



Observatorio Europeo de las
Drogas y las Toxicomanías

ISSN 1609-607X

EL PROBLEMA DE LA DROGODEPENDENCIA EN EUROPA

EL PROBLEMA DE LA DROGODEPENDENCIA
EN EUROPA



Observatorio Europeo de las
Drogas y las Toxicomanías

INFORME ANUAL 2005

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 Unión Europea (UE) o cualquier institución o agencia de la Unión Europea o de las Comunidades Europeas.

Puede obtener información sobre la Unión Europea a través del servidor Europa en la siguiente dirección de Internet: <http://europa.eu.int>

Europe Direct es un servicio destinado a ayudarle a encontrar respuestas a las preguntas que pueda plantearse 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 este acceso.

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

Al final de la obra figura una ficha bibliográfica.

Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, 2005

ISBN 92-9168-223-3

© Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2005

Reproducción autorizada, con indicación de la fuente bibliográfica

Printed in Belgium

IMPRESO EN PAPEL BLANQUEADO SIN CLORO



Observatorio Europeo de las
Drogas y las Toxicomanías

Rua da Cruz de Santa Apolónia, 23-25, P-1149-045 Lisboa
Tel. (351) 218 11 30 00 • Fax (351) 218 13 17 11
info@emcdda.eu.int • <http://www.emcdda.eu.int>

Índice

Prefacio	5
Agradecimientos	7
Nota introductoria	9
Comentario: identificación de las tendencias en materia de drogas en Europa	11
Capítulo 1	
Novedades políticas y legislativas	18
Capítulo 2	
Escuela, juventud y drogas	27
Capítulo 3	
El cannabis	36
Capítulo 4	
Estimulantes de tipo anfetamínico, LSD y otras drogas sintéticas	45
Capítulo 5	
Cocaína y crack	56
Capítulo 6	
Consumo de heroína y drogas por vía parenteral	63
Capítulo 7	
Delitos y entornos penitenciarios	84
Bibliografía	89



Prefacio

Este año, el informe anual del Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías (OEDT) viene acompañado de algunos anexos en línea, como nuestro nuevo boletín estadístico, que va ya por su segundo año y ha crecido hasta contar con más de 200 cuadros de datos cuantitativos originales que perfilan la situación de la droga en Europa.

El OEDT trabaja desde hace más de diez años con los Estados miembros de la Unión Europea en la elaboración de un panorama general del fenómeno de la droga en Europa. La cantidad y la calidad de los datos que alimentan el análisis en el informe anual de este año reflejan no sólo los