información, a excepción de Chipre y Portugal <sup>(48)</sup>.

La información extraída de encuestas de población indica que, como media, el 32,0 % de todos los adultos jóvenes europeos (de 15 a 34 años) consumieron cannabis alguna vez, mientras que el 12,1 % lo hicieron durante el último año y un 6,6 % durante el último mes. Se estima que una proporción aún mayor de jóvenes europeos de 15 a 24 años consumieron cannabis en el último año (15,2 %) o el último mes (8,0 %). Las estimaciones nacionales del consumo varían mucho de un país a otro en todas las medidas de la prevalencia. Por ejemplo, la prevalencia estimada durante el último año en la población de adultos jóvenes de los países situados en el extremo superior de la escala es 20 veces mayor que la de los países con las prevalencias más bajas.

El consumo de cannabis es generalmente mayor entre los varones que entre las mujeres; por ejemplo, la proporción de varones y mujeres entre los jóvenes adultos que declaran haber consumido cannabis en el último año oscila entre algo más de 6:1 en Portugal y algo menos de la unidad en Noruega <sup>(49)</sup>.

### Comparaciones internacionales

Las cifras facilitadas por Australia, Canadá y los Estados Unidos sobre el consumo de cannabis durante toda la vida y durante el último año entre los adultos jóvenes se sitúan todas ellas por encima de las medias europeas, que

<sup>(47)</sup> Véanse los datos sobre potencia y precio en los cuadros PPP-1 y PPP-5 del boletín estadístico de 2011. Puede encontrar las definiciones de los productos de cannabis en el glosario en Internet.

<sup>(48)</sup> Véase el gráfico GPS-1 del boletín estadístico de 2011.

<sup>(49)</sup> Véanse el cuadro GPS-5 (parte iii) y (parte iv) del boletín estadístico de 2011.

**Cuadro 4: Prevalencia del consumo de cannabis en la población general. Resumen de los datos**

Grupo de edad	Período de consumo		
	Durante toda la vida	En el último año	En el último mes
<b>15-64 años</b>			
Número estimado de consumidores en Europa	78 millones	22,5 millones	12 millones
Media europea	23,2%	6,7%	3,6%
Intervalo	1,5-32,5%	0,4-14,3%	0,1-7,6%
Países con prevalencia más baja	Rumanía (1,5%) Malta (3,5%) Bulgaria (7,3%) Hungria (8,5%)	Rumanía (0,4%) Malta (0,8%) Grecia (1,7%) Hungria (2,3%)	Rumanía (0,1%) Malta (0,5%) Grecia, Polonia (0,9%) Suecia (1,0%)
Países con prevalencia más alta	Dinamarca (32,5%) España (32,1%) Italia (32,0%) Francia, Reino Unido (30,6%)	Italia (14,3%) República Checa (11,1%) España (10,6%) Francia (8,6%)	España (7,6%) Italia (6,9%) Francia (4,8%) República Checa (4,1%)
<b>15-34 años</b>			
Número estimado de consumidores en Europa	42 millones	16 millones	9 millones
Media europea	32,0%	12,1%	6,6%
Intervalo	2,9-45,5%	0,9-21,6%	0,3-14,1%
Países con prevalencia más baja	Rumanía (2,9%) Malta (4,8%) Grecia (10,8%) Bulgaria (14,3%)	Rumanía (0,9%) Malta (1,9%) Grecia (3,2%) Polonia (5,3%)	Rumanía (0,3%) Grecia (1,5%) Polonia (1,9%) Suecia, Noruega (2,1%)
Países con prevalencia más alta	República Checa (45,5%) Dinamarca (44,5%) Francia (43,6%) España (42,4%)	República Checa (21,6%) Italia (20,3%) España (19,4%) Francia (16,7%)	España (14,1%) Italia (9,9%) Francia (9,8%) República Checa (8,6%)
<b>15-24 años</b>			
Número estimado de consumidores en Europa	19 millones	9,5 millones	5 millones
Media europea	30,0%	15,2%	8,0%
Intervalo	3,7-53,8%	1,5-29,5%	0,5-17,2%
Países con prevalencia más baja	Rumanía (3,7%) Malta (4,9%) Grecia (9,0%) Chipre (14,4%)	Rumanía (1,5%) Grecia (3,6%) Portugal (6,6%) Eslovenia, Suecia (7,3%)	Rumanía (0,5%) Grecia (1,2%) Suecia (2,2%) Noruega (2,3%)
Países con prevalencia más alta	República Checa (53,8%) Francia (42,0%) España (39,1%) Dinamarca (38,0%)	República Checa (29,5%) España (23,9%) Italia (22,3%) Francia (21,7%)	España (17,2%) Francia (12,7%) República Checa (11,6%) Italia (11,0%)
Las estimaciones europeas se calculan a partir de las estimaciones de la prevalencia nacional ponderadas para tener en cuenta la población del grupo de edad correspondiente en cada país. Para estimar el número total de consumidores en Europa, se aplica la media de la UE a los países que no disponen de datos de prevalencia (representan no más del 3 % de la población destinataria). Población utilizada como base: 15-64, 336 millones; 15-34, 132 millones; 15-24, 63 millones. Como las estimaciones europeas se basan en encuestas realizadas entre 2001 y 2009/2010 (principalmente 2004-2008), no se refiere a un único año. Los datos aquí resumidos pueden encontrarse en las «Encuestas de población general» del boletín estadístico de 2011.			

se sitúan en el 32,0 % y el 12,1 %, respectivamente. Por ejemplo, en Canadá (2009) la prevalencia de consumo de cannabis a lo largo de la vida entre adultos jóvenes es del 48,4 % y la prevalencia en el último año, del 21,6 %. En Estados Unidos, la SMAHSA (2010) estimó en un 51,6 % la prevalencia a lo largo de la vida de consumo de cannabis (16-34 años, recalculado por el OEDT) y en un 24,1 % en el último año, mientras que en Australia (2007) las cifras son del 46,7 % y el 16,2 % entre los 14 y los 39 años de edad. Entre los escolares de 15 a 16 años de edad, un pequeño número de

países europeos (República Checa, España, Francia y Eslovaquia) declaran unos niveles de prevalencia de consumo de cannabis a lo largo de la vida comparables a los de Australia y Estados Unidos.

### Consumo de cannabis entre escolares

La encuesta ESPAD, realizada cada cuatro años, ofrece datos comparables sobre el consumo de alcohol y drogas entre los estudiantes de 15 a 16 años de edad en Europa (Hibell *et al.*, 2009). En 2007, la encuesta se realizó en

25 Estados miembros de la UE más Noruega y Croacia. Además, en 2009-2010, se realizaron encuestas nacionales a los escolares en Italia, Eslovaquia, Suecia y el Reino Unido.

Los datos del estudio ESPAD de 2007 y las encuestas nacionales a escolares en 2009-2010 revelan que la mayor prevalencia a lo largo de la vida del consumo de cannabis entre los escolares de 15 a 16 años se registra en la República Checa (45 %), mientras que Estonia, España, Francia, los Países Bajos, Eslovaquia y el Reino Unido notifican niveles que oscilan entre el 26 % y el 33 %. Otros 15 países indican niveles de prevalencia a lo largo de la vida de entre el 13 % y el 25 %. Los niveles más bajos (menos de un 10 %) se registran en Grecia, Chipre, Rumanía, Finlandia, Suecia y Noruega.

La diferencia de género en el consumo de cannabis es menos marcada entre los escolares que entre los adultos jóvenes. La proporción de varones y mujeres entre los escolares que consumen cannabis va desde casi 1 en España y el Reino Unido, hasta 2:1 o más en Chipre, Grecia, Polonia y Rumanía <sup>(50)</sup>.

### Tendencias en el consumo de cannabis

A finales del decenio de los noventa y principios de este siglo, muchos países europeos notificaron un aumento del consumo de cannabis, tanto en las encuestas a la población general como en las encuestas escolares. Desde entonces, la situación en Europa se ha hecho más compleja. Muchos países comunican que el consumo de cannabis se ha estabilizado o incluso reducido, mientras que un pequeño número (Bulgaria, Estonia, Finlandia y Suecia) posiblemente sean testigos de un aumento. Aunque casi todos los países europeos han realizado encuestas a la población general en los últimos años, solo 16 países han facilitado datos suficientes para el análisis de tendencias en el consumo de cannabis durante un período más largo.

Las tendencias en estos 16 países pueden agruparse de acuerdo con los niveles de prevalencia (gráfico 5). En primer lugar, un grupo de seis países (Bulgaria, Grecia, Hungría, Finlandia, Suecia y Noruega), localizados principalmente en Europa septentrional y sudoriental, han notificado siempre una baja prevalencia durante el último año de consumo de cannabis entre la población de 15 a 34 años de edad, con porcentajes que no sobrepasan el 10 %. En segundo lugar, un grupo de cinco países (Dinamarca, Alemania, Estonia, Países Bajos y Eslovaquia), situados en diferentes partes de Europa, refieren niveles más altos de prevalencia, pero sin exceder en ningún caso el 15 % en sus últimas encuestas. Todos

los países de este grupo, salvo los Países Bajos, refirieron incrementos considerables del consumo de cannabis en el decenio de los noventa y principios de este siglo. Con la excepción de Estonia, este grupo de países informaron de una tendencia cada vez más estable en la década siguiente. Por último, hay un grupo de cinco países que han alcanzado todos ellos, en algún momento de los últimos 10 años, los niveles más elevados de consumo de cannabis en Europa, con un consumo en el último año entre los adultos jóvenes en la región del 20 % o mayor. Estos países están en Europa meridional y occidental (Francia, España, Italia y el Reino Unido) y la República Checa. En este grupo, las tendencias posiblemente sean divergentes. Mientras que el Reino Unido y, en menor medida, Francia, han referido descensos del consumo en sus encuestas más recientes, España ha informado de una situación relativamente estable desde 2003. Estos tres países han observado aumentos del consumo de cannabis en el decenio de los noventa. Italia y la República Checa han notificado incrementos seguidos de reducciones en los últimos años. No obstante, las diferencias en los métodos de encuesta y en los índices de respuesta no permiten confirmar todavía las tendencias más recientes en esos dos países.

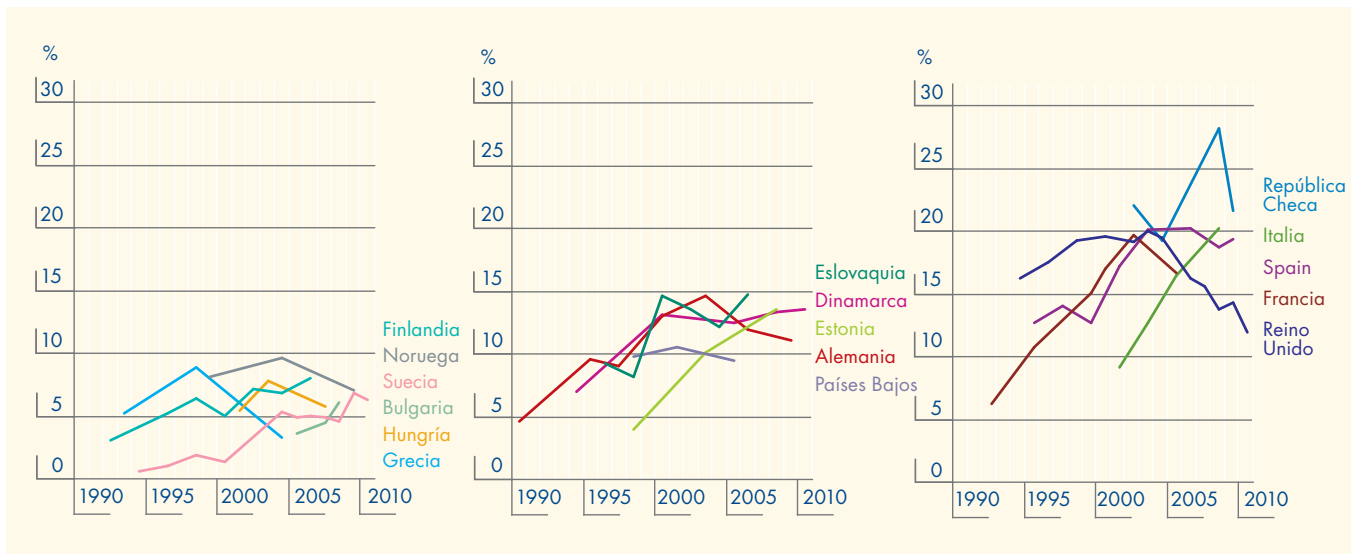
Cabe destacar el caso especial del Reino Unido, un país que realiza encuestas anuales. Después de mostrar los niveles más altos de consumo de cannabis en Europa a principios de este siglo, en 2010 la prevalencia en el último año del consumo de cannabis descendió por debajo de la media europea por primera vez desde que se inició la vigilancia en la UE.

La estabilización o disminución registrada en el consumo de cannabis se refiere al consumo en el último año, que incluye pautas de consumo recreativo. Ahora bien, no está claro si también se ha estabilizado el consumo intensivo y a largo plazo.

Entre 1995 y 2007 se observan tendencias similares en el consumo de cannabis a lo largo del tiempo entre los escolares en Europa (OEDT, 2009a). Siete países, situados principalmente en Europa septentrional y meridional, refieren una baja prevalencia a lo largo de toda la vida del consumo de cannabis durante todo el período. La mayoría de los países de Europa occidental, así como Eslovenia y Croacia, que tenían una prevalencia alta o claramente al alza de consumo de cannabis a lo largo de la vida hasta 2003, han registrado un descenso o estabilización en 2007. En la mayor parte de Europa central y oriental, la tendencia al alza observada entre 1995 y 2003 parece haberse estabilizado. En esa región, seis países notifican una situación estable y dos, un aumento entre 2003 y 2007.

<sup>(50)</sup> Véanse el cuadro EYE-20 (parte ii) y (parte iii) del boletín estadístico de 2011.

**Gráfico 5:** Tendencias en la prevalencia durante el último año del consumo de cannabis entre los adultos jóvenes (de 15 a 34 años de edad), países con tres o más encuestas y agrupados según el nivel más alto de prevalencia (inferior al 10 %, 10-15 %, superior al 15 %).



*N.B.:* La República Checa está explorando los motivos de la amplia variabilidad en los resultados de las encuestas, que en parte parecen deberse a cambios en los métodos. Los datos se facilitan para fines de información, pero las comparaciones deben tratarse con cautela. Para más información, véase el gráfico GPS-4 del boletín estadístico de 2011.

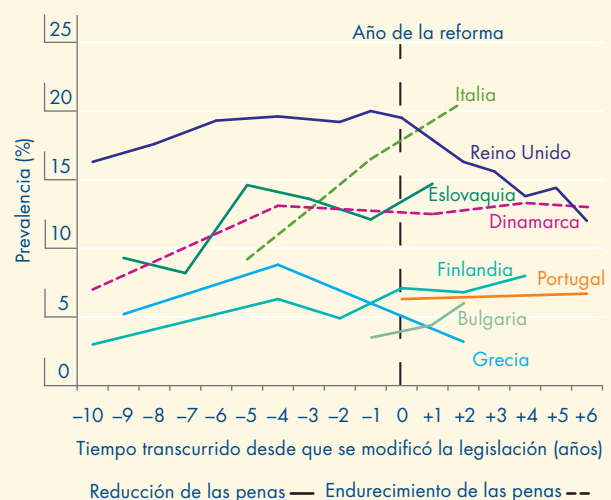
*Fuentes:* Informes nacionales de la red Reitox (2010), basados en encuestas de población, informes y artículos científicos.

### Análisis de la relación entre sanciones y consumo de cannabis

En los últimos 10 años, una serie de países europeos han modificado sus legislaciones sobre drogas en lo que respecta al cannabis, y muchos de ellos han estimado la prevalencia del consumo de esta droga antes y después del cambio legislativo. Una sencilla comparación de los datos anteriores y posteriores a la modificación de la legislación puede servir para determinar si se observa algún cambio en la prevalencia después de dicha modificación. Puesto que el consumo de cannabis se concentra en los grupos de edad más jóvenes, el análisis se realizó utilizando los datos de prevalencia entre la población de 15 a 34 años. En el gráfico se representa la prevalencia en el último año del consumo de cannabis frente al tiempo; el cero representa en el eje horizontal el año en que se modificó la legislación. Debido a diferencias entre países en el año en que modificaron sus legislaciones y en la cantidad de datos obtenidos de sus encuestas, las líneas de tendencia abarcan períodos distintos.

Los países que han endurecido las penas por posesión de cannabis se representan en el gráfico con líneas discontinuas, y los que han rebajado las penas, con líneas continuas. La hipótesis de un impacto legal, en su forma más simple, establece que la modificación de la legislación dará lugar a un cambio en la prevalencia, produciendo el endurecimiento de las penas un descenso del consumo de la droga y la reducción de las penas un aumento de dicho

consumo. Partiendo de esta base, las líneas discontinuas descenderían y las líneas continuas ascenderían después del cambio. Sin embargo, en este período de 10 años, no se observa en los países en cuestión una asociación simple entre modificación de la legislación y prevalencia de consumo de cannabis.



*N.B.:* Cambios en la legislación realizados en 2001-2006; véanse el capítulo 1 y la base de datos ELDD Topic overview on possession



Los datos de una nueva encuesta escolar HBSC (Conductas relacionadas con la salud entre los escolares) indican también una tendencia general estable o a la baja en el consumo de drogas entre los estudiantes (de 15 y 16 años) en la mayoría de los países durante el período 2006-2010. Como reflejo de la tendencia observada entre los adultos, en Inglaterra el consumo de cannabis entre los escolares casi se ha reducido a la mitad, del 40 % en 2002 al 22 % en 2010. En Alemania, el consumo de cannabis a lo largo de la vida entre la población escolar también se ha reducido a la mitad, del 24 % en 2002 al 11 % en 2010. No obstante, en la República Checa, Grecia, Letonia, Lituania, Rumanía y Eslovenia ese consumo ha aumentado desde 2006.

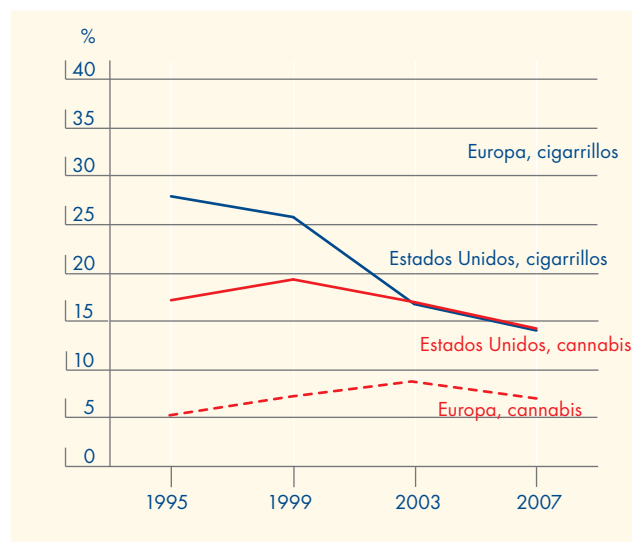
Los datos sobre tendencias a largo plazo en las encuestas escolares realizadas en Australia y Estados Unidos indican también una tendencia a la baja en el consumo de cannabis hasta 2009 <sup>(51)</sup>. No obstante, la encuesta escolar más reciente en los Estados Unidos, realizada en 2010, indica un posible repunte en el consumo de cannabis, puesto que los escolares declararon un mayor consumo de cannabis en el último año y niveles más bajos de rechazo de la droga (Johnston *et al.*, 2010). En la encuesta de 2010, los escolares estadounidenses de 15 y 16 años de edad refirieron niveles de consumo de cannabis mayores que los de tabaco, en algunos indicadores: el 16,7 % habían consumido cannabis en el último mes, mientras que solo el 13,6 % habían fumado cigarrillos (Johnston *et al.*, 2010).

La situación es diferente entre los escolares en Europa, con unos niveles de consumo de cigarrillos en el último mes considerablemente mayores que de cannabis. Entre 2003 y 2007, las encuestas escolares ESPAD realizadas en 23 países de la UE recogieron una reducción global en el consumo de cigarrillos en el último mes (del 33 % al 28 %) y una reducción, o al menos una estabilización, en el consumo de cannabis (del 9 % al 7 %) (gráfico 6). En Europa, donde el cannabis y el tabaco suelen mezclarse para fumarlos luego, la disminución en el consumo de tabaco puede influir algo en las tendencias del consumo de cannabis.

### Pautas de consumo de cannabis

Los datos disponibles indican distintas pautas de consumo de cannabis, desde el consumo experimental hasta la dependencia. Muchas personas tienden a abandonar el consumo de cannabis al cabo de uno o dos experimentos; otras lo consumen de forma ocasional o durante un período limitado. Entre las personas de entre 15 y 64 años de edad que alguna vez habían consumido

**Gráfico 6:** Tendencias en la prevalencia durante el último mes de consumo de cannabis y tabaco entre los escolares de 15 y 16 años en 17 países europeos y Estados Unidos



N.B.: La media europea (ponderada) se basa en escolares de 15 y 16 años en 15 países de la UE además de Croacia y Noruega. La media de los escolares de Estados Unidos se basa en una muestra de unos 16 000 estudiantes de décimo grado (edad de 15-16)

Fuentes: Hibell *et al.* (2009), Johnston *et al.* (2010).

cannabis, solo el 70 % lo habían hecho durante el último año <sup>(52)</sup>. Y entre estas, casi la mitad, por término medio, lo habían hecho durante el último mes, lo que podría ser indicio de un uso más regular. No obstante, estas proporciones varían mucho de un país a otro y entre hombres y mujeres.

El consumo de cannabis es especialmente acusado entre determinados grupos de jóvenes, como por ejemplo los que frecuentan locales nocturnos, pubs o conciertos. Las encuestas realizadas específicamente en locales nocturnos o en conciertos en Bélgica, la República Checa, los Países Bajos, Lituania y el Reino Unido revelaron unos niveles de prevalencia muy superiores a la media europea entre adultos jóvenes. El consumo de cannabis también está asociado con frecuencia a un consumo elevado de alcohol: por ejemplo, los adultos jóvenes (de 15 a 34 años de edad) que declararon consumir alcohol con frecuencia o en elevadas cantidades durante el último año presentaban una probabilidad entre dos y seis veces mayor de declararse asimismo consumidores de cannabis que la población general.

Los tipos de cannabis y las pautas de consumo pueden llevar aparejados riesgos diferentes. Las pautas de consumo que pasan por ingerir dosis elevadas pueden entrañar un mayor riesgo de dependencia u otros problemas

<sup>(51)</sup> Véase el gráfico EYE-2 (parte vi) del boletín estadístico de 2011.

<sup>(52)</sup> Véase el gráfico GPS-2 del boletín estadístico de 2011.

para los consumidores (Chabrol *et al.*, 2003; Swift *et al.*, 1998). Ejemplos de dichas prácticas son el consumo de cannabis con un contenido muy alto de THC o en grandes cantidades, y su inhalación con una pipa de agua.

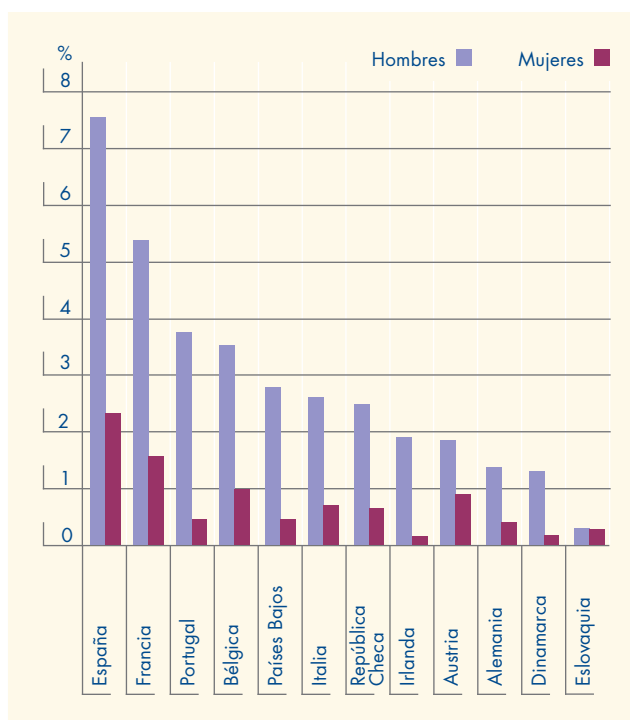
Las encuestas realizadas entre la población general rara vez diferencian entre el consumo de diferentes tipos de cannabis. No obstante, en 2009 se incorporaron algunas preguntas nuevas a una encuesta realizada entre la población general en el Reino Unido con el fin de identificar la prevalencia del consumo de hierba de cannabis, incluido el «skunk» (el nombre que recibe en la calle una forma generalmente muy potente de la droga). La encuesta sobre la delincuencia efectuada en 2009/2010 en el Reino Unido ha cifrado en torno al 12,3 % el porcentaje de adultos que habían consumido alguna vez «skunk». Aunque los porcentajes de consumidores que declaran haber consumido alguna vez en la vida hierba de cannabis (50 %) o resina de cannabis (49 %) son similares, los que habían consumido la droga en el último año presentaban una probabilidad mayor de haber consumido hierba de cannabis (71 %) que resina de cannabis (38 %) (Hoare y Moon, 2010). Estas estimaciones no pueden generalizarse a otros colectivos europeos, pero indican ciertas variaciones en el consumo de cannabis a lo largo del tiempo.

Los datos facilitados por una muestra de 14 países europeos, que representa el 65 % de la población adulta de la Unión Europea y Noruega, indican que casi la mitad de los encuestados que habían consumido cannabis durante el mes anterior lo habían hecho entre 1 y 3 días al mes, casi una tercera parte entre 4 y 19 días y una cuarta parte 20 días o más. En la mayoría de estos 14 países, la probabilidad de consumo ocasional de cannabis era mayor entre las mujeres, mientras que el consumo de cannabis a diario o casi a diario era mayor entre los hombres (gráfico 7). Tomando como base estas cifras, los consumidores varones parecen presentar en muchos países un riesgo especial de convertirse en consumidores frecuentes, algo que deberá tenerse en cuenta a la hora de diseñar actividades de prevención.

Los nuevos datos relativos al consumo de drogas entre los adolescentes indican que el consumo diario de cannabis también es un problema cada vez mayor en los Estados Unidos, donde la prevalencia de consumo diario ha aumentado considerablemente, hasta el 6 % entre los escolares de 17 a 18 años en 2010 (Johnston *et al.*, 2010).

Cada vez está más reconocido que el consumo habitual de cannabis puede abocar como consecuencia a la dependencia, incluso entre los consumidores jóvenes, y en algunos países europeos (véase más abajo) cada vez es

**Gráfico 7:** Prevalencia del consumo diario o casi diario de cannabis entre adultos jóvenes (15-34 años) por género



*N.B.:* En los textos se hace referencia a los que declararon haber consumido cannabis durante 20 días o más en los 30 días anteriores a la entrevista a los «consumidores diarios o casi diarios». Para más información, véase el cuadro GPS-10 (parte iv) del boletín estadístico de 2011.

*Fuente:* Puntos focales nacionales de la red Reitox.

mayor el número de quienes solicitan ayuda debido al consumo de cannabis. Se ha informado de que más de la mitad de los consumidores con dependencia interrumpen el consumo sin necesidad de tratamiento (Cunningham, 2000). Determinados consumidores, sobre todo los más contumaces, pueden experimentar problemas sin cumplir necesariamente los criterios clínicos que permiten hablar de dependencia.

### Demanda de tratamiento

En 2009, el cannabis constituía la droga principal de los aproximadamente 98 000 pacientes ingresados para tratamiento en 26 países (alrededor del 23 % del total), precedido únicamente por la heroína. El cannabis fue también la droga secundaria mencionada más asiduamente por casi 93 000 pacientes (28 %). Los consumidores de cannabis como droga principal suponen más del 30 % de quienes habían iniciado nuevo tratamiento en Bélgica, Dinamarca, Alemania, Francia, Hungría, Países Bajos y Polonia; en Bulgaria, Estonia, Grecia, Lituania, Malta, Rumanía y Eslovenia representaban, sin embargo, menos del 10 % <sup>(53)</sup>.

<sup>(53)</sup> Véanse el gráfico TDI-2 (parte ii) y los cuadros TDI-5 (parte ii) y TDI-22 (parte i) del boletín estadístico de 2011.

Las diferencias en la prevalencia de consumo de cannabis y sus problemas inherentes no es el único factor que explica las diferencias en los niveles de tratamiento entre países. Otros factores, como las prácticas de derivación y el nivel y el tipo de tratamiento administrado no son menos importantes. Ejemplos de ello resultan evidentes en Francia y Hungría, dos países en los que la proporción de consumidores de cannabis que inician tratamiento es elevada. Francia cuenta con un sistema de centros de asesoramiento dirigidos a los pacientes jóvenes<sup>(54)</sup>. En Hungría, a los infractores que son a la vez consumidores de cannabis se les dispensa tratamiento de su drogodependencia como alternativa a la pena, lo que puede abultar las cifras.

En cuanto a las tendencias observadas durante los últimos 10 años, entre los 21 países para los que se dispone de datos, todos, salvo Bulgaria, comunican un mayor porcentaje de pacientes que inician por primera vez un tratamiento debido al consumo de cannabis. Durante el período 2004-2009, en los 18 países para los que se dispone de datos, el número de consumidores primarios de cannabis respecto a quienes comunicaron que habían iniciado un tratamiento por primera vez en su vida aumentó casi un 40 %, de 27 000 a 38 000<sup>(55)</sup>. Las cifras más recientes (2008-2009) indican que se mantiene la tendencia al alza en la mayoría de los países informantes.

### Perfil de los consumidores de cannabis que reciben tratamiento

El tratamiento de los consumidores de cannabis se inicia principalmente en centros ambulatorios y consta como uno de los grupos que lo inicia a una edad más prematura, como media 25 años. Los jóvenes que citan el cannabis como principal droga de consumo representan el 74 % de los consumidores de entre 15-19 años de edad que empiezan a recibir tratamiento y el 86 % de los menores de 15 años. La proporción hombre-mujer es mayor entre los consumidores de drogas (alrededor de cinco hombres por cada mujer). En conjunto, el 49 % de los consumidores primarios de cannabis consumen la droga diariamente, cerca del 18 % la consumen entre dos y seis veces a la semana, el 12 % consumen cannabis una vez por semana o con menos frecuencia y el 22 % son consumidores ocasionales, una parte de los cuales la ha consumido durante el mes anterior al inicio del tratamiento. Estas proporciones difieren en función del país<sup>(56)</sup>.

### Efectos negativos del consumo de cannabis para la salud

En general se acepta que el riesgo individual para la salud derivado del consumo de cannabis es menor que los riesgos asociados a drogas como la heroína o la cocaína. Sin embargo, la elevada prevalencia del consumo de cannabis significa que esta droga puede tener consecuencias importantes para la salud pública.

Se han detectado una serie de problemas agudos y crónicos para la salud asociados al consumo de cannabis. Entre los efectos adversos y agudos cabe citar ansiedad, reacción de pánico y síntomas psicóticos, que pueden ser más frecuentes entre los que consumen esta droga por primera vez. El consumo de cannabis puede incrementar también el riesgo de verse implicado en un accidente de tráfico.

Se han documentado también efectos crónicos asociados al consumo de cannabis, en particular dependencia y diversas enfermedades respiratorias. Los efectos del consumo de cannabis sobre la función cognitiva siguen sin estar claros. El consumo frecuente de cannabis durante la adolescencia podría tener efectos negativos en la salud mental de los adultos jóvenes, ya que algunos datos apuntan a un mayor riesgo de síntomas psicóticos y trastornos mentales en proporción a la frecuencia del consumo (OEDT, 2008a, 2008b; Hall y Degenhardt, 2009; Moore *et al.*, 2007).

## Tratamiento

### Administración de tratamiento

El tratamiento de la dependencia del cannabis en Europa incluye toda una serie de medidas, como el tratamiento por Internet, el asesoramiento, las intervenciones psicosociales estructuradas y el tratamiento en régimen de ingreso. Existe también una yuxtaposición frecuente entre la prevención selectiva, la prevención específica y las intervenciones terapéuticas (véase el capítulo 2).

El tratamiento de la dependencia del cannabis se ha administrado casi siempre en centros ambulatorios especializados y ya casi la mitad de los Estados miembros disponen de servicios dirigidos específicamente a los problemas relacionados con el cannabis. Por ejemplo, en Francia se han creado más de 300 centros de asesoramiento a los jóvenes dirigidos principalmente a atender las necesidades de los consumidores jóvenes que tienen problemas con el cannabis. En Alemania, junto con otros programas específicos del cannabis,

<sup>(54)</sup> Además, muchos consumidores de opiáceos en Francia reciben tratamiento de médicos generales y sus casos no son notificados para el cálculo del indicador de la demanda de tratamiento, con lo que se inflan las proporciones de consumidores de otras drogas.

<sup>(55)</sup> Véanse el gráfico TDI-1 (parte i) y (parte ii) del boletín estadístico de 2011.

<sup>(56)</sup> Véanse los cuadros TDI-10 (parte ii) y (parte iii), TDI-11 (parte i), TDI-18 (parte ii), TDI-21 (parte ii), TDI-24, TDI-103 (parte vii) y TDI-111 (parte viii) del boletín estadístico de 2011.



161 centros de asesoramiento han implantado el programa «Consíguelo» (*«Realize it»*), en el que se pide a los pacientes que establezcan objetivos para controlar su consumo, y tienen en cuenta factores individuales y ambientales relacionados con el consumo de cannabis. La intervención se realiza en cinco sesiones durante un período de 10 semanas a casi 1 400 consumidores de cannabis al año. En Hungría, la gran mayoría (80 %) de los consumidores de cannabis acuden a los servicios de consulta preventiva. Estos servicios son prestados por organizaciones acreditadas.

Alemania y los Países Bajos se han mostrado especialmente activos en la implantación de programas dirigidos a los consumidores de cannabis. Los problemas del cannabis se asocian habitualmente a otros problemas psicosociales o a otras sustancias. Por ejemplo, el Centro Médico de Amsterdam ha diseñado una intervención basada en la motivación familiar para los jóvenes consumidores de cannabis con esquizofrenia y sus padres (informe nacional neerlandés de la red Reitox, 2009). Un ensayo aleatorizado y controlado ha demostrado los resultados positivos de esta intervención. Al cabo de tres meses, los jóvenes que participaron en el estudio declararon un menor y menos compulsivo consumo de cannabis, mientras que sus padres notificaron menos estrés y mayor bienestar. Los casos en los que coexiste el consumo de cannabis con problemas psiquiátricos, como psicosis y depresión, exigen enfoques integrados entre proveedores de tratamiento especializado y centros de salud mental. En la práctica, sin embargo, el tratamiento de los diagnósticos duales suele realizarse de forma secuencial y la cooperación entre los proveedores de asistencia sigue siendo difícil.

Un reciente estudio efectuado en Alemania prevé un incremento de la demanda de tratamiento por problemas relacionados con el consumo de cannabis durante los próximos años, especialmente entre los varones adolescentes y los adultos jóvenes. En la actualidad, las estimaciones sobre la proporción de consumidores de drogas que recurren a los servicios de drogodependencia en Alemania demuestran que, si bien los servicios especializados en adicciones consiguen llegar a entre el 45 % y el 60 % de consumidores dependientes de opiáceos, solo llegan a entre el 4 % y el 8 % de los consumidores de cannabis que necesitan tratamiento. En algunos casos, las intervenciones a través de Internet, que actualmente se ofrecen en tres Estados miembros, pueden ofrecer nuevas alternativas para el tratamiento de los consumidores de cannabis que desean ayuda, pero se muestran reacios a contactar con los servicios de tratamiento tradicional.

### Uso médico del cannabis en los Estados Unidos

Desde 1996, 15 Estados americanos y el distrito de Columbia han aprobado leyes que permiten la posesión personal de cierta cantidad de cannabis para uso médico. El paciente tiene que haber recibido una recomendación por escrito de un médico en todos los Estados, salvo en California y Maine, en los que esa recomendación puede hacerse verbalmente. Todos los Estados, salvo Washington, han establecido registros confidenciales con los documentos de identidad de los pacientes y en algunos Estados estos son obligatorios. Aunque cada Estado tiene su propia lista de condiciones, la mayoría de ellos permite el uso del cannabis para el tratamiento del dolor «crónico», «intenso» o «intratable».

Casi todos los Estados han adoptado un modelo asistencial en el que se permite a la persona designada cultivar una cantidad limitada de cannabis para el consumo del paciente. Dependiendo del Estado, los pacientes pueden designar a uno o dos cuidadores, y estos pueden suministrar cannabis hasta a cinco pacientes. Las cantidades permitidas van desde unos 28 gramos en Alaska, Montana y Nevada, hasta 672 gramos en Oregón y Washington de hierba de cannabis consumible, y entre 6 y 24 plantas, algunas de las cuales tienen que ser «inmaduras». En casi la mitad de los Estados se permite el suministro de cannabis para uso médico en dispensario sin ánimo de lucro o centros de tratamiento estatales. En todas salvo en dos jurisdicciones, Nueva Jersey y Washington D.C., los pacientes pueden cultivar su propio cannabis para fines medicinales.

La legislación federal, por el contrario, clasifica el cannabis como una sustancia peligrosa sin uso médico. Esto permite al Gobierno federal perseguir a cualquier consumidor y proveedor de cannabis. Sin embargo, en octubre de 2009, el Adjunto al Fiscal General del Estado envió una circular a los fiscales federales en la que recomendaba no dar prioridad a la persecución de los casos relacionados con el uso médico de cannabis si la legislación estatal lo autorizaba.

### Estudios recientes sobre el tratamiento de los consumidores de cannabis

Los estudios de evaluación de tratamientos siguen siendo escasos en comparación con los realizados para otras drogas ilegales, a pesar de la creciente demanda de tratamiento por parte de los consumidores de cannabis. No obstante, la investigación está aumentando en Europa y en la actualidad se están desarrollando estudios en Alemania, Dinamarca, España, Francia y Países Bajos.

Varios de dichos estudios confirman que las intervenciones psicosociales pueden tener resultados positivos en los consumidores de cannabis. Es el caso, por ejemplo, de la terapia familiar multidimensional, una intervención

ambulatoria integral basada en la familia para adolescentes con problemas de conducta o consumo de drogas (Liddle *et al.*, 2009), que se ha demostrado eficaz a la hora de reducir los niveles de consumo de drogas. No obstante, la comparación con otros tratamientos disponibles en un estudio internacional multicéntrico no ha proporcionado conclusiones claras. En consecuencia, el OEDT encargó un metaanálisis de estudios europeos y americanos.

Otras intervenciones psicosociales actualmente en fase de evolución son la psicoeducación (basada en elementos de la terapia conductual y la entrevista motivacional) y la

prevención de la reincidencia, intervenciones breves, gestión de contingencias y distintos tipos de terapia conductual cognitiva.

Se están investigando también algunos productos farmacológicos que podrían suponer un apoyo para las intervenciones psicosociales (Vandrey y Haney, 2009). En este campo, las tres principales líneas de investigación en las que se está trabajando actualmente investigan las posibilidades del uso de productos farmacéuticos para reducir los síntomas de abstinencia tras la retirada del cannabis, los deseos compulsivos de consumir o el consumo (Marshall, K. *et al.*, 2001).



## Capítulo 4

# Anfetaminas, éxtasis, sustancias alucinógenas, GHB y ketamina

### Introducción

Las anfetaminas (un término genérico que incluye tanto la anfetamina como la metanfetamina) y el éxtasis se cuentan entre las drogas ilegales más consumidas en Europa. En muchos países, el éxtasis o las anfetaminas son la segunda sustancia ilegal más consumida después del cannabis. Además, en algunos países, el consumo de anfetaminas constituye una parte importante de la problemática ligada al consumo de drogas y representa una proporción considerable de las personas que requieren tratamiento.

Las anfetamina y las metanfetaminas son estimulantes del sistema nervioso central. De las dos, la anfetamina es, con diferencia, la más fácil de adquirir en Europa, mientras que el consumo significativo de metanfetamina parece limitarse a la República Checa y a Eslovaquia. Más recientemente se han publicado informes sobre la creciente presencia de esta droga en el mercado de las anfetaminas en algunos países de Europa septentrional.

El término «éxtasis» hace referencia a sustancias sintéticas químicamente relacionadas con las anfetaminas, pero

cuyos efectos varían ligeramente. La sustancia más conocida de la familia del éxtasis es la 3,4-metilendioxi-metanfetamina (MDMA), aunque en ocasiones también pueden encontrarse otras sustancias análogas en las pastillas de éxtasis (MDA y MDEA). Esta droga se popularizó en el entorno de las discotecas y aunque sigue siendo tradicional en esos ambientes, en los últimos años se ha producido una reducción gradual de su consumo y disponibilidad en muchos países europeos.

La droga alucinógena sintética más conocida en Europa es el LSD (dietilamida de ácido lisérgico), cuyo consumo ha sido bajo y en alguna medida estable durante un período de tiempo considerable. Sin embargo, en los últimos tiempos parece haber repuntado un interés cada vez mayor entre los jóvenes por recurrir a alucinógenos naturales, como los que se encuentran en los hongos alucinógenos. Desde mediados de la década de los noventa, se ha informado del uso recreativo de ketamina y gamma-hidroxitbutirato (GHB) —dos sustancias anestésicas ampliamente utilizadas en la medicina humana y veterinaria desde hace 30 años— en ciertos

**Cuadro 5: Incautaciones, precio y pureza de la anfetamina, la metanfetamina, el éxtasis y el LSD**

	Anfetamina	Metanfetamina	Cocaína	LSD
<b>Cantidad incautada a escala mundial (en toneladas)</b>	33	31	5,4	0,1
<b>Cantidad incautada en la UE y Noruega (incluidas Croacia y Turquía) <sup>(1)</sup></b>	5,3 toneladas (6,5 toneladas)	500 kilos (600 kilos)	Pastillas 1,9 millones (2,4 millones)	Unidades 59 700 (59 700)
<b>Número de incautaciones en la UE y Noruega (incluidas Croacia y Turquía)</b>	34 000 (34 200)	7 400 (7 400)	10 300 (11 000)	960 (970)
<b>Precio medio al por menor (euros) Intervalo (Intervalo intercuartil) <sup>(2)</sup></b>	Gramos 8-42 (10-23)	Gramos 9-71	Pastillas 3-16 (4-9)	Dosis 4-29 (7-11)
<b>Pureza media o contenido de MDMA Intervalo (Intervalo intercuartil) <sup>(2)</sup></b>	1-29% (6-21%)	10-76% (25-64%)	3-108 mg (26-63 mg)	n.d.

<sup>(1)</sup> Es probable que las cantidades de anfetamina, éxtasis y LSD incautadas en 2009 estén infrarrepresentadas, en gran parte debido a la ausencia de datos recientes en los Países Bajos, un país que hasta 2007 declaró incautaciones relativamente grandes. Al no disponerse de los datos de 2008 y 2009, no se pueden incluir los valores de los Países Bajos en las estimaciones europeas correspondientes a 2009.

<sup>(2)</sup> Rango que se refiere a la mitad de los valores de la serie que ocupan el lugar central de las cantidades notificadas.

N.B.: Todos los datos corresponden a 2009; n.d.: datos no disponibles.

Fuentes: ONUDD (2010b) para los valores mundiales, puntos focales nacionales de la red Reitox para los datos europeos.

ambientes y subgrupos de consumidores de drogas en Europa. El consumo ilegal de estas sustancias se ha convertido en motivo de preocupación para los servicios que ofrecen tratamiento en un número limitado de países europeos.

## Suministro y disponibilidad

### Precusores de drogas

La anfetamina, la metanfetamina y el éxtasis son drogas sintéticas que requieren precursores químicos en el proceso de fabricación. Los informes sobre incautaciones de sustancias químicas reguladas —desviadas del comercio legal— necesarias para la fabricación de drogas permiten conocer el proceso de fabricación de estas sustancias.

La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) notifica que las incautaciones mundiales de 1-fenil-2-propanona (P2P, BMK), una sustancia que puede utilizarse para la fabricación ilegal de anfetamina y metanfetamina, se redujeron de 5 620 litros en 2008 a 4 900 litros en 2009, con China (2 275 litros en 2009) y Rusia (1 731 litros en 2009) a la cabeza de los dos países que han seguido notificando las mayores cantidades incautadas. En la Unión Europea, las incautaciones de P2P aumentaron de 62 litros en 2008 a 635 litros en 2009. Las incautaciones mundiales de los dos precursores esenciales de la metanfetamina han aumentado también en 2009: efedrina, hasta 42 toneladas, frente a 18 toneladas en 2008 y 22,6 toneladas en 2007; y pseudoefedrina, hasta 7,2 toneladas, frente a 5,1 toneladas en 2008, aunque todavía por debajo de las 25 toneladas incautadas en 2007. Los Estados miembros de la UE acumularon cerca de 0,5 toneladas de efedrina, casi el doble de la cantidad incautada el año anterior, y 67 kilogramos de pseudoefedrina.

Dos precursores químicos están asociados principalmente a la fabricación de MDMA: 3,4-metilenedioxifenil-2-propanona (3,4-MDP2P, PMK) y safrol. Los 40 litros de PMK incautados en 2009, frente a los cero litros incautados en 2008, podrían indicar que la disponibilidad de esta sustancia sigue siendo baja, lo que contrasta con los niveles más elevados registrados en años anteriores (8 816 litros en 2006, 2 297 litros en 2007). Las incautaciones mundiales de safrol, que puede reemplazar a la PMK en la síntesis de MDMA, disminuyeron hasta los 1 048 litros en 2009 tras el

máximo de 45 986 litros alcanzado en 2007<sup>(57)</sup>. Todas las incautaciones de PMK y casi todas las incautaciones de safrol en 2009 tuvieron lugar en la Unión Europea.

Los esfuerzos internacionales orientados a prevenir la desviación de precursores químicos utilizados en la fabricación ilegal de drogas sintéticas se coordinan a través del «Proyecto Prisma». El proyecto emplea un sistema de notificaciones previas a la exportación para el comercio legal, y la notificación de decomisos e incautaciones practicadas cuando se detectan transacciones sospechosas. La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes facilita información sobre las actividades desarrolladas en este ámbito (JIFE, 2011b). Otra iniciativa reciente de la JIFE es la publicación de una serie de directrices con el fin de ayudar a los Gobiernos nacionales a establecer medidas de control voluntarias en colaboración con los fabricantes industriales de sustancias químicas con el fin de prevenir su desviación para la producción de drogas ilegales (JIFE, 2009).

### Anfetamina

La producción mundial de anfetamina sigue concentrada en Europa, con más del 80 % del total de laboratorios de anfetamina descubiertos en 2009 (ONUDD, 2011). En 2009, las incautaciones mundiales de anfetamina aumentaron a casi 33 toneladas (véase el cuadro 5). En Europa occidental y central se siguieron incautando grandes cantidades de anfetamina, aunque ONUDD notificó una reducción del 20 % en las cantidades incautadas, en comparación con las 7,9 toneladas incautadas en 2008. El mayor incremento en las incautaciones de anfetamina se notificó en Arabia Saudí, Jordania y Siria. En conjunto, las regiones de Oriente Próximo y Medio y el sudeste asiático de ONUDD incautaron cerca de 25 toneladas en 2009, casi todas ellas en forma de comprimidos de «captagon» (ONUDD, 2011).

La mayor parte de la anfetamina incautada en Europa se produce, por orden de importancia, en los Países Bajos, Polonia, Bélgica, Bulgaria y Turquía. Europol ha informado de que en 2009 se descubrieron en la Unión Europea 19 centros de producción, comprimido o almacenamiento de anfetamina.

Se estima que en 2009 se realizaron en Europa 34 200 incautaciones por un total de 5,8 toneladas de anfetamina en polvo y 3 millones de comprimidos de anfetamina<sup>(58)</sup> <sup>(59)</sup>. El número de incautaciones de

<sup>(57)</sup> Véase el recuadro «Diversificación del suministro de precursores para la producción de drogas sintéticas en Europa».

<sup>(58)</sup> La mayor parte (94 %) de los comprimidos de anfetamina interceptados llevaban la etiqueta de captagon y se recuperaron en Turquía. Captagon es una de las denominaciones de marca registrada para la fenetilina, un estimulante sintético del sistema nervioso central. Los comprimidos vendidos en el mercado de las drogas ilegales como captagon suelen contener una mezcla de anfetaminas y cafeína.

<sup>(59)</sup> Se trata de un análisis preliminar, ya que aún no se dispone de los datos de los Países Bajos en 2008 y 2009.

### Diversificación del suministro de precursores para la producción de drogas sintéticas en Europa

Las drogas sintéticas, entre ellas el éxtasis (MDMA, MDEA, MDA) y las anfetaminas, se fabrican ilegalmente en Europa a partir de precursores químicos importados. En respuesta a la creciente eficiencia de las actividades internacionales de control, algunos fabricantes ilegales en la actualidad sintetizan, en lugar de adquirir, los precursores a partir de lo que se denomina «pre-precursor». Además, los fabricantes están enmascarando los precursores tradicionales como si fueran otras sustancias químicas no reguladas antes de la importación (Europol, 2007, JIFE, 2011a).

Las recientes fluctuaciones en el mercado europeo del éxtasis ilustran este tipo de fenómenos. Tras el éxito de las medidas adoptadas para prevenir la desviación al mercado ilegal del precursor de MDMA, PMK <sup>(1)</sup>, ahora parece que se están utilizando una serie de pre-precursor, entre ellos el safrol, como materiales de partida en la síntesis de MDMA.

PMK es una sustancia sujeta a control internacional, tanto en virtud del Convenio de las Naciones Unidas de 1988 como de la legislación europea. El comercio ilegal internacional de PMK es pequeño y se limita a un reducido número de países. El safrol se obtiene a partir de aceites esenciales ricos en safrol que se extraen de varias especies vegetales de América del Sur y el sudoeste asiático (TNI, 2009). Aunque el safrol es una sustancia química regulada, el comercio de aceites ricos en safrol no está controlado. El safrol se utiliza también ampliamente en todo el mundo para la fabricación de perfumes e insecticidas, lo que puede reducir la eficacia de las actividades internacionales de control.

Los informes procedentes de Países Bajos, la nación más estrechamente relacionada con la producción de éxtasis, sugieren que muchos fabricantes de esta droga han utilizado safrol en lugar de PMK como material de partida. Entre noviembre de 2009 y octubre de 2010, la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes tuvo conocimiento de unos 40 alijos legales de safrol por un total de 101 840 litros. Sin embargo, los informes de alijos sospechosos siguen siendo bajos en comparación con la cantidad estimada de éxtasis producido (JIFE, 2011a). En 2009/2010 se incautaron cerca de 1 050 litros de safrol y aceites ricos en safrol, la mayor parte de ellos en Lituania, mientras que en la vecina Letonia se informó de la incautación de 1 841 litros en 2008 (JIFE, 2011a).

<sup>(1)</sup> 3,4-metilenedioxifenil-2-propanona.

anfetamina ha fluctuado en los últimos cinco años, registrándose una disminución en 2008 y 2009. Mientras que el número de comprimidos de anfetamina incautados en Europa ha disminuido considerablemente en el período

2004-2009 debido al menor número de incautaciones realizadas en Turquía, las cantidades de anfetamina en polvo incautadas se han mantenido estables o han aumentado en la mayoría de los países europeos <sup>(60)</sup>. No obstante, esta evaluación es preliminar, ya que no se dispone de datos recientes en los Países Bajos, un país que en 2007, el último año sobre el que existen datos, declaró la incautación de 2,8 toneladas de anfetamina en polvo.

La pureza de las muestras de anfetamina interceptadas en Europa en 2009 siguió variando mucho, desde menos del 8 % en Bulgaria, Hungría, Austria, Portugal, Eslovenia, Eslovaquia y Croacia, hasta más del 20 % en países que han informado sobre la producción de anfetamina o donde los niveles de consumo son relativamente altos (Estonia, Lituania, Países Bajos, Polonia, Finlandia, Noruega) <sup>(61)</sup>. En los últimos cinco años, la pureza de la anfetamina se ha reducido en 17 de los 18 países que facilitan datos suficientes para el análisis de tendencias.

En 2009, el precio medio de venta al por menor de anfetamina oscilaba entre 10 y 23 euros por gramo en más de la mitad de los 14 países que aportaron información. El precio de venta al por menor de anfetamina ha disminuido o se ha mantenido estable en los 17 países que facilitaron datos en 2004-2009, excepto en los Países Bajos, donde aumentó durante ese período, y en Eslovenia, que refirió un aumento importante del precio en 2009 <sup>(62)</sup>.

### Metanfetamina

El número de laboratorios de metanfetamina detectados en todo el mundo aumentó un 22 % en 2009. Como en el año anterior, el mayor incremento se registró en América del Norte, especialmente en los Estados Unidos, pero el número de laboratorios clandestinos detectados sigue aumentando en el este y el sudeste asiático. Se detectó asimismo un aumento de la actividad relacionada con la producción de metanfetamina en América Latina y Oceanía. En 2009, se incautaron 31 toneladas de metanfetamina, lo que supone un marcado incremento con respecto a las 22 toneladas incautadas en 2008. La mayor parte de la droga se incautó en América del Norte (44 %), donde México ocupó una cuota excepcionalmente elevada con 6,1 toneladas en 2009 (ONUDD, 2011).

En Europa, la producción ilegal de metanfetamina se concentró en la República Checa, donde en 2009 se

<sup>(60)</sup> Los datos sobre incautaciones de drogas en Europa mencionados en este capítulo pueden encontrarse en los cuadros SZR-11 a SZR-18 del boletín estadístico de 2011.

<sup>(61)</sup> Los datos sobre la pureza de las drogas que se mencionan en este capítulo pueden encontrarse en el cuadro PPP-8 del boletín estadístico de 2011. Las tendencias en los índices de la UE pueden encontrarse en el gráfico PPP-2 del boletín estadístico de 2011.

<sup>(62)</sup> Los datos sobre los precios de las drogas en Europa que se mencionan en este capítulo pueden encontrarse en el cuadro PPP-4 del boletín estadístico de 2011.

detectaron 342 centros de producción, en su mayoría «cocinas laboratorio» a pequeña escala (frente a 434 en 2008). También se ha detectado producción de esta droga en Eslovaquia, donde aumentó en 2009, así como en Alemania, Lituania y Polonia.

En 2009, se notificaron en Europa cerca de 7 400 incautaciones de metanfetamina, que supusieron alrededor de 600 kg de droga incautada. Tanto el número de incautaciones como las cantidades incautadas de metanfetamina aumentaron entre 2004 y 2009, con un marcado incremento entre 2008 y 2009. Las cantidades incautadas se duplicaron entre 2008 y 2009, principalmente a causa del aumento de las cantidades recuperadas en Suecia y Noruega, los principales países europeos por decomisos de esta droga, que posiblemente sustituya en parte a la anfetamina. Turquía informó por primera vez en 2009 de sus incautaciones de metanfetamina, ocupando el tercer lugar en términos de cantidades recuperadas: los alijos relativamente grandes de metanfetamina interceptados en Turquía transitaban supuestamente desde Irán hacia el este y el sudeste asiático.

La pureza de la metanfetamina varió mucho en 2009 en los 17 países que facilitaron datos, con una pureza media inferior al 15 % en Bulgaria y Estonia, y superior al 65 % en la República Checa, los Países Bajos, Eslovaquia y Croacia. No se detecta ninguna tendencia general en la pureza de la metanfetamina. Los precios de venta al por menor de la metanfetamina variaron también mucho en 2009 en los seis países que facilitaron estos datos, desde unos 10 euros por gramo en Bulgaria, Lituania y Eslovenia, hasta unos 70 euros por gramo en Alemania y Eslovaquia.

### Éxtasis

En 2009, el número declarado de laboratorios de éxtasis desmantelados prácticamente se mantuvo estable, 52. La mayoría de estos laboratorios se localizaron en Australia (19), Indonesia (18) y Canadá (12). Esa producción parece haber seguido dispersándose geográficamente y haberse acercado a los mercados de consumo de América del Norte, Asia oriental y sudoriental y Oceanía. Pese a ello, es probable que Europa occidental siga siendo un centro importante de producción de éxtasis.

En todo el mundo, las cantidades de éxtasis incautado ascendieron a 5,4 toneladas en 2009 (ONUDD, 2011), acumulando Estados Unidos el 63 % del total.

El número de incautaciones de éxtasis declaradas en Europa se mantuvo estable entre 2004 y 2006, para reducirse a continuación, mientras que las cantidades

incautadas en la mayoría de los países europeos revelan una tendencia a la baja desde 2004. En 2009 se informó en Europa sobre cerca de 11 000 incautaciones de éxtasis, con la interceptación de más de 2,4 millones de comprimidos de esta droga. No obstante, esta cifra es una infraestimación, puesto que no se dispone de datos recientes de los Países Bajos, que en 2007 declaró incautaciones de 8,4 millones de comprimidos y todavía no se dispone de los datos correspondientes al último ejercicio.

El contenido típico de MDMA en las pastillas de éxtasis analizadas en 2009 oscilaba entre 3 y 108 mg en los 18 países que facilitaron datos. Algunos países han informado sobre la existencia de pastillas de éxtasis que contenían más de 130 mg de MDMA (Alemania, Bélgica, Bulgaria, Italia, Países Bajos y Turquía). En el período 2004-2009, el contenido de MDMA de los comprimidos de éxtasis disminuyó en los 14 países que facilitaron datos suficientes.

En los últimos años, se ha producido un cambio en el contenido de los comprimidos de las drogas ilegales en Europa, desde una situación en la que la mayoría de los comprimidos analizados contenían MDMA u otra sustancia análoga al éxtasis (MDEA, MDA) como la única sustancia psicotrópica, a otra en la que se detectan contenidos más diversos y una menor presencia de sustancias análogas a la MDMA. Este cambio se aceleró en 2009, hasta el punto de que los únicos países donde se detectó la presencia de sustancias análogas a la MDMA en una gran parte de los comprimidos analizados fueron Italia (58 %), Países Bajos (63 %) y Malta (100 %).

Las anfetaminas, a veces en combinación con sustancias parecidas a la MDMA, son relativamente frecuentes en los comprimidos analizados en Eslovenia, España, Grecia, Hungría, Polonia y Croacia. La mayoría de los demás países que facilitaron estos datos mencionan la presencia de piperacinas y, sobre todo, de mCPP, aisladas o en combinación con otras sustancias, en una proporción importante de los comprimidos analizados.

El éxtasis es actualmente considerablemente más barato que en la década de los noventa, momento en el que la droga empezó a comercializarse ampliamente. Aunque algunos datos revelan que las pastillas han llegado a venderse por menos de 1 euro, la mayoría de los países notifican unos precios medios al por menor que oscilan entre los 4 y los 9 euros por pastilla. Los datos disponibles en 2004-2009 sugieren que el precio de venta al por menor de éxtasis ha seguido descendiendo o se ha mantenido estable en el conjunto de Europa. Sin embargo, en 2009 se notificó un aumento de este precio en los



Países Bajos, un país que declara también los precios más bajos para esta droga.

### Alucinógenos y otras sustancias

El consumo y el tráfico de LSD en Europa siguen considerándose fenómenos marginales. El número de incautaciones de LSD aumentó entre 2004 y 2009, mientras que las cantidades incautadas, tras alcanzar un máximo en 2005 de 1,8 millones de unidades debido a las operaciones sin precedentes realizadas en el Reino Unido, han fluctuado desde entonces a niveles relativamente bajos <sup>(63)</sup>. Los precios de venta al por menor del LSD se han mantenido estables en la mayoría de los países que han facilitado estos datos desde 2004, mientras que en Bélgica se han registrado aumentos y en Letonia, Austria y Croacia, descensos. En 2009, el precio medio oscilaba entre 7 y 11 euros por unidad en la mayoría de los 11 países que aportaron información.

Las incautaciones de hongos alucinógenos, ketamina y GHB y GBL se declararon en 2009 únicamente en cuatro o cinco países, dependiendo de la droga. No está claro hasta qué punto las incautaciones declaradas reflejan el consumo de estas sustancias o el hecho de que no reciban sistemáticamente la atención de los cuerpos de seguridad.

### Prevalencia y pautas de consumo

En algunos países, el consumo de anfetamina o metanfetamina, a menudo por vía parenteral, representa una proporción importante del número total de consumidores problemáticos de drogas y de los que solicitan ayuda para problemas relacionados con las drogas. A diferencia de lo que sucede en estas poblaciones crónicas de consumidores, existe una relación más general entre el consumo de drogas sintéticas, a menudo en combinación con alcohol, y los locales nocturnos y discotecas. Por eso se notifican unos niveles de consumo significativamente mayores entre la gente joven y extremadamente elevados en algunos medios o segmentos de la población. En términos generales, los niveles de consumo de drogas alucinógenas como la dietilamida del ácido lisérgico (LSD) y los hongos alucinógenos son por lo general bajos y se han mantenido estables en los últimos años.

### Anfetaminas

Las estimaciones sobre la prevalencia de la droga indican que unos 12,5 millones de europeos han probado las anfetaminas y que unos 2 millones consumieron la droga

durante el último año (véase en el cuadro 6 un resumen de los datos). En adultos jóvenes (de 15 a 34 años), la prevalencia del consumo de anfetaminas alguna vez en la vida varía considerablemente en función del país, con un margen de variación de entre el 0,1 % y el 14,3 %, situándose el promedio europeo ponderado cerca del 5,0 %. El consumo durante el último año en este grupo de edad fluctúa entre el 0,1 % y el 2,5 %, y la mayoría de los países estiman su prevalencia entre el 0,5 % y el 2,0 %. Se calcula que, por término medio, cerca de 1,5 millones (1,1 %) de jóvenes europeos han consumido anfetaminas durante el último año.

Entre los escolares de 15 a 16 años, la prevalencia a lo largo de la vida del consumo de anfetaminas oscila entre el 1 y el 8 % en 26 Estados miembros de la UE, Noruega y Croacia, según datos de 2007, aunque únicamente Bulgaria y Letonia notificaron niveles de prevalencia de más de un 5 %. Los cuatro países que realizaron encuestas escolares en 2009 (Italia, Eslovaquia, Suecia y Reino Unido) refirieron una prevalencia de consumo de anfetaminas en algún momento vital del 3 % o menos <sup>(64)</sup>.

Los datos sobre la prevalencia del consumo de anfetaminas en los locales nocturnos en 2009 facilitados por cuatro países (Bélgica, República Checa, Países Bajos y Reino Unido) muestran una variación considerable, desde el 6 % hasta el 24 % de consumo de anfetaminas en el último año.

Durante la última década, el consumo de anfetaminas en el último año se ha mantenido relativamente bajo y estable en la mayoría de los países europeos, con niveles de prevalencia inferiores al 3 % en casi todos los países que han informado al respecto, salvo el Reino Unido y Dinamarca. En el Reino Unido, el consumo de anfetaminas en el último año entre adultos jóvenes (15-34) se redujo del 6,2 % en 1998 al 1,8 % en 2009-2010; en Dinamarca, después de aumentar al 3,1 % en 2000, descendió al 2 % en 2010 (véase el gráfico 8). Durante el período 2004-2009, solo Noruega y la República Checa refirieron un cambio de más de un punto porcentual en la prevalencia de consumo de anfetaminas en el último año entre adultos jóvenes. En la República Checa, las diferencias en los métodos utilizados en las encuestas no permite la confirmación de las tendencias recientes. En conjunto, las encuestas escolares indican escasa variación de los niveles de experimentación con anfetaminas entre los escolares de 15 y 16 años. Entre 2003 y 2007, la mayoría de los países refirieron unas tendencias a la baja y estables en la prevalencia del consumo a lo largo de la vida en este grupo.

<sup>(63)</sup> Este análisis es preliminar, puesto que no se dispone de los datos de los Países Bajos, que refirió un tercio de la cantidad de LSD incautada en Europa en 2007, correspondientes a los años siguientes.

<sup>(64)</sup> Véase el cuadro EYE-11 del boletín estadístico de 2011.

**Cuadro 6: Prevalencia del consumo de anfetaminas en la población general. Resumen de los datos**

Grupo de edad	Período de consumo	
	Durante toda la vida	En el último año
<b>15-64 años</b>		
Número estimado de consumidores en Europa	12,5 millones	1,5-2 millones
Media europea	3,8%	0,5%
Intervalo	0,0-11,7%	0,0-1,1%
Países con prevalencia más baja	Rumanía (0,0%) Grecia (0,1%) Malta (0,4%) Chipre (0,7%)	Grecia, Malta, Rumanía (0,0%) Francia (0,1%) República Checa, Portugal (0,2%)
Países con prevalencia más alta	Reino Unido (11,7%) Dinamarca (6,2%) Suecia (5,0%) Noruega (3,8%)	Estonia (1,1%) Reino Unido (1,0%) Bulgaria, Letonia (0,9%) Suecia (0,8%)
<b>15-34 años</b>		
Número estimado de consumidores en Europa	6,5 millones	1,5 millones
Media europea	5,0%	1,1%
Intervalo	0,1-14,3%	0,1-2,5%
Países con prevalencia más baja	Rumanía (0,1%) Grecia (0,2%) Malta (0,7%) Chipre (1,2%)	Rumanía, Grecia (0,1%) Francia (0,2%) República Checa (0,3%) Portugal (0,4%)
Países con prevalencia más alta	Reino Unido (14,3%) Dinamarca (10,3%) Letonia (6,1%) Noruega (6,0%)	Estonia (2,5%) Bulgaria (2,1%) Dinamarca (2,0%) Alemania, Letonia (1,9%)

Las estimaciones europeas se calculan a partir de las estimaciones de la prevalencia nacional ponderadas para tener en cuenta la población del grupo de edad correspondiente en cada país. Para estimar el número total de consumidores en Europa, se aplica la media de la UE a los países que no disponen de datos de prevalencia (representan no más del 3 % de la población destinataria). Población utilizada como base: 15-64, 336 millones; 15-34, 132 millones. Como las estimaciones europeas se basan en encuestas realizadas entre 2001 y 2009/2010 (principalmente 2004-2008), no se refiere a un único año. Los datos aquí resumidos pueden encontrarse en las «Encuestas de población general» del boletín estadístico de 2011.

### Consumo problemático de anfetaminas

Solo un pequeño número de países pueden facilitar estimaciones sobre la prevalencia del consumo problemático de anfetaminas<sup>(65)</sup>, pero en toda Europa se dispone de datos sobre los consumidores que empiezan a recibir tratamiento por problemas relacionados con estas sustancias.

Una pequeña proporción de los que inician tratamiento en Europa mencionan la anfetamina como la droga principal consumida: cerca del 5 % de los pacientes en tratamiento por consumo de drogas declarados en 2009 (20 000 pacientes en tratamiento). No obstante, los consumidores de anfetaminas representan una proporción considerable de los que inician tratamiento en Suecia (28 %), Polonia (25 %) y Finlandia (17 %). Los consumidores de anfetaminas constituyen entre el 6 % y el 10 % de los que inician tratamiento en otros cinco países (Bélgica, Dinamarca, Alemania, Hungría y Países Bajos); en otros países la proporción no llega al 5 %. Además, se mencionan otros estimulantes diferentes de la cocaína como segunda droga consumida por casi los 20 000 pacientes que inician un tratamiento por problemas relacionados con otras drogas consumidas principalmente<sup>(66)</sup>.

Los consumidores de anfetaminas que inician tratamiento tienen una edad media de 30 años y la proporción entre hombres y mujeres (dos a una) es menor que con ninguna otra droga ilegal. Se declaran altos niveles de consumo de anfetamina por vía parenteral en los países donde los consumidores de anfetamina siguen constituyen los mayores porcentajes de los pacientes que inician tratamiento (Letonia, Suecia y Finlandia), con entre el 59 % y el 83 % de los consumidores de anfetamina por vía parenteral como droga principal<sup>(67)</sup>.

Las tendencias en los consumidores de anfetaminas que empezaron a recibir tratamiento entre 2004 y 2009 se han mantenido estables en casi todos los países, con un ligero descenso entre los pacientes que empezaron tratamiento por primera vez en su vida, principalmente atribuible a una disminución en el número de nuevos consumidores de anfetaminas en Finlandia y Suecia (OEDT, 2010d).

Contrariamente a lo que sucede en otras regiones del mundo, donde el consumo de metanfetamina ha aumentado en los últimos años, los niveles de consumo en Europa parecen limitados. Tradicionalmente, ese consumo en Europa se ha concentrado en la República Checa y,

<sup>(65)</sup> El consumo problemático de anfetaminas se define como el consumo por vía parenteral, de larga duración o frecuente de estas sustancias.

<sup>(66)</sup> Véanse los cuadros TDI-5 (parte ii) y TDI-22 del boletín estadístico de 2011.

<sup>(67)</sup> Véanse los cuadros TDI-5 (parte iv) y TDI-37 del boletín estadístico de 2011.

en los últimos tiempos, en Eslovaquia. En 2009, en la República Checa se calculaba que había entre 24 600 y 25 900 consumidores problemáticos de metanfetamina (de 3,3 a 3,5 casos por cada 1 000 habitantes de 15 a 64 años de edad), duplicando el número estimado de consumidores problemáticos de opiáceos. Esto representa un incrementado estadísticamente significativo con respecto a años anteriores. En Eslovaquia, la cifra correspondiente se situaba entre 5 800 y 15 700 (de 1,5 a 4 casos por cada 1 000 habitantes de 15 a 64 años de edad), casi un 20 % por debajo de la cifra estimada de consumidores problemáticos de opiáceos.

La metanfetamina es mencionada como la droga principal consumida por una gran proporción de los pacientes que inician un tratamiento en la República Checa (61 %) y Eslovaquia (30 %). Ambos países han notificado un incremento en el número y la proporción total de pacientes que inician un tratamiento relacionado con la metanfetamina durante los últimos 10 años. Entre los que solicitan ayuda para un trastorno relacionado con la metanfetamina, el uso de la vía parenteral es más frecuente en la República Checa (79 %) y también, aunque en menor medida, en Eslovaquia (37 %), donde se aprecia un descenso de los niveles generales desde 2004. Los consumidores de metanfetamina

en estos países tienen una edad media de unos 25 años cuando inician el tratamiento <sup>(68)</sup>.

Recientemente ha aparecido la metanfetamina en el mercado de drogas de otros países, sobre todo en el norte de Europa (Letonia, Noruega, Suecia y, en menor medida, Finlandia), donde parece haber reemplazado en parte a la anfetamina, sin que los consumidores puedan distinguir entre una y otra.

### Éxtasis

Las estimaciones de la prevalencia de las drogas indican que unos 11 millones de europeos han probado el éxtasis y que unos 2,5 millones consumieron esa droga durante el último año (véase en el cuadro 7 un resumen de los datos). El consumo de esta droga en el último año se ha concentrado en los adultos jóvenes; los varones han comunicado unos niveles de consumo muy superiores a los de las mujeres en todos los países, excepto en Grecia, Rumanía, Finlandia y Suecia. La prevalencia a lo largo de la vida del consumo de éxtasis en el grupo de edad de 15-34 años varía desde menos del 0,6 % hasta el 12,7 %, aunque la mayoría de los países han comunicado valores de entre el 2,1 y el 5,8 % <sup>(69)</sup>.

**Cuadro 7: Prevalencia del consumo de éxtasis en la población general. Resumen de los datos**

Grupo de edad	Período de consumo	
	Durante toda la vida	En el último año
<b>15-64 años</b>		
Número estimado de consumidores en Europa	11 millones	2,5 millones
Media europea	3,2 %	0,7 %
Intervalo	0,3-8,3 %	0,1-1,6 %
Países con prevalencia más baja	Rumanía (0,3 %) Grecia (0,4 %) Malta (0,7 %) Noruega (1,0 %)	Rumanía, Suecia (0,1 %) Malta, Grecia (0,2 %) Dinamarca, Polonia, Noruega (0,3 %)
Países con prevalencia más alta	Reino Unido (8,3 %) Irlanda (5,4 %) España (4,9 %) Letonia (4,7 %)	Reino Unido, Eslovaquia (1,6 %) Letonia (1,5 %) República Checa (1,4 %)
<b>15-34 años</b>		
Número estimado de consumidores en Europa	7,5 millones	2 millones
Media europea	5,5 %	1,4 %
Intervalo	0,6-12,7 %	0,2-3,2 %
Países con prevalencia más baja	Rumanía, Grecia (0,6 %) Malta (1,4 %) Polonia, Noruega (2,1 %) Portugal (2,6 %)	Rumanía, Suecia (0,2 %) Grecia (0,4 %) Noruega (0,6 %) Polonia (0,7 %)
Países con prevalencia más alta	Reino Unido (12,7 %) República Checa (9,3 %) Irlanda (9,0 %) Letonia (8,5 %)	Reino Unido (3,2 %) República Checa (2,8 %) Eslovaquia, Letonia, Países Bajos (2,7 %)

Las estimaciones europeas se calculan a partir de las estimaciones de la prevalencia nacional ponderadas para tener en cuenta la población del grupo de edad correspondiente en cada país. Para estimar el número total de consumidores en Europa, se aplica la media de la UE a los países que no disponen de datos de prevalencia (representan no más del 3 % de la población destinataria). Población utilizada como base: 15-64, 336 millones; 15-34, 132 millones. Como las estimaciones europeas se basan en encuestas realizadas entre 2001 y 2009/2010 (principalmente 2004-2008), no se refiere a un único año. Los datos aquí resumidos pueden encontrarse en las «Encuestas de población general» del boletín estadístico de 2011.

<sup>(68)</sup> Véanse los cuadros TDI-2 (parte i), TDI-3 (parte iii) y TDI-5 (parte ii) y (parte iv) del boletín estadístico de 2011 y el cuadro TDI-5 (parte ii) del boletín estadístico de 2006.

<sup>(69)</sup> Véase el cuadro GPS-7 (parte iv) del boletín estadístico de 2011.

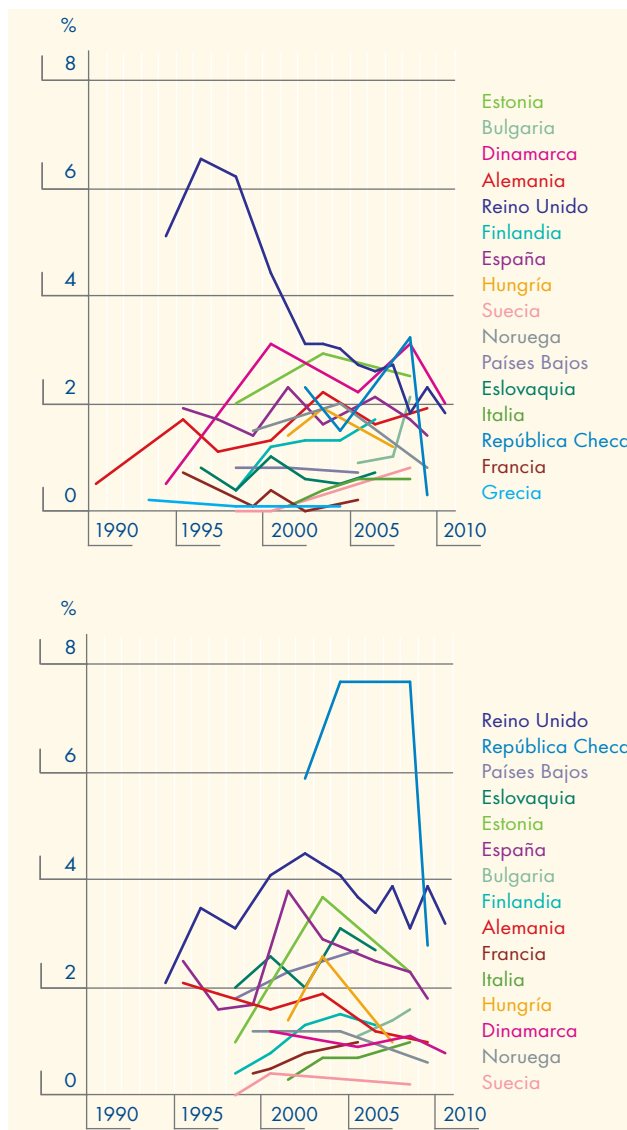
Entre los escolares de entre 15 y 16 años, la prevalencia del consumo de éxtasis en algún momento de la vida oscila entre el 1 % y el 5 % en la mayoría de los países de la UE encuestados en 2007. Solo cuatro países notificaron una prevalencia más elevada: Bulgaria, Estonia, Eslovaquia (en todos ellos del 6 %) y Letonia (7 %). Los cuatro países que realizaron encuestas escolares en 2009 (Italia, Eslovaquia, Suecia y Reino Unido) refirieron una prevalencia de consumo de anfetaminas alguna vez en la vida del 5 % o menos <sup>(70)</sup>.

Los estudios cualitativos proporcionan una idea de los datos sobre el consumo «recreativo» de drogas estimulantes entre los adultos jóvenes que acuden a diferentes locales nocturnos en toda Europa. Estos estudios ponen de relieve diferencias importantes en los perfiles de consumo de droga de los pacientes, con una probabilidad mucho mayor de consumir droga quienes frecuentan ambientes discotequeros que los que frecuentan otro tipo de locales nocturnos. Los datos sobre la prevalencia del consumo de éxtasis en entornos de vida nocturna en 2009 están ya disponibles en cuatro países (Bélgica, República Checa, Países Bajos y Reino Unido), pero muestran una variación considerable en los niveles declarados de uso reciente (último año), entre el 10 % y el 75 %. El consumo de éxtasis fue más frecuente que el consumo de anfetaminas en los entornos muestreados.

Durante el período 2003-2009, ningún país refirió un aumento en el consumo de éxtasis, mientras que Estonia, España, Alemania, Hungría y el Reino Unido refirieron una disminución de casi un punto porcentual en el consumo de éxtasis durante el último año en el grupo de 15-34 años de edad. Se observa, no obstante, cierta variación de un país a otro. En los países que han notificado unos niveles de consumo de éxtasis en el último año superiores a la media, dicho consumo entre los jóvenes de 15 a 34 años alcanzó normalmente un nivel máximo de entre el 3 % y el 5 % a principios de este siglo (Estonia, España, Eslovaquia, Reino Unido; véase el gráfico 8). Una excepción es la República Checa, donde las estimaciones del consumo de éxtasis en el último año alcanzaron un máximo del 7,7 % en 2008, para posteriormente descender hasta el 2,8 % en 2009. En la República Checa, las diferencias en los métodos utilizados en las encuestas no permite la confirmación de las tendencias recientes.

Globalmente, las encuestas escolares indican poco cambio en los niveles de experimentación con éxtasis entre los escolares de 15 y 16 años. Entre 2003 y 2007, la mayoría de los países comunicaron tendencias a la baja y estables en la prevalencia del consumo de éxtasis alguna vez en la vida en este grupo, mientras que siete países refirieron un aumento y tres un descenso,

**Gráfico 8:** Tendencias en la prevalencia del consumo de anfetaminas (arriba) y éxtasis (abajo) durante el último año entre adultos jóvenes (de 15 a 34 años de edad)



**N.B.:** Solo se muestran datos de países que han realizado al menos tres encuestas en el período 1998 a 2009/2010. La República Checa está explorando los motivos de la amplia variabilidad en los resultados de las encuestas, que en parte parecen deberse a cambios en los métodos. Los datos se facilitan para fines de información, pero las comparaciones deben tratarse con cautela. Para más información, véanse los gráficos GPS-8 y GPS-21 en el boletín estadístico de 2011.

**Fuente:** Informes nacionales de la red Reitox, obtenidos de encuestas de población, informes y artículos científicos.

utilizando una diferencia de dos puntos porcentuales como valor umbral. Los estudios que se han realizado en entornos recreativos en Europa podrían sugerir un descenso de la prevalencia del consumo de éxtasis. En Amsterdam, un estudio de quienes frecuentan «café» constató un marcado descenso en el consumo de éxtasis en el último mes, del 23 % en 2001 al 6 % en 2009; el estudio informó también de un descenso en el consumo de anfetaminas alguna vez en la vida, del 63 % al

<sup>(70)</sup> Véase el cuadro EYE-11 del boletín estadístico de 2011.

41 % durante ese mismo período. Un estudio realizado periódicamente en Bélgica en locales nocturnos constató que el éxtasis ha dejado de ser la segunda droga ilegal más consumida. En encuestas anteriores, el consumo de éxtasis en el último año varió siempre entre el 15 % y el 20 %, pero disminuyó al 10 % en 2009.

El número de consumidores de drogas que solicitan tratamiento por problemas relacionados con el éxtasis es escaso. En 2009, menos del 1 % (1 300) del total de consumidores de drogas encuestados mencionaron el éxtasis como la principal droga consumida. Con una edad media de 26 años, los consumidores de éxtasis son los que empiezan a recibir tratamiento por drogodependencia a una edad más joven, con una proporción de entre tres y cuatro hombres por cada mujer. Los consumidores de éxtasis comunican a menudo un consumo concomitante de otras sustancias, como alcohol y cocaína y, en menor medida, cannabis y anfetaminas <sup>(71)</sup>.

Algunos estudios europeos refieren un consumo combinado de éxtasis o anfetaminas con alcohol. En nueve países europeos, las encuestas realizadas entre la población general indican que los consumidores frecuentes o contumaces de alcohol presentan niveles de prevalencia de consumo de anfetaminas o éxtasis muy superiores a los de la media de la población (OEDT, 2009b). Igualmente, el análisis de los datos de encuestas escolares de ESPAD en 22 países indica que el 86 % de los estudiantes de entre 15 y 16 años de edad que habían consumido éxtasis durante el último mes habían consumido también cinco o más bebidas alcohólicas en alguna ocasión (OEDT, 2009b).

### Alucinógenos, GHB y ketamina

Entre los adultos jóvenes (15-34 años), las estimaciones sobre la prevalencia del consumo de LSD en algún momento de la vida en Europa oscilan entre el cero y el 5,5 %. Las prevalencias indicadas para el consumo durante el último año son muy inferiores <sup>(72)</sup>. En los pocos países que facilitan datos comparativos, la mayoría notifica niveles más elevados de consumo de hongos alucinógenos que de LSD, tanto entre la población en general como entre la población escolar. En los adultos jóvenes, las estimaciones sobre la prevalencia del consumo de hongos alucinógenos en algún momento de la vida varían entre el 0,3 % y el 14,1 % y durante el último año, entre el 0,2 % y el 5,9 %. Entre los escolares de 15 y 16 años de edad, la mayoría de los países estiman la prevalencia del consumo de hongos alucinógenos en algún momento de la vida entre el 1 y el

4 % y los niveles más altos se encuentran en Eslovaquia (5 %) y la República Checa (7 %) <sup>(73)</sup>.

Las estimaciones de la prevalencia del consumo de GHB y ketamina en las poblaciones adulta y escolar son muy inferiores a las del consumo de cocaína y éxtasis. No obstante, el consumo de estas sustancias puede ser mayor en determinados grupos, entornos o áreas geográficas. Recientemente se han realizado encuestas específicas que han facilitado estimaciones de la prevalencia del consumo de estas sustancias en Bélgica, la República Checa, los Países Bajos y el Reino Unido. La prevalencia declarada en estos estudios del consumo de GHB alguna vez en la vida varía entre el 3,9 % y el 14,3 %, y la prevalencia durante el último mes se sitúa en el 4,6 %. En estas mismas encuestas, las estimaciones varían entre el 2,9 % y el 62 % para el consumo de ketamina alguna vez en la vida y entre el 0,3 % y el 28 % para el consumo en el último mes. Se aprecian marcadas diferencias entre encuestas y países, y la elevada prevalencia del consumo de ketamina corresponde únicamente a una encuesta realizada por una revista musical en el Reino Unido en 2010 (Winstock, 2011). En dicha encuesta, los niveles de consumo de ketamina fueron mucho mayores que los de GHB. Esta prevalencia tan elevada de ketamina puede deberse a la autoselección de los que han respondido a la encuesta y a sus perfiles y actitudes particulares con respecto al consumo de drogas. En los Países Bajos se ha alertado sobre la creciente popularidad de la ketamina entre quienes tiran de las modas en la zona occidental, pero los niveles de prevalencia de consumo durante el último mes entre los visitantes de macrofiestas en 2009 siguen siendo más bajos (1,2 %) que para la GHB (4,6 %). Entre los que visitaron los «cafés» de Amsterdam en 2009, el consumo de GHB en el último mes fue similar al de anfetamina, situándose en un 1,5 %. Los estudios cualitativos realizados en Alemania, Estonia, Francia y los Países Bajos hacen hincapié en un aumento del riesgo percibido de sobredosis con resultado de pérdida de consciencia o coma, asociado al consumo de GHB.

En las encuestas periódicas efectuadas entre quienes frecuentan fiestas o entornos recreativos, no se han identificado tendencias generales en el consumo de GHB y ketamina, y los cambios referidos son, en la mayoría de los casos, pequeños. En los estudios de entornos recreativos en Bélgica se ha apreciado un incremento del consumo de GHB y ketamina durante el último mes, del 2 % al 3 % entre 2008 y 2009. En la República Checa, los estudios realizados en locales nocturnos indican que la prevalencia del consumo de GHB durante el último año aumentó del 1,4 % en 2007 al 3,9 % en 2009, y el consumo de

<sup>(71)</sup> Véanse los cuadros TDI-5, TDI-8 y TDI-37 (parte i) (parte ii) y (parte iii) del boletín estadístico de 2011.

<sup>(72)</sup> Véase el cuadro GPS-1 del boletín estadístico de 2011.

<sup>(73)</sup> Datos obtenidos con ESPAD en todos los países, exceptuando España. Véase el gráfico EYE-3 (parte v) del boletín estadístico de 2011.



ketamina aumentó del 2,2 % al 2,9 % durante idéntico período. Se ha informado también de una disminución del consumo de GHB en el último mes entre los visitantes de «cafés» de Amsterdam, del 2,8 % en 2001 al 1,5 % en 2009. No obstante, las tendencias observadas en Amsterdam no son representativas del resto de los Países Bajos. Asimismo, entre los que respondieron a la encuesta de la revista musical en el Reino Unido, el consumo de GHB en el último mes se redujo del 1,7 % en 2009 a menos del 1 % en 2010, y el consumo de ketamina lo hizo del 32,4 % al 28 % durante ese mismo período.

### Intervenciones en entornos recreativos

A pesar de los altos niveles de consumo de drogas en entornos recreativos, solo 13 países han llevado a cabo intervenciones de prevención o reducción de daños en esos lugares. Las intervenciones descritas siguen centrándose en el suministro de información y el asesoramiento. Este enfoque es también evidente en las intervenciones incluidas en la Healthy Nightlife Toolbox, una iniciativa por Internet financiada por la UE y dirigida a reducir los daños causados por el consumo de alcohol y drogas en ambientes nocturnos. El proyecto «Vida nocturna más segura», otra iniciativa financiada por la UE en el marco del programa «Democracia, ciudades y drogas II (2008-2011)», intenta ir más allá del suministro de información y mejorar los programas de prevención en la vida nocturna y la formación destinada a los profesionales.

Una reciente revisión sistemática de las estrategias de reducción de daños implantadas en entornos recreativos concluyó que rara vez se someten a una evaluación y que su eficacia no siempre está clara (Akbar *et al.*, 2011). La revisión constató que las intervenciones centradas en el personal de los servicios de formación en entornos recreativos constituían el tipo más habitual de programa disponible. Estos programas suelen incluir temas como el modo de reconocer signos de intoxicación y cuándo y cómo se rechaza el servicio ofrecido a los clientes. En el proyecto austriaco «Taktisch klug» («Tácticas más inteligentes»), los organizadores de fiestas reciben ayuda en la fase de preparación y se ofrece asesoramiento a los asistentes para ayudarles a adoptar un enfoque más crítico frente a las sustancias psicotrópicas y las conductas de riesgo. Los modelos de entorno multicomponente, que son unos de los programas con resultados de evaluación más prometedores, se encuentran sobre todo en los países de Europa septentrional.

Los estudios realizados en centros internacionales de vida nocturna demuestran que estos entornos pueden ir asociados a captación, escalada y reincidencia en

el consumo de drogas, y que pueden contribuir a la propagación de culturas de droga. La investigación apunta a unos niveles elevados de consumo de drogas y de iniciación en el consumo de drogas en algunos de esos lugares de vacaciones. Por ejemplo, un estudio de jóvenes (16-35 años) de España, Alemania y el Reino Unido que visitaron Ibiza y Mallorca descubrió importantes diferencias en el consumo de drogas dependiendo de la nacionalidad y entre esos dos lugares de vacaciones. Los niveles de consumo de drogas fueron especialmente altos entre los visitantes españoles y británicos de Ibiza, y uno de cada

### Consecuencias de las anfetaminas para la salud

El uso médico de anfetaminas se ha asociado a una serie de efectos secundarios, como anorexia, insomnio y dolores de cabeza. El consumo de anfetaminas ilegales se asocia a un abanico más amplio de consecuencias negativas (OEDT, 2010d), como efectos negativos a corto plazo (inquietud, temblor, ansiedad, mareo); un efecto posterior de «bloqueo» o caída (depresión, dificultades para dormir, conducta suicida), efectos psicosociales y psiquiátricos del consumo a largo plazo (psicosis, conducta suicida, ansiedad y conducta violenta), así como dependencia con toda una serie de síntomas de abstinencia.

Se han realizado muchos estudios sobre las consecuencias del consumo de anfetaminas en la salud en Australia y Estados Unidos, países donde el consumo de anfetaminas, principalmente la metanfetamina cristalizada fumada, es una parte importante del problema de las drogas. Aunque el consumo de metanfetamina es relativamente raro en Europa, estos efectos en la salud se han observado también en Europa. Se han encontrado también problemas cerebrovasculares (riesgo de ictus isquémico o hemorrágico), así como patologías cardiovasculares agudas y crónicas (aumento brusco de la frecuencia cardiaca y la presión arterial). En el contexto del consumo crónico o de una patología cardiovascular preexistente, pueden desencadenarse episodios graves y potencialmente mortales (isquemia e infarto de miocardio). Otros efectos en la salud son neurotoxicidad, restricción del crecimiento fetal asociada al consumo de anfetaminas durante el embarazo y enfermedad dental.

El uso de la vía parenteral, aunque raro entre los consumidores europeos de anfetaminas, aumenta el riesgo de enfermedades infecciosas (VIH y hepatitis). Se han comunicado tasas elevadas de conductas sexuales de riesgo en la República Checa entre los consumidores de metanfetamina, que incrementa su vulnerabilidad a las infecciones de transmisión sexual. Los estudios realizados en la República Checa, Letonia y los Países Bajos han demostrado elevadas tasas de mortalidad entre los consumidores dependientes o crónicos de anfetaminas. No obstante, la estimación de la mortalidad asociada a las anfetaminas se ve complicada por la politoxicomanía (principalmente el consumo simultáneo de heroína y cocaína).

cinco visitantes británicos probó por lo menos una droga nueva durante sus vacaciones en la isla (Bellis *et al.*, 2009).

## Tratamiento

### Consumo problemático de anfetaminas

Las opciones de tratamiento disponibles para los consumidores de anfetaminas en los países europeos suelen seguir la historia y las pautas nacionales del consumo problemático de anfetaminas, que difieren considerablemente según el país. En los países de Europa occidental y meridional, los sistemas de tratamiento se han especializado principalmente en atender las necesidades de los consumidores de opiáceos. A pesar de los bajos niveles del consumo problemático de anfetaminas en estos países, la ausencia de servicios especiales puede dificultar el acceso al tratamiento para dichos consumidores de anfetaminas, sobre todo para los que están más integrados en la sociedad (OEDT, 2010d). En los países de Europa septentrional y central con una larga tradición de tratamiento de los consumidores de anfetaminas, algunos programas se dirigen a atender sus necesidades. En los países de Europa central y oriental, donde el consumo problemático de anfetaminas no ha adquirido relevancia hasta época reciente, los sistemas de tratamiento apuntan principalmente a los consumidores problemáticos de opiáceos y han tardado en atender las necesidades de los consumidores de anfetaminas. Una encuesta realizada en 2008 entre expertos nacionales concluyó que menos de la mitad de los países europeos notifican la disponibilidad de programas de tratamiento especializado para consumidores de anfetaminas que demandan activamente tratamiento.

El tratamiento psicosocial ofrecido en servicios ambulatorios para drogodependientes es la forma más habitual de tratamiento para los consumidores de anfetaminas. Los consumidores más problemáticos, por ejemplo, los que han adquirido dependencia de las anfetaminas, y que además presentan trastornos psiquiátricos, pueden recibir tratamiento en servicios en régimen de ingreso para drogodependientes, centros psiquiátricos u hospitales. En Europa se administran fármacos (antidepresivos, sedantes o antipsicóticos) para el tratamiento de los primeros síntomas de abstinencia al comienzo de un proceso de desintoxicación, administrados generalmente en departamentos psiquiátricos especializados y en régimen de ingreso. El tratamiento a largo plazo con antipsicóticos se prescribe a veces en casos de psicopatologías duraderas asociadas al uso crónico de anfetaminas.

Los profesionales europeos han observado que los trastornos psiquiátricos presentados a menudo por los consumidores problemáticos de anfetaminas son difíciles de manejar en el contexto terapéutico. En Hungría, el primer protocolo profesional utilizado para el tratamiento de los consumidores de anfetaminas fue publicado por el Ministerio de Salud a principios de 2008. El protocolo cubre el diagnóstico, la estructura recomendada para el tratamiento con asistencia médica y basada en la abstinencia de drogas, y otras terapias y rehabilitación.

### Estudios sobre el tratamiento de la dependencia de anfetaminas

Aunque en la República Checa y el Reino Unido se ha notificado cierta prescripción limitada de sustitución, no existen actualmente datos que respalden la eficacia de este enfoque. Los profesionales médicos, sin embargo, están explorando activamente los tratamientos farmacológicos que pueden resultar útiles para el tratamiento de la dependencia de las anfetaminas. La dextroanfetamina, un estimulante del sistema nervioso central, cuando se probó en pacientes que consumían metanfetamina, reveló resultados positivos a la hora de reducir el deseo compulsivo de consumir y los síntomas de abstinencia, así como de retener a los pacientes en el tratamiento, pero no redujo el consumo de metanfetamina en comparación con un placebo (Galloway *et al.*, 2011; Longo *et al.*, 2010). Los estudios que evaluaron el efecto de modafinilo, un fármaco utilizado para regular el sueño, en personas dependientes de metanfetamina, encontraron posibles mejoras en la memoria (Kalenchstein *et al.*, 2010), pero ninguna diferencia en comparación con placebo en los niveles de consumo de drogas, mantenimiento en el tratamiento, depresión o deseo compulsivo de consumir (Heinzerling *et al.*, 2010):

El bupropión, un antidepresivo que se ha utilizado para ayudar a dejar de fumar, se probó en un pequeño grupo de varones homosexuales con dependencia de la metanfetamina (Elkashef *et al.*, 2008), pero se necesita un estudio en mayor profundidad para confirmar los resultados positivos obtenidos. Otro estudio piloto, dirigido al control de los síntomas del trastorno de hiperactividad por déficit de atención en los consumidores problemáticos de anfetaminas, combinó metilfenidato de liberación sostenida con sesiones semanales de formación dirigidas a la adquisición de destrezas, sin que se apreciaran diferencias con el grupo de placebo (Konstenius *et al.*, 2010).

En la actualidad se están realizando algunos estudios en este ámbito, en particular estudios sobre la naltrexona de liberación prolongada para la dependencia de la



anfetamina, y para la dependencia de la metanfetamina, un inhibidor de la enzima de conversión de la angiotensina, *N*-acetilcisteína, rivastigmina y varenicilina.

Las intervenciones psicológicas y conductuales para los problemas con la metanfetamina han sido objeto de un limitado número de estudios. Un estudio australiano trató de comparar dos enfoques psicológicos para el consumo de metanfetamina, pero el número de participantes que lo abandonó fue demasiado elevado como para recabar resultados significativos (Smout *et al.*, 2010). Los estudios que se están realizando en este ámbito estudian también el impacto de la entrevista motivadora y la formación orientada a la adquisición de destrezas cognitivas conductuales en la dependencia de la metanfetamina.

#### **Dependencia del gamma-hidroxiбутirato y su tratamiento**

La dependencia del gamma-hidroxiбутirato (GHB) es un trastorno clínico reconocido, con un síndrome de abstinencia potencialmente intenso cuando se interrumpe bruscamente su administración después de un consumo habitual o crónico. Existen datos que demuestran la posibilidad de que aparezca dependencia física entre los consumidores recreativos, y se han documentado casos de síntomas de abstinencia al dejar de consumir GHB y sus precursores. Se

ha descrito también dependencia del GHB entre exalcohólicos (Richter *et al.*, 2009).

Los estudios realizados se centran principalmente en la descripción de los síntomas de abstinencia del GHB y las complicaciones relacionadas, que pueden ser difíciles de reconocer en casos de urgencia (van Noorden *et al.*, 2009). Estos síntomas pueden incluir inquietud, crisis de ansiedad, insomnio, sudoración, taquicardia e hipertensión. Los pacientes que dejan de tomar GHB pueden presentar también psicosis y delirio como parte del síndrome de abstinencia. Los síntomas leves de abstinencia pueden manejarse en centros ambulatorios; en los demás casos, se recomienda la vigilancia del paciente en régimen de ingreso. De momento, no se han elaborado protocolos normalizados para el tratamiento del síndrome de abstinencia de GHB.

Las benzodiazepinas y los barbitúricos son los fármacos utilizados más frecuentemente para el tratamiento de los problemas agudos relacionados con el consumo de GHB. En los Estados Unidos se está realizando un pequeño estudio para comparar la benzodiazepina lorazepam con el barbitúrico pentobarbital para la reducción de los síntomas subjetivos de abstinencia en personas con dependencia del GHB. En los Países Bajos se están llevando a cabo una investigación para establecer directrices basadas en datos científicos en el tratamiento de la dependencia del GHB.

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

## Capítulo 5

### Cocaína y crack

#### Introducción

En Europa, la cocaína sigue siendo la segunda droga ilegal más consumida después del cannabis, si bien los niveles y las pautas de consumo varían considerablemente entre los diversos países. Solo en un pequeño grupo, principalmente de Europa occidental, se aprecia un nivel elevado de consumo de cocaína, mientras que en el resto del mundo el consumo se mantiene limitado. También es considerable la diversidad entre los consumidores de cocaína, en particular los consumidores ocasionales o consumidores habituales bien integrados socialmente, que suelen consumir (esnifar) cocaína en polvo, y los consumidores más marginados y con frecuencia dependientes, que inyectan la cocaína o consumen *crack*.

#### Suministro y disponibilidad

##### Producción y tráfico

El cultivo de arbusto de coca, fuente de la que proviene la cocaína, sigue concentrado en tres países de la región

andina: Colombia, Perú y Bolivia. La ONUDD (2011) estima que, en 2010, la superficie dedicada al cultivo del arbusto de coca ascendía a 149 000 hectáreas, lo que suponía una reducción del 6 % respecto a la estimación de 158 000 hectáreas en 2009. Esta reducción se atribuyó principalmente a una reducción de la superficie reservada al cultivo de coca en Colombia, parcialmente compensada por los incrementos en Perú y Bolivia. Las 149 000 hectáreas de arbusto de coca se tradujeron en una producción potencial de entre 786 y 1 054 toneladas de cocaína pura, en comparación con un número estimado de 842-1 111 toneladas en 2009 (ONUDD, 2011).

La mayor parte del proceso de transformación de las hojas de coca en clorhidrato de cocaína sigue desarrollándose en Colombia, Perú y Bolivia, aunque también en otros países. La importancia de Colombia en la producción de cocaína se hace evidente a partir de la información relativa a los laboratorios desmantelados y las incautaciones de permanganato potásico, un reactivo químico utilizado en la síntesis del clorhidrato de cocaína. En 2009 se desmantelaron en Colombia 2 900 laboratorios de cocaína

**Cuadro 8: Producción, incautaciones, precio y pureza de la cocaína y el crack**

	Cocaína en polvo (clorhidrato)	Crack (cocaína en forma de base) (1)
Estimación de la producción mundial (en toneladas)	786-1 054	n.d.
Cantidad incautada a escala mundial (en toneladas)	732 (2)	n.d.
Cantidad incautada (en toneladas) en la UE y Noruega (incluidas Croacia y Turquía) (3)	49 (49)	0,09 (0,09)
Número de incautaciones en la UE y Noruega (incluidas Croacia y Turquía)	98 500 (99 000)	7 500 (7 500)
Precio medio de venta al por menor (euros por gramo) Intervalo (Intervalo intercuartil) (4)	45-104 (50,2-78,2)	55-70
Pureza media (%) Intervalo (Intervalo intercuartil) (4)	18-51 (25,0-38,7)	6-75

(1) Debido al reducido grupo de países que facilitan información, los datos deben interpretarse con cautela.

(2) La ONUDD estima que esta cifra equivale a 431-562 toneladas de cocaína pura.

(3) Es probable que la cantidad total de cocaína incautada en 2009 esté infrarrepresentada, en gran parte debido a la ausencia de datos recientes en los Países Bajos, un país que hasta 2007 declaró incautaciones relativamente importantes. Al no disponerse de los datos de 2008 y 2009, no se pueden incluir los valores de los Países Bajos en las estimaciones europeas correspondientes a 2009.

(4) Rango que se refiere a la mitad de los valores de la serie que ocupan el lugar central de las cantidades notificadas.

N.B.: Todos los datos son de 2009; n.d.: datos no disponibles.

Fuentes: ONUDD (2010b) para los valores mundiales, puntos focales nacionales de la red Reitox para los datos europeos.

(ONUDD, 2011) y se incautaron un total de 23 toneladas de permanganato potásico (el 90 % de las incautaciones mundiales) (JIFE, 2011a).

Los envíos de cocaína que llegan a Europa parecen haber transitado por la mayor parte de los países de América del Sur y de América Central, aunque principalmente Argentina, Brasil, Ecuador, Venezuela y México. Las islas del Caribe también se emplean con frecuencia en operaciones de transbordo de drogas con destino a Europa. En los últimos años se han detectado rutas alternativas a través de África occidental (OEDT y Europol, 2010). Aunque desde 2007 se ha comunicado una «marcada disminución» de las incautaciones de cocaína que transita a través de África occidental (ONUDD, 2011), es probable que cantidades importantes de droga aún sigan atravesando la región (OEDT y Europol, 2010).

España, Países Bajos, Portugal, y en cierta medida Bélgica, parecen constituir los principales puntos de ingreso de la cocaína en Europa. Una vez en Europa, los informes mencionan con frecuencia a Alemania, Francia y el Reino Unido como importantes países de tránsito o de destino. El Reino Unido estima que todos los años se introducen en el país 25-30 toneladas de cocaína. Informes recientes indican también que el tráfico de cocaína puede estar expandiéndose hacia el este (OEDT y Europol, 2010; JIFE, 2010b). En los 10 países de Europa central y oriental, las cifras globales revelan un incremento del número de alijos de cocaína, que de 666 casos en 2003 pasa a 1 232 en 2009, pero sigue representando solo en torno al 1 % del total europeo. Las cantidades de cocaína interceptadas en esta región se duplicaron entre 2008 y 2009, principalmente a causa del récord de incautaciones en Bulgaria (0,23 toneladas) y Rumanía (1,3 toneladas), dos países dentro de lo que actualmente se conoce como ruta de los Balcanes, generalmente asociada al tráfico de heroína.

### Producción e incautaciones

La cocaína es la droga objeto de mayor tráfico en todo el mundo, después de la hierba de cannabis y la resina de cannabis. En 2009, las incautaciones mundiales de cocaína se estabilizaron en torno a las 732 toneladas (cuadro 8) (ONUDD, 2011). América del Sur siguió acaparando la mayor parte de las cantidades aprehendidas, con un porcentaje del 60 % respecto al total, seguida de América del Norte con el 18 % y de Europa central y occidental con el 8 % (ONUDD, 2011).

El número de incautaciones de cocaína en Europa ha aumentado gradualmente durante los 20 últimos años, especialmente a partir de 2004, alcanzando una cifra estimada de 99 000 casos en 2009. La cantidad total interceptada alcanzó el máximo en 2006 y desde entonces se ha reducido a la mitad, con una cantidad estimada de 49 toneladas en 2009. Esta reducción se debe sobre todo a una disminución de los volúmenes decomisados en España y Portugal <sup>(74)</sup>, aunque no está claro hasta qué punto es debido a un cambio en las rutas o en las prácticas del tráfico, o a las prioridades en materia de vigilancia policial. En 2009, España volvió a ser el país que notificaba tanto la mayor cantidad de cocaína incautada como el mayor volumen de alijos de droga en general (cerca de la mitad del total) en Europa. Sin embargo, esta evaluación es preliminar, ya que aún no se dispone de datos recientes correspondientes a los Países Bajos. En 2007, último año para el que disponemos de datos, los Países Bajos notificaron unas incautaciones cercanas a las 10 toneladas de cocaína.

### Pureza y precio

La pureza media de las muestras de cocaína analizadas oscilaba entre el 25 % y el 43 % en la mitad de los países que facilitaron datos durante 2009. Los valores más bajos correspondían a Dinamarca (solo precio de venta al por menor, 18 %) y al Reino Unido (Inglaterra y Gales, 20 %), y los más elevados a Bélgica (51 %) España y Países Bajos (49 %) <sup>(75)</sup>. Veintidós países facilitaron información suficiente como para analizar tendencias en la pureza de la cocaína durante el período 2004-2009, notificándose un descenso en 19, una situación estable en Alemania y Eslovaquia, y un incremento en Portugal. En conjunto, la pureza de la cocaína se redujo en un promedio aproximado del 20 % en la Unión Europea durante el período 2004-2009 <sup>(76)</sup>.

El precio medio de la cocaína vendida al por menor varió entre 50 y 80 euros por gramo en la mayoría de los países que facilitaron información correspondiente a 2009. El Reino Unido notificó el precio medio más bajo (45 euros), Luxemburgo el más elevado (104 euros). Casi todos los países que facilitaron suficiente información como para establecer una comparación notificaron una disminución de los precios de la cocaína vendida al por menor entre 2004 y 2009. Durante el período 2004-2009, el precio de la cocaína vendida al por menor en la Unión Europea descendió un promedio del 21 % aproximadamente <sup>(77)</sup>.

<sup>(74)</sup> Véanse los cuadros SZR-9 y SZR-10 del boletín estadístico de 2011.

<sup>(75)</sup> Para datos sobre pureza y precios, véanse los cuadros PPP-3 y PPP-7 del boletín estadístico de 2011.

<sup>(76)</sup> Véase el gráfico PPP-2 del boletín estadístico de 2011.

<sup>(77)</sup> Véase el gráfico PPP-1 del boletín estadístico de 2011.

### Precios en la venta de drogas al por mayor y al por menor: cocaína

Los precios de la venta de drogas al por mayor son los precios pagados por grandes cantidades que se distribuirán dentro de un país, mientras que los precios de venta al por menor son los que pagan los consumidores de drogas. Cuando se comparan estos dos precios, se pueden apreciar los máximos márgenes de beneficio que obtienen los traficantes de drogas en el mercado de venta al por menor.

Los datos recientemente recabados por el OEDT en 14 países europeos indican que, en 2008, el precio de venta al por mayor de alijos de un kilogramo de cocaína se podía cifrar entre 31 000 y 58 000 euros, indicando la mayoría de los países un cifra aproximada de 35 000 euros. Cuando se declara, el grado medio de pureza de estos alijos se acerca al 70 %.

En 2008, los precios de la cocaína vendida al por menor variaron entre 50 000 y 80 000 euros por el equivalente a un kilogramo de cocaína en estos países, de manera que superaron entre un 25 % y un 83 % los precios de venta al por mayor. Los grados de pureza disminuyeron al pasar del mercado de venta al por mayor al mercado de venta al por menor, en el que se situaron por término medio entre el 13 % y el 60 %, en función del país. No obstante, se requieren más datos para estimar con mayor exactitud las diferencias de precio ajustadas a fin de tener en cuenta la pureza entre la venta al por mayor y la venta al por menor.

Puede encontrarse un resumen de los métodos y los datos disponibles en Europa en un informe del OEDT sobre un estudio piloto de los precios de venta de drogas al por mayor que se ha publicado en 2011.

prevalencia del consumo durante el último año de entre el 0 % y el 2,7 %. Las estimaciones de prevalencia del consumo de cocaína durante el último mes en Europa se sitúan en torno al 0,5 % de la población adulta, lo que equivale a 1,5 millones de personas.

Los niveles de consumo de cocaína durante el último año están por encima de la media europea en Irlanda, España, Chipre y el Reino Unido. En todos estos países, los datos sobre la prevalencia del consumo en el último año indican que la cocaína es la droga estimulante ilegal consumida con más frecuencia.

### Consumo de cocaína entre adultos jóvenes

Se estima que en Europa han consumido cocaína al menos una vez en la vida unos 8 millones de adultos jóvenes (15-34 años), lo que equivale a una media del 5,9 %. Las cifras nacionales oscilan entre el 0,1 y el 13,6 %. El consumo medio de cocaína en Europa durante el último año en ese grupo de edad se cifra en el 2,1 % (3 millones) y el consumo durante el último mes, en el 0,8 % (1 millones).

El consumo de cocaína es particularmente elevado entre los varones jóvenes (15-34 años), con una prevalencia de consumo durante el último año de entre el 4 % y el 6,7 % en Dinamarca, España, Irlanda, Italia y Reino Unido <sup>(78)</sup>. En 13 de los países que han facilitado esa información, la proporción masculina-femenina para la prevalencia correspondiente al último año entre los adultos jóvenes es de, como mínimo, 2:1 <sup>(79)</sup>.

## Prevalencia y pautas de consumo

### Consumo de cocaína entre la población en general

La cocaína es, después del cannabis, la segunda droga más experimentada en Europa, aunque su consumo se concentra en un pequeño número de países con un elevado índice de prevalencia, y en algunos casos una población elevada. Se estima que unos 14,5 millones de europeos la han consumido al menos una vez en su vida, lo que equivale a una media del 4,3 % de los adultos de 15 a 64 años de edad (véase en el cuadro 9 un resumen de los datos). Los datos a nivel nacional varían entre el 0,1 % y el 10,2 %, y en 12 de los 24 países, entre ellos la mayoría de los Estados miembros de Europa central y oriental, se notificaron unos niveles muy bajos de prevalencia del consumo en algún momento de la vida (0,5-2,5 %).

Se estima que 4 millones de europeos han consumido esta droga durante el último año (una media del 1,2 %). Encuestas nacionales recientes han estimado una

### Comparaciones internacionales

En general, la estimación de la prevalencia del consumo de cocaína durante el último año es menor entre adultos jóvenes en la Unión Europea (2,1 %) que dentro de ese mismo colectivo en Australia (3,4 % en el grupo de 14 a 39 años de edad), Canadá (3,3 %) y Estados Unidos (4,1 % en el grupo de 16 a 34 años de edad). España (4,4 %) y el Reino Unido (4,8 %) han presentado, sin embargo, cifras más altas (gráfico 9). Es importante advertir que las pequeñas diferencias entre países deben interpretarse con cautela.

### Consumo de cocaína entre escolares

La prevalencia a lo largo de la vida del consumo de cocaína en los escolares de entre 15 y 16 años en las encuestas más recientes se encuentra entre un 1 y un 2 % en la mitad de los 29 países encuestados. La mayoría de los países restantes indican niveles de prevalencia de entre el 3 % y el 4 %, mientras que Francia y el

<sup>(78)</sup> Véase el gráfico GPS-13 del boletín estadístico de 2011.

<sup>(79)</sup> Véanse el cuadro GPS-5 (parte iii) y (parte iv) del boletín estadístico de 2011.

**Cuadro 9: Prevalencia del consumo de cocaína en la población general. Resumen de los datos**

Grupo de edad	Período de consumo		
	Durante toda la vida	En el último año	En el último mes
<b>15-64 años</b>			
Número estimado de consumidores en Europa	14,5 millones	4 millones	1,5 millones
Media europea	4,3 %	1,2 %	0,5 %
Intervalo	0,1 - 10,2 %	0,0 - 2,7 %	0,0 - 1,3 %
Países con prevalencia más baja	Rumanía (0,1 %) Malta (0,4 %) Lituania (0,5 %) Grecia (0,7 %)	Rumanía (0,0 %) Grecia (0,1 %) Hungria, Polonia, Lituania (0,2 %) Malta (0,3 %)	Rumanía, Grecia (0,0 %) República Checa, Malta, Suecia, Polonia, Lituania, Estonia, Finlandia (0,1 %)
Países con prevalencia más alta	España (10,2 %) Reino Unido (8,8 %) Italia (7,0 %) Irlanda (5,3 %)	España (2,7 %) Reino Unido (2,5 %) Italia (2,1 %) Irlanda (1,7 %)	España (1,3 %) Reino Unido (1,1 %) Chipre, Italia (0,7 %) Austria (0,6 %)
<b>15-34 años</b>			
Número estimado de consumidores en Europa	8 millones	3 millones	1 millones
Media europea	5,9 %	2,1 %	0,8 %
Intervalo	0,1 - 13,6 %	0,1 - 4,8 %	0,0 - 2,1 %
Países con prevalencia más baja	Rumanía (0,1 %) Lituania (0,7 %) Malta (0,9 %) Grecia (1,0 %)	Rumanía (0,1 %) Grecia (0,2 %) Polonia, Lituania (0,3 %) Hungria (0,4 %)	Rumanía (0,0 %) Grecia, Polonia, Lituania, Noruega (0,1 %) República Checa, Hungria, Estonia (0,2 %)
Países con prevalencia más alta	España (13,6 %) Reino Unido (13,4 %) Dinamarca (8,9 %) Irlanda (8,2 %)	Reino Unido (4,8 %) España (4,4 %) Irlanda (3,1 %) Italia (2,9 %)	Reino Unido (2,1 %) España (2,0 %) Chipre (1,3 %) Italia (1,1 %)
Las estimaciones europeas se calculan a partir de las estimaciones de la prevalencia nacional, ponderadas para tener en cuenta a la población del grupo de edad correspondiente en cada país. Para estimar el número total de consumidores en Europa, se aplica la media de la UE a los países que no disponen de datos de prevalencia (representan no más del 3 % de la población destinataria). Población utilizada como base: 15-64, 336 millones; 15-34, 132 millones. Como las estimaciones europeas se basan en encuestas realizadas entre 2001 y 2009/2010 (principalmente 2004-2008), no se refiere a un único año. Los datos aquí resumidos pueden encontrarse en las «Encuestas de población general» del boletín estadístico de 2011.			

Reino Unido notifican una prevalencia del 5 %. Cuando se dispone de datos sobre escolares de mayor edad (17-18 años), la prevalencia de consumo de cocaína alguna vez en la vida es generalmente mayor, y aumenta hasta un 8 % en España <sup>(80)</sup>.

### Tendencias en el consumo de cocaína

Las tendencias del consumo de cocaína en Europa han seguido pautas diferentes. En España y el Reino Unido, los países con los niveles más elevados de prevalencia, el consumo de cocaína registró un significativo incremento a finales de la década de los noventa, antes de mostrar una tendencia más estable, aunque generalmente al alza. En otros cuatro países (Dinamarca, Irlanda, Italia y Chipre), el aumento de la prevalencia fue menos pronunciado y se produjo algo después. En todos estos países se registró una prevalencia del consumo de cocaína durante el último año entre los adultos jóvenes (15-34 años) por encima de la media de la UE del 2,1 % (gráfico 9). Cuatro de los seis países notificaron un

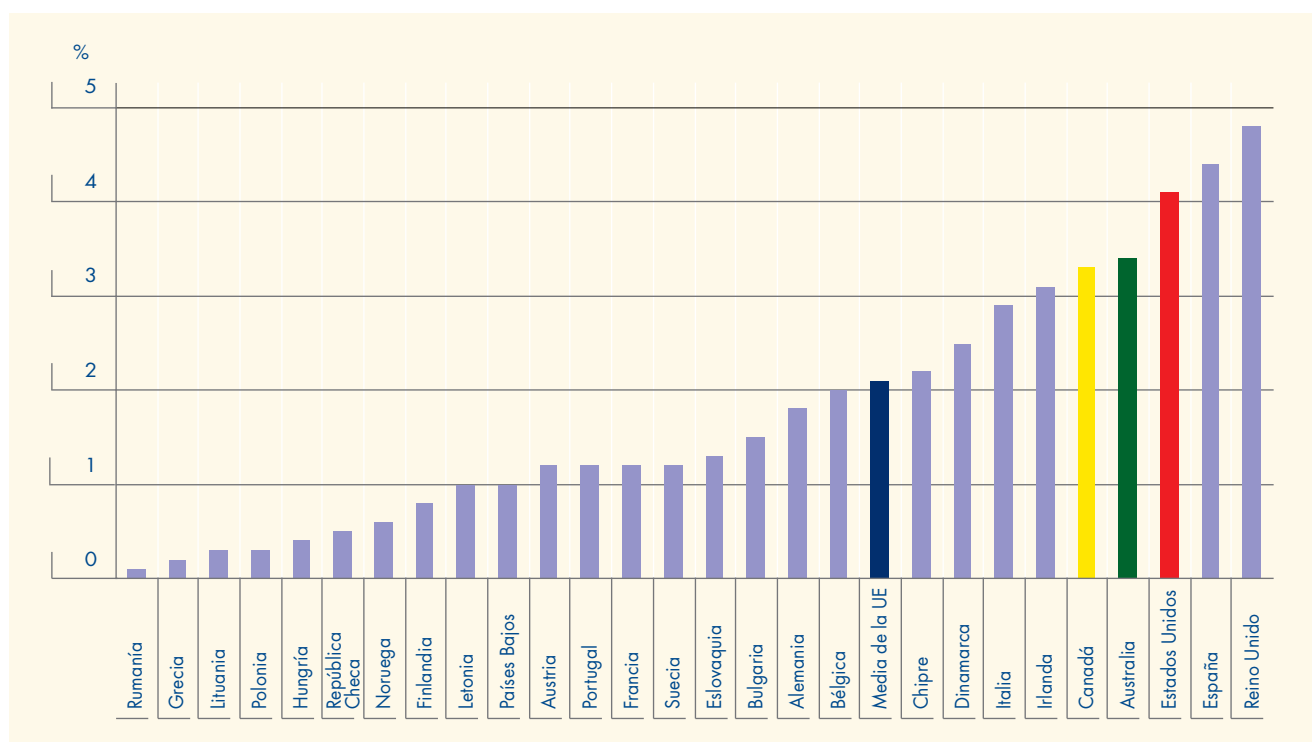
incremento general durante los 10 últimos años, aunque se aprecia una disminución en las encuestas más recientes (Dinamarca, España, Italia, Reino Unido), similares a la tendencia observada en Canadá y Estados Unidos (gráfico 10). Los otros dos países notificaron incrementos en sus encuestas más recientes: Irlanda, del 2,0 % en 2003 al 3,1 % en 2007; y Chipre, del 0,7 % en 2006 al 2,2 % en 2009.

En otros 17 países con encuestas repetidas, el consumo de cocaína es relativamente bajo y, en la mayoría de los casos, estable. Algunas posibles excepciones son Bulgaria y Suecia, que han notificado signos de un aumento, y Noruega, donde parece registrarse una tendencia a la baja. No obstante, ha de tenerse en cuenta que, cuando la prevalencia es baja, los cambios menores deben interpretarse con precaución. En Bulgaria, el consumo de cocaína durante el último año entre los adultos jóvenes aumentó del 0,7 % en 2005 al 1,5 % en 2008, y en Suecia de cero en 2000 al 1,2 % en 2008 <sup>(81)</sup>. Noruega registró un descenso del 1,8 % en 2004 al 0,8 % en 2009.

<sup>(80)</sup> Véanse los cuadros EYE-10 a EYE-30 del boletín estadístico de 2011.

<sup>(81)</sup> Véase el gráfico GPS-14 (parte i) del boletín estadístico de 2011.

**Gráfico 9:** Prevalencia del consumo de cocaína durante el último año entre adultos jóvenes (de 15 a 34 años) en Europa, Australia, Canadá y Estados Unidos



*N.B.:* Información basada en la última encuesta realizada en cada país. La tasa media de prevalencia en Europa se calculó como la media de las tasas nacionales ponderadas en función de la población nacional de 15 a 34 años de edad (2007, datos obtenidos de Eurostat). Los datos de Estados Unidos y Australia se han recalculado a partir de los resultados de las encuestas iniciales para las franjas de edad de 16 a 34 años y de 14 a 39 años, respectivamente. Los datos de Australia se refieren a 2007, los de Canadá y Estados Unidos a 2009. Para más información, véase el gráfico GPS-20 del boletín estadístico de 2011.

*Fuentes:* Puntos focales nacionales de la red ReitoX, AIHW (2008), CADMUS (2010), SAMHSA (2010).

Entre los cuatro países que realizaron encuestas nacionales a la población escolar en 2009-2010 (Italia, Eslovaquia, Suecia y Reino Unido), solo Eslovaquia notificó un cambio (descenso) de más de un punto porcentual en el consumo de cocaína alguna vez en la vida entre los escolares de 15 y 16 años. Un estudio reciente entre estudiantes de más edad en Alemania concluyó que la proporción de estudiantes de 15 a 18 años en Frankfurt que reconocían haber probado la cocaína en algún momento de su vida aumentó ligeramente hasta el 6 % en 2008 y descendió hasta el 3 % en 2009.

Las encuestas a grupos específicos pueden ofrecer una valiosa información sobre la conducta relacionada con el consumo de drogas de los jóvenes en las discotecas y otros entornos recreativos. Aunque en estas encuestas suele constatarse una prevalencia relativamente elevada del consumo de cocaína, los estudios recientes en algunos países europeos han constatado descensos. Por ejemplo, un estudio sobre los visitantes de los «cafés» en Amsterdam reflejó un descenso desde el 52 % en 2001 hasta el 34 % en 2009 entre aquellos que habían consumido cocaína en algún momento de su vida, y un descenso desde el 19 %

hasta el 5 % durante ese mismo período entre los que habían consumido durante el último mes <sup>(82)</sup>. También en los Países Bajos, un análisis de las tendencias cualitativas demostró que, en comparación con anteriores generaciones de jóvenes de entre 20 y 24 años, las personas que actualmente se encuentran en esa edad muestran un menor interés por el consumo de cocaína. Un estudio realizado periódicamente en locales nocturnos de Bélgica desde 2003 constató un incremento del consumo de cocaína en el último año durante el período 2003-2007, del 11 % al 17 %, seguido de un descenso al 13 % en el estudio correspondiente a 2009. Estudios similares realizados en la República Checa han recogido un aumento del consumo de cocaína en algún momento de la vida del 19 % en 2007 al 23 % en 2009. Estos resultados, no obstante, tienen que ser confirmados por otras series de datos.

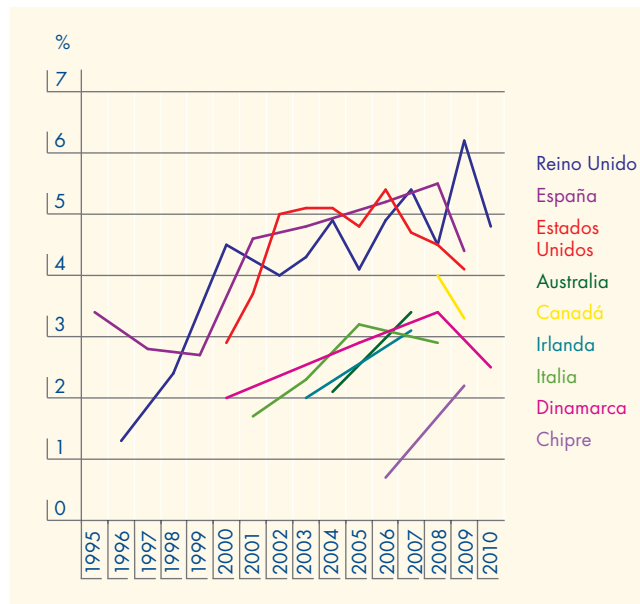
### Pautas de consumo de cocaína

Las encuestas indican que, en entornos recreativos, el consumo de cocaína se encuentra estrechamente vinculado al consumo de alcohol. Los datos de las encuestas entre la población general practicadas en

<sup>(82)</sup> Debe advertirse que las tendencias en Amsterdam no son representativas de las tendencias en el conjunto de los Países Bajos.



**Gráfico 10:** Tendencias en la prevalencia durante el último año del consumo de cocaína entre adultos jóvenes en los seis Estados miembros de la UE con mayor consumo, Australia, Canadá y Estados Unidos



N.B.: Para más información, véase el gráfico GPS-14 (parte ii) del boletín estadístico de 2011.

Fuente: Puntos focales nacionales de la red ReitoX, AIHW (2008), CADMUS (2010), SAMHSA (2010).

nueve países revelan que la prevalencia del consumo de cocaína es entre dos y nueve veces mayor en personas con un elevado consumo episódico de alcohol<sup>(83)</sup> que entre la población general (OEDT, 2009b). Las encuestas han demostrado también que el consumo de cocaína está asociado al consumo de otras drogas ilegales. Por ejemplo, un análisis de los datos de la encuesta británica sobre la delincuencia entre 2009-2010 concluyó que el 89 % de los adultos (16 a 59 años) que habían consumido polvo de cocaína en el último año habían tomando también otras drogas, en comparación con solo el 42 % de los consumidores de cannabis (Hoare y Moon, 2010).

En algunos países europeos, un considerable número de personas solo han consumido cocaína experimentalmente en uno o dos momentos de su vida (Van der Poel *et al.*, 2009). Entre los consumidores más habituales o intensivos de cocaína, se pueden diferenciar dos grandes grupos. El primero está formado por los consumidores «socialmente integrados» que suelen consumir cocaína los fines de semana, en fiestas o en otras ocasiones especiales, a veces en grandes cantidades. También hay pruebas de que muchos consumidores de cocaína socialmente integrados controlan el consumo de esta droga imponiéndose normas que limitan la cantidad, la frecuencia o el contexto en el que se produce el consumo (Reynaud-Maurupt y Hoareau, 2010). Algunos pueden

sufrir problemas de salud relacionados con el consumo de esta sustancia o adquirir pautas compulsivas de consumo que precisan tratamiento. Los estudios indican, no obstante, que una parte importante de los consumidores problemáticos de cocaína pueden recuperarse sin necesidad de recibir tratamiento formal (Cunningham, 2000; Toneatto *et al.*, 1999).

El segundo grupo está formado por consumidores intensivos de cocaína y *crack* englobados en alguno de los grupos más marginados socialmente y más desfavorecidos, y puede también incluir a consumidores actuales o pasados de opiáceos, que utilizan *crack* y cocaína inyectable (Prinzleve *et al.*, 2004).

## Consecuencias sanitarias del consumo de cocaína

Es probable que se infravalore la magnitud de las consecuencias sanitarias del consumo de cocaína, posiblemente debido a la naturaleza indeterminada o crónica de las patologías típicamente derivadas del consumo a largo plazo de cocaína (véase el capítulo 7). El consumo habitual, incluido el esnifado, puede asociarse a problemas cardiovasculares, neurológicos y psiquiátricos, con el riesgo de accidentes y de transmisión de enfermedades infecciosas cuando se mantienen relaciones sexuales sin protección (Brugal *et al.*, 2009) y posiblemente por el intercambio de pajitas de esnifar (Aaron *et al.*, 2008), sobre lo cual se siguen acumulando pruebas (Caiiffa *et al.*, 2011). Los estudios realizados en países con altos niveles de consumo indican que una proporción importante de los problemas cardiacos en personas jóvenes podrían guardar relación con el consumo de cocaína (Qureshi *et al.*, 2001). En España, por ejemplo, el consumo de cocaína parece guardar relación con un porcentaje considerable de urgencias hospitalarias motivadas por las drogas, y en un reciente estudio efectuado en España se ha observado que el 3 % de las muertes súbitas guardan relación con la cocaína (Lucena *et al.*, 2010). Los incrementos del consumo en Dinamarca han coincidido con un aumento gradual de número de casos de urgencias relacionadas con la cocaína, que han pasado de 50 en 1999 a 150 en 2009.

El consumo de cocaína por vía parenteral y el de *crack* se asocian a los riesgos sanitarios más altos para los consumidores de cocaína, entre ellos problemas cardiovasculares y de salud mental. Tales riesgos se agravan generalmente con la marginación social y otros problemas específicos, como los propios del consumo por vía parenteral: transmisión de enfermedades infecciosas y sobredosis (OEDT, 2007c).

<sup>(83)</sup> El consumo episódico elevado se conoce también como consumo compulsivo de alcohol, y se define como el consumo de más de seis copas de alcohol en la misma ocasión por lo menos una vez a la semana en el último año.

## Cocaína y alcohol

Los consumidores de cocaína también consumen habitualmente alcohol. Las encuestas de población revelan que el consumo de cocaína y de alcohol —en particular el consumo episódico elevado de alcohol— suelen ir parejos. Y dos estudios concluyeron que más de la mitad de los consumidores que reciben tratamiento por dependencia de la cocaína tienen también dependencia del alcohol.

La popularidad de esta combinación puede explicarse por el contexto, ya que ambas sustancias están estrechamente asociadas a la vida nocturna y a las fiestas, pero también a factores farmacológicos. Cuando se combinan estas sustancias, se consigue un «subidón» mayor que el que se percibe con cualquiera de esas dos drogas por separado. Además, la cocaína puede hacer que los efectos de la embriaguez alcohólica sean menos intensos y puede también contrarrestar los déficits conductuales y psicomotores que produce el alcohol. El alcohol se utiliza también para atemperar el malestar que se siente cuando se sale de un «subidón» de cocaína. En este sentido, la combinación puede llevar a aumentar el consumo de las dos sustancias.

Existen riesgos y efectos tóxicos documentados del consumo simultáneo de alcohol y cocaína, como el aumento de la frecuencia cardíaca, la elevación de la presión arterial sistólica, que puede causar complicaciones cardiovasculares, así como el deterioro de las funciones cognitivas y motoras. No obstante, estudios retrospectivos demuestran que el consumo combinado no parece causar más problemas cardiovasculares que los esperados al sumar los efectos de cada una de estas sustancias por separado (Pennings *et al.*, 2002). Además, el consumo combinado da lugar a la formación de una nueva sustancia, el cocaetileno, un metabolito formado en el hígado. Sigue existiendo cierta polémica sobre si el cocaetileno es responsable del aumento de la frecuencia cardíaca y la cardiotoxicidad.

Para más información, véase OEDT (2007a).

## Consumo problemático de cocaína y demanda de tratamiento

Los consumidores habituales de cocaína, quienes la consumen durante largos períodos y quienes se inyectan esta sustancia conforman el colectivo que el OEDT define como consumidores problemáticos de cocaína. Las estimaciones sobre el tamaño de este colectivo proporcionan una visión general aproximada del número de personas que podrían requerir tratamiento. Los consumidores problemáticos de cocaína que están más integrados en la sociedad están generalmente infrarrepresentados en las estimaciones.

Solo se dispone de estimaciones nacionales correspondientes al número de consumidores

problemáticos de cocaína en Italia, con cerca de 178 000 (entre 4,3 y 4,7 por 1 000 de 15-64 años de edad) en 2009 <sup>(84)</sup>. Los datos sobre tendencias en el consumo problemático de cocaína y otras fuentes de datos (por ejemplo, pacientes que inician un tratamiento) sugieren un aumento gradual de dicho consumo en Italia.

El consumo de *crack* se produce principalmente en el seno de grupos marginados y desfavorecidos, como los trabajadores sexuales y los consumidores problemáticos de opiáceos, y es casi siempre un fenómeno urbano (Prinzleve *et al.*, 2004; Connolly *et al.*, 2008). El consumo de *crack* se considera un importante componente del problema de las drogas en Londres. Solo se dispone de estimaciones regionales correspondientes al consumo de *crack* para Inglaterra (Reino Unido), donde se ha cifrado en 189 000 el número de consumidores problemáticos de *crack* en 2008-2009, lo que equivale a 5,5 (5,4-5,8) casos por 1 000 habitantes de 15 a 64 años de edad. La mayoría de estos consumidores de *crack* notificaron también el consumo de opiáceos.

### Demanda de tratamiento

Los datos sobre el número y las características de las personas que inician tratamiento por consumo de cocaína pueden facilitar más información sobre el consumo problemático de esta sustancia. Casi todos los pacientes que se encuentran en tratamiento por consumo de cocaína reciben tratamiento en centros ambulatorios, aunque algunos pueden ser tratados en clínicas privadas sobre las que no disponemos de datos. No obstante, muchos consumidores problemáticos de cocaína no solicitan tratamiento (Escot y Suderie, 2009; Reynaud-Maurupt y Hoareau, 2010).

La cocaína, sobre todo en forma de polvo, fue la principal razón aducida para iniciar tratamiento por el 17 % del total de consumidores de drogas encuestados y que iniciaron un tratamiento en 2009. Entre los que iniciaron un tratamiento por primera vez, la proporción más importante fue la de quienes mencionaron la cocaína como principal droga de consumo (23 %).

Existen grandes diferencias entre países por lo que se refiere a la proporción y el número de pacientes en tratamiento por consumo de cocaína como droga principal, notificándose las proporciones más elevadas en España (46 %), Países Bajos (31 %) e Italia (28 %). En Bélgica, Irlanda, Chipre y Reino Unido, los pacientes en tratamiento por consumo de cocaína representan entre el 11 % y el 15 % de todos los pacientes en tratamiento por consumo de cualquier tipo de droga. En el resto de Europa, los consumidores de cocaína representan el 10 %

<sup>(84)</sup> Véase el cuadro PDU-102 (parte i) del boletín estadístico de 2011.

o menos de los pacientes en tratamiento por consumo de cualquier tipo de droga, y seis países notificaron un porcentaje inferior al 1 % <sup>(85)</sup>. En conjunto, España, Italia y el Reino Unido notificaron casi 58 000 de los 72 000 pacientes en tratamiento por consumo de cocaína declarados en 26 países europeos.

El número de pacientes que inician un tratamiento por consumo de cocaína como droga principal ha aumentado en Europa desde hace varios años. Según los datos facilitados por 17 países en el período 2004-2009, el número de pacientes que se encuentran en tratamiento por consumo de cocaína aumentó desde unos 38 000 en 2004 hasta unos 55 000 en 2009. Durante ese mismo período, el número de pacientes en tratamiento por consumo de cocaína que empezaron a recibir tratamiento por primera vez se multiplicó casi por tres, pasando de unos 21 000 a 27 000 (según los datos de 18 países).

### Perfil de los pacientes que reciben tratamiento en régimen ambulatorio

Los pacientes que reciben tratamiento en régimen ambulatorio por consumo de cocaína como droga principal, en polvo o *crack*, presentan una elevada proporción entre hombres y mujeres (unos cinco hombres por cada mujer) y uno de los promedios de edad más elevados (unos 32 años) entre los consumidores de drogas que reciben tratamiento. La edad media es más alta en Francia, Italia y los Países Bajos (35 años). Los consumidores de cocaína como droga principal se inician en el consumo de esta droga con un promedio de edad de 22,5 años, y el 86 % se inician en el consumo antes de los 30 años de edad. El promedio transcurrido entre el primer consumo de cocaína y la primera vez que se recibe tratamiento es de unos nueve años. Casi un tercio del total de pacientes en tratamiento por consumo de cocaína corresponden al Reino Unido, y su perfil difiere del de los consumidores en otros países con un elevado número de consumidores de cocaína en tratamiento: son más jóvenes por término medio (31 años), disminuye la proporción porcentual entre géneros (unos tres hombres por cada mujer) y el tiempo transcurrido desde la primera vez que se consume la droga hasta la primera vez que se recibe tratamiento es menor (en torno a siete años).

La mayoría de los pacientes en tratamiento por consumo de cocaína o bien esnifan (66 %) o bien fuman (29 %) la droga como principal vía de administración. La vía parenteral es la principal vía de administración del 3 % de los pacientes que se encuentran en tratamiento

por consumo de cocaína, y entre 2005 y 2009 se ha apreciado una disminución en el uso de la vía parenteral en el caso de la cocaína. Casi la mitad de los pacientes en tratamiento por consumo de cocaína han consumido esta droga entre una y seis veces a la semana durante el último mes previo al inicio del tratamiento, casi un cuarto de los pacientes la han consumido a diario y el cuarto restante no la han consumido o la han consumido de manera ocasional durante ese período <sup>(86)</sup>. El consumo de cocaína se combina con frecuencia con el de otros fármacos, especialmente alcohol, cannabis, otros estimulantes y heroína. Un análisis de los datos sobre tratamiento facilitados por 14 países en 2006 revela que casi el 63 % de los pacientes en tratamiento por consumo de cocaína como droga principal eran politoxicómanos que reconocían tener problemas con al menos otra droga. La droga mencionada con más frecuencia como problema añadido era el alcohol, consumida por el 42 % de los pacientes en tratamiento por consumo de cocaína, seguida del cannabis (28 %) y la heroína (16 %) (OEDT, 2009b). Se menciona también la cocaína como sustancia secundaria <sup>(87)</sup>, y los consumidores de heroína como droga principal han notificado un consumo cada vez más frecuente en Italia y los Países Bajos.

El análisis de los datos sobre el inicio de un tratamiento indica que el problema del *crack* sigue estando geográficamente limitado en Europa. En 2009, unos 10 540 pacientes iniciaron tratamiento en régimen ambulatorio por consumo de *crack* como droga principal, lo que representa el 16 % de todos los pacientes en tratamiento por consumo de cocaína y el 3 % de todos los pacientes que iniciaron un tratamiento de su drogodependencia en régimen ambulatorio. La mayoría de los pacientes en tratamiento por consumo de *crack* (unos 7 500) se concentran en el Reino Unido, donde representan el 40 % de los pacientes que reciben tratamiento por consumo de cocaína y el 6 % de los que reciben tratamiento por consumo de cualquier droga en centros ambulatorios. Los Países Bajos refirieron 1 231 pacientes en tratamiento por consumo de *crack*, lo que representa el 38 % de los pacientes en tratamiento por consumo de cocaína y el 12 % de los pacientes en tratamiento por consumo de cualquier tipo de droga en ese país <sup>(88)</sup>. El consumo de heroína es frecuente entre los consumidores de *crack* que inician un tratamiento. En el Reino Unido, por ejemplo, cerca del 31 % de los pacientes en tratamiento por consumo de *crack* como droga principal declararon el consumo de heroína como segunda droga, y esta proporción está aumentando.

<sup>(85)</sup> Véanse el gráfico TDI-2 y los cuadros TDI-5 (parte i) y (parte ii) y TDI-24 del boletín estadístico de 2011; los datos de España corresponden a 2008.

<sup>(86)</sup> Véase el cuadro TDI-18 (parte ii) del boletín estadístico de 2011.

<sup>(87)</sup> Véase el cuadro TDI-22 del boletín estadístico de 2011.

<sup>(88)</sup> Véase el cuadro TDI-115 del boletín estadístico de 2011.

## Tratamiento y reducción de daños

Tradicionalmente, el tratamiento por consumo problemático de drogas en Europa se ha centrado en la dependencia de los opiáceos. No obstante, el consumo de cocaína y *crack* representa cada vez más un problema de salud pública, por lo que muchos países están prestando más atención a la necesidad de dar una respuesta a los problemas relacionados con estas drogas. Aunque el tratamiento de la dependencia de la cocaína se presta generalmente en centros ambulatorios especializados, en Dinamarca, Irlanda, Italia, Austria y el Reino Unido se ofrecen servicios específicos a los consumidores de cocaína. También en los centros sanitarios de atención primaria se prestan servicios, aunque limitados, para el tratamiento de la dependencia de la cocaína. En la actualidad, solo Alemania y el Reino Unido ofrecen servicios de orientación para el tratamiento de los problemas con la cocaína.

Las opciones principales para el tratamiento de la dependencia de la cocaína son intervenciones psicosociales, como entrevistas motivacionales, terapias conductuales cognitivas, formación para el autocontrol de las conductas, intervenciones para la prevención de recaídas y asesoramiento. Los grupos de ayuda mutua, como Cocaine Anonymous, pueden contribuir también al proceso de recuperación de las personas que tienen problemas con el consumo de cocaína. El apoyo que ofrecen puede combinarse con tratamiento formal.

### Estudios sobre el tratamiento de la dependencia de la cocaína

En Alemania, Koerker y Verthein (2010) evaluaron los efectos de la formación sobre el autocontrol de la conducta dirigida a reducir el consumo de heroína y cocaína entre personas con dependencia de estas drogas. Se informó de que esta formación había ayudado a los participantes a reducir su consumo de ambas sustancias y a mantener el consumo de drogas a los niveles establecidos por la propia persona. Dos estudios recientes investigaron la eficacia de los programas de tratamiento de drogodependencias en Inglaterra. El Estudio de investigación sobre los resultados del tratamiento de drogodependencias (*Drug Treatment Outcomes Research Study*) (Jones, A. *et al.*, 2009) concluyó que más de la mitad de los pacientes en tratamiento por consumo de cocaína dejaron de consumir la droga entre tres y cinco meses después de iniciar el tratamiento. Después de un año completo de tratamiento, el 60 % seguían sin consumir drogas. Los mismos resultados se obtuvieron para los consumidores de *crack*

que recibían tratamiento en 12 servicios comunitarios en Londres (Marsden y Stillwell, 2010).

En la actualidad se están realizando numerosos estudios aleatorizados con el fin de experimentar fármacos nuevos para el tratamiento de la dependencia de cocaína. Dos de esas sustancias permiten albergar ciertas esperanzas. El disulfiram, una sustancia que interfiere con el metabolismo del alcohol, ha obtenido resultados prometedores en el tratamiento de la dependencia de la cocaína (Pani *et al.*, 2010a) y está siendo probado ahora conjuntamente con terapia conductual cognitiva en el tratamiento de la adicción al *crack* en un estudio que se desarrolla en Brasil. La vigabatrina, un fármaco antiepiléptico, se probó en 103 procesados mexicanos en libertad condicional con resultados positivos en el seguimiento realizado a corto plazo. En la actualidad se está probando en 200 pacientes en Estados Unidos. En los Países Bajos se está probando actualmente una nueva estrategia basada en el rimonabant (un antagonista selectivo de los cannabinoides utilizado antiguamente como fármaco contra la obesidad). Además, en un estudio controlado y aleatorizado sobre la dependencia del *crack* se están comparando distintas opciones farmacoterapéuticas (topiramato, dextroamfetamina y modafinilo), recientemente registradas en los Países Bajos (Hicks *et al.*, 2011).

Otra serie de estudios han proporcionado resultados poco coherentes o no significativos respecto a la dependencia de la cocaína. El modafinilo, un estimulante del sistema nervioso central, no fue superior al placebo para el tratamiento del consumo de cocaína (Anderson *et al.*, 2009). Tanto la naltrexona (un antagonista de los opiáceos) como la vareniclina (utilizada para el tratamiento de la adicción al tabaco) se probaron en pacientes adictos tanto a la cocaína como al alcohol y al tabaco, sin que se apreciaran diferencias en el consumo con respecto al placebo. La memantina (una medicación para el Alzheimer) se probó en combinación con incentivos basados en vales, pero no fue más eficaz que el placebo para reducir el consumo de cocaína.

La gestión de contingencias es un tipo de tratamiento que se ha revelado eficaz independientemente del origen étnico (Barry *et al.*, 2009) y constituye una estrategia eficiente cuando se combina con la prevención de recaídas (McKay *et al.*, 2010). En un estudio realizado en España, se comprobó que el uso de vales como incentivo, junto con el refuerzo comunitario, ayudaba a mantener la abstinencia entre los cocainómanos (García-Rodríguez *et al.*, 2009). No obstante, en otro estudio, se demostró que los incentivos basados en vales refuerzan la abstinencia durante

períodos de tiempo más dilatados (Carpenedo *et al.*, 2010).

Otro tipo de intervenciones que se han saldado con resultados prometedores abarcan el apoyo a la abstinencia basado en el empleo, consistente en seis meses de formación orientada a la adquisición de capacidades profesionales, seguidos de un año de trabajo, sujeto a análisis aleatorios, para detectar el consumo de cocaína. Otros métodos que están en fase de prueba con el fin de ayudar a los consumidores a conseguir la abstinencia son la formación orientada a la concienciación y la meditación integradora. Las pruebas que se están realizando en los Países Bajos tienen como finalidad reducir el deseo compulsivo de consumir con estimulación magnética transcraneal, una técnica utilizada para el tratamiento de trastornos neurológicos y psiquiátricos.

Se sigue investigando en el desarrollo de una vacuna para la cocaína. En un estudio aleatorizado y controlado realizado en los Estados Unidos (Martell *et al.*, 2009) se ha relacionado un derivado de la cocaína con la proteína B del cólera, pero los resultados parecen demasiado endebles para proceder a estudios de campo planificados en España e Italia. El grupo de investigación de Estados Unidos está reclutando actualmente a 300 pacientes para probar una versión modificada de la vacuna y en 2014 está previsto que se conozcan los resultados (Whitten, 2010). Otro estudio está desarrollando una vacuna que utiliza un virus del resfriado común como portador para desencadenar una reacción de los anticuerpos, pero el modelo no se ha probado todavía en seres humanos.

### Reducción de daños

El consumo de cocaína y de *crack* constituye un objetivo relativamente nuevo para las intervenciones destinadas a reducir los daños y obliga a replantearse las estrategias tradicionales. Los Estados miembros suelen ofrecer a los

consumidores de cocaína por vía parenteral los mismos servicios e instalaciones que ofrecen a los consumidores de opiáceos. No obstante, el consumo de cocaína por vía parenteral está asociado a unos riesgos específicos. En particular, implica una frecuencia potencialmente mayor de consumo por vía parenteral, una conducta caótica de uso de la vía parenteral y un mayor número de conductas sexuales de riesgo. Las recomendaciones relativas al consumo seguro deben adaptarse a las necesidades de este grupo. Debido a que la frecuencia de uso de la vía parenteral puede ser elevada, no se debe restringir el suministro de materiales estériles a los consumidores de drogas que utilizan esta vía, sino más bien basarlo en la evaluación local de las pautas de consumo de cocaína y la situación social de los consumidores de drogas por vía parenteral (Des Jarlais *et al.*, 2009).

En Europa, los programas de reducción de riesgos específicamente dirigidos a los fumadores de *crack* son limitados. Pese a la polémica que suscitan, estos programas pueden reducir las conductas asociadas al consumo por vía parenteral reconocido por los propios consumidores y el uso compartido de pipas empleadas para fumar la droga (Leonard *et al.*, 2008), pero su eficacia global en la reducción de la transmisión de virus por vía sanguínea debe ser investigada más a fondo. Algunos servicios para consumidores de drogas en tres países (Alemania, España y Países Bajos) ofrecen equipos para la inhalación de drogas, entre ellas la cocaína. Algunos centros de bajo umbral en Bélgica, Alemania, España, Francia, Luxemburgo y Países Bajos suministran esporádicamente a los consumidores de drogas que fuman *crack* equipos de inhalación higiénicos, como pipas para fumar *crack* o kits para *crack* (pie de cristal con boquilla, filtro metálico, bálsamo labial y toallitas para las manos). En siete Estados miembros de la UE se suministra también papel de aluminio a los fumadores de heroína o cocaína en algunos centros de bajo umbral.





## Capítulo 6

# Consumo de opiáceos y de drogas por vía parenteral

### Introducción

El consumo de heroína, especialmente por vía parenteral, se encuentra estrechamente vinculado a problemas sociales y de salud pública en Europa desde la década de los setenta. En la actualidad, esta droga sigue representando la parte más importante de la morbilidad y de la mortalidad ligadas al consumo de drogas en la Unión Europea. Al cabo de dos décadas en las que el problema de la heroína se recrudeció, Europa ha experimentado un descenso en el consumo de esta droga y de los daños asociados a ella a finales de la década de los noventa y primeros años del siglo actual. Pero desde 2003-2004, la tendencia se ha desdibujado, con indicadores que indican una estabilización de la situación o mixta. Por otra parte, los datos sobre el consumo de opiáceos sintéticos, como el fentanilo, y de drogas estimulantes por vía parenteral, como la cocaína o las anfetaminas, reflejan la naturaleza cada vez más polifacética del consumo problemático de las drogas en Europa.

### Suministro y disponibilidad

En el mercado europeo de las drogas ilegales han circulado desde siempre dos tipos de heroína importada: la más común es la heroína marrón (forma química de base), procedente en su mayor parte de Afganistán, y la menos común, y también más cara, es la heroína blanca (una forma de sal), que procede generalmente del sureste asiático y constituye una variedad mucho menos habitual. En algunos países de Europa septentrional (por ejemplo, Estonia, Finlandia, Noruega) se utiliza el fentanilo, que es un opiáceo sintético, y sus análogos. Además, algunos opiáceos, principalmente productos caseros elaborados con adormidera (como paja o concentrado de tallos o cabezas molidas de adormidera), se producen también en algunos países de Europa oriental (como Letonia, Lituania y Polonia).

### Producción y tráfico

La heroína consumida en Europa procede esencialmente de Afganistán, que sigue siendo el principal productor mundial de opio ilegal. Otros países productores son

Birmania/Myanmar, que abastece de heroína principalmente a los mercados de Asia oriental y suroriental, Pakistán y Laos, seguidos de México y Colombia, considerados los principales suministradores de heroína a los Estados Unidos (ONUDD, 2011). Se estima que la producción mundial de opio ha disminuido tras el máximo alcanzado en 2007, principalmente debido al descenso de la producción en Afganistán, que ha pasado de 6 900 toneladas en 2009 a 3 600 toneladas en 2010. La estimación más reciente de la producción mundial de heroína es de 396 toneladas (véase el cuadro 10) frente a una estimación de 667 toneladas en 2009 (ONUDD, 2011).

**Cuadro 10: Producción, incautaciones, precio y pureza de la heroína**

Producción e incautaciones	Heroína
Estimación de la producción mundial (en toneladas)	396
Cantidad incautada a escala mundial (en toneladas)	76
Cantidad incautada (en toneladas) en la UE y Noruega (incluidas Croacia y Turquía)	8 (24)
Número de incautaciones en la UE y Noruega (incluidas Croacia y Turquía)	56 000 (59 000)
Precio y pureza en Europa <sup>(1)</sup>	Heroína en forma de base («marrón»)
Precio medio de venta al por menor (euros por gramo) Intervalo (Intervalo intercuartil) <sup>(2)</sup>	23-135 (37,5-67,9)
Pureza media (%) Intervalo (Intervalo intercuartil) <sup>(2)</sup>	13-37 (16,8-33,2)

<sup>(1)</sup> Son pocos los países que publican datos sobre el precio al por menor y la pureza de la heroína en forma de clorhidrato («blanca»), por lo que esos datos no se presentan en el cuadro. Pueden consultarse en los cuadros PPP-2 y PPP-6 del boletín estadístico de 2011.

<sup>(2)</sup> Rango que se refiere a la mitad de los valores de la serie que ocupan el lugar central de las cantidades notificadas.

N.B.: Datos correspondientes a 2009, a excepción de la estimación de la producción mundial (2010).

Fuentes: ONUDD (2011) para los valores mundiales, puntos focales nacionales de la red Reitox para los datos europeos.



La heroína se introduce en Europa a través de dos ejes principales. Por la ruta de los Balcanes, tradicionalmente, ingresa la heroína producida en Afganistán y que pasa por Pakistán, Irán y Turquía, y que sigue a continuación diversos países de tránsito o destino, situados principalmente en Europa occidental y meridional. La heroína penetra igualmente a través de la «ruta de la seda», que atraviesa Asia central en dirección a Rusia. Una cierta parte de esta heroína atraviesa Belarús, Polonia y Ucrania en dirección a otros destinos, en particular los países escandinavos vía Lituania (JIFE, 2010, 2011a). Dentro de la Unión Europea, los Países Bajos y, en menor medida, Bélgica, desempeñan un papel importante en tanto que centros de distribución secundarios.

### Producción e incautaciones

A escala mundial, las incautaciones notificadas de opio se mantuvieron estables entre 2008 y 2009, situándose en 657 y 653 toneladas, respectivamente. Irán representa él solo cerca del 90 % del total y Afganistán, alrededor del 5 %. Las incautaciones de heroína notificadas a nivel mundial se mantuvieron estables en 2009 (76 toneladas), mientras que las de morfina se redujeron a 14 toneladas (ONUDD, 2011).

En Europa, las aproximadamente 59 000 incautaciones se saldaron con la intercepción de 24 toneladas de heroína en 2009, dos tercios de las cuales (16,1 toneladas) fueron notificadas por Turquía. El Reino Unido (seguido de España) siguió ocupando el primer lugar por número de alijos practicados <sup>(89)</sup>. Los datos relativos al período 2004-2009 y correspondientes a 28 países que han facilitado esta información indican un incremento del número global de incautaciones. La tendencia general por lo que se refiere a la cantidad de heroína interceptada en Turquía difiere de la observada en la Unión Europea, lo que puede atribuirse en parte a una mayor colaboración entre las fuerzas de seguridad de Turquía y la UE. Mientras Turquía notificaba una cantidad tres veces mayor de heroína incautada entre 2004 y 2009, en la Unión Europea el porcentaje disminuía ligeramente durante el mismo período, sobre todo a causa de las reducciones en Italia y Reino Unido, los dos países que incautaron las mayores cantidades en la Unión Europea.

Las incautaciones mundiales de anhídrido acético consumido en la fabricación de heroína se redujeron desde un máximo cercano a los 200 000 litros en 2008 a 21 000 litros en 2009. Las cifras de la Unión Europea muestran una tendencia a la baja aún más

### Reducción importante de la producción de opiáceos en Afganistán

Se estima que las 3 600 toneladas de producción de opio en Afganistán en 2010 representan una reducción de casi la mitad respecto al nivel alcanzado el año anterior. Entre las causas sugeridas para explicar esta importante reducción en la cantidad cultivada en los campos de amapolas de opio figuran unas condiciones climáticas desfavorables y la propagación de la roya de la amapola, una infección fúngica que afectó a los campos de opio en las principales provincias cultivadoras de amapola, especialmente Helmand y Kandahar (ONUDD y MCN, 2010). La roya no alteró significativamente la superficie dedicada al cultivo de opio, aunque sí tuvo efectos en la cantidad de opio producido.

El descenso en la cantidad cultivada también ha dado lugar a un incremento importante de los precios declarados del opio en el momento de la cosecha. El precio medio pagado a los agricultores por un kilogramo de opio desecado se multiplicó por 2,6, de 64 dólares en 2009 a 169 dólares en 2010 (ONUDD y MCN, 2010). Al mismo tiempo, el precio medio de la heroína en Afganistán se multiplicó por 1,4.

El elevado precio medio del opio no puede durar mucho tiempo. El aumento de precio en 2004, cuando la producción de opio disminuyó por la enfermedad sufrida, duró menos de un año (ONUDD y MCN, 2010). Es preciso vigilar atentamente los efectos del reciente descenso de la producción de opio sobre los mercados de consumo, sobre todo en Europa.

acentuada: desde un máximo de casi 150 000 litros incautados en 2008 a 866 en 2009. En 2010, sin embargo, Eslovenia ha notificado una cantidad récord de incautaciones de anhídrido acético, 110 toneladas. La JIFE (2011a) atribuyó el éxito de las iniciativas de la UE en materia de prevención de la desviación de este precursor químico a la conjunción de las investigaciones de varios Estados miembros de la UE y de Turquía.

### Pureza y precio

La pureza media de la heroína marrón analizada en 2009 varió entre el 16 % y el 32 % en la mayoría de los países que facilitaron este dato, si bien se señalaron valores inferiores en Francia (14 %) y en Austria (únicamente la venta al por menor, 13 %), y más elevados en Malta (36 %), Rumanía (36 %) y Turquía (37 %). Entre 2004 y 2009, la pureza de la heroína marrón aumentó en cuatro países, se mantuvo estable en otros cuatro y disminuyó en tres. Por lo general, la pureza media de la heroína blanca es mayor (25-50 %) en los pocos países europeos que han comunicado este dato <sup>(90)</sup>.

<sup>(89)</sup> Véanse los cuadros SZR-7 y SZR-8 del boletín estadístico de 2011. Téngase en cuenta que cuando no se dispone de datos de 2009, se utilizan los datos correspondientes a 2008 para estimar los totales europeos.

<sup>(90)</sup> Pueden encontrarse datos sobre la pureza y los precios en los cuadros PPP-2 y PPP-6 del boletín estadístico de 2011.

El precio al por menor de la heroína marrón siguió siendo más elevado en los países nórdicos que en el resto de Europa, con un precio medio de 135 euros por gramo declarado en Suecia y de 95 euros en Dinamarca. En conjunto, el precio varió entre 40 y 62 euros por gramo en la mitad de los países que facilitaron este dato. Durante el período 2004-2009, el precio de venta al por menor de la heroína marrón descendió en la mitad de los 14 países europeos que informaron sobre la evolución de este precio a lo largo del tiempo.

## Consumo problemático de drogas

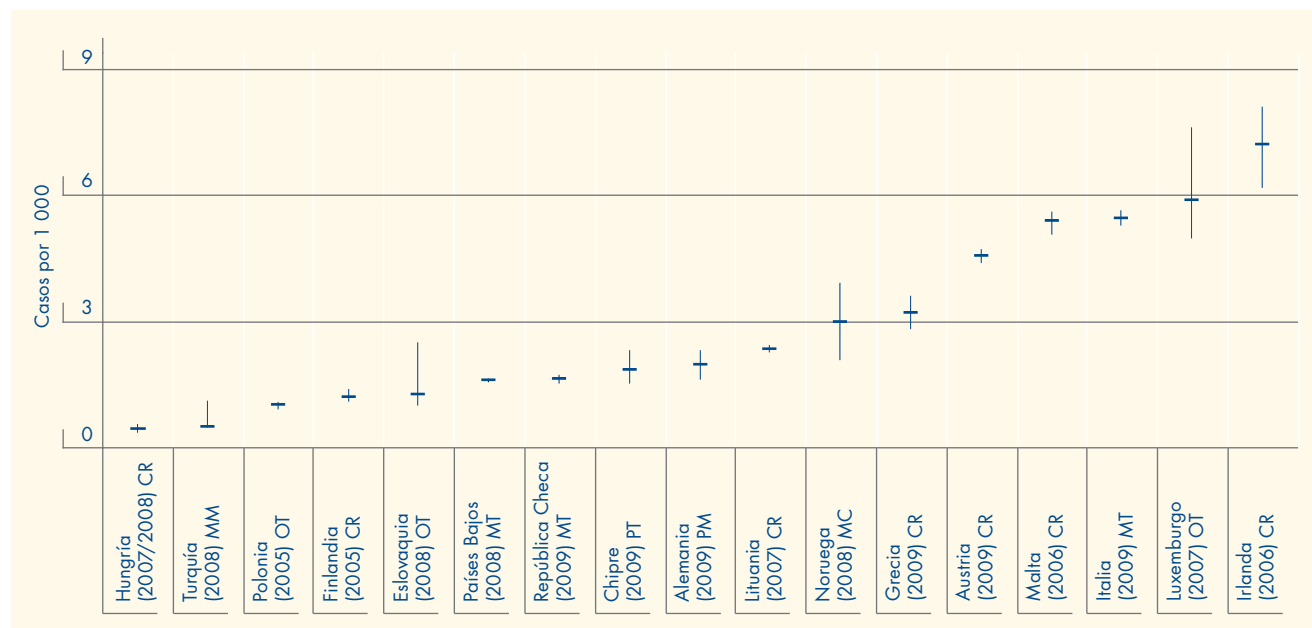
El OEDT define el consumo problemático de drogas como el consumo de drogas por vía parenteral o el consumo frecuente o prolongado de opiáceos, cocaína y/o anfetaminas. El consumo de drogas por vía parenteral y el consumo de opiáceos constituyen el bloque principal del consumo problemático de drogas en Europa, aunque en algunos países los consumidores de anfetaminas o cocaína suponen una proporción importante en este fenómeno. Vale también la pena destacar que los consumidores problemáticos de drogas son en su mayor parte politoxicómanos, y que las cifras de prevalencia son mucho mayores en las zonas urbanas, así como entre los colectivos socialmente excluidos.

Dada la prevalencia relativamente escasa y la naturaleza oculta de este tipo de consumo de droga, hay que hacer extrapolaciones estadísticas para obtener estimaciones de prevalencia a partir de las fuentes de datos disponibles (principalmente datos sobre el tratamiento de toxicomanías y sobre el cumplimiento de la legislación). La prevalencia global del consumo problemático de drogas parece variar entre 2 y 10 casos por cada 1 000 habitantes de 15 a 64 años de edad. Estas estimaciones pueden ir acompañadas de intervalos de incertidumbre dilatados y de limitaciones específicas. Por ejemplo, aunque en general se incluye a los consumidores de drogas que reciben tratamiento, puede ocurrir que los consumidores que están actualmente en prisión, especialmente si pesan sobre ellos condenas de larga duración, estén infrarrepresentados en las estimaciones.

### Consumidores problemáticos de opiáceos

La mayoría de los países europeos pueden ya facilitar estimaciones sobre la prevalencia del «consumo problemático de opiáceos». Las estimaciones nacionales recientes varían entre uno y ocho casos por cada 1 000 habitantes de 15 a 64 años de edad (gráfico 11). Los países con las estimaciones documentadas más elevadas de consumo problemático de opiáceos son

**Gráfico 11:** Estimaciones de la prevalencia anual del consumo problemático de opiáceos (en la población de 15 a 64 años de edad)



**N.B.:** Una marca horizontal indica una estimación de punto; la marca vertical indica una estimación del intervalo de incertidumbre: un intervalo de confianza del 95 % o un intervalo basado en un análisis de sensibilidad. Los grupos destinatarios pueden variar ligeramente debido a la utilización de métodos de estimación y fuentes de datos diferentes, por lo que las comparaciones deben realizarse con cautela. Se utilizaron franjas de edad no normalizadas en los estudios de Finlandia (15-54), Malta (12-64) y Polonia (todas las edades). Las tres tasas se ajustaron a la población de 15 a 64 años de edad. En el caso de Alemania, el intervalo representa los valores máximo y mínimo de todas las estimaciones realizadas, y la estimación de punto, una media sencilla de los puntos medios. Los métodos de estimación se representan con las siguientes siglas: CR = captura-recaptura de datos; MT = multiplicador de tratamiento; MM = multiplicador de mortalidad; MC = métodos combinados; PT = Poisson truncado; OT = otros métodos. Para más información, véanse el gráfico PDU-1 (parte ii) y el cuadro PDU-102 del boletín estadístico de 2011.

**Fuente:** Puntos focales nacionales de la red Reitox.

Irlanda, Italia, Luxemburgo y Malta, mientras que las más bajas corresponden a la República Checa, Países Bajos, Polonia, Eslovaquia y Finlandia. Solo Turquía y Hungría han facilitado cifras inferiores a 1 caso por cada 1 000 habitantes de 15 a 64 años de edad.

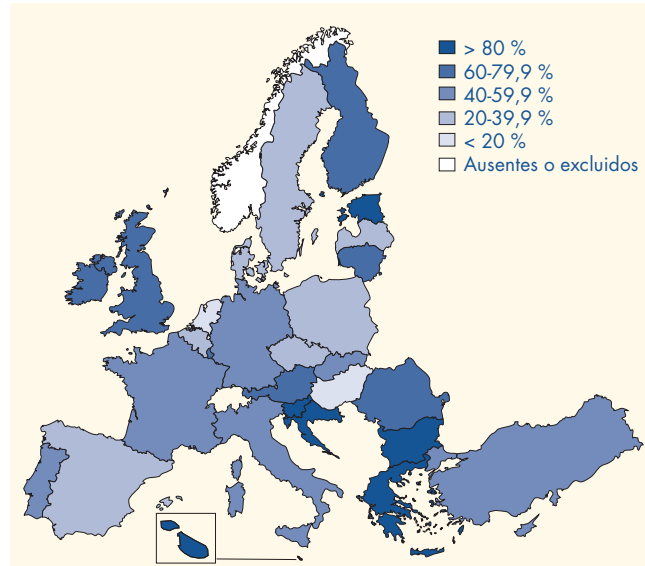
La prevalencia media del consumo problemático de opiáceos en la Unión Europea y Noruega, estimada a partir de estudios nacionales, varía entre 3,6 y 4,4 casos por cada 1 000 habitantes de 15 a 64 años de edad, lo que significa 1,3 millones de consumidores problemáticos de opiáceos (1,3-1,4 millones) en 2009. En comparación, las estimaciones son altas en países vecinos de Europa, con 16 por cada 1 000 habitantes de 15 a 64 años de edad en Rusia (UNODD, 2009) y 10-13 casos por cada 1 000 habitantes de 15 a 64 años de edad en Ucrania (UNODD, 2010). Otros países del mundo desarrollo han notificado estimaciones más altas de la prevalencia del consumo problemático de opiáceos, con 6,3 casos por cada 1 000 habitantes de 15 a 64 años de edad en Australia (Chalmers *et al.*, 2009), 5,0 casos en Canadá y 5,8 casos en Estados Unidos (ONUDD, 2010). Las comparaciones entre países deben hacerse con precaución, puesto que las definiciones de la población destinataria pueden variar.

### Consumidores de drogas que empiezan a recibir tratamiento

Los opiáceos, principalmente la heroína, son mencionados como la droga principal por la que se empieza a recibir tratamiento en 216 000 casos o el 51 % de los que declararon haber iniciado un tratamiento especializado por consumo de drogas en 29 países europeos en 2009. No obstante, existen diferencias considerables en Europa, representando los pacientes en tratamiento por consumo de opiáceos más del 80 % de todos los pacientes que inician un tratamiento por drogodependencia en seis países, entre el 60 % y el 80 % en siete, y con solo dos de los restantes 16 países refiriendo que los pacientes en tratamiento por consumo de drogas representan menos del 20 % de todos los pacientes que inician tratamiento por drogodependencia (gráfico 12). Además, otros 30 000 consumidores (9 % de los pacientes en tratamiento por consumo de drogas) de otras drogas citaron los opiáceos como segunda droga <sup>(91)</sup>.

Los consumidores de opiáceos que empiezan a recibir un tratamiento especializado tienen una edad media

**Gráfico 12:** Consumidores de opiáceos como droga principal como porcentaje de todos los pacientes que empezaron a recibir tratamiento por drogodependencia en 2009



*N.B.:* Datos expresados como porcentaje de los consumidores respecto a los que se conoce la droga principal consumida (92 % de los pacientes en tratamiento declarados). Datos de 2009 o del último año disponible. Los datos correspondientes a Letonia, Lituania y Portugal se refieren a pacientes que inician tratamiento por primera vez en sus vidas. Los consumidores de opiáceos como droga principal pueden estar infrarrepresentados en algunos países como Bélgica, República Checa, Alemania y Francia, ya que muchos de ellos son tratados por médicos generales y posiblemente no se hayan incluido en el indicador de la demanda de tratamiento.

*Fuente:* Puntos focales nacionales de la red Reitox.

de 34 años, siendo en la mayoría de los países más jóvenes las mujeres que inician un tratamiento y los que lo inician por primera vez. En Europa, los pacientes varones en tratamiento por consumo de opiáceos son más numerosos que sus homólogas, en una proporción de 3 a 1, generalmente con una proporción entre hombres y mujeres más baja en los países septentrionales. Los consumidores de opiáceos que inician un tratamiento presentan tasas más altas de desempleo, niveles más bajos de educación y cifras más altas de trastornos psiquiátricos que los consumidores de otras drogas como sustancia principal <sup>(92)</sup>.

Casi la mitad de los pacientes en tratamiento por consumo de opiáceos declararon haber consumido la droga por primera vez antes de los 20 años de edad (47 %) y la gran mayoría, antes de los 30 años de edad (88 %). Los pacientes en tratamiento por consumo de opiáceos declaran un intervalo medio de nueve años entre la primera vez que consumen opiáceos y la primera vez que inician un tratamiento, declarando las

<sup>(91)</sup> Véanse el gráfico TDI-2 (parte ii) y los cuadros TDI-5 y TDI-22 del boletín estadístico de 2011. Datos facilitados por centros de tratamiento en régimen ambulatorio y en régimen de ingreso.

<sup>(92)</sup> Véanse los cuadros TDI-10, TDI-12, TDI-13, TDI-21, TDI-32 y TDI-103 del boletín estadístico de 2011.

<sup>(93)</sup> Véanse los cuadros TDI-11, TDI-33, TDI-106 (parte i) y TDI-107 (parte i) del boletín estadístico de 2011.

mujeres un período medio más corto que los hombres (siete años) <sup>(93)</sup>. Cerca del 40 % de los pacientes que inician un tratamiento por consumo de opiáceos en Europa declaran que la vía parenteral como forma habitual de administración; el restante 60 % declara que esnifan, inhalan o fuman la droga. Casi dos tercios de los pacientes en tratamiento por consumo de opiáceos (64 %) declaran el consumo diario de la droga en el mes anterior al inicio del tratamiento <sup>(94)</sup>, y la mayoría consumen una segunda droga, generalmente alcohol, cannabis, cocaína u otros estimulantes. La combinación de heroína y cocaína (incluido el *crack*) es bastante habitual entre los pacientes en tratamiento que se inyectan juntas estas dos drogas o que las consumen por separado.

### Tendencias en el consumo problemático de opiáceos

Durante el período 2004-2009, los datos de ocho países con estimaciones repetidas de la prevalencia del consumo problemático de opiáceos sugieren una situación relativamente estable. Basándose en una muestra de 17 países europeos que facilitaron datos correspondientes al período 2004-2009, se ha producido un aumento global en el número declarado que pacientes que inician un tratamiento especializado de drogodependencias en Europa, incluidos los que inician tratamiento por consumo de heroína como droga principal (de 123 000 a 143 000). No obstante, este aumento puede deberse en gran medida a que los consumidores de heroína que reinician un tratamiento, más que a los que lo inician por primera vez <sup>(95)</sup>. Para los pacientes que inician un tratamiento por primera vez, el número de consumidores de heroína se ha mantenido casi estable (en torno a 32 000 en una muestra de 18 países) <sup>(96)</sup>. Los datos sobre muertes inducidas por las drogas en el período 2004-2009, casi siempre asociadas al consumo de opiáceos, se mantuvieron estables o aumentaron en la mayoría de los países que facilitaron este tipo de datos en 2008. Los datos provisionales de 2009 indican ahora un número estable o menor de muertes <sup>(97)</sup>.

A pesar de las indicaciones de una situación general estable, las características del problema de los opiáceos en Europa están cambiando. Los pacientes en tratamiento por consumo de opiáceos son ahora mayores y la proporción de los consumidores que utilizan la vía parenteral ha disminuido, mientras que la de

### Otros opiáceos distintos a la heroína

En Australia, Canadá, Europa y los Estados Unidos se ha referido un aumento del consumo ilegal de opiáceos distintos a la heroína (SAMHSA, 2009). La mayor parte de estas sustancias se usan en la práctica médica, como analgésicos (morfina, fentanilo, codeína, oxicodona, hidrocodona) o como fármacos de sustitución en el tratamiento de la dependencia de la heroína (metadona, buprenorfina). Al igual que con la heroína, el consumo de estas sustancias para usos no médicos puede ocasionar diversos efectos adversos para la salud, como dependencia, sobredosis y daños asociados al uso de la vía parenteral.

En Europa, cerca del 5 % (en torno a 20 000 pacientes) de todos los que inician un tratamiento declaran otros opiáceos distintos a la heroína como su droga principal. Así sucede especialmente en Estonia, donde el 75 % de los pacientes que mencionan el fentanilo como su droga principal, y en Finlandia, donde el 58 % de los pacientes que inician tratamiento mencionan la buprenorfina como droga principal. Otros países con proporciones altas de pacientes en tratamiento que mencionan metadona, morfina y otros países como droga principal son Dinamarca, Francia, Austria, Eslovaquia y Suecia, donde los consumidores de otros opiáceos distintos a la heroína representan entre el 7 % y el 17 % de todos los pacientes en tratamiento por consumo de drogas <sup>(1)</sup>. La República Checa refiere también que los consumidores de buprenorfina representaron más del 40 % de todos los consumidores problemáticos de opiáceos entre 2006 y 2009.

Los niveles de consumo ilegal de opiáceos pueden vincularse a una mezcla de factores, entre ellos el mercado de la droga y las prácticas de prescripción. Por ejemplo, una menor disponibilidad de heroína y el consiguiente aumento de su precio pueden llevar al uso de otros opiáceos, como se observa en Estonia con el fentanilo (Talu *et al.*, 2010) y en Finlandia con buprenorfina (Aalto *et al.*, 2007). Unas prácticas inadecuadas de prescripción pueden llevar también al consumo ilegal de opiáceos. El uso más extendido de tratamientos de sustitución, acompañado de la falta de supervisión, puede crear un mercado ilegal, aunque la disponibilidad limitada de este tratamiento y la prescripción de dosis de sustitución demasiado bajas puede llevar a los consumidores a automedicarse con otras sustancias (Bell, 2010; Roche *et al.*, 2011; Romelsjö *et al.*, 2010).

(1) Véase el cuadro TDI-113 del boletín estadístico de 2011.

consumidores de otros opiáceos distintos a la heroína y de politoxicómanos ha aumentado <sup>(98)</sup>.

<sup>(94)</sup> Véanse los cuadros TDI-18 y TDI-111 del boletín estadístico de 2011.

<sup>(95)</sup> Véanse los gráficos TDI-1 y TDI-3 del boletín estadístico de 2011.

<sup>(96)</sup> Véanse los cuadros TDI-3 y TDI-5 de los boletines estadísticos de 2009 y 2011.

<sup>(97)</sup> Véase el cuadro DRD-2 (parte i) del boletín estadístico de 2011.

<sup>(98)</sup> Véanse el cuadro TDI-113 de los boletines estadísticos de 2008, 2009, 2010 y 2011 y el cuadro TDI-114 del boletín estadístico de 2009. Datos disponibles desglosados por tipo de opiáceos correspondientes a los años 2005 y 2009. Véase también OEDT (2010f).

## Consumo de drogas por vía parenteral

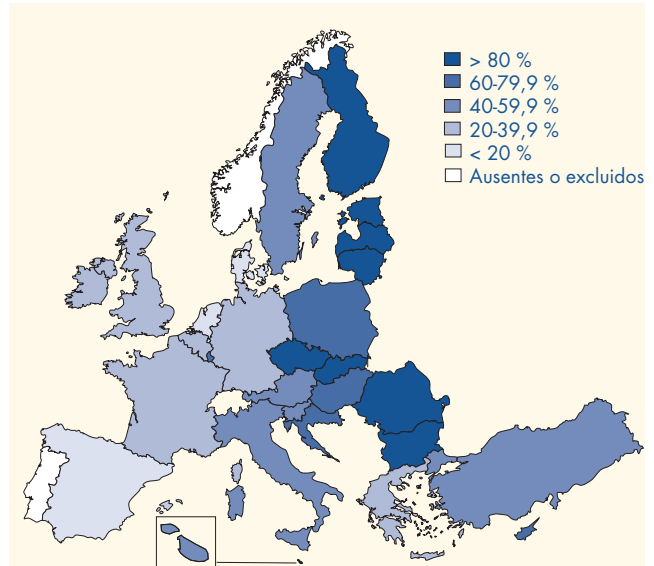
Los consumidores de drogas por vía parenteral se cuentan entre los colectivos con mayor riesgo de sufrir problemas de salud causados por dicho consumo, como infecciones transmitidas por la sangre (como VIH/sida, hepatitis) o sobredosis. En la mayoría de los países europeos, la vía parenteral suele asociarse al consumo de opiáceos, aunque en algunos casos se asocia al consumo de anfetaminas.

Solo 14 países han podido facilitar estimaciones recientes de la prevalencia del consumo de drogas por vía parenteral <sup>(99)</sup>. Los datos disponibles sugieren grandes diferencias entre países, con estimaciones que varían entre menos de 1-5 casos por cada 1 000 habitantes de 15 a 64 años en la mayoría de los países, aunque Estonia, por ejemplo, refiere una cifra excepcionalmente alta de 15 casos por cada 1 000 habitantes. Tomando conjuntamente los datos de estos 14 países, se puede calcular que existen cerca de 2,6 consumidores de drogas por vía parenteral por cada 1 000 habitantes de 15 a 64 años de edad. Además de los consumidores actuales por vía parenteral, hay en Europa un gran número de consumidores de drogas que han utilizado la vía parenteral en el pasado (Sweeting *et al.*, 2008), pero en la mayoría de los países de la UE no se dispone de cifras.

Cerca del 41 % de los pacientes en tratamiento por consumo de opiáceos como droga principal, sobre todo consumidores de heroína, mencionan la vía parenteral como principal forma de administración. Los niveles de uso de la vía parenteral entre los consumidores de opiáceos varían entre países, desde el 8 % en los Países Bajos hasta el 99 % en Letonia y Lituania (gráfico 13), unas diferencias que pueden explicarse por factores como la historia de consumo de heroína en el país, el tipo de heroína disponible (blanca o marrón), el precio y la cultura de consumo.

La falta de datos y los amplios intervalos de confianza obtenidos en torno a los valores estimados hacen difícil que puedan extraerse conclusiones sobre las tendencias a lo largo del tiempo en la prevalencia del consumo de drogas por vía parenteral. Los datos disponibles indican una disminución global en la inyección de opiáceos, especialmente la inyección de heroína, en Europa. En algunos países, sin embargo, los niveles de uso de la vía parenteral parecen haberse mantenido relativamente estables (Grecia, Chipre, Hungría, Croacia y Noruega), mientras que la República Checa ha referido un aumento

**Gráfico 13:** Uso de la vía parenteral como forma habitual de administración entre los consumidores de opiáceos como droga principal que empiezan a recibir tratamiento en 2009



*N.B.:* Datos expresados como porcentaje de los pacientes declarados en los que se conoce la vía de administración. Datos de 2009 o del último año disponible. Véase el cuadro TDI-5 (parte iii) y (parte iv) del boletín estadístico de 2011.  
*Fuente:* Puntos focales nacionales de la red Reitox.

de los consumidores de drogas por vía parenteral, en su mayoría de metanfetamina, entre 2004 y 2009 <sup>(100)</sup>.

La mayoría de los países europeos han registrado una disminución de la proporción de consumidores por vía parenteral entre los consumidores de heroína como droga principal entre 2004 y 2009. Los pocos países en los que no ha sucedido eso refieren las proporciones más altas de consumidores de heroína entre los pacientes que inician tratamiento por drogodependencia.

## Tratamiento

### Servicios prestados y cobertura

En todos los Estados miembros de la UE, así como en Croacia, Turquía y Noruega, se ofrecen tratamientos sin droga y tratamientos de sustitución de opiáceos. En la mayoría de los países, el tratamiento se realiza en régimen ambulatorio, en centros especializados, consultas de médicos generales y centros de bajo umbral. En algunos países, los centros especializados en régimen de ingreso realizan una importante contribución al tratamiento de la dependencia de opiáceos <sup>(101)</sup>. Un reducido número de países ofrecen tratamiento asistido

<sup>(99)</sup> Véase el gráfico PDU-2 del boletín estadístico de 2011.

<sup>(100)</sup> Véase el cuadro PDU-6 (parte iii) del boletín estadístico de 2011.

<sup>(101)</sup> Véase el cuadro TDI-24 del boletín estadístico de 2011.



### ¿Escasez de heroína en Europa?

La disponibilidad de heroína en Europa parece haberse reducido notablemente en el Reino Unido e Irlanda a finales de 2010 y principios de 2011. Así lo indican las cifras que muestran un descenso considerable de la pureza de la heroína incautada en el Reino Unido entre el tercer trimestre de 2009 y el tercer trimestre de 2010 (ONUDD, 2011).

La disminución del suministro en otros países europeos está menos clara, aunque los informes indican que Italia y Eslovenia han experimentado escasez de heroína. Otros Estados miembros de la UE, como Alemania, Francia y los países escandinavos, refieren poca o ninguna reducción en la disponibilidad de heroína.

Se han expuesto una serie de razones para explicar la aparente escasez de heroína. En primer lugar, se ha sugerido como posible causa responsable de la menor producción de opio en Afganistán la plaga de roya en la primavera de 2010. Sin embargo, esto es cuestionable, ya que los informes policiales sugieren que la heroína producida a partir del opio afgano posiblemente no aparece en los mercados europeos de la droga hasta 18 meses después de su recolección. Un segundo argumento es que la heroína destinada a Europa occidental se ha desviado al mercado ruso, pero en Rusia parece existir también una escasez de heroína. Se ha sugerido asimismo que las actividades de vigilancia policial han afectado al tráfico, especialmente al haberse desmantelado las redes de venta mayorista de heroína entre Turquía y el Reino Unido. Además, en los últimos años (2007, 2008) se han producido incautaciones del precursor de la heroína anhídrido acético en Europa, y estas confiscaciones pueden haber afectado al mercado de la droga durante mucho tiempo. Por último, otros acontecimientos en Afganistán, como los intensos combates librados en el sur del país y las actuaciones policiales contra los laboratorios de heroína y los almacenes de opio, pueden haber influido en el suministro de heroína a Europa.

Es probable que una combinación de algunos de estos factores haya contribuido a interceptar el suministro de heroína a Europa, causando una grave escasez de esta droga en algunos mercados.

con heroína a un grupo seleccionado de consumidores crónicos de heroína.

En el caso de los consumidores de opiáceos, el tratamiento sin drogas suele ir precedido de un programa de desintoxicación, que les proporciona asistencia farmacéutica para aliviar los síntomas físicos de abstinencia. Esta estrategia terapéutica requiere generalmente que los pacientes se abstengan de consumir todo tipo de sustancias, incluso medicación de sustitución. Los pacientes participan en actividades de la vida diaria y reciben apoyo psicológico intensivo.

Aunque los tratamientos sin droga pueden administrarse tanto en centros en régimen ambulatorio como en régimen de ingreso, lo más común en los Estados miembros de la UE son los programas residenciales (o de rehabilitación) que aplican principios de terapia comunitaria o el modelo de Minnesota.

Los tratamientos de sustitución, generalmente integrados en la atención psicosocial, suelen administrarse en centros ambulatorios especializados. En 14 países existe también la posibilidad de que sean los médicos de familia quienes administren esos tratamientos, generalmente en el marco de programas de atención compartida con centros terapéuticos especializados. El número total de consumidores de opiáceos que reciben tratamiento de sustitución en la Unión Europea, Croacia y Noruega se estimó en 700 000 (690 000 en los Estados miembros de la UE) en 2009, frente a 650 000 en 2007, y cerca de medio millón en 2003 <sup>(102)</sup>. La gran mayoría de los tratamientos de sustitución siguen administrándose en los 15 Estados miembros de la UE anterior a 2004 (cerca del 95 % del total) y las cifras en estos países siguieron aumentando entre 2003 y 2009 (gráfico 14). Entre estos países, los incrementos más altos se observaron en Finlandia, donde la cifra se multiplicó por tres, y en Austria y Grecia donde el número de tratamientos se multiplicó por dos.

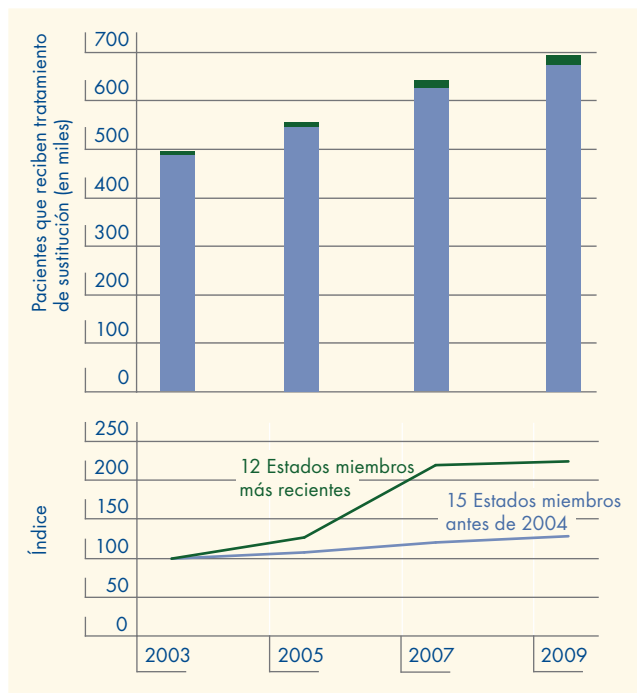
En los 12 países que han ingresado en la UE más recientemente, el número de pacientes que reciben tratamiento de sustitución casi se triplicó entre 2003 y 2009, de 6 400 a 18 000. En relación con el año de referencia 2003, se observa un marcado incremento en 2005-2007, pero a partir de esa fecha, se ha registrado muy poco incremento adicional. Proporcionalmente, la extensión del tratamiento de sustitución en estos países en ese período de seis años fue mayor en Estonia (donde se multiplicó por 16, de 60 a más de 1 000 pacientes, aunque apenas llega al 5 % de los consumidores de opiáceos por vía parenteral) y Bulgaria (donde se multiplicó por 8), mientras que en Letonia se multiplicó por tres. Los incrementos más pequeños se registraron en Eslovaquia y Hungría, y el número de pacientes que recibieron tratamiento en Rumanía se mantuvo prácticamente igual. El aumento de la prestación de tratamiento de sustitución podría estar vinculado a una serie de factores, entre ellos los siguientes: respuesta a altos niveles de consumo de drogas por vía parenteral y la transmisión del VIH relacionada; alineación con la estrategia de la UE en materia de droga, y la financiación de proyectos piloto por parte de organizaciones internacionales, como el Fondo Mundial y la ONUDD.

<sup>(102)</sup> Véase el cuadro HSR-3 del boletín estadístico de 2011.

La comparación entre el número de pacientes que reciben tratamiento de sustitución y el número estimado de consumidores problemáticos de opiáceos sugiere unos niveles de cobertura variables en Europa. De los 16 países que han facilitado estimaciones fiables del número de consumidores de opiáceos, ocho refieren una serie de tratamientos de sustitución que corresponden al 40 % o más de la población de destino. Siete de esos países son Estados miembros de la UE desde antes de 2004, y el otro país con una elevada cobertura es Malta. La cobertura alcanza el 37 % en los Países Bajos y el 32 % en la República Checa y Hungría. De los cinco países con unos niveles de cobertura inferiores al 30 %, cuatro son Estados miembros más recientes. La excepción en este grupo es Grecia, con una cobertura estimada del 23 % <sup>(103)</sup>.

Los países de Europa central y oriental refieren iniciativas para mejorar el acceso, la calidad y la prestación de tratamientos de sustitución. En 2010, se publicaron en Lituania directrices clínicas para el tratamiento de la dependencia de opiáceos con metadona y buprenorfina. La disponibilidad geográfica del tratamiento de sustitución

**Gráfico 14:** Pacientes que reciben tratamiento de sustitución de opiáceos en los 15 Estados miembros que ingresaron en la UE antes de 2004 y en los 12 más recientes; cifras estimadas y tendencias indizadas



N.B.: Para más información, véase el gráfico HSR-2 del boletín estadístico de 2011.  
Fuente: Puntos focales nacionales de la red Reitox.

en Letonia está extendiéndose, con nuevos centros de tratamiento fuera de la capital, Riga. En la República Checa se ha aprobado legislación que contempla la financiación del tratamiento de sustitución de opiáceos dentro del seguro médico nacional. No obstante, la falta de financiación para el tratamiento de sustitución parece ser un factor que limita la cobertura geográfica en Polonia y que reduce significativamente el número de plazas disponibles en los principales centros de tratamiento de sustitución en Bulgaria, que pertenecen a organizaciones sin financiación pública.

En conjunto, se estima que casi la mitad de los consumidores problemáticos de opiáceos en la Unión Europea tienen acceso a tratamiento de sustitución, un nivel comparable al referido en Australia y Estados Unidos, aunque mayor que el referido en Canadá. China refiere cifras mucho más bajas, mientras que Rusia, a pesar de contar con la cifra estimada más alta de consumidores problemáticos de opiáceos, no ha introducido todavía este tipo de tratamiento (véase el cuadro 11).

En Europa, la metadona es la medicación de sustitución prescrita con más frecuencia y que reciben hasta tres cuartos de los pacientes en tratamiento. Se prescribe buprenorfina a casi un cuarto de los pacientes europeos que reciben tratamiento de sustitución, y es el principal fármaco de sustitución en la República Checa, Francia, Chipre, Finlandia, Suecia y Croacia <sup>(104)</sup>. La combinación de buprenorfina-naloxona está disponible en 15 países. Los tratamientos con morfina oral de liberación lenta (véase más abajo), codeína (Alemania, Chipre) y diacetilmorfina <sup>(105)</sup> (Bélgica, Dinamarca, Alemania,

**Cuadro 11: Comparación internacional del número estimado de consumidores problemáticos de opiáceos y del número de pacientes que reciben tratamiento de sustitución de opiáceos**

	Consumidores problemáticos de opiáceos	Pacientes que reciben tratamiento de sustitución de opiáceos
<b>Unión Europea y Noruega</b>	1 300 000	695 000
<b>Australia</b>	90 000	43 000
<b>Canadá</b>	80 000	22 000
<b>China</b>	2 500 000	242 000
<b>Rusia</b>	1 600 000	0
<b>Estados Unidos</b>	1 200 000	660 000

N.B.: Año: 2009, excepto para Canadá (el año de referencia es 2003).  
Fuentes: Arfken et al. (2010), Chalmers et al. (2009), Popova et al. (2006), UNODC (2010); Yin et al. (2010).

<sup>(103)</sup> Véase el gráfico HSR-1 en el boletín estadístico de 2011.

<sup>(104)</sup> Véase el cuadro HSR-3 del boletín estadístico de 2011.

<sup>(105)</sup> Véase el recuadro «Tratamiento asistido con heroína».



España, Países Bajos y Reino Unido) representan una pequeña proporción de todos los tratamientos.

Además de los medicamentos de sustitución utilizados más frecuentemente, la morfina oral de liberación lenta que fue aprobada en su día para el tratamiento del dolor en pacientes con cáncer está siendo administrada actualmente como droga alternativa para el tratamiento de sustitución en pacientes con dependencia de opiáceos en Bulgaria, Austria, Eslovenia y Eslovaquia. Una revisión reciente (Jegu *et al.*, 2011) de 13 estudios concluyó que los porcentajes de retención en el tratamiento eran suficientemente altos con esta sustancia (del 80,6 % al 95 %) y similares de los referidos para la metadona. La mayoría de los estudios demostraron que la calidad de vida, los síntomas de abstinencia, el deseo compulsivo de consumir y el consumo de drogas ilegales mejoró con morfina, pero no se realizaron comparaciones con otros tratamientos de sustitución. Es posible que podamos obtener más información de una revisión sistemática de Cochrane que se publicará en breve.

### Tratamiento de sustitución de opiáceos: eficacia y resultados

El tratamiento de sustitución de opiáceos, cuando se combina con intervenciones psicosociales, resulta ser la opción terapéutica más eficaz para los consumidores de ese tipo de drogas. En comparación con la desintoxicación o con ningún tratamiento, tanto el tratamiento con metadona como el tratamiento con altas dosis de buprenorfina muestran mayores porcentajes de retención en el tratamiento y resultados significativamente mejores en lo que respecta al consumo de drogas, la actividad criminal, las conductas de riesgo y la transmisión del VIH, sobredosis y mortalidad por cualquier causa (OMS, 2009).

Una serie de estudios recientes se centran en la medicación que puede complementar al tratamiento de sustitución. En dos revisiones sistemáticas se ha explorado si los antidepresivos reducen los abandonos entre los pacientes tratados con metadona o buprenorfina, pero sin que se haya podido demostrar su eficacia (Pani *et al.*, 2010b; Stein *et al.*, 2010). Otro estudio demostró que una única dosis adicional de metadona podía ayudar a reducir los problemas de humor producidos por el deseo compulsivo de consumir entre los pacientes estabilizados con metadona (Strasser *et al.*, 2010).

El antagonista de receptores de opiáceos naltrexona se utiliza para prevenir el consumo recurrente de opiáceos. En un estudio a pequeña escala, se comprobó que los implantes de naltrexona eran más eficaces que la

### Tratamiento asistido con heroína

El tratamiento asistido con heroína se administra a un total de unos 1 100 consumidores problemáticos de opiáceos en cinco Estados miembros de la UE (Dinamarca, Alemania, España, Países Bajos, Reino Unido) y 1 360 en Suiza. Este tratamiento no se propone como una opción de primera línea, sino que se reserva a los pacientes que no hayan respondido a otras estrategias, como el tratamiento de mantenimiento con metadona. Todas las dosis inyectables (generalmente unos 200 miligramos de diamorfina por vía parenteral) se administran bajo supervisión directa, con el fin de garantizar el cumplimiento, la seguridad y la prevención de cualquier posible desviación al mercado ilegal: para ello hace falta que los centros estén abiertos para administrar varias sesiones al día, todos los días del año.

Se han realizado seis estudios clínicos aleatorizados que han examinado los resultados y la eficacia con relación al coste de este tipo de tratamiento en los últimos 15 años (véase OEDT, 2011a). Todos los estudios incluyeron consumidores crónicos dependientes de la heroína en los que habían fracasado en varias ocasiones anteriores otras estrategias terapéuticas y que fueron asignados aleatoriamente a un tratamiento asistido con heroína o a un tratamiento con metadona oral. Los estudios utilizaron diferentes métodos y criterios de valoración de los resultados, por lo que las conclusiones derivadas de ellos tienen solo una fiabilidad moderada. En conjunto, sugieren un valor añadido de la administración supervisada de heroína por vía parenteral complementada con dosis de metadona, para los consumidores crónicos de opiáceos en los que no han tenido éxito otras estrategias. Los pacientes consumen menos drogas de la calle y parecen mejorar su estado de salud física y mental.

El coste estimado del tratamiento asistido con heroína es de 19 020 euros por paciente y año en Alemania y de 20 410 euros en los Países Bajos (cifras ajustadas a los precios de 2009). Este coste es considerablemente mayor que el coste de suministrar a un paciente tratamiento oral con metadona durante todo un año, que se estima en 3 490 euros en Alemania y 1 634 euros en los Países Bajos. La diferencia de coste entre el tratamiento asistido con heroína y el tratamiento con metadona se debe en gran medida a los requisitos más grandes de dotación de personal para los centros especializados. A pesar de su elevado coste, se ha demostrado que el tratamiento asistido con heroína es una intervención eficaz con relación al coste para un grupo seleccionado de consumidores crónicos de heroína (OEDT, 2011a).

naltrexona oral para reducir tanto el deseo compulsivo de consumir, como la reincidencia (Hulse *et al.*, 2010). Un estudio realizado entre presos que recobraron la libertad demostró que los implantes de naltrexona consiguen reducciones similares en el consumo de heroína y de benzodiacepinas que la metadona (Lobmaier *et al.*, 2010).

Los implantes de buprenorfina, desarrollados con la idea de superar problemas de incumplimiento y para prevenir la desviación del tratamiento a fines recreativos, se han probado también en los Estados Unidos en comparación con los implantes de placebo. Un estudio preliminar demostró una ligera diferencia en la abstinencia a favor de los implantes activos (Ling *et al.*, 2010) y el siguiente paso será comparar estos implantes con otros tratamientos (O'Connor, 2010). En Europa, un estudio finlandés está probando si la administración de suboxona utilizando una bomba electrónica que registra el consumo mejora el cumplimiento y limita la desviación de drogas tomadas en el hogar.

La investigación de los resultados del tratamiento documenta algunos resultados alentadores. El Estudio de investigación del resultado del tratamiento de drogodependencias (*Drug Treatment Outcome Research Study*) evalúa en el marco de una ventana de 12 meses, los resultados del tratamiento en 1 796 consumidores de drogas reclutados de 342 organismos <sup>(106)</sup> en toda Inglaterra (Jones, A., *et al.*, 2009). Entre los consumidores de heroína entrevistados al comienzo del estudio, el 44 % habían dejado de consumirla en el primer seguimiento y el 49 % en el segundo seguimiento, y se observaron también reducciones similares con todas las demás sustancias principales evaluadas.

### Tratamiento de sustitución oral durante el embarazo

Se recomienda la administración de tratamiento de sustitución con metadona a las mujeres embarazadas que hayan adquirido dependencia de los opiáceos durante toda la gestación. Aunque muchas mujeres querrán abandonar el consumo de opiáceos en cuanto tengan conocimiento de su embarazo, debe evitarse un síndrome de abstinencia de opiáceos durante el embarazo por el elevado riesgo de reincidencia en el consumo de heroína y el peligro de que los síntomas de abstinencia produzcan un aborto o parto prematuro (OEDT, 2009). No obstante, la exposición prenatal a metadona se asocia también al síndrome de abstinencia neonatal que requiere medicación y hospitalización.

La buprenorfina es una alternativa a la metadona en el tratamiento de mantenimiento, y recientemente se ha estudiado en una muestra de 175 mujeres embarazadas con

dependencia a los opiáceos que fueron reclutadas para un estudio controlado aleatorizado e internacional (Jones, H. *et al.*, 2009a) realizados en seis centros en Estados Unidos, uno en Canadá y otro en Viena. Las mujeres, reclutadas cuando se encontraban entre la semana 13 y la semana 30 de gestación, fueron asignadas aleatoriamente a recibir metadona o buprenorfina, y fueron objeto de seguimiento hasta el nacimiento del niño y hasta seis meses después del parto. Como en otros estudios, la buprenorfina se asoció a una tasa de abandonos más alta (33 %) que la metadona (18 %), pero los niños del grupo de la buprenorfina necesitaron aparentemente menos niveles de morfina para tratar el síndrome de abstinencia neonatal y menos días de hospitalización. El estudio concluyó que, cuando se las retiene en el tratamiento, se puede ofrecer a las mujeres embarazadas buprenorfina y metadona para el tratamiento de la dependencia de opiáceos durante el tratamiento (Jones, H., *et al.*, 2009b).

<sup>(106)</sup> Tratamiento de base comunitaria (principalmente mantenimiento oral con metadona) y tratamiento residencial.

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

## Capítulo 7

# Enfermedades infecciosas y muertes relacionadas con las drogas

### Introducción

El consumo de drogas puede tener toda una serie de consecuencias negativas, como accidentes, trastornos de salud mental, enfermedades pulmonares, problemas cardiovasculares, desempleo o carencia de hogar. Esas consecuencias son especialmente prevalentes entre los consumidores problemáticos de drogas, cuyo estado de salud general y cuya situación socioeconómica pueden ser mucho peores que los de la población general.

El consumo de opiáceos y el consumo de drogas por vía parenteral se asocian estrechamente a ese tipo de daños, sobre todo a sobredosis y a la transmisión de enfermedades infecciosas. El número de muertes por sobredosis que se han notificado en la Unión Europea en las últimas dos décadas equivale a casi una muerte por sobredosis cada hora. Las investigaciones realizadas indican también que, en los últimos veinte años, un elevado número de consumidores de drogas han muerto por otras causas, como el sida o el suicidio (Bargagli *et al.*, 2006; Degenhardt *et al.*, 2009).

La reducción de la mortalidad y la morbilidad relacionada con el consumo de drogas ocupa un lugar central en las políticas europeas sobre drogas. Las actividades principales en este ámbito se canalizan a través de intervenciones dirigidas a los grupos de mayor riesgo y a las conductas directamente asociadas a daños relacionados con las drogas.

### Enfermedades infecciosas relacionadas con las drogas

El OEDT vigila sistemáticamente las infecciones por VIH y hepatitis B y C en ese colectivo <sup>(107)</sup>. Las enfermedades infecciosas causadas por estos virus están entre las consecuencias más graves para la salud del consumo de drogas. Otras enfermedades infecciosas, como hepatitis A y D, enfermedades de

transmisión sexual, tuberculosis, tétanos, botulismo, anthrax y virus linfotrópico humano de células T puede afectar también de forma desproporcionada a los consumidores de drogas.

### VIH y sida

A finales de 2008, la incidencia de diagnósticos nuevos de VIH entre los consumidores de droga por vía parenteral siguió siendo baja en la mayoría de los países de la Unión Europea, y la situación general de la UE es relativamente positiva si se compara con el resto del mundo (OEDT y OMS-Europa, 2009; Wiessing *et al.*, 2009) (gráfico 15). Esto, al menos en parte, puede ser consecuencia de la mayor oferta de medidas de prevención, tratamiento y reducción de daños, incluidos los tratamientos de sustitución y los programas de intercambio de agujas y jeringuillas. También pueden haber intervenido otros factores, como la disminución del consumo de drogas por vía parenteral referida por algunos países (OEDT, 2010g). La tasa media de casos nuevos diagnosticados en los 26 Estados miembros de la UE que han podido facilitar datos correspondiente a 2009 alcanzó un nuevo mínimo de 2,85 casos por cada millón de habitantes, o 1 299 nuevos casos declarados <sup>(108)</sup>. Sin embargo, en algunas partes de Europa, los datos indican que la transmisión del virus del VIH vinculada al consumo de droga por vía parenteral continuó a niveles relativamente elevados durante 2009, lo que subraya la necesidad de garantizar la cobertura y la eficacia de las iniciativas locales de prevención.

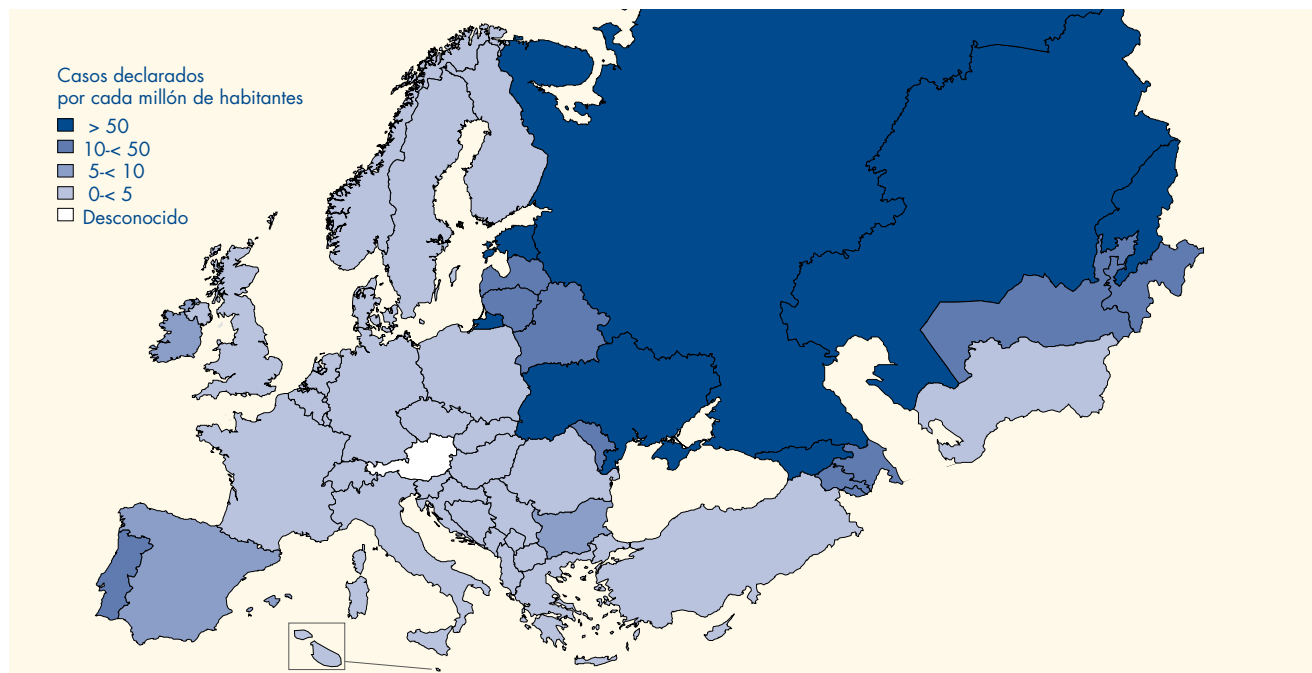
Los datos disponibles sobre la prevalencia del VIH en muestras de consumidores de drogas por vía parenteral en la UE se comparan también favorablemente con la prevalencia en países vecinos orientales <sup>(109)</sup>, si bien las comparaciones entre países deben hacerse con precaución, debido a las diferencias en los métodos de estudio y la cobertura.

<sup>(107)</sup> Para más información sobre métodos y definiciones, véase el boletín estadístico de 2011.

<sup>(108)</sup> No se dispone de datos sobre Austria. La tasa media es de 2,44 casos por cada millón de habitantes en los Estados miembros de la UE, Croacia, Turquía y Noruega.

<sup>(109)</sup> Véase el cuadro INF-1 del boletín estadístico de 2011.

**Gráfico 15:** Infecciones por el VIH recién diagnosticadas en consumidores de drogas por vía parenteral en 2009 en Europa y Asia central



*N.B.:* El color indica la tasa por millón de habitantes de nuevos casos diagnosticados de VIH notificados y atribuidos al grupo de riesgo de consumidores de drogas por vía parenteral que fueron diagnosticados en 2009.

*Fuentes:* ECDC y OMS-Europa, 2010. Los datos de Rusia proceden del Centro Federal de Metodologías de Investigación sobre la Prevención y la Lucha contra el Sida. Infección por el VIH. Boletín informativo n° 34, p. 35, Moscú, 2010 (en ruso).

### Tendencias en la infección por VIH

Los datos sobre nuevos casos notificados con relación al consumo de drogas por vía parenteral en 2009 indican que las tasas de infección siguen bajando globalmente en la Unión Europea, tras el máximo alcanzado en 2001-2002 como consecuencia de una serie de brotes ocurridos en Estonia, Letonia y Lituania. De los cinco países con las tasas más altas de infecciones nuevas diagnosticadas entre los consumidores de drogas por vía parenteral entre 2004 y 2009 (Estonia, España, Letonia, Lituania y Portugal), tres mantuvieron su tendencia a la baja, pero la tasa en Estonia y Lituania aumentó de nuevo desde los niveles de 2008 (gráfico 16) <sup>(110)</sup>. En Estonia, el incremento fue de 26,98 casos por cada millón de habitantes en 2008 a 63,4 casos por millón de habitantes en 2009, y en Lituania fue de 12,5 casos por millón de habitantes en 2008 a 34,9 casos por millón de habitantes en 2009. Durante ese mismo período, la tasa de nuevas infecciones entre los consumidores de drogas por vía parenteral en Bulgaria aumentó también de 0,9 casos nuevos por cada millón de habitantes en 2004 a 9,7 casos por millón de habitantes en 2009, mientras que en Suecia la tasa alcanzó su máximo en 6,7 casos nuevos por millón de habitantes (61 diagnósticos nuevos)

en 2007. Estos datos indican que en algunos países sigue existiendo peligro de que se declaren brotes del VIH entre los consumidores de drogas por vía parenteral.

Los datos de tendencias obtenidos con el seguimiento de la prevalencia del VIH en muestras de consumidores de drogas por vía parenteral son un importante complemento de los datos recabados a través de la notificación de casos de VIH. Durante el período 2004-2008, 27 países obtuvieron datos de prevalencia <sup>(111)</sup>. En 19 países, la prevalencia del VIH no registró cambios. En cinco países (Francia, Italia, Austria, Polonia y Portugal), los datos sobre la prevalencia del VIH mostraron un descenso; en tres de ellos, estos datos se obtuvieron de muestras nacionales, mientras que en Francia la tendencia se basó en los datos de cinco ciudades. En Austria, la muestra nacional no mostró cambios, aunque en Viena se observa un descenso. Dos países refirieron un aumento de la prevalencia del VIH: Eslovaquia (datos nacionales) y Letonia (resultados de pruebas autodeclarados en siete ciudades). En Bulgaria, el descenso a nivel nacional no se refleja en la capital del país (Sofía), donde la tendencia es al alza. En Italia, se observa una tendencia a la baja en todo el país, con solo una de las 21 regiones que muestra una tendencia al alza <sup>(112)</sup>.

<sup>(110)</sup> Los datos de España no tienen cobertura nacional.

<sup>(111)</sup> No se dispone de datos de tendencias en Estonia, Irlanda y Turquía. Véase el cuadro INF-108 del boletín estadístico de 2011.

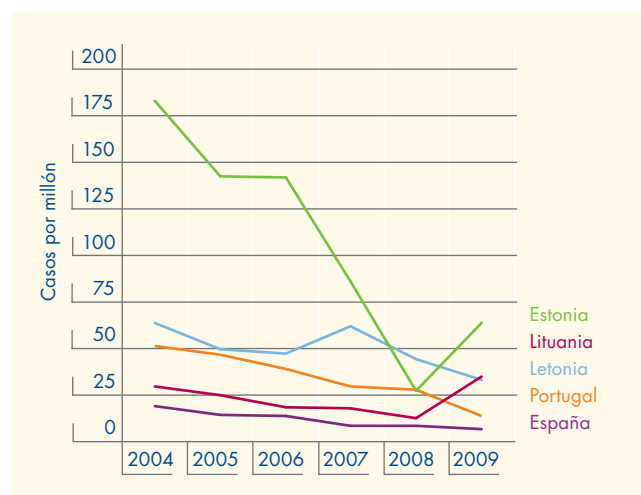
<sup>(112)</sup> Los datos facilitados por Italia corresponden a consumidores de drogas en tratamiento respecto a los cuales se desconoce si usan o no la vía parenteral, de manera que el descenso en la prevalencia del VIH podría deberse también a un descenso en el consumo de drogas por vía parenteral entre la población estudiada.

La comparación de tendencias en los nuevos casos notificados de infecciones vinculadas al consumo de droga por vía parenteral y en la prevalencia del VIH entre los consumidores de drogas por esa vía indica que la incidencia de infecciones por VIH relacionadas con el consumo de drogas por vía parenteral está disminuyendo en la mayoría de los países a escala nacional.

A pesar de las tendencias en su mayoría a la baja desde 2004, la tasa de nuevos diagnósticos del VIH notificados (por cada millón de habitantes) en 2009 relacionados con el consumo de drogas por vía parenteral sigue siendo relativamente alta en Estonia (63,4), Lituania (34,9), Letonia (32,7), Portugal (13,4) y Bulgaria (9,7), lo que indica que se sigue produciendo un número considerable de nuevas infecciones entre los consumidores de drogas por vía parenteral en esos países <sup>(113)</sup>.

Otras indicaciones de que continúa la transmisión del VIH proceden de seis países (Estonia, España, Francia, Letonia, Lituania y Polonia), con niveles de prevalencia por encima del 5 % entre las muestras de los consumidores de drogas por vía parenteral jóvenes (menores de 25 años) en 2005-2007 <sup>(114)</sup>, y dos países (Bulgaria y Chipre) en los que aumentó la prevalencia de consumo de drogas por vía parenteral entre los jóvenes en 2004-2009.vv

**Gráfico 16:** Tendencias en los nuevos casos de infecciones por VIH entre consumidores de drogas por vía parenteral notificados en los cinco Estados miembros de la UE que refieren las tasas más altas de infección



**N.B.:** Datos declarados a finales de octubre de 2010; véase el gráfico INF-2 del boletín estadístico de 2011.  
**Fuentes:** ECDC y OMS-Europa, 2010.

### Incidencia del sida y acceso a la terapia HAART

La información sobre la incidencia del sida, aunque no constituye un buen indicador de la transmisión del VIH, tiene relevancia a la hora de reflejar la aparición de enfermedades sintomáticas. Las elevadas tasas de incidencia del sida en algunos países europeos podrían indicar que muchos consumidores por vía parenteral infectados con el VIH no acceden a tratamiento antirretroviral de gran actividad en una fase lo suficientemente temprana de su infección como para obtener el máximo beneficio terapéutico. Una revisión reciente confirma que así podría estar ocurriendo en algunos países de la UE (Mathers *et al.*, 2010).

Estonia es el país con la mayor incidencia de sida vinculado al consumo de droga por vía parenteral, con aproximadamente 20,8 nuevos casos por cada millón de habitantes en 2009, frente a los 26,4 casos por cada millón registrados en 2008. Entre los consumidores de drogas por vía parenteral en Estonia, España, Portugal y Lituania se constata también una incidencia relativamente alta, de 19,4, 7,3, 6,6 y 6,0 casos nuevos por cada millón de habitantes, respectivamente. Entre esos cuatro países, España y Portugal registran una tendencia a la baja en 2004 y 2009, lo que no ocurre en Letonia ni en Lituania <sup>(115)</sup>.

### Hepatitis B y C

La hepatitis vírica, y sobre todo la infección causada por el virus de la hepatitis C (VHC), tiene una elevada prevalencia entre los consumidores de drogas por vía parenteral en Europa. Los niveles de anticuerpos de VHC en las muestras nacionales de consumidores de drogas por vía parenteral en 2008-2009 varían entre el 22 % y el 83 %, aunque 8 de los 12 países han notificado niveles superiores al 40 % <sup>(116)</sup>. Tres países (República Checa, Hungría, Eslovenia) refieren prevalencias inferiores al 25 %, aunque las tasas de infección a ese nivel siguen constituyendo un problema importante de salud pública.

Los niveles de prevalencia del VHC pueden variar considerablemente dentro de un mismo país, lo que refleja tanto las diferencias regionales como las características de la población de muestra. Por ejemplo, en Italia las estimaciones regionales varían entre un 37 % y un 81 % (gráfico 17).

Estudios recientes (2008-2009) indican que la prevalencia varía mucho entre los consumidores de drogas por vía parenteral menores de 25 años y entre los que han

<sup>(113)</sup> Véase el cuadro INF-104 del boletín estadístico de 2011.

<sup>(114)</sup> Véase el cuadro INF-109 del boletín estadístico de 2011.

<sup>(115)</sup> Véanse el gráfico INF-1 y el cuadro INF-104 (parte ii) del boletín estadístico de 2011.

<sup>(116)</sup> Véanse los cuadros INF-2 e INF-111 del boletín estadístico de 2011.

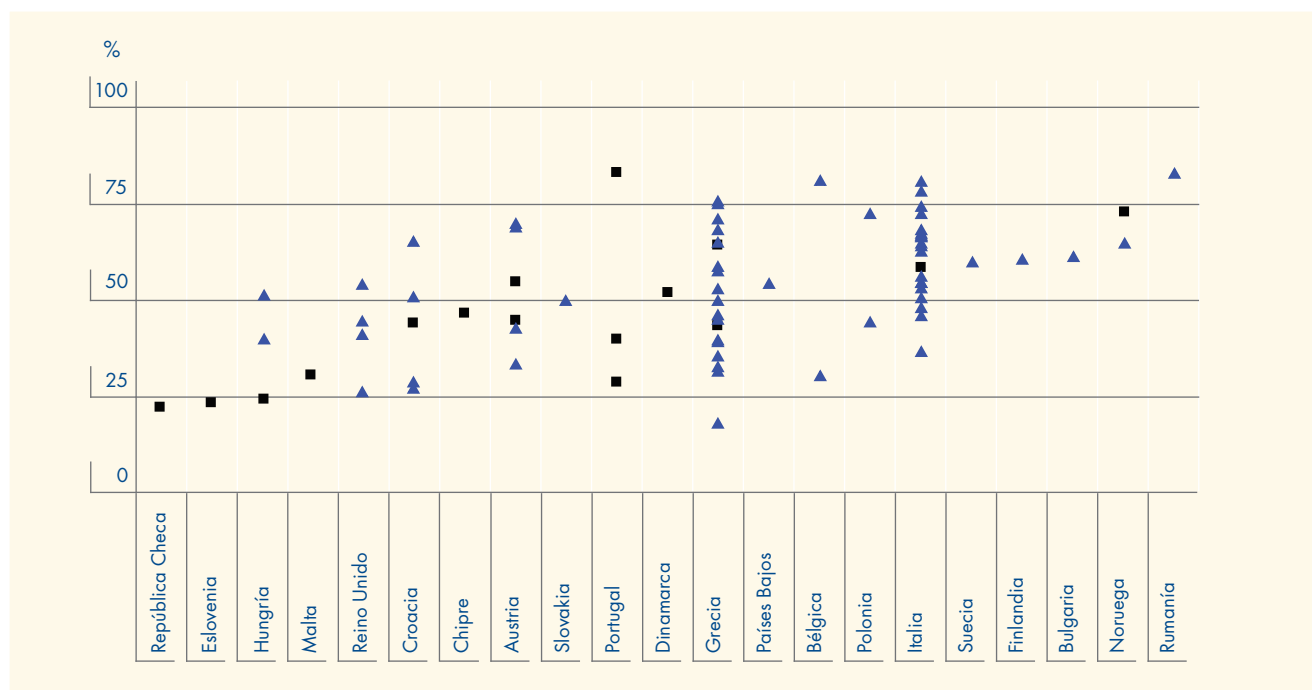
iniciado ese consumo menos de dos años antes, lo que revela la existencia de diferentes niveles de incidencia del VHC en esos grupos de población en Europa <sup>(117)</sup>. No obstante, los estudios indican también que muchos consumidores de drogas por vía parenteral contraen el virus al poco tiempo de empezar a usar esa vía, lo que indica que se dispone de poco margen de tiempo para adoptar medidas eficaces de prevención del VHC.

Durante el período 2004-2009, ocho países refieren un descenso de la prevalencia del VHC entre los consumidores de drogas por vía parenteral, y un país (Chipre) refiere un aumento de dicha prevalencia, mientras que otros cuatro países refieren tendencias divergentes en sus diferentes bases de datos. No obstante, se recomienda precaución dada la limitada cobertura geográfica y/o el tamaño de la muestra en algunos estudios <sup>(118)</sup>. Los estudios realizados sobre consumidores jóvenes por vía parenteral (menores de 25 años) sugieren también que algunos países pueden estar presentando tendencias a la baja en la prevalencia de este grupo a nivel nacional (Bulgaria, Eslovenia, Reino Unido) o subnacional (Creta en Grecia, Voralberg en Austria) que posiblemente indiquen

un descenso de las tasas de transmisión. No obstante, también se refieren algunos incrementos (Chipre, Graz en Austria). Algunas de estas tendencias son confirmadas por los datos sobre los nuevos consumidores por vía parenteral (desde hace menos de dos años). El aumento de la prevalencia del VHC entre los nuevos consumidores de drogas por vía parenteral se ha registrado en Grecia (Ática), mientras que en Austria (Vorarlberg) y Suecia (Estocolmo) se observa una tendencia a la baja <sup>(119)</sup>.

La prevalencia de anticuerpos contra el virus de la hepatitis B (VHB) varía también mucho, posiblemente debido en parte a diferencias en los niveles de vacunación, aunque podrían estar también implicados otros factores. El marcador serológico que más información facilita sobre la infección por el VHB es el HbsAg (antígeno de superficie del virus de la hepatitis B), que es indicativo de una infección actual. En 2004-2009, cuatro de los 14 países que facilitaron datos sobre este virus entre los consumidores de drogas por vía parenteral indicaron unos niveles de prevalencia de anticuerpos anti-HBc superiores al 5 % (Bulgaria, Grecia, Lituania, Rumanía) <sup>(120)</sup>.

**Gráfico 17:** Prevalencia de anticuerpos anti-VHC entre consumidores de drogas por vía parenteral



*N.B.:* Datos correspondientes a los años 2007 y 2008. Los cuadrados negros indican muestras con cobertura nacional; los triángulos azules indican muestras con cobertura subnacional (local o regional). Las diferencias entre países deben interpretarse con cautela por las diferencias en los tipos de contextos y métodos de estudio; las estrategias nacionales de muestreo varían. Los países se disponen por orden creciente de prevalencia, basándose en la media de datos nacionales o, si no se dispone de ellos, de datos subnacionales. Para más información, véase el gráfico INF-6 del boletín estadístico de 2011.

*Fuente:* Puntos focales nacionales de la red Reitox.

<sup>(117)</sup> Véanse los cuadros INF-112 e INF-113 y el gráfico INF-6 (parte ii) y (parte iii) del boletín estadístico de 2011.

<sup>(118)</sup> Véase al cuadro INF-111 del boletín estadístico de 2011.

<sup>(119)</sup> Véanse los cuadros INF-112 y INF-113 del boletín estadístico de 2011.

<sup>(120)</sup> Véase el cuadro INF-114 del boletín estadístico de 2011.



Las tendencias en cuanto al número de casos notificados de hepatitis B y C muestran panoramas distintos y difíciles de interpretar, debido a la mala calidad de los datos. No obstante, se pueden extraer algunas conclusiones sobre la epidemiología de esas infecciones a partir de la proporción de consumidores por vía parenteral entre todos los casos notificados y cuyos factores de riesgo se conocen (Wiessing *et al.*, 2008). Promediado entre los 20 países que han facilitado datos correspondientes al período 2004-2009, el consumo de drogas por vía parenteral representa el 63 % de todos los casos de infección por el VHC y el 38 % de todos los casos agudos de VHC notificados, cuando se conoce la categoría de riesgo. En cuanto a la hepatitis B, los consumidores de drogas por vía parenteral representan el 20 % de todos los casos notificados y el 26 % de todos los casos agudos. Estos datos confirman que los consumidores de drogas por vía parenteral constituyen un grupo de riesgo importante para la infección de la hepatitis vírica en Europa <sup>(121)</sup>.

### Otras infecciones

Además de las infecciones víricas, los consumidores de drogas por vía parenteral son vulnerables a las enfermedades bacterianas <sup>(122)</sup>. El brote de ántrax declarado en Europa entre los consumidores de drogas inyectables (véase OEDT, 2010a) ha puesto de relieve un problema que existe con las enfermedades graves causadas por bacterias formadoras de esporas entre los consumidores de drogas por vía parenteral. Un estudio europeo recabó datos sobre casos notificados de cuatro infecciones bacterianas (botulismo, tétanos, *Clostridium novyi* y ántrax) en consumidores de drogas por vía parenteral en los últimos 10 años. Durante el período 2000-2009, seis países notificaron 367 casos, con unas tasas en la población que variaron entre 0,03 y 7,54 casos por cada millón de habitantes. La mayoría de los casos de infección (92 %) fueron notificados por tres países de Europa noroccidental: Irlanda, Reino Unido y Noruega. Esta variación geográfica no se justifica y precisa una investigación más a fondo (Hope *et al.*, 2011).

### Prevención y respuesta a las enfermedades infecciosas

La prevención de enfermedades infecciosas entre los consumidores de drogas es un importante objetivo de salud pública en la Unión Europea y un componente de las políticas sobre drogas en la mayoría de los Estados miembros. Los países intentan prevenir y controlar la propagación de enfermedades infecciosas entre los

### Tuberculosis entre los consumidores de drogas

La tuberculosis es una enfermedad bacteriana que normalmente ataca a los pulmones y que puede ser mortal. En 2008, se identificaron un total de 82 605 casos en 26 Estados miembros de la UE y Noruega, con tasas superiores a 20 casos por 100 000 habitantes en Rumanía (114,1), Lituania (66,8), Letonia (47,1), Bulgaria (41,2), Estonia (33,1) y Portugal (28,7) (OEDT, 2010). En Europa, la enfermedad se centra principalmente en grupos de alto riesgo, como inmigrantes, personas sin techo, consumidores de drogas y reclusos. Debido a su marginalización y estilo de vida, los consumidores de drogas pueden tener riesgos más altos de contraer tuberculosis que la población general. El estado VIH-positivo supone un riesgo adicional para contraer tuberculosis, que se estima entre 20 y 30 veces mayor que en la población sin infección por el VIH (OMS, 2010a).

Los datos sobre la prevalencia de tuberculosis entre las poblaciones consumidoras de drogas son escasos. En Europa se han referido tasas altas de tuberculosis activa (sintomática) entre consumidores de drogas en tratamiento en Grecia (1,7 %), Lituania (3 %) y Portugal (1-2 %), mientras que los análisis sistemáticos realizados en los centros de tratamiento de drogodependencias en Austria, Eslovaquia y Noruega no han identificado ningún caso.

La tuberculosis en los consumidores de drogas puede recibir un tratamiento eficaz, aunque requiere un tratamiento complejo y curativo durante al menos seis meses. La administración del tratamiento completo es esencial, ya que el organismo causante de la enfermedad se hace rápidamente tolerante a los medicamentos y desarrolla resistencia al tratamiento. Los consumidores problemáticos de drogas, especialmente si llevan unos estilos de vida caóticos, pueden tener dificultades para cumplir con el tratamiento. Nuevas estrategias dirigidas a acortar la duración del tratamiento podrían aumentar la probabilidad de finalizarlo con éxito.

consumidores de drogas mediante una combinación de enfoques, entre los que se incluye vigilancia, vacunación y tratamiento de las inyecciones, tratamiento de la drogodependencia, sobre todo tratamiento de sustitución de opiáceos, y el suministro de materiales de inyección estériles; además, las actividades basadas en la comunidad proporcionan información, educación e intervenciones conductuales, a menudo a través de centros de proximidad o de bajo umbral. Los organismos de Naciones Unidas han promovido todas esas medidas, junto con el tratamiento antirretroviral y el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis, como intervenciones básicas para el tratamiento preventivo del VIH y la atención prestada a los consumidores de drogas por vía parenteral (OMS, ONUDD y UNAIDS, 2009).

<sup>(121)</sup> Véanse los cuadros INF-105 e INF-106 del boletín estadístico de 2011.

<sup>(122)</sup> Véase el cuadro «Tuberculosis entre los consumidores de drogas».

### Prevención de infecciones entre los consumidores de drogas por vía parenteral: directrices conjuntas del ECDC-OEDT

En 2011, el Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC) y el OEDT publicaron directrices conjuntas sobre la prevención y el control de enfermedades infecciosas entre los consumidores de drogas por vía parenteral. Las directrices ofrecen una revisión detallada de la eficacia de las intervenciones, inclusive medidas como el suministro de jeringas estériles y otros materiales de inyección; tratamiento de drogodependencias, incluido tratamiento de sustitución de opiáceos; vacunación; pruebas; y tratamiento de infecciones entre consumidores de opiáceos. Las directrices examinan modelos de prestación de servicios y los mensajes más adecuados de información y educación para dicha población.

Esta publicación está disponible en versión impresa y en el sitio web del OEDT únicamente en inglés.

### Intervenciones

Varios estudios y revisiones han confirmado la eficacia del tratamiento de sustitución de opiáceos para reducir la transmisión del VIH y las conductas de riesgo relacionadas con el consumo por vía parenteral declaradas por los propios pacientes. Existen cada vez más datos que indican que la combinación del tratamiento de sustitución de opiáceos y los programas de suministro de agujas y jeringuillas es más eficaz para reducir la incidencia de VIH o VHC y las conductas de riesgo relacionadas con el consumo por vía parenteral que cualquiera de esos enfoques por separado (ECDC y OEDT, 2011).

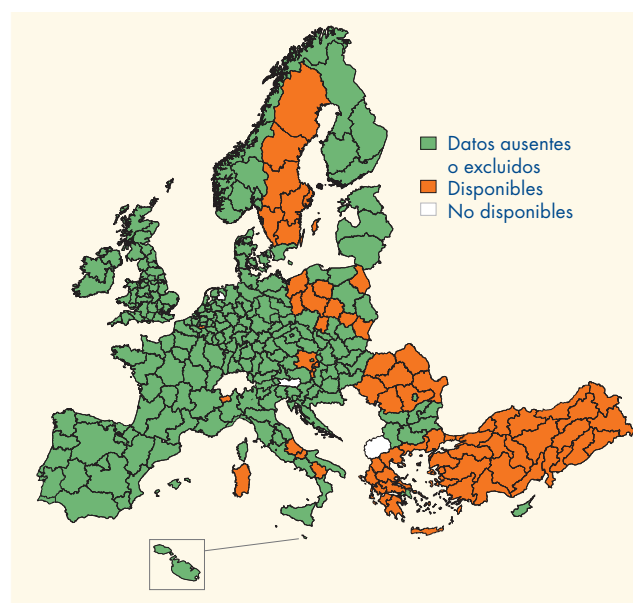
Gracias a las mejoras en el tratamiento de la hepatitis C, muchos países están intensificando sus esfuerzos para prevenir, detectar y tratar la hepatitis entre los consumidores de drogas. La Unión Europea está apoyando varias iniciativas para mejorar la prevención de la hepatitis C entre los consumidores de drogas. Algunas iniciativas internacionales en este sentido son la elaboración de un catálogo de normas y directrices para la prevención del VHC en la UE (Zurhold, 2011), compilación de ejemplos de intervenciones de concienciación, prevención, tratamiento y asistencia (Proyecto de Correlación y EHRN, 2010); elaboración de materiales de formación para los responsables de la formulación de políticas, los profesionales médicos y los proveedores locales de servicios (por ejemplo, Hunt y Morris, 2011).

En todos los países, excepto en Turquía, se suministran gratuitamente jeringas esterilizadas a través de centros especializados o farmacias, pero a pesar de la considerable expansión de esta iniciativa en los últimos 20 años, la información sobre cobertura geográfica muestra desequilibrios, refiriendo algunos países de Europa central y oriental y Suecia la ausencia de disponibilidad en algunas regiones (véase el gráfico 18).

Se dispone de datos recientes sobre el suministro de jeringas a través de programas especializados de suministros de jeringas y agujas para todos los países excepto tres, y en otros dos países se dispone de datos incompletos <sup>(123)</sup>. Esos datos indican que todos los años se distribuyen por esta vía cerca de 50 millones de jeringuillas, lo que equivale a 94 jeringuillas por consumidor de drogas por vía parenteral en los países que facilitan información al respecto.

En 13 países se puede calcular el número medio de jeringuillas distribuidas en un año por cada consumidor de drogas por vía parenteral <sup>(124)</sup>. En siete de ellos, el número medio de jeringuillas repartidas a través de programas especializados equivale a menos de 100 jeringuillas por consumidor de drogas por vía parenteral, en cinco países se repartieron 100 y 200 jeringuillas,

**Gráfico 18:** Disponibilidad geográfica de programas de suministro de agujas y jeringuillas a escala regional



*N.B.:* Las regiones se definen según el nivel 2 de la Nomenclatura Común de Unidades Territoriales Estadísticas (NUTS); para más información, véase el sitio web Eurostat.  
*Fuente:* Véase el cuadro HSR-4 del boletín estadístico de 2011.

<sup>(123)</sup> Véase el cuadro HSR-5 del boletín estadístico de 2011. En cuanto a los datos de 2007-2009, no se disponía de datos sobre el número de jeringuillas en Dinamarca, Alemania e Italia. Los datos sobre los Países Bajos abarcan únicamente Amsterdam y Rotterdam, y los datos sobre el Reino Unido no incluyen Inglaterra.

<sup>(124)</sup> Véase el gráfico HSR-3 del boletín estadístico de 2011.

y Noruega ha informado de la distribución de más de 200 jeringuillas a cada consumidor de drogas por vía parenteral <sup>(125)</sup>. En cuanto a la prevención del VIH, las agencias de Naciones Unidas consideran baja la distribución anual de 100 jeringuillas por consumidor y alta, la distribución de 200 jeringuillas por consumidor (OMS, ONUDD y UNAIDS, 2009).

En los últimos cuatro años sobre los que se han facilitado datos (2005-2009), el número total de jeringuillas repartidas por esta vía ha aumentado un 32 %. Un análisis subregional de las tendencias en el suministro de jeringuillas indica que se ha frenado el incremento entre los Estados miembros de la UE anteriores a 2004 y que ha seguido aumentando en los Estados miembros más recientes.

## Muertes relacionadas con las drogas y mortalidad

El consumo de drogas es una de las principales causas de problemas de salud y de mortalidad entre los jóvenes europeos y puede representar una parte considerable de todas las muertes ocurridas en la población adulta. Los estudios han concluido que entre el 10 % y el 23 % de la mortalidad de la población de 15 a 49 años de edad puede atribuirse al consumo de opiáceos (Bargagli *et al.*, 2006; Bloor *et al.*, 2008).

La mortalidad relacionada con el consumo de drogas incluye las muertes causadas directa o indirectamente por dicho consumo. Se incluyen las muertes por sobredosis (muertes inducidas por drogas), el VIH/sida, los accidentes de tráfico, sobre todo cuando se combina el consumo de drogas y alcohol, la violencia, el suicidio y las enfermedades crónicas derivadas del consumo continuo (como problemas cardiovasculares entre los consumidores de cocaína) <sup>(126)</sup>.

### Muertes inducidas por drogas

Las estimaciones más recientes indican que en 2009 se produjeron unas 7 630 muertes inducidas por drogas en los Estados miembros de la UE y Noruega, lo que indica una situación estable cuando se compara con los 7 730 casos declarados en 2008 <sup>(127)</sup>. Los valores europeos estimados se basan en los datos de 2009 correspondientes a 17 de los 27 Estados miembros

y Noruega, los datos de 2008 correspondientes a nueva países y los datos esperados en un país. Pocos países han evaluado la magnitud de la infraestimación en sus datos nacionales.

Durante el período 1995-2008 se notificaron entre 6 300 y 8 400 muertes anuales inducidas por drogas en los Estados miembros de la UE y Noruega. En 2008, el año más reciente sobre el que se dispone de datos en casi todos los países, más de la mitad de todas las muertes inducidas por drogas notificadas correspondieron a dos países, Alemania y el Reino Unido, que conjuntamente con España e Italia, registraron dos tercios de todos los casos notificados (5 075).

En 2009, la tasa media de mortalidad en la UE causada por sobredosis se estima en 21 muertes por cada millón de habitantes de 15 a 64 años de edad, y la mayoría de los países registraron tasas de entre 4 y 59 muertes por cada millón de habitantes (gráfico 19). Se han registrado tasas de más de 20 muertes por cada millón de habitantes en 13 de 28 países europeos y de más de 40 muertes por cada millón de habitantes en siete países. Entre la población europea de 15 a 39 años de edad, la sobredosis fue la causa del 4 % de todas las muertes <sup>(128)</sup>.

La cifra de muertes inducidas por las drogas puede verse influida por factores como la prevalencia y las pautas del consumo de drogas (por vía parenteral, politoxicomanía), la edad y las comorbilidades de los consumidores de drogas, así como el acceso a tratamiento y a servicios de urgencias, y la calidad de los datos recogidos y divulgados. La mayor fiabilidad de los datos europeos ha permitido describir mejor las tendencias, y la mayoría de los países ha adoptado ya una definición de los casos que se corresponde con la del OEDT <sup>(129)</sup>. No obstante, se recomienda precaución cuando se comparen países, porque siguen existiendo diferencias en la metodología de notificación y las fuentes de datos.

### Muertes relacionadas con opiáceos

#### Heroína

Los opiáceos, principalmente la heroína o sus metabolitos, intervienen en la mayoría de las muertes causadas por las drogas que se notifican en Europa. En los 22 países que han facilitado datos correspondientes a 2008

<sup>(125)</sup> Estas cifras no incluyen ventas en farmacias, que pueden representar una importante fuente de jeringuillas estériles para los consumidores de drogas en algunos países.

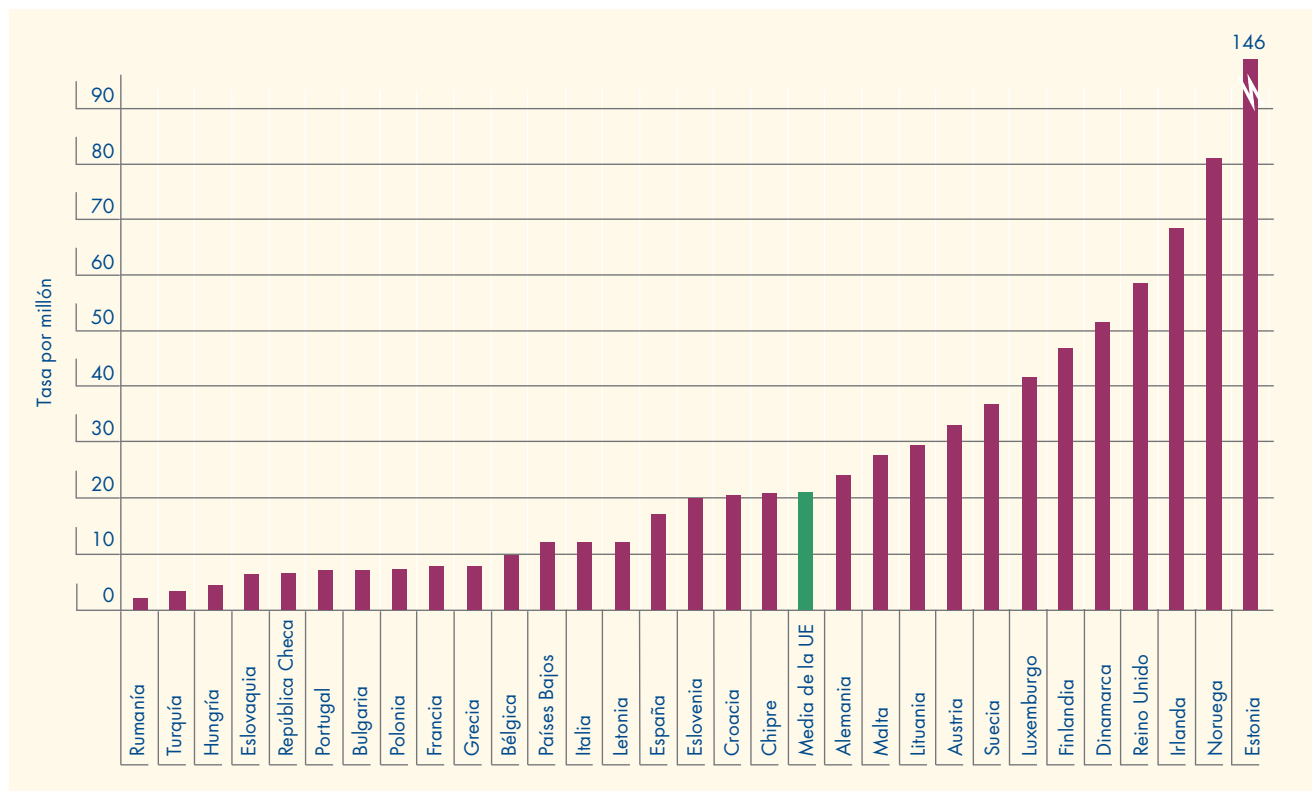
<sup>(126)</sup> Véase «Mortalidad relacionada con las drogas: un concepto complejo», en el informe anual de 2008.

<sup>(127)</sup> Las estimaciones europeas están basadas en datos de 2009 para 17 de los 27 Estados miembros y Noruega, de 2008 para nueve y son proyecciones para un país. Bélgica se excluye por no disponerse datos. Para más información, véase el cuadro DRD-2 (parte i) del boletín estadístico de 2011.

<sup>(128)</sup> Véanse el gráfico DRD-7 (parte i) y los cuadros DRD-5 (parte ii) y DRD-107 (parte i) del boletín estadístico de 2011.

<sup>(129)</sup> Para información detallada sobre metodologías, véanse el boletín estadístico 2011 y la página de indicadores clave muertes relacionadas con las drogas.

**Gráfico 19:** Tasas estimadas de mortalidad por drogas entre la población adulta (15 a 64 años)



N.B.: Para más información, véase el gráfico DRD-7 del boletín estadístico de 2011.  
Fuente: Puntos focales nacionales de la red Reitox.

o 2009, los opiáceos representaron la gran mayoría de todos los casos: más del 90 % en cinco países, y entre el 80 % y el 90 % en otros 12. Las sustancias más frecuentes fueron, además de la heroína, el alcohol, las benzodiacepinas, otros opiáceos y, en algunos países, la cocaína. Esto sugiere que una parte importante de todas las muertes inducidas por drogas ocurren en un contexto de politoxicomanía, como ilustra una revisión de la toxicología de las muertes relacionadas con drogas en Escocia en 2000-2007. Se demostró una correlación positiva entre la presencia de heroína y la de alcohol, sobre todo en los varones de más edad. Entre los varones cuyas muertes estuvieron relacionadas con la heroína, el alcohol estuvo presente en el 53 % de los que tenían 35 o más años de edad, en comparación con el 36 % de los casos en menores de 35 años (Bird y Robertson, 2011; véase también GROS, 2010).

La mayoría de las muertes por sobredosis que se producen en Europa afectan a varones (81 %). En conjunto, la proporción entre hombres y mujeres es de aproximadamente 4:1 (variando desde 1,4:1 en

Polonia hasta 31:1 en Rumanía) <sup>(130)</sup>. En los Estados miembros que ingresaron en la UE más recientemente, las muertes inducidas por drogas que se declaran son más probables en varones y personas más jóvenes si se compara con los Estados miembros que ingresaron antes de 2004 y Noruega. Los patrones difieren dentro de Europa, con proporciones más altas de varones en los países meridionales (Grecia, Italia, Rumanía, Chipre, Hungría, Croacia) y en Estonia, Letonia y Lituania. Dinamarca, Países Bajos, Suecia y Noruega refieren proporciones más altas de casos de más edad. En la mayoría de los países, la edad media de los fallecidos por sobredosis de heroína ronda los 35 años, y en muchos países se observa una tendencia al alza que podría indicar una posible estabilización o incluso una disminución del número de consumidores jóvenes de heroína, o el envejecimiento de la cohorte de consumidores problemáticos de opiáceos. En conjunto, el 12 % de las muertes por sobredosis notificadas en Europa ocurren en menores de 25 años <sup>(131)</sup>.

<sup>(130)</sup> Puesto que la mayoría de casos notificados al OEDT se refieren a sobredosis por opiáceos (principalmente heroína), se presentan aquí las características generales de las muertes para describir y analizar las muertes relacionadas con el consumo de heroína. Véase el gráfico DRD-1 del boletín estadístico de 2011.

<sup>(131)</sup> Véanse los gráficos DRD-2 y DRD-3 y el cuadro DRD-1 (parte i) del boletín estadístico de 2011.

Existen una serie de factores que se asocian a las sobredosis mortales y no mortales de heroína. Entre ellos están la vía parenteral y el consumo simultáneo de otras sustancias, sobre todo de alcohol, benzodiacepinas y, en algunos casos, antidepresivos. Otros factores relacionados con las sobredosis son el consumo compulsivo de drogas, la comorbilidad, la carencia de hogar, los problemas de salud mental (como depresión), el hecho de no recibir un tratamiento de la drogadicción, los antecedentes de sobredosis y la soledad en el momento de la sobredosis (Rome *et al.*, 2008). El período inmediatamente posterior a la excarcelación o el alta de un tratamiento de drogodependencia parece ser el que mayor riesgo de sobredosis ha presentado en algunos estudios longitudinales (OMS, 2010a).

### Metadona y mortalidad

Con una cifra estimada de 700 000 consumidores de opiáceos que reciben tratamiento de sustitución, fármacos como la metadona han sido foco de atención con relación a las muertes inducidas por drogas. La metadona aparece mencionada con frecuencia en los informes toxicológicos de las muertes relacionadas con el consumo de drogas y a veces se considera que es la causa de la muerte. A pesar de ello, los datos actualmente disponibles apoyan claramente las ventajas de un tratamiento de sustitución de opiáceos debidamente controlado y supervisado, siempre que se combine con intervenciones de asistencia psicosocial, para mantener a los pacientes en tratamiento y reducir el consumo de opiáceos y la mortalidad.

En los estudios observacionales se ha obtenido una tasa de mortalidad para los consumidores de opiáceos que reciben tratamiento con metadona de aproximadamente un tercio de la tasa observada en los que no reciben tratamiento. La duración del tratamiento es un factor importante, y los estudios recientes demuestran que el tratamiento de sustitución de opiáceos tiene una probabilidad superior al 85 % de reducir la mortalidad total entre los consumidores de opiáceos si siguen el tratamiento durante 12 meses o más (Cornish *et al.*, 2010). La mejora de la supervivencia aumenta con la exposición acumulada al tratamiento (Kimber *et al.*, 2010). Además, la metadona parece reducir el riesgo de infección por el VIH en aproximadamente el 50 % en comparación con la abstinencia total o la ausencia de tratamiento (Mattick *et al.*, 2009). Con respecto a las muertes relacionadas con la metadona en una población, un estudio reciente en Escocia e Inglaterra ha concluido que la introducción de tratamiento con metadona supervisado fue seguida de una marcada disminución del número de muertes relacionadas con la metadona. Entre 1993 y 2008, el número de muertes relacionadas con sobredosis de metadona por cantidad de metadona prescrita se redujo a la cuarta parte, a pesar de la expansión del tratamiento como telón de fondo (Strang *et al.*, 2010).

### Otros opiáceos

Además de la heroína, otra serie de opiáceos han sido objeto de informes toxicológicos, entre ellos la metadona<sup>(132)</sup> y la buprenorfina. Las muertes causadas por intoxicación por buprenorfina son infrecuentes y se mencionan en muy pocos países, a pesar de su creciente uso como tratamiento de sustitución en Europa. En Finlandia, sin embargo, la buprenorfina sigue siendo el opiáceo detectado con más frecuencia en las autopsias forenses, pero generalmente en combinación con otras sustancias. Este hecho ha sido ilustrado en un reciente informe finlandés que ha investigado la presencia de drogas en casos de intoxicación accidental y constatado la presencia de benzodiacepinas en casi todos (38/40) los casos en los que se identificó al buprenorfina como principal causa de muerte. El alcohol fue también un importante factor de contribución identificado en 22 de 40 casos (Salasuo *et al.*, 2009). En Estonia, la mayor parte de las muertes inducidas por drogas que se notificaron en 2009 estuvieron causadas, como en años anteriores, por el 3-metilfentanilo.

### Muertes relacionadas con otras drogas

Las muertes causadas por intoxicación aguda de cocaína parecen ser relativamente poco frecuentes (OEDT, 2010a). Sin embargo, las muertes inducidas por consumo de cocaína resultan más difíciles de definir e identificar que las relacionadas con los opiáceos, de manera que posiblemente no se notifiquen todos los casos (véase el capítulo 5).

En 2009, se notificaron cerca de 900 muertes relacionadas con la cocaína en 21 países. Debido a la ausencia de comparabilidad en los datos disponibles, resulta difícil describir la tendencia europea. Los datos más recientes en España y el Reino Unido, los dos países con los niveles más altos de prevalencia de cocaína, indican una disminución de las muertes relacionadas con las drogas: en España, desde el 25,1 % de los casos declarados con cocaína (pero sin opiáceos) en 2007 hasta el 19,3 % en 2008; y en el Reino Unido, desde el 12,7 % en 2008 hasta el 9,6 % en 2009. La cocaína se menciona muy rara vez como la única sustancia que contribuye a una muerte inducida por drogas.

Una reciente revisión internacional sobre la mortalidad entre los consumidores de cocaína concluyó que existen datos limitados sobre la magnitud de la mortalidad elevada entre consumidores problemáticos o dependientes de cocaína (Degenhardt *et al.*, 2011). La revisión incluyó los resultados de tres estudios europeos de seguimiento: un estudio francés que realizó el seguimiento

<sup>(132)</sup> Véase el recuadro «Metadona y mortalidad».



de personas detenidas por delitos relacionados con la cocaína; un estudio neerlandés de consumidores de cocaína por vía parenteral a través de servicios de bajo umbral; y un estudio italiano con consumidores dependientes de cocaína que recibían tratamiento. Las tasas crudas de mortalidad en estos estudios variaron desde 0,54 hasta 4,6 por 100 personas-año. Un reciente estudio danés de cohortes realizado en pacientes que recibían tratamiento por consumo de cocaína demostró un exceso de riesgo de mortalidad de 6,4 en comparación con personas de la misma edad y sexo en la población general (Arendt *et al.*, 2011).

Las muertes con presencia de éxtasis (MDMA) no se suelen notificar, aunque en muchos casos esta droga no ha sido identificada como causa directa de la muerte <sup>(133)</sup>. En 2009, se notificaron las muertes posiblemente relacionadas con las catinonas en Inglaterra (mefedrona) y Finlandia (MDPV) (véase el capítulo 8).

### Tendencias en las muertes inducidas por drogas

El número de muertes inducidas por drogas aumentó notablemente en Europa durante el decenio de los ochenta y principios del de los noventa, coincidiendo con un aumento del consumo de heroína y del uso de la vía parenteral, para luego mantenerse a niveles elevados <sup>(134)</sup>. Entre 2000 y 2003, la mayoría de los Estados miembros de la UE notificaron una disminución, seguida de un aumento entre 2003 y 2008. Los datos preliminares disponibles en 2009 sugieren una cifra global igual o ligeramente inferior a la de 2008. Cuando se puede hacer una comparación, se observa que el número de muertes declaradas ha disminuido en algunos de los países más grandes, como Alemania, Italia y el Reino Unido.

Las razones que sustentan el mantenimiento del número de muertes provocadas por las drogas notificadas son difíciles de explicar, especialmente a la luz de las indicaciones de disminución del consumo por vía parenteral y de aumento del número de consumidores de opiáceos que inician un tratamiento y se ponen en contacto con los servicios de reducción de daños. Algunas de las posibles explicaciones son: el aumento de los niveles de politoxicomanía (OEDT, 2009b) o de conductas de alto riesgo el aumento del número de consumidores de opiáceos reincidentes que abandonan la cárcel o el tratamiento, y el envejecimiento de la cohorte de consumidores de drogas, posiblemente con una población más vulnerable de consumidores crónicos.

### Mortalidad total relacionada con el consumo de drogas

La mortalidad total relacionada con el consumo de drogas incluye las muertes inducidas por drogas y las causadas indirectamente por ese consumo, como enfermedades infecciosas, problemas cardiovasculares y accidentes. Las muertes indirectamente relacionadas con el consumo de drogas son difíciles de cuantificar, pero su impacto en la salud pública puede ser considerable. Estas muertes se producen principalmente entre los consumidores problemáticos de drogas, pero algunas también entre consumidores ocasionales (como accidentes de tráfico).

La mortalidad total relacionada con las drogas puede estimarse de distintas formas, por ejemplo combinando la información obtenida en estudios de mortalidad de cohortes con estimaciones de la prevalencia del consumo de drogas. Otro enfoque consiste en utilizar las estadísticas generales existentes sobre mortalidad y estimar la proporción relacionada con el consumo de drogas.

### Estudios de mortalidad de cohortes

Los estudios de mortalidad de cohortes realizan el seguimiento de un mismo grupo de consumidores problemáticos de drogas a lo largo de un cierto período y, con la ayuda de los certificados de defunción, intentan identificar las causas de todas las muertes que se producen en esos grupos. Ese tipo de estudio permite determinar las tasas de mortalidad total y mortalidad específica por una cierta causa en esa cohorte, además de estimar el exceso de mortalidad en ese grupo en comparación con la población general <sup>(135)</sup>.

Dependiendo de los centros donde se realice el reclutamiento (como centros de tratamiento de drogodependencias) y de los criterios de inclusión (como consumo por vía parenteral), la mayoría de los estudios de cohortes indican tasas de mortalidad del orden del 1-2 % al año entre los consumidores problemáticos de drogas. Esas tasas de mortalidad son entre 10 y 20 veces mayores que las obtenidas en el mismo grupo de edad en la población general. La importancia relativa de las distintas causas de mortalidad varía según la población, de un país a otro y a lo largo del tiempo. No obstante, la principal causa de mortalidad entre los consumidores problemáticos de drogas suele ser la sobredosis de drogas, que es responsable de entre el 50 % y el 60 % de las muertes ocurridas entre consumidores de drogas por vía parenteral en países con una baja prevalencia de VIH/sida. Además del VIH/sida y otras enfermedades, las causas de mortalidad declaradas con más frecuencia incluyen suicidio, accidentes y consumo elevado de alcohol.

<sup>(133)</sup> Para consultar los datos sobre las muertes relacionadas con drogas distintas a la heroína, véase el cuadro DRD-108 del boletín estadístico de 2011.

<sup>(134)</sup> Véanse los gráficos DRD-8 y DRD-11 del boletín estadístico de 2011.

<sup>(135)</sup> Para más información sobre los estudios de mortalidad en cohortes, véanse los indicadores básicos en el sitio web del OEDT.

### Muertes indirectamente relacionadas con el consumo de drogas

Tras combinar los datos facilitados por Eurostat y la vigilancia del VIH/sida, el OEDT estimó que en 2007 se produjeron en la Unión Europea más de 2 100 muertes atribuibles al consumo de drogas <sup>(136)</sup>; el 90 % de ellas se produjeron en España, Francia, Italia y Portugal.

Otras enfermedades que son también responsables de una cierta proporción de muertes ocurridas entre los consumidores de drogas son las enfermedades crónicas, como las que afectan al hígado, principalmente causadas por infección por hepatitis C y con frecuencia agravadas por un consumo muy elevado de alcohol y la coinfección por el VIH. Las muertes causadas por otras enfermedades infecciosas son más raras. Las causas de mortalidad entre los consumidores de drogas como suicidio y trauma, así como homicidio, han recibido mucha menos atención, a pesar de las indicaciones de un impacto considerable en la mortalidad.

### Reducción del número de muertes relacionadas con las drogas

En 15 países europeos, la estrategia nacional contra las drogas incluye un componente de reducción de las muertes relacionadas con las drogas, y ese tipo de políticas se ha trasladado también al ámbito regional o dispone de un plan de acción específico para la prevención de tales muertes. En otros países, como Estonia, Francia y Austria, los incrementos recientes en el número de muertes relacionadas con las drogas (en parte entre los grupos de menos edad y en los consumidores

socialmente integrados) han puesto de manifiesto la necesidad de mejorar las respuestas.

El tratamiento reduce significativamente el riesgo de mortalidad entre los consumidores de drogas, si bien los riesgos relacionados con la tolerancia a las drogas son mayores en el momento de iniciar o finalizar el tratamiento. Los estudios indican que el riesgo de muerte inducida por las drogas se eleva considerablemente cuando se produce una recaída después del tratamiento o en las dos semanas siguientes a la excarcelación.

Debido a su perfil de seguridad farmacológica, en algunos países se recomienda la buprenorfina como tratamiento de mantenimiento con opiáceos <sup>(137)</sup>, y una combinación de buprenorfina-naloxona ha obtenido ya la autorización de comercialización en más de la mitad de los países <sup>(138)</sup>.

Aunque se han hecho progresos en algunos países europeos para salvar las distancias que existen en los tratamientos administrados en la comunidad y en la cárcel <sup>(139)</sup>, la interrupción del tratamiento de drogodependencias, ya sea por detención, encarcelamiento o excarcelación, se ha identificado como un factor que aumenta el riesgo de sobredosis (Dolan *et al.*, 2005). Esto ha llevado a la oficina regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010c) a publicar una serie de recomendaciones para la prevención de sobredosis en las cárceles y para mejorar la continuidad de la asistencia tras la excarcelación.

Además de la mejora del acceso al tratamiento de las drogodependencias, se han estudiado otras intervenciones para reducir los riesgos de sobredosis entre los consumidores de drogas. Esas intervenciones actúan sobre factores personales, de contexto o relacionados con el consumo de drogas. Los materiales de información sobre el riesgo de sobredosis, a menudo publicados en varios idiomas para llegar a los inmigrantes que consumen drogas, se distribuyen en la mayoría de los países a través de organismos especializados en drogas y sus páginas web, y más recientemente también a través de mensajes de teléfono y correos electrónicos. En 27 países se ofrece asesoramiento y formación de los consumidores de drogas orientada a un consumo seguro, que son impartidos por especialistas en drogas o a través de educadores en actividades de aprendizaje entre iguales <sup>(140)</sup>.

#### «Cuestión particular»: Mortalidad relacionada con el consumo de drogas: un enfoque integral e implicaciones para la sanidad pública

Una «Cuestión particular» del OEDT, publicada este año, presenta los resultados sobre la mortalidad relacionada con drogas que se han obtenido en estudios longitudinales recientes en consumidores problemáticos de drogas en Europa. Se examina la mortalidad total y por causas específicas y se describen los factores de riesgo y de protección identificados en las investigaciones realizadas. Se analizan también las implicaciones para la sanidad pública.

Esta publicación está disponible en versión impresa y en el sitio web del OEDT únicamente en inglés.

<sup>(136)</sup> Véase el cuadro DRD-5 (parte iii) del boletín estadístico de 2011.

<sup>(137)</sup> Véanse las directrices terapéuticas en el portal de las mejores prácticas.

<sup>(138)</sup> Véase el cuadro HSR-1 del boletín estadístico de 2011.

<sup>(139)</sup> Véanse el capítulo 2 y el cuadro HSR-9 del boletín estadístico de 2011.

<sup>(140)</sup> Véase el cuadro HSR-8 del boletín estadístico de 2011.



Otras respuestas declaradas por un pequeño número de países son: seguimiento de los que han sufrido una emergencia relacionada con las drogas (Bélgica, Dinamarca, Luxemburgo, Países Bajos, Austria); «sistemas de alerta temprana» para alertar a los consumidores de sustancias peligrosas (Bélgica, República Checa, Francia, Hungría, Portugal, Croacia); y mejores controles para prevenir la prescripción múltiple de fármacos (Luxemburgo, Reino Unido). Los centros para el consumo de drogas para supervisión, como los que existen en Alemania, España, Luxemburgo, Países Bajos y Noruega, ofrecen la oportunidad de una intervención inmediata de profesionales en casos de sobredosis y reducen las consecuencias para la salud de las sobredosis no mortales. El efecto de las salas para el consumo de drogas bajo supervisión en las muertes inducidas por drogas en la comunidad incluye un estudio reciente realizado en Vancouver, en el que se declaró una reducción del 35 % en las muertes por sobredosis ocurridas en la comunidad afectada después de que se abriera un centro para el consumo por vía parenteral supervisado (Marshall, B. *et al.*, 2011). Este resultado apunta en la misma dirección que estudios anteriores revisados en una monografía sobre reducción de daños (OEDT, 2010b).

La formación relacionada con las sobredosis, combinada con la entrega de una dosis de naloxona para tomar en casa —que revierte los efectos de los opiáceos y se utiliza ampliamente en los hospitales y servicios de urgencias—, es una intervención que puede prevenir

muerres por sobredosis de opiáceos. Algunos países europeos refieren la existencia de programas de base comunitaria que prescriben naloxona a consumidores de drogas con riesgo de sobredosis de opiáceos. La prescripción de naloxona se acompaña de formación obligatoria para reconocer sobredosis, la enseñanza de técnicas básicas de primeros auxilios (por ejemplo, reanimación respiratoria, posición de recuperación) y la forma de administrar la naloxona. Esta intervención se dirige a los consumidores de drogas, sus familias y amigos, para ayudarles a tomar las medidas oportunas en situaciones de sobredosis, mientras se espera la llegada de los servicios de urgencias.

Italia (donde el 40 % de las agencias de drogas suministran naloxona), Alemania y el Reino Unido (Inglaterra y Gales) han facilitado información sobre la distribución de naloxona entre los consumidores de drogas. Bulgaria, Dinamarca y Portugal han informado de las nuevas iniciativas emprendidas. En Escocia, la entrega de «naloxona para tomar en casa» a todas las personas de riesgo que son excarceladas se introdujo en todo el país en 2010, y el Gobierno está apoyando un programa nacional de naloxona para llevar a casa dirigido a las personas que se consideran con riesgo de sufrir una sobredosis de opiáceos y sus posibles contactos. La eficacia de la entrega de naloxona en el momento de la excarcelación para reducir las muertes por sobredosis en las semanas siguientes ha sido evaluada en Inglaterra por el estudio del proyecto N-Alive, que realizará un ensayo controlado y aleatorizado en 5 600 reclusos.



## Capítulo 8

# Nuevas drogas y tendencias emergentes

### Introducción

El suministro de información puntual y objetiva sobre nuevas drogas y tendencias emergentes reviste una importancia cada vez mayor, dada la naturaleza cada vez más dinámica y cambiante del problema de las drogas en Europa. El mercado de las nuevas drogas se caracteriza por la rapidez con la que los proveedores responden a la imposición de medidas de control, ofreciendo alternativas nuevas a productos de uso restringido. Una serie de fuentes de información y de indicadores clave, como la vigilancia vía Internet y el análisis de las aguas residuales, puede contribuir a perfilar más claramente las tendencias emergentes en relación con las drogas en Europa. En el presente capítulo se facilita información detallada sobre las nuevas sustancias psicotrópicas detectadas por medio del sistema de alerta temprana, y se practica un seguimiento de la evaluación del riesgo de la mefedrona. Se examina el fenómeno de las sustancias psicotrópicas «legales», así como una serie de respuestas nacionales a la venta libre de nuevas sustancias.

### Actuación frente a las nuevas drogas

El sistema de alerta temprana de la Unión Europea ofrece un mecanismo de respuesta rápida a la aparición de nuevas sustancias psicotrópicas en el panorama de las drogas. El sistema está siendo objeto de una revisión en el marco de la evaluación de la Comisión Europea sobre el funcionamiento de la Decisión 2005/387/JAI del Consejo <sup>(141)</sup>.

### Nuevas sustancias psicotrópicas

Entre 1997 y 2010, se notificaron formalmente más de 150 nuevas sustancias psicotrópicas a través del sistema de alerta temprana, que actualmente son objeto de vigilancia. Durante este período, se ha incrementado la velocidad a la que aparecen nuevas sustancias en el mercado, habiéndose notificado un número sin precedentes de nuevas sustancias durante los dos últimos años: 24 en 2009 y 41 en 2010 <sup>(142)</sup>. Muchas de estas

nuevas sustancias han sido detectadas por medio de productos de ensayo vendidos en Internet y en tiendas especializadas (por ejemplo, *smart shops*, *head shops*).

La mayor parte de las 41 sustancias psicotrópicas nuevas identificadas en 2010 son catinonas sintéticas o cannabinoides sintéticos. Con 15 nuevos derivados detectados en 2010, las catinonas sintéticas constituyen actualmente, después de las fenetilaminas, la segunda familia más grande de drogas vigiladas a través del sistema de alerta temprana. La lista de sustancias notificadas recientemente contiene también un grupo diverso de sustancias químicas, entre ellas un derivado sintético de la cocaína, un precursor natural y varias sustancias psicotrópicas sintéticas. En 2010 se notificaron por primera vez derivados de la fenciclidina (PCP) y ketamina, dos drogas establecidas y utilizadas actualmente y en el pasado para la medicina humana o veterinaria.

La emergencia de nuevas drogas basadas en medicinas con un riesgo conocido de abuso es un ejemplo de cómo la innovación en el mercado ilegal requiere una respuesta conjunta de las autoridades responsables de la regulación de medicamentos y control de las drogas. Esta cuestión representa más una amenaza potencial que un problema inmediato, pero dada la rapidez con la que evolucionan los acontecimientos en este campo, es importante anticiparse a futuros retos.

### Evaluación de riesgos

En 2010, la mefedrona (4-metilmecatínona) se convirtió en el primer derivado de la catinona objeto de una evaluación formal de riesgos. Fue también la primera sustancia objeto de una evaluación de riesgos de acuerdo con las nuevas directrices operativas <sup>(143)</sup>. La evaluación de riesgos plantea una serie de dificultades ligadas a la escasez de datos disponibles y también a la falta de semejanza de la mefedrona con los compuestos evaluados anteriormente. No obstante, por vez primera se incorporaron los datos de vigilancia toxicológica de un estudio exploratorio realizado en un grupo de

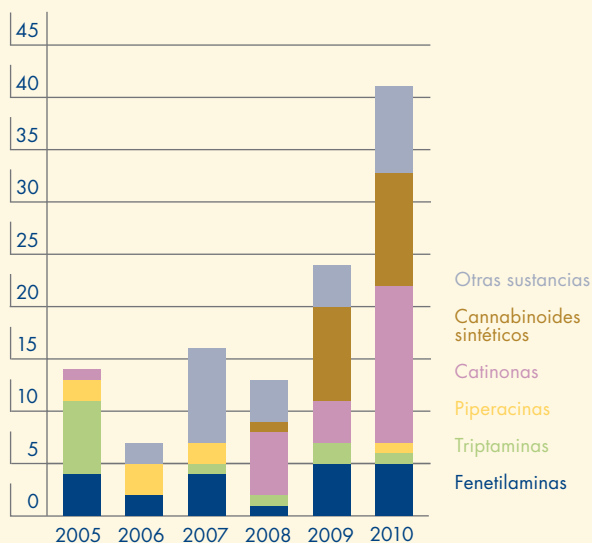
<sup>(141)</sup> Decisión 2005/387/JAI del Consejo, de 10 de mayo de 2005, relativa al intercambio de información, la evaluación del riesgo y el control de las nuevas sustancias psicotrópicas (DO L 127 de 20.5.2005, p. 32).

<sup>(142)</sup> Véase el recuadro «Principales grupos de sustancias psicotrópicas vigiladas mediante el sistema de alerta temprana».

<sup>(143)</sup> Véase el recuadro «Directrices para la evaluación de riesgos».

### Principales grupos de sustancias psicotrópicas vigiladas mediante el sistema de alerta temprana

Las nuevas sustancias psicotrópicas que han aparecido en el mercado de las drogas en Europa se inscribían históricamente en un pequeño número de familias químicas, guardando relación las fenetilaminas y las triptaminas con la mayor parte de las notificaciones del sistema de alerta temprana. Pero en los últimos años se ha notificado un número cada vez mayor de nuevas sustancias englobadas en un abanico más amplio de familias químicas (véase el gráfico).



N.B.: Número de nuevas sustancias psicotrópicas notificadas a través del sistema europeo de alerta temprana con arreglo a la Decisión 2005/387/JAI del Consejo.

Las fenetilaminas abarcan un considerable número de sustancias que pueden tener efectos estimulantes, entactogénicos o alucinógenos. Algunos ejemplos son las sustancias sintéticas anfetaminas, metanfetamina y MDMA (3,4-metilendioxi-metanfetamina), y mescalina, presente en la naturaleza.

Las triptaminas incorporan una serie de sustancias que presentan efectos principalmente alucinógenos. Sus principales representantes son los compuestos presentes en la naturaleza dimetiltriptamina (DMT), psilocina y psilocibina (presente en los hongos alucinógenos), así como el ácido lisérgico semisintético dietilamina (LSD).

Las piperacinas están representadas por la mCPP (1-(3-clorofenil)piperacina) y la BZP (1-bencilpiperacina), dos estimulantes del sistema nervioso central.

Las catinonas tienen efectos estimulantes. Los principales derivados de la catinona son la metcatinona semisintética y los compuestos sintéticos mefedrona, metilona y MDPV (3,4-metilendioxi-pirovalerona).

Los cannabinoides sintéticos son funcionalmente similares al delta-9-tetrahidrocanabinol (THC), el principio activo del cannabis. Al igual que el THC, pueden tener efectos alucinógenos, sedantes y depresivos. Se ha detectado su presencia en mezclas para fumar a base de hierbas como «Spice» (véase OEDT, 2009d).

Otras sustancias declaradas al sistema de alerta temprana son diversas sustancias psicotrópicas derivadas de las plantas y sintéticas (por ejemplo, indanos, benzodifuranilos, analgésicos narcóticos, derivados sintéticos de la cocaína, ketamina y derivados de la fenciclidina), que no pertenecen estrictamente a ninguna de las familias anteriores. Se incluye aquí un pequeño número de medicamentos y derivados.

Para más información sobre una serie de sustancias psicotrópicas nuevas, véase «Perfiles de drogas del OEDT».

consumidores de mefedrona, permitiendo con ellos que las conclusiones de dicho estudio se basaran mejor en datos científicos que en evaluaciones anteriores de riesgos.

Tras examinar los resultados del informe de evaluación de riesgos (OEDT, 2010e), en diciembre de 2010 el Consejo Europeo decidió que la mefedrona debía ser objeto de medidas de control y de sanciones penales en toda Europa (144). Para entonces, 18 países europeos habían introducido ya medidas de control relativas a la mefedrona (145). Los restantes Estados miembros de la UE disponen de un año para adoptar las medidas necesarias.

### Mefedrona

Un limitado número de fuentes permiten cierto seguimiento continuo del consumo de mefedrona y su

disponibilidad en Europa, principalmente encuestas por Internet a personas que frecuentan locales nocturnos y estudios de ventas en línea. Las encuestas realizadas por Internet a lectores de una revista para discotequeros en el Reino Unido situaron el consumo de mefedrona alguna vez en la vida en torno al 40 % en 2010 (2 295 personas respondieron a la encuesta, Dick y Torrance, 2010), y al 61 % en 2011 (2 560 personas respondieron a la encuesta, Winstock, 2011), aunque el consumo durante el último mes se redujo del 33 % al 25 % durante ese mismo período. Estas encuestas no pueden considerarse representativas de la población más amplia de personas que frecuentan locales nocturnos.

La disponibilidad de mefedrona en Internet ha sido evaluada en seis estudios realizados a través de Internet por el OEDT (instantáneas) entre diciembre

(144) Decisión 2010/759/UE del Consejo, de 2 de diciembre de 2010, por la que se somete la 4-metilmetcatinona (mefedrona) a medidas de control (DO L 322 de 8.12.2010, p. 44).

(145) Bélgica, Dinamarca, Alemania, Estonia, Irlanda, Francia, Italia, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Malta, Austria, Polonia, Rumanía, Suecia, Reino Unido, Croacia y Noruega.

## Directrices para la evaluación de riesgos

Las actuales directrices operativas para la evaluación de los riesgos de las nuevas sustancias psicotrópicas, adoptadas en 2008, se aplicaron por primera vez en 2010 con la mefedrona (OEDT, 2010c). Las directrices proporcionan un marco conceptual para realizar una evaluación científicamente sólida y basada en datos científicos, en el momento oportuno y con unas fuentes de información limitadas. Los principales aspectos considerados son: riesgos sanitarios y sociales, fabricación y tráfico, relación con la delincuencia organizada y posibles consecuencias de las medidas de control.

Las directrices tienen en cuenta todos los factores que, de acuerdo con los Convenios de Naciones Unidas de 1961

y 1971, obligarían a someter a una sustancia a control internacional. Introducen también un nuevo sistema de puntuación semicuantitativa basado en la opinión de expertos. Las directrices tienen en cuenta una definición dual del riesgo, esto es, la probabilidad de que se produzca algún daño (lo que normalmente se define como «riesgo») y la gravedad de dicho daño (lo que normalmente se define como «peligro»). Además, se analiza la prevalencia del consumo; los posibles beneficios y riesgos de la sustancia con independencia de su situación legal en los Estados miembros; y la comparación con otras drogas mejor conocidas.

En 2010, la Organización Mundial de la Salud aprobó también un nuevo análisis de sus directrices relativas a la revisión de sustancias psicotrópicas para control internacional (OMS, 2010b).

de 2009 y febrero de 2011. En el primer semestre de 2010 se constató la disponibilidad amplia y legal de la mefedrona a través de proveedores en Internet, donde se vendía tanto al por menor como en grandes cantidades. Las instantáneas del OEDT sobre la venta de drogas en línea, realizadas en inglés, indican un pico en la disponibilidad de mefedrona en Internet en marzo de 2010, con 77 minoristas que ofrecían su venta. Desde entonces, el número total de tiendas en línea que venden mefedrona ha disminuido desde que, en abril de 2010, los países europeos empezaron a adoptar medidas de control sobre esta sustancia. A pesar de que la mefedrona se controlaba en la mayoría de los Estados miembros a principios de 2011, una instantánea multilingüe del OEDT ha demostrado que la droga se sigue vendiendo por Internet y se han encontrado 23 sitios web que ofrecen mefedrona a compradores en la Unión Europea. De las 77 tiendas en línea originales encontradas en marzo de 2010, solo 15 han seguido funcionando un año después y solo dos siguen vendiendo mefedrona. Las restantes 13 tiendas siguen vendiendo otros productos, a menudo presentados como «sustancias químicas en investigación» y comercializados como «alternativas legales a la mefedrona»<sup>(146)</sup>. La instantánea del OEDT de 2011 identifica también un importante descenso desde 2010 en el número de tiendas en línea que ofrecen mefedrona y que parecen tener su sede en el Reino Unido. En 2011, el país con mayor número de tiendas en línea que venden mefedrona es Estados Unidos (seis tiendas), seguido de la República Checa y el Reino Unido (con tres tiendas cada uno). Durante ese mismo período, el precio de la

metadona ha aumentado, de 10-12 euros por gramo en 2010 a 20-25 euros por gramo en 2011.

Las intoxicaciones y las muertes relacionadas con la mefedrona siguen siendo objeto de una estrecha vigilancia por el sistema de alerta temprana. En Irlanda y el Reino Unido se han notificado algunos efectos adversos para la salud relacionados con el consumo de mefedrona, aunque sin consecuencias mortales. En 2010, se recibieron informes de 65 muertes presuntamente relacionadas con la mefedrona en Inglaterra, demostrándose la presencia de la droga en 46 casos. Sin embargo, la identificación de una sustancia en una muestra toxicológica no significa necesariamente que haya causado o contribuido a la muerte, y los informes de muertes relacionadas con la mefedrona deben ser interpretados con cautela.

## Otras sustancias

No se efectúa una vigilancia rutinaria en Europa de sustancias sometidas a una evaluación de riesgos, incluidas las vigiladas posteriormente. La información disponible sobre estas sustancias procede sobre todo de incautaciones de drogas y de informes de efectos adversos sobre la salud de sustancias controladas, recibidos a través del sistema de alerta temprana. Una serie de Estados miembros informan que piparicinas como BZP y mCPP seguían estando disponibles en 2009 y 2010. La mCPP se localizó con frecuencia en pastillas vendidas como éxtasis, identificadas por programas de análisis de pastillas, por ejemplo en los Países Bajos. También en 2010, Finlandia notificó la presencia de MDPV<sup>(147)</sup> en 13 muestras de

<sup>(146)</sup> Estos productos son MDAI (5,6-metilendioxi-2-aminoindano), 5-IAI (5-yodo-2-aminoindano), MDAT (6,7-metilendioxi-2-aminotetralina), 5-APB (5-(2-aminopropil)benzofurano, vendido como «Benzo fury»), 6-APB (6-(2-aminopropil)benzofurano), nafirona (naftilpirovalerona, vendida como NRG-1), 4-MEC (4-metilcatinona, vendida como NRG-2) y metoxetamina (2-(3-metoxifenil)-2-(etilamino)ciclohexanona).

<sup>(147)</sup> La 3,4-metilendioxi-pirovalerona, un derivado de la pirovalerona que figura en la Lista IV de sustancias reguladas del Convenio de Naciones Unidas de 1971.

toxicología *post mortem* y tres países informaron de la reaparición de dos fenetilaminas, PMA y PMMA <sup>(148)</sup>. En los Países Bajos se ha comprobado que los polvos vendidos como anfetaminas contienen hasta un 10 % de PMA, y que los comprimidos vendidos como éxtasis presentan un elevado contenido de PPMA; en Noruega, se ha incautado una cantidad considerable de PMMA; y en Austria, una mezcla vendida como anfetamina contenía un 50 % de PMMA. Todos los países han notificado incidentes médicos y muertes relacionados con PMA y PMMA, dos sustancias sobre las que existe constancia de que producen una toxicidad considerable y que han sido responsables de sobredosis mortales en el pasado.

### Sustancias psicotrópicas «legales»

Desde la década de los ochenta, las nuevas sustancias psicotrópicas han sido conocidas como «drogas de diseño», aunque en los últimos años se ha hecho más popular el término de sustancias psicotrópicas «legales». Este término se refiere a una amplia categoría de sustancias psicotrópicas no reguladas o productos contenidos en ellas que se comercializan como alternativas legales a drogas controladas y bien conocidas y que generalmente se venden por Internet o en tiendas especializadas (*smart shops* o *head shops*). El término se aplica a una gran diversidad de sustancias y productos sintéticos y derivados de las plantas, como «hierbas psicotrópicas», «pastillas para fiestas» y «sustancias químicas en investigación», muchas de las cuales pueden ser diseñadas específicamente para eludir los controles actualmente existentes sobre las drogas. El propio término, aunque de uso común, sigue resultando problemático <sup>(149)</sup>.

### Prevalencia y disponibilidad en Internet

En Europa se han realizado pocos estudios sobre la prevalencia de las sustancias psicotrópicas «legales» como término colectivo o referido a sustancias individuales. Un estudio realizado en 2008 en Polonia sobre 1 400 estudiantes de 18 años de edad constató que el 3,5 % habían consumido sustancias psicotrópicas «legales» alguna vez en su vida, mientras que en un estudio de seguimiento realizado sobre 1 260 en 2010 se notificó un incremento del 11,4 %. En 2008, el 2,6 % de los estudiantes comunicó haberlas consumido durante los 12 últimos meses, porcentaje que aumentó hasta el 7,2 %

### Sustancias psicotrópicas no tan legales

El término «sustancias psicotrópicas legales» se utiliza en tanto que término general que abarca todas las sustancias psicotrópicas no controladas por la legislación relativa a las drogas. La descripción de estas sustancias como «legales» puede ser incorrecta o inducir a confusión a los clientes, ya que muchas pueden estar cubiertas por la legislación sobre seguridad de los medicamentos o los alimentos.

De acuerdo con la Directiva europea relativa a la seguridad de los productos, los fabricantes están obligados a comercializar únicamente productos seguros. En las condiciones de uso que cabe razonablemente esperar, un producto no debe «presentar ningún riesgo o solo riesgos mínimos compatibles con el uso del producto, considerados aceptables y compatibles con un alto nivel de protección de la seguridad y la salud de las personas», teniendo en cuenta sus características, el etiquetado y las advertencias e instrucciones de uso. Posiblemente en respuesta a ello, las tiendas en línea muestran cada vez más advertencias relativas a los efectos sobre la salud de sus productos. De acuerdo con la Directiva, los distribuidores deben informar también a las autoridades competentes sobre los riesgos graves y adoptar medidas para su prevención. Los delitos pueden ser castigados con la cárcel.

En Europa, la venta de una droga nueva no es más «legal» que la venta de cualquier otro producto no probado o mal etiquetado. Un ejemplo de medidas adoptadas contra la venta de sustancias psicotrópicas «legales» en virtud de las disposiciones legales que protegen a los consumidores es la confiscación de «Spice» y mefedrona a proveedores en Italia y el Reino Unido sobre la base de un etiquetado inadecuado. Asimismo, en 2010 en Polonia, los inspectores sanitarios cerraron 1 200 *head shops*.

en 2010. El consumo en el último mes, sin embargo, se redujo del 1,5 en 2008 al 1,1 % en 2010. En 2011 está previsto que se hagan otros estudios sobre la prevalencia de las sustancias psicotrópicas «legales» en la República Checa, Irlanda y España.

El OEDT vigila la disponibilidad en línea de estas sustancias por medio de instantáneas periódicas específicas en Internet, la más reciente de las cuales se ha publicado en las 23 lenguas oficiales de la UE <sup>(150)</sup>, habladas como lengua materna por el 97 % de la población de la UE, así como en ruso y ucraniano. Además de la búsqueda del término *legal highs*, las sustancias incluidas en estos estudios incluyen «hierbas psicotrópicas» (como «Spice», kratom y salvia),

<sup>(148)</sup> La PMA (para-metoxianfetamina) figura en la Lista I del Convenio de Naciones Unidas de 1971 desde 1986 y la PMMA (para-metoximetilanfetamina) está regulada en toda la UE desde 2002; véase OEDT (2003).

<sup>(149)</sup> Véase el recuadro «Sustancias psicotrópicas no tan legales».

<sup>(150)</sup> Búlgaro, checo, danés, alemán, griego, inglés, español, francés, italiano, letón, húngaro, maltés, neerlandés, polaco, portugués, rumano, eslovaco y sueco.



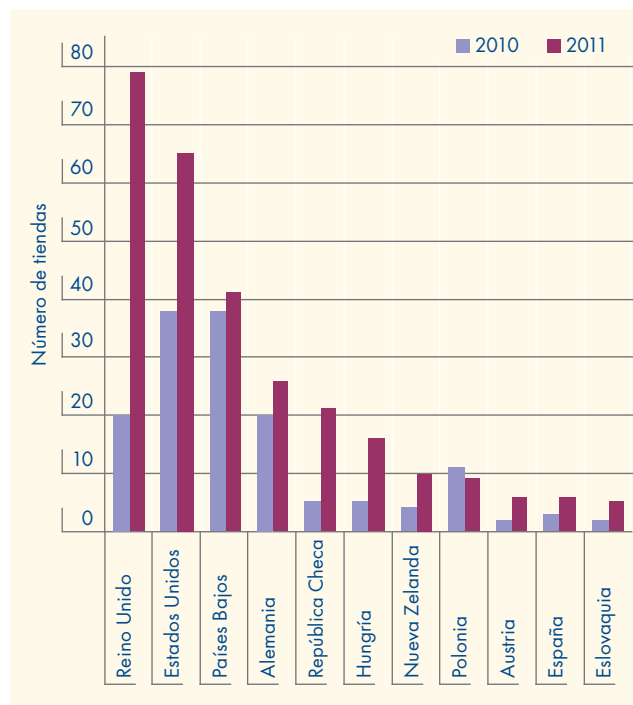
GBL (gamma-butirolactona) y hongos alucinógenos. La instantánea de 2011 de Internet identificó 314 tiendas en línea que vendían sustancias psicotrópicas legales y que suministraban productos en al menos un Estado miembro de la UE. Resulta difícil localizar el país de origen de las tiendas en línea, pero en función de atributos como información de contacto, dominio del código del país, moneda e información para el envío, el Reino Unido parece ser el más frecuente (gráfico 20). El inglés fue la lengua de interface más frecuente, representando el 83 % de las tiendas en línea encuestadas en 2011. El kratom y la salvia fueron las dos sustancias psicotrópicas «legales» ofrecidas con más frecuencia y disponibles en 92 y 72 tiendas en línea, respectivamente.

La disponibilidad de productos tipo «Spice» en Internet ha seguido disminuyendo en 2011; solo 12 de los vendedores al por menor encuestados comercializan en línea las sustancias, frente a 21 establecimientos en 2010 y 55 en 2009. En 2011, el precio de una caja con 3 gramos de productos tipo «Spice» era de 12-18 euros, en comparación con unos 20-30 euros en 2009. Este descenso paralelo en cuanto a precio y disponibilidad puede ser indicio de competencia con otras drogas nuevas.

## Vigilancia de la venta de nuevas drogas

La rápida propagación de nuevas sustancias está obligando a los Estados miembros a reconsiderar y a revisar varias de las respuestas habituales al problema de las drogas. En 2010, tanto Irlanda como Polonia se apresuraron a aprobar legislación destinada a limitar la venta libre de sustancias psicotrópicas no controladas en virtud de la legislación en materia de drogas. Para ello, fue preciso que ambos países elaborasen una cuidadosa definición legal de tales sustancias. La legislación irlandesa las define como sustancias psicotrópicas, no específicamente controladas en virtud de la legislación vigente, que tienen la capacidad de estimular o deprimir el sistema nervioso central, provocando alucinaciones, dependencia o alteraciones importantes de la función locomotora, el pensamiento o la conducta. Se excluyen los medicamentos y alimentos, los remedios veterinarios, las bebidas alcohólicas y el tabaco. La legislación polaca hace referencia a «drogas de sustitución», definidas como una sustancia o planta usada en lugar de, o para fines idénticos a, una droga controlada, y cuya fabricación o comercialización no se encuentra regulada por disposiciones específicas. No existe referencia expresa alguna a si la droga debe considerarse nociva.

**Gráfico 20:** País de origen aparente de las tiendas en línea que ofrecen sustancias psicotrópicas «legales» detectadas en las instantáneas de Internet en 2010 y 2011



*N.B.:* Solo se han incluido en el gráfico los Estados miembros con al menos dos tiendas en línea tanto en 2010 como en 2011. En 2011, una búsqueda realizada en Rumanía por primera vez localizó 13 tiendas en línea que tenían su sede en este país.

## Vigilancia policial de nuevas sustancias psicotrópicas controladas

En 2010 se publicaron en el Reino Unido directrices detalladas dirigidas a las fuerzas policiales en relación con la vigilancia de nuevas sustancias psicotrópicas controladas, en particular, cannabinoides sintéticos, piperazinas y catinonas, así como GBL y 1,4-butanediol (ACPO, 2010). Las directrices proporcionan información sobre el aspecto, los patrones de uso, los efectos y los riesgos de las drogas y su manipulación manual. La directriz recomienda una estrategia nacional unificada para la vigilancia policial de la posesión y distribución de este tipo de sustancias. Se reconoce la necesidad de un análisis forense para la correcta identificación y el tipo de pruebas requeridas. Se hace hincapié en la importancia de un enfoque conjunto entre las autoridades policiales y locales para la vigilancia de las *head shops*. Se insta a la policía a visitar las *head shops*, a fin de obtener y facilitar información a los propietarios con el fin de darles la oportunidad de que entreguen las sustancias controladas. Para ello, se sugiere un modelo de carta por el que se solicite al propietario de la tienda que revise las medidas adoptadas y se asegure de que cumplan la legislación.



En Irlanda, la policía vela por el cumplimiento de la legislación. Los altos funcionarios de la policía están autorizados a expedir un «aviso de prohibición» a un vendedor; si el infractor incumpliera dicho aviso, los tribunales podrán dictar una «orden de prohibición». La venta, publicidad e incumplimiento de una «orden de prohibición» podrán ser sancionados con pena de hasta cinco años de prisión. Por el contrario, en Polonia es la inspección nacional de sanidad la que vela por el cumplimiento de la legislación. La pena aplicada por fabricar drogas de sustitución o por su puesta en circulación es una multa elevada, mientras que la pena aplicada

por hacer publicidad de las mismas puede llegar hasta un año de prisión. Los inspectores oficiales de sanidad pueden prohibir el comercio de una «droga de sustitución» por un tiempo máximo de hasta 18 meses con el fin de evaluar su seguridad si existen sospechas fundadas de que pueda suponer una amenaza para la vida o la salud. Si se concluyese que la droga es peligrosa, el distribuidor estaría obligado a pagar los costes de la evaluación. Los inspectores también tendrán derecho a cerrar instalaciones durante un período de hasta tres meses. En ambos países, no se han previsto delitos tipificados ni penas para los consumidores de estas sustancias.

### Análisis de aguas residuales

El análisis o la epidemiología de las aguas residuales es una disciplina científica que está evolucionando rápidamente y que sirve para vigilar las tendencias en el consumo de drogas ilegales entre la población.

Los avances en química analítica han hecho posible detectar la excreción urinaria de drogas ilegales y sus principales metabolitos en las aguas residuales en concentraciones muy bajas. Esto es comparable con la toma de una muestra de orina muy diluida de toda una comunidad (en lugar de un único consumidor). Aplicando una serie de supuestos, se puede calcular, a partir de la cantidad de metabolito presente en las aguas residuales, la cantidad de droga consumida en una comunidad.

Aunque las investigaciones iniciales se centraron en la identificación de cocaína y sus metabolitos en las aguas

residuales, estudios recientes han facilitado estimaciones sobre los niveles de cannabis, anfetamina, metanfetamina, heroína y metadona. La identificación de drogas consumidas menos frecuentemente, como la ketamina y las nuevas sustancias psicotrópicas, resulta prometedora.

Este campo está evolucionando de manera multidisciplinar, con importantes contribuciones de una serie de disciplinas, como la química analítica, la fisiología, la bioquímica, la ingeniería de las aguas residuales y la epidemiología de drogas convencionales. Una reunión de expertos en el análisis de aguas residuales, celebrada por el OEDT en 2011, identificó al menos 18 grupos de investigación en 13 países europeos que trabajan en este campo. El objetivo del actual programa de investigación es lograr un consenso en relación con métodos y herramientas de muestreo, así como establecer un código de buenas prácticas en este ámbito.



## Bibliografía <sup>(151)</sup>

- Aalto, M., Halme, J., Visapaa, J.-P. y Salaspuro, M. (2007), 'Buprenorphine misuse in Finland', *Substance Use & Misuse* 42, pp. 1027-8.
- Aaron, S., McMahon, J.M., Milano, D., Torres, L., Clatts, M., Tortu, S. *et al.* (2008), 'Intranasal transmission of hepatitis C virus: virological and clinical evidence', *Clinical Infectious Diseases* 47(7), pp. 931-4.
- ACPO (2010), *Guidance on policing new psychoactive substances (formerly legal highs)*, Association of Chief Police Officers of England, Wales and Northern Ireland, Londres.
- AIHW (2008), *2007 National drug strategy household survey: detailed findings*, Drug statistics series No 22, Australian Institute of Health and Welfare, Canberra.
- Akbar, T., Baldacchino, A., Cecil, J., Riglietta, M., Sommer, B. y Humphris, G. (2011), 'Poly-substance use and related harms: A systematic review of harm reduction strategies implemented in recreational settings', *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 35, pp. 1 186-202.
- Allen, D., Coombes, L. y Foxcroft, D.R. (2007), 'Cultural accommodation of the Strengthening Families Programme 10-14: UK Phase I study', *Health Education Research* 22, pp. 547-60.
- Anderson, A.L., Reid, M.S., Li, S.H., Holmes, T., Shemanski, L. *et al.* (2009), 'Modafinil for the treatment of cocaine dependence', *Drug and Alcohol Dependence* 104(1-2), pp. 133-9.
- Arendt, M., Munk-Jørgensen, P., Sher, L., y Jensen, S.O. (2011), 'Mortality among individuals with cannabis, cocaine, amphetamine, MDMA, and opioid use disorders: A nationwide follow-up study of Danish substance users in treatment', *Drug and Alcohol Dependence* 114, pp. 134-9.
- Arfken, C.L., Johanson, C.E., di Menza, S. y Schuster, C.R. (2010), 'Expanding treatment capacity for opioid dependence with office-based treatment with buprenorphine: National surveys of physicians', *Journal of Substance Abuse Treatment* 39(2), pp. 96-104.
- Bargagli, A.M., Hickman, M., Davoli, M., Perucci, C.A., Schifano, P. *et al.* (2006), 'Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries', *European Journal of Public Health* 16, pp. 198-202.
- Barry, D., Sullivan, B. y Petry, N.M. (2009), 'Comparable efficacy of contingency management for cocaine dependence among African American, Hispanic, and White methadone maintenance clients', *Psychology of Addictive Behaviors* 23(1), pp. 168-74.
- Bell, J. (2010), 'The global diversion of pharmaceutical drugs: opiate treatment and the diversion of pharmaceutical opiates: a clinician's perspective', *Addiction* 105, pp. 1531-7.
- Bellis, M.A., Hughes, K., Calafat, A., Juan, M. y Schnitzer, S. (2009), 'Relative contributions of holiday location and nationality to changes in recreational drug taking behaviour: a natural experiment in the Balearic Islands', *European Addiction Research* 15, pp. 78-86.
- Best, D., Rome, A., Hanning, K.A., White, W., Gossop, M., Taylor, A. y Perkins, A. (2010), *Research for recovery: a review of the drugs evidence base*, Scottish Government Social Research (disponible aquí).
- Bird, S.M. y Robertson, J.R. (2011), 'Toxicology of Scotland's drugs-related deaths in 2000-2007: Presence of heroin, methadone, diazepam and alcohol by sex, age-group and era', *Addiction Research and Theory* 19, pp. 170-8.
- Bloor, M., Gannon, M., Hay, G., Jackson, G., Leyland, A.H. y McKeganey, N. (2008), 'Contribution of problem drug users' deaths to excess mortality in Scotland: secondary analysis of cohort study', *BMJ* 337, p. a478.
- Bröring, G. and Schatz, E. (editores) (2008), *Empowerment and self-organisations of drug users: experiences and lessons learnt*, Foundation Regenboog AMOC, Amsterdam (disponible aquí).
- Brugal, M.T., Pulido, J., Toro, C., de la Fuente, L., Bravo, M.J. *et al.* (2009), 'Injecting, sexual risk behaviors and HIV infection in young cocaine and heroin users in Spain', *European Addiction Research* 15, pp. 171-8.
- CADUMS (2010), *Canadian alcohol and drug use monitoring survey 2009*, Health Canada. Controlled Substances and Tobacco Directorate (disponible aquí).
- Caiaffa, W.T., Zoccratto, K.F., Osimani, M.L., Martínez, P.L., Radulich, G., Latorre, L. *et al.* (2011), 'Hepatitis C virus among non-injecting cocaine users (NICUs) in South America: can injectors be a bridge?', *Addiction* 106(1) pp. 143-51.

<sup>(151)</sup> La versión en PDF del informe anual contiene hipervínculos con otras fuentes y está disponible en el sitio web del OEDT (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2011>).

- Carpenido, C.M., Kirby, K.C., Dugosh, K.L., Rosenwasser, B.J. y Thompson, D.L. (2010), 'Extended voucher-based reinforcement therapy for long-term drug abstinence', *American Journal of Health Behavior* 34(6), pp. 776-87.
- Carpentier, C., Royuela, L., Noor, A. y Hedrich, D. (2011), 'Ten years of monitoring illicit drug use in prison populations in Europe: issues and challenges', *The Howard Journal of Criminal Justice* (en prensa).
- Chabrol, H., Roura, C. y Armitage, J. (2003), 'Bongs, a method of using cannabis linked to dependence', *Canadian Journal of Psychiatry* 48, p. 709.
- Chalmers, J., Ritter, A., Heffernan, M. y McDonnell, G. (2009), *Modelling pharmacotherapy maintenance in Australia: exploring affordability, availability, accessibility and quality using system dynamics*, informe de investigación del Australian National Council on Drugs (disponible aquí).
- Comisión Europea (2011), 'European Economic Forecast: Spring 2011', *European Economy* 1/2011, Dirección General de Asuntos Económicos y Financieros, Comisión Europea.
- Connolly, J., Foran, S., Donovan, A.M. et al. (2008), *Crack cocaine in the Dublin region: an evidence base for a Dublin crack cocaine strategy*, HRB Research Series 6, Health Research Board, Dublín (disponible aquí).
- Cornish, R., Macleod, J., Strang, J., Vickerman, P. y Hickman, M. (2010), 'Risk of death during and after opiate substitution treatment in primary care: prospective observational study in UK General Practice Research Database', *BMJ* 341, p. c5475.
- Consejo de la Unión Europea (2009), *Manual on cross-border operations*, 10505/4/09 Rev. 4 (disponible aquí).
- CPT (Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y de las Penas o Tratos Inhumanos o Degradantes) (2006), *The CPT Standards: 'Substantive' sections of the CPT's General Reports*, CPT/Inf/E (2002)1-Rev. 2006 (disponible aquí).
- Cunningham, J.A. (2000), 'Remissions from drug dependence: is treatment a prerequisite?', *Drug and Alcohol Dependence* 59, pp. 211-3.
- Degenhardt, L., Hall, W., Warner-Smith, M. y Linskey, M. (2009), 'Illicit drug use', en: *Comparative quantification of health risks. Global and regional burden of disease attributable to major risk factors*. Volumen 1, Majid Ezzati et al. (editores), Organización Mundial de la Salud, Ginebra (disponible aquí).
- Degenhardt, L., Mathers, B., Vickerman, P., Rhodes, T., Latkin, C. y Hickman, M. (2010), 'Prevention of HIV infection for people who inject drugs: why individual, structural, and combination approaches are needed', *Lancet* 376, pp. 285-301.
- Degenhardt, L., Singleton, J., Calabria, B., McLaren, J., Kerr, T., Mehta, S., Kirk, G. y Hall, W.D. (2011), 'Mortality among cocaine users: A systematic review of cohort studies', *Drug and Alcohol Dependence* 113, pp. 88-95.
- Dennis, M. y Scott, C.K. (2007), 'Managing addiction as a chronic condition', *Addiction Science and Clinical Practice* 4(1), pp. 45-55.
- Derzon, J.H. (2007), 'Using correlational evidence to select youth for prevention programming', *Journal of Primary Prevention* 28 (5), pp. 421-47.
- Des Jarlais, D., McKnight, C., Goldblatt, C. y Purchase, D. (2009), 'Doing harm reduction better: syringe exchange in the United States', *Addiction* 104(9), pp. 1441-6.
- Dick, D. y Torrance, C. (2010), 'MixMag Drugs Survey', *Mix Mag* 225, pp. 44-53.
- Dolan, K.A., Shearer, J., White, B., Zhou, J., Kaldor, J. y Wodak, A.D. (2005), 'Four year follow-up of imprisoned male heroin users and methadone treatment: mortality, re-incarceration and hepatitis C infection', *Addiction* 100, pp. 820-8.
- ECDC (2010), *Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe 2010*, Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades, Estocolmo.
- ECDC y OEDT (2011), *Joint ECDC-EMCDDA guidance on infection prevention and control among injecting drug users*, Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades, Estocolmo.
- ECDC y Oficina Regional para Europa de la OMS (2010), *HIV/AIDS surveillance in Europe 2009*, Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades, Estocolmo.
- Elkashef, A.M., Rawson, R.A., Anderson, A.L., Li, S.H., Holmes, T. et al. (2008), 'Bupropion for the treatment of methamphetamine dependence', *Neuropsychopharmacology* 33(5), pp. 1162-70.
- Escot, S. y Suderie, G. (2009), 'Usages problematiques de cocaine, quelles interventions pour quelles', *Tendances* 68, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, París.
- Europol (2007), *Amphetamine-type stimulants in the European Union 1998-2007*, contribución de Europol a las Consultas a expertos para la evaluación de UNGASS.
- Europol (2011), *EU organised crime threat assessment: OCTA 2011*, Europol, La Haya.
- Fletcher, A., Bonell, C. y Hargreaves, J. (2008), 'School effects on young people's drug use: a systematic review of intervention and observational studies', *Journal of Adolescent Health* 42 (3), pp. 209-20.
- Galloway, G.P., Buscemi, R., Coyle, J.R., Flower, K., Siegrist, J.D. et al. (2011), 'A randomized, placebo-controlled trial of sustained-release dextroamphetamine for treatment of methamphetamine addiction', *Clinical Pharmacology & Therapeutics* 89(2), pp. 276-82.
- García-Rodríguez, O., Secades-Villa, R., Higgins, S.T., Fernández-Hermida, J.R., Carballo, J.L. et al. (2009), 'Effects of voucher-based intervention on abstinence and retention in an outpatient treatment for cocaine addiction: a randomized controlled trial', *Experimental and Clinical Psychopharmacology* 17(3), pp. 131-8.

- Gregoire, T. y Snively, C. (2001), 'The relationship of social support and economic self-sufficiency to substance abuse outcomes in long-term recovery program for women', *Drug Education* 31(3), pp. 221-37.
- Gripenberg, J., Wallin, E. y Andréasson, S. (2007), 'Effects of a community-based drug use prevention program targeting licensed premises', *Substance Use and Misuse* 42 (12-13), pp. 1883-98.
- GROS (General Register Office for Scotland) (2010), *Drug-related deaths in Scotland in 2009*, General Register Office for Scotland (disponible aquí).
- Haggerty, J.L., Reid, R.J., Freeman, G.K., Starfield, B.H., Adair, C.E. y McKendry, R. (2003) 'Continuity of care: a multidisciplinary review', *BMJ* 327, pp. 1219-21.
- Hall, W. y Degenhardt, L. (2009), 'Adverse health effects of non-medical cannabis use', *Lancet* 374, pp. 1383-91.
- Heinzerling, K.G., Swanson, A.N., Kim, S., Cederblom, L., Moe, A. et al. (2010), 'Randomized, double-blind, placebo-controlled trial of modafinil for the treatment of methamphetamine dependence', *Drug and Alcohol Dependence* 109(1-3), pp. 20-9.
- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T. et al. (2009), *The ESPAD report 2007: alcohol and other drug use among students in 35 European countries*, Consejo Sueco de Información sobre el Alcohol y otras Drogas (CAN), Estocolmo.
- Hicks, M., De, B., Rosenberg, J., Davidson, J., Moreno, A. et al. (2011), 'Cocaine analog coupled to disrupted adenovirus: a vaccine strategy to evoke high-titer immunity against addictive drugs', *Molecular Therapy* 19, pp. 612-9.
- Hoare, J. y Moon, D. (editores) (2010), 'Drug misuse declared: findings from the 2009/10 British Crime Survey', *Home Office Statistical Bulletin* 13/10 (disponible aquí).
- Hope, V., Palmateer, N., Wiessing, L., Marongiu, A., White, J., Ncube, F. y Goldberg, D. (2011), 'A decade of spore-forming bacterial infections among European injecting drug users: pronounced regional variation', *American Journal of Public Health* (en prensa).
- Horsley, T., Grimshaw, J. y Campbell, C. (2010), 'Maintaining the competence of Europe's workforce', *BMJ* 341, p. c4687.
- Hughes, C.A. y Stevens, A. (2010), 'What can we learn from the Portuguese decriminalization of illicit drugs?', *The British Journal of Criminology* 50, pp. 999-1022.
- Hulse, G.K., Ngo, H.T. y Tait, R.J. (2010), 'Risk factors for craving and relapse in heroin users treated with oral or implant naltrexone', *Biological Psychiatry* 68(3), pp. 296-302.
- Hunt, N. y Morris, D. (2011), *Hepatitis C treatment and care for IDUs*, Módulo de formación, Red Euroasiática de Reducción de Daños, Vilnius.
- Hunt, N., Albert, E. y Montañés Sánchez, V. (2010), 'User involvement and user organising in harm reduction', in: EMCDDA (2010), *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo.
- JIFE (Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes) (2009), *Guidelines for a voluntary code of practice for the chemical industry*, Naciones Unidas, Nueva York.
- JIFE (2010), *Report of the International Narcotics Control Board for 2009*, Naciones Unidas, Nueva York (disponible aquí).
- JIFE (2011a), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances*, Naciones Unidas, Nueva York (disponible aquí).
- JIFE (2011b), *Report of the International Narcotics Control Board for 2010*, Naciones Unidas, Nueva York (disponible aquí).
- Jegu, J., Gallini, A., Soler, P., Montastruc, J.L. y Lapeyre-Mestre, M. (2011), 'Slow-release oral morphine for opioid maintenance treatment: a systematic review', *British Journal of Clinical Pharmacology* 71(6), pp. 832-43.
- Johnston, L.D., O'Malley, P.M., Bachman, J.G. y Schulenberg, J.E. (2010), *Marijuana use is rising; ecstasy use is beginning to rise; and alcohol use is declining among U.S. teens*, University of Michigan News Service, Ann Arbor, MI (disponible aquí).
- Jones, A., Donmall, M., Millar, T., Moody, A., Weston, S., Anderson, T., Gittins, M., Abeywardana, V. y D'Souza, J. (2009), *The Drug Treatment Outcomes Research Study (DTORS): Final outcomes report*, Home Office, Londres (disponible aquí).
- Jones, H., Kaltenbach, K., Heil S., Stine, S., Coyle, M. et al. (2009a), *RCT comparing methadone and buprenorphine in pregnant women*, National Institute on Drug Abuse (disponible aquí).
- Jones, H., Kaltenbach, K., Heil, S., Stine, S., Coyle, M. et al. (2009b), 'Neonatal abstinence syndrome after methadone or buprenorphine exposure', *New England Journal of Medicine* 363, pp. 2320-31.
- Kalechstein, A.D., De la Garza, R. y Newton, T.F. (2010), 'Modafinil administration improves working memory in methamphetamine-dependent individuals who demonstrate baseline impairment', *American Journal on Addictions* 19(4), pp. 340-4.
- Kaskutas, L., Ammon, L. y Weisner, C. (2004), 'A naturalistic analysis comparing outcomes of substance abuse treatment programme with different philosophies: Social and clinical model perspectives', *International Journal of Self Help and Social Care* 2, pp. 111-33.
- Kimber, J., Copeland, L., Hickman, M., Macleod, J., McKenzie, J. et al. (2010), 'Survival and cessation in injecting drug users: prospective observational study of outcomes and effect of opiate substitution treatment', *BMJ* 341, p. c3172.

- King, K., Meehan, B., Trim, R. y Chassin, L. (2006), 'Marker or mediator? The effects of adolescent substance use on young adult educational attainment', *Addiction* 101, pp. 1730-40.
- Koerkel, J. y Verthein, U. (2010), 'Kontrollierter Konsum von Opiaten und Kokain', *Suchttherapie* 11 (1), pp. 31-4.
- Konstenius, M., Jayaram-Lindstrom, N., Beck, O. y Franck, J. (2010), 'Sustained release methylphenidate for the treatment of ADHD in amphetamine abusers: a pilot study', *Drug and Alcohol Dependence* 108(1-2), pp. 130-3.
- Kruisbergen, E.W., De Jong, D. y Kleemans, E.R. (2011), 'Undercover policing: assumptions and empirical evidence', *The British Journal of Criminology* 51, pp. 394-412.
- Kumpfer, K.L., Pinyuchon, M., de Melo, A.T. y Whiteside, H.O. (2008), 'Cultural adaptation process for international dissemination of the strengthening families program', *Evaluation and the Health Professions* 31, pp. 226-39.
- Laudet, A., Becker, J. y White, W. (2009), 'Don't wanna go through that madness no more: Quality of life satisfaction as predictor of sustained substance use remission', *Substance Use and Misuse* 44, pp. 227-52.
- Lawless, M. y Cox, G. (2000), *From residential drug treatment to employment: final report*, Merchants Quay Ireland, Dublin.
- Leonard, L., De Rubeis, E., Pelude, L., et al. (2008), 'I inject less as I have easier access to pipes: injecting, and sharing of crack-smoking materials, decline as safer crack-smoking resources are distributed', *International Journal of Drug Policy* 19, pp. 255-64.
- Liddle, H.A., Rowe, C.L., Dakof, G.A., Henderson, C.E. y Greenbaum, P.E. (2009), 'Multidimensional family therapy for young adolescent substance abuse: twelve-month outcomes of a randomized controlled trial', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 77(1), pp. 12-25.
- Ling, W., Casadonte, P., Bigelow, G., Kampman, K.M., Patkar, A. et al. (2010), 'Buprenorphine implants for treatment of opioid dependence: a randomized controlled trial', *JAMA* 304(14), pp. 1576-83.
- Lloyd, C. (2010), *Sinning and sinned against: The stigmatisation of problem drug users*, The UK Drug Policy Commission (UKDPC) (disponible aquí).
- Lobmaier, P.P., Kunoe, N., Gossop, M., Katevoll, T. y Waal, H. (2010), 'Naltrexone implants compared to methadone: outcomes six months after prison release', *European Addiction Research* 16(3), pp. 139-45.
- Longo, M., Wickes, W., Smout, M., Harrison, S., Cahill, S. y White, J.M. (2010), 'Randomized controlled trial of dexamphetamine maintenance for the treatment of methamphetamine dependence', *Addiction* 105(1), pp. 146-54.
- Lucena, J., Blanco, M., Jurado, C., Rico, A., Salguero, M., Vázquez, R., Thiene, G. y Basso, C. (2010), 'Cocaine-related sudden death: a prospective investigation in south-west Spain', *European Heart Journal* 31(3), pp. 318-29.
- Marsden, J. y Stillwell, G. (2010), *Effective community treatment for drug misusers: outcome monitoring at Blenheim CDP*, Blenheim CDP, The London Drug Agency (disponible aquí).
- Marshall, B.D.L., Milloy, M.-J., Wood, E., Montaner, J.S.G. y Kerr, T. (2011), 'Reduction of overdose mortality after the opening of North America's first medically supervised safer injecting facility: a retrospective population-based study', *Lancet* 377, pp. 1429-37.
- Marshall, K.S., Gowing, L. y Ali, L. (2011), 'Pharmacotherapies for cannabis withdrawal', *Cochrane Database of Systematic Reviews*, número 1.
- Martell, B.A., Orson, F.M., Poling, J., Mitchell, E., Rossen, R.D. et al. (2009), 'Cocaine vaccine for the treatment of cocaine dependence in methadone-maintained patients: a randomized, double-blind, placebo-controlled efficacy trial', *Archives of General Psychiatry* 66(10), pp. 1116-23.
- Mathers, B., Degenhardt, L., Ali, H., Wiessing, L., Hickman, M. et al. (2010), 'HIV prevention, treatment and care for people who inject drugs: a systematic review of global, regional and country level coverage', *Lancet* 375, pp. 1014-28.
- Mattick, R.P., Breen, C., Kimber, J. y Davoli, M. (2009), 'Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence', *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Número 3, p. CD002209.
- McKay, J.R., Lynch, K.G., Coviello, D., Morrison, R., Cary, M.S. et al. (2010), 'Randomized trial of continuing care enhancements for cocaine-dependent patients following initial engagement', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 78(1), pp. 111-20.
- Merrall, E.L.C., Kariminia, A., Binswanger, I., Hobbs, M.S., Farrell, M., Marsden, J. et al. (2010), 'Meta-analysis of drug-related deaths soon after release from prison', *Addiction* 105, pp. 1545-54.
- Milby, J., Schumacher, J., Wallace, D., Freedman, M. y Vuchinich, R. (2005), 'To house or not to house: the effects of providing housing to homeless substance abusers in treatment', *American Journal of Public Health* 95, pp. 1259-65.
- Moore, T. (2008), 'The size and mix of government spending on illicit drug policy in Australia', *Drug and Alcohol Review* 27, pp. 404-13.
- Moore, T.H., Zammit, S., Lingford-Hughes, A., Barnes, T.R., Jones, P.B. et al. (2007), 'Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review', *Lancet* 370, pp. 319-28.
- O'Connor, P.G. (2010), 'Advances in the treatment of opioid dependence: continued progress and ongoing challenges', *JAMA* 304(14), pp. 1612-4.
- OCDE (2006), 'The drivers of public expenditure on health and long-term care: an integrated approach', *OECD Economic Studies* 43, pp. 115-54.



- OEDT (2003), *Report on the risk assessment of PMMA in the framework of the joint action on new synthetic drugs*, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo (disponible aquí).
- OEDT (2007a), *Cocaine and crack cocaine: a growing public health issue*, Cuestión particular, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo.
- OEDT (2007b), *Drogas y delincuencia: una relación compleja*, Drogas en el punto de mira, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo.
- OEDT (2008a), *A cannabis reader: global issues and local experiences*, Monografía, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo.
- OEDT (2008b), *Drug use, impaired driving and traffic accidents*, Insights del OEDT, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo.
- OEDT (2008c), *Towards a better understanding of drug-related public expenditure in Europe*, Cuestión particular, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo.
- OEDT (2009a), *Informe anual 2009: El problema de la drogodependencia en Europa*, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo.
- OEDT (2009b), *Polydrug use: patterns and responses*, Cuestión particular, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo.
- OEDT (2009c), *Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents*, Documento temático, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo (disponible aquí).
- OEDT (2009d), *Understanding the 'Spice' phenomenon*, Documento temático, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo (disponible aquí).
- OEDT (2010a), *Informe anual 2010: El problema de la drogodependencia en Europa*, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo.
- OEDT (2010b), *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, Monografía, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo.
- OEDT (2010c), *Operating guidelines for risk assessment of new psychoactive substances*, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo (disponible aquí).
- OEDT (2010d), *Problem amphetamine and methamphetamine use in Europe*, Cuestión particular, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo.
- OEDT (2010e), *Risk assessment report of a new psychoactive substance: 4-methylmethcathinone (mephedrone)*, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo.
- OEDT (2010f), *Treatment and care for older drug users*, Cuestión particular, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo.
- OEDT (2010g), *Trends in injecting drug use in Europe*, Cuestión particular, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo.
- OEDT (2011a), *Cost and financing of drug treatment services in Europe*, Cuestión particular, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo.
- OEDT (2011b), *Drug policy profiles: Portugal*, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo.
- OEDT y Europol (2010), *Cocaine. A European Union perspective in the global context*, publicaciones conjuntas del OEDT y Europol, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo.
- ONUDD (2009), *World drug report 2009*, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Viena.
- ONUDD (2010), *World drug report 2010*, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Viena.
- ONUDD (2011), *World drug report 2011*, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Viena.
- ONUDD y MCN (Ministerio de Lucha contra los Narcóticos del Gobierno de Afganistán) (2010), *Afghan opium survey 2010*, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Viena (disponible aquí).
- OMS (1986), *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra (disponible aquí).
- OMS (2009), *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
- OMS (2010a), *Global tuberculosis control: a short update to the 2010 Report*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
- OMS (2010b), *Guidance on the WHO review of psychoactive substances for international control*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra (disponible aquí).
- OMS (2010c), *Prevention of acute drug-related mortality in prison populations during the immediate post-release period*, Oficina Regional para Europa de la OMS, Copenhague.
- OMS, ONUDD y UNAIDS (2009), *Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
- Pani, P.P., Trogu, E., Vacca, R., Amato, L., Vecchi, S. y Davoli, M. (2010), 'Disulfiram for the treatment of cocaine dependence', *Cochrane Database of Systematic Reviews*, número 1, p. CD007024.
- Pani, P.P., Vacca, R., Trogu, E., Amato, L. y Davoli, M. (2010b), 'Pharmacological treatment for depression during opioid agonist treatment for opioid dependence', *Cochrane Database of Systematic Reviews*, número 9, p. CD008373.

- Pennings, E.J., Leccese, A.P. y Wolff, F.A. (2002), 'Effects of concurrent use of alcohol and cocaine', *Addiction* 97(7), pp. 773-783.
- Popova, S., Rehm, J. y Fischer, B. (2006), 'An overview of illegal opioid use and health services utilization in Canada' *Public Health* 120(4), pp. 320-8.
- Prieto, L. (2010), 'Labelled drug-related public expenditure in relation to GDP in Europe: a luxury good?', *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy* 5, p. 9.
- Prinzleve, M., Haasen, C., Zurhold, H. et al. (2004), 'Cocaine use in Europe: a multi-centre study: patterns of use in different groups', *European Addiction Research* 10, pp. 147-55.
- Proyecto de Correlación y Red Euroasiática de Reducción de Daños (2010), *Hepatitis C transmission and injecting drug use: harm reduction responses*, Red Euroasiática de Reducción de Daños, Vilnius.
- Qureshi, A.I., Suri, M.F., Guterman, L.R. y Hopkins, L.N. (2001), 'Cocaine use and the likelihood of nonfatal myocardial infarction and stroke: data from the Third National Health and Nutrition Examination Survey', *Circulation* 103, pp. 502-6.
- Reuter, P. (2006), 'What drug policies cost. Estimating government drug policy expenditures', *Addiction* 101, pp. 315-22.
- Reynaud-Maurupt, C. y Hoareau, E. (2010), 'Les carrières de consommation de cocaïne chez les usagers «cachés», *Trends*, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Saint-Denis (disponible aquí).
- Richter, C., Romanowski, A. y Kienast, T. (2009), 'Gamma-Hydroxybutyrat (GHB)-Abhängigkeit und -Entzug bei vorbestehender Alkoholabhängigkeit', *Psychiatrische Praxis* 36(7), pp. 345-7.
- Roche, A., McCabe, S. y Smyth, B. (2011), 'Illicit methadone use and abuse in young people accessing treatment in opiate dependence', *European Addiction Research* 14, pp. 219-25.
- Rome, A., Shaw, A. y Boyle, K. (2008), *Reducing drug users' risk of overdose*, Scottish Government Social Research, Edimburgo.
- Romelsjö, A., Engdahl, B., Stenbacka, M., Fugelstad, A., Davstad, I. et al. (2010), 'Were the changes to Sweden's maintenance treatment policy 2000-06 related to changes in opiate-related mortality and morbidity?', *Addiction* 105, pp. 1625-32.
- Salasuo, M., Vuori, E., Piispa, M. y Hakkarainen, P. (2009), *Suomalainen huumekuolema 2007. Poikkitieteellinen tutkimus oikeuslääketieteellisistä kuolinsyyasiakirjoista* [Muertes relacionadas con la droga en Finlandia en 2007. Estudio multidisciplinar de documentos de medicina forense sobre la causa de las muertes], THL. Raportti 43/2009, Yliopistopaino, Helsinki.
- SAMHSA (2009), *Trends in non medical use of prescription pain relievers: 2002 to 2007*, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville, MD (disponible aquí).
- SAMHSA (2010), *Results from the 2009 National Survey on Drug Use and Health: Volume I. Summary of National Findings*, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville, MD (disponible aquí).
- Smout, M.F., Longo, M., Harrison, S., Minniti, R., Wickes, W. y White, J.M. (2010), 'Psychosocial treatment for methamphetamine use disorders: a preliminary randomized controlled trial of cognitive behavior therapy and Acceptance and Commitment Therapy', *Substance Abuse* 31(2), pp. 98-107.
- Stein, M.D., Herman, D.S., Kettavong, M., Cioe, P.A., Friedmann, P.D. et al. (2010), 'Antidepressant treatment does not improve buprenorphine retention among opioid-dependent persons', *Journal of Substance Abuse Treatment* 39(2), pp. 157-66.
- Strang, J., Hall, W., Hickman, M. y Bird, S.M. (2010), 'Impact of supervision of methadone consumption on deaths related to methadone overdose (1993-2008): analyses using OD4 index in England and Scotland', *BMJ* 341, p. c4851.
- Strasser, J., Wiesbeck, G.A., Meier, N., Stohler, R. y Dursteler-Macfarland, K.M. (2010), 'Effects of a single 50 % extra dose of methadone on heroin craving and mood in lower-versus higher-dose methadone patients', *Journal of Clinical Psychopharmacology* 30(4), pp. 450-4.
- Sutton, A.J., Edmunds, W.J. y Gill, O.N. (2006), 'Estimating the cost-effectiveness of detecting cases of chronic hepatitis C infection on reception into prison', *BMC Public Health* 6, p. 170 (disponible aquí).
- Sweeting, M.J., De Angelis, D., Ades, A.E. y Hickman, M. (2008), 'Estimating the prevalence of ex-injecting drug use in the population', *Statistical Methods in Medical Research* 18, pp. 381-95.
- Swift, W., Hall, W., Didcott, P. y Reilly, D. (1998), 'Patterns and correlates of cannabis dependence among long-term users in an Australian rural area', *Addiction* 93, pp. 1149-60.
- Talu, A., Rajaleid, K., Abel-Ollo, K., Ruutel, M., Rahu, M. et al. (2010), 'HIV infection and risk behaviour of primary fentanyl and amphetamine injectors in Tallinn, Estonia: Implications for intervention', *Journal of Drug Policy* 21(1), pp. 56-63.
- Tan, J.A., Joseph, T.A. y Saab, S. (2008), 'Treating hepatitis C in the prison population is cost-saving', *Hepatology (Baltimore, Md.)*, 48(5), pp. 1387-95.
- TNI (2009), *Withdrawal symptoms in the Golden Triangle: a drugs market in disarray*, Transnational Institute, Amsterdam (disponible aquí).

- Todts, S., Gilbert, P., Malderen, V.S., Huyck, V.C., Saliez, V. y Hogge, M. (2009), *Usage de drogues dans les prisons belges: monitoring des risques sanitaires*, Service Public Fédéral Justice, Bruselas.
- Toneatto, T., Sobell, L.C., Sobell, M.B. y Rubel, E. (1999), 'Natural recovery from cocaine dependence', *Psychology of Addictive Behaviors* 13, pp. 259-68.
- Tribunal Europeo de Derechos Humanos: Asunto Teixeira de Castro contra Portugal, sentencia de 9 de junio de 1998, Informes 1998-VI, par. 38 y 39.
- Van der Poel, A., Rodenburg, G., Dijkstra, M. et al. (2009), 'Trends, motivations and settings of recreational cocaine use by adolescents and young adults in the Netherlands', *International Journal of Drug Policy* 20, pp. 143-151.
- Van Noorden, M.S., van Dongen, L.C., Zitman, F.G. y Vergouwen, T.A. (2009), 'Gamma-hydroxybutyrate withdrawal syndrome: dangerous but not well-known', *General Hospital Psychiatry* 31(4), pp. 394-6.
- Vandrey, R. y Haney, M. (2009), 'Pharmacotherapy for cannabis dependence: how close are we?', *CNS Drugs* 23(7), pp. 543-53.
- Whitten, L. (2010), 'A clinical trial encourages continued development of strategy based on immune system response', *NIDA Notes* 23(3) (disponible aquí).
- Wiessing, L., Guarita, B., Giraudon, I., Brummer-Korvenkontio, H., Salminen, M. y Cowan, S.A. (2008), 'European monitoring of notifications of hepatitis C virus infection in the general population and among injecting drug users (IDUs): the need to improve quality and comparability', *Euro Surveillance* 13(21):pii=18884 (disponible aquí)
- Wiessing, L., Likatavicius, G., Klempová, D., Hedrich, D., Nardone, A. y Griffiths, P. (2009), 'Associations between availability and coverage of HIV-prevention measures and subsequent incidence of diagnosed HIV infection among injection drug users', *American Journal of Public Health* 99, pp. 1049-52.
- Winstock, A. (2011), 'The 2011 Mixmag drugs survey', *Mixmag* March pp. 49-59.
- Yin, W., Hao, Y., Sun, X., Gong, X., Li, F., Li, J., Rou, K., Sullivan, S.G., Wang, C., Cao, X., Luo, W. y Wu, Z. (2010), 'Scaling up the national methadone maintenance treatment program in China: achievements and challenges', *International Journal of Epidemiology* 39 Suppl 2, pp. ii29-37.
- Zurhold, H. (2011), *European standards and guidelines for HCV prevention*. Report on WP 2 of the DPIP-funded project 'Identification and optimisation of evidence-based HVC prevention in Europe for young drug users at risk', ZIS, Hamburg (disponible aquí).

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías

**Informe anual 2011: el problema de la drogodependencia en Europa**

Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2011

2011 — 119 pp. — 21 x 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-471-7

doi:10.2810/4450

## **Cómo obtener las publicaciones de la Unión Europea**

### **Publicaciones gratuitas**

- A través de EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>).
- En las representaciones o delegaciones de la Unión Europea. Para ponerse en contacto con ellas, consulte el sitio <http://ec.europa.eu> o envíe un fax al número +352 2929-42758.

### **Publicaciones de pago**

- A través de EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>).

### **Suscripciones de pago (por ejemplo, a las series anuales del *Diario Oficial de la Unión Europea* o a las recopilaciones de la jurisprudencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea)**

- A través de los distribuidores comerciales de la Oficina de Publicaciones de la Unión Europea ([http://publications.europa.eu/others/agents/index\\_es.htm](http://publications.europa.eu/others/agents/index_es.htm)).

## Acerca del OEDT

El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) es una de las agencias descentralizadas de la Unión Europea. Se creó en 1993, tiene su sede en Lisboa y es la principal fuente de información sobre drogas y toxicomanías en Europa.

El OEDT recopila, analiza y difunde información fáctica, objetiva, fiable y comparable sobre las drogas y las toxicomanías, con lo que proporciona a los interesados una imagen basada en datos empíricos del fenómeno de las drogas en Europa.

Las publicaciones del Observatorio constituyen una fuente de información primordial para un gran número de interesados, entre ellos los responsables de la adopción de políticas y sus asesores; profesionales e investigadores que trabajan en el campo de las drogas; y, de manera más general, los medios de comunicación y el público.

El informe anual presenta la visión general del OEDT sobre el fenómeno de las drogas en la Unión Europea y es un libro de referencia fundamental para quienes desean ponerse al día sobre la situación de las drogas en Europa.

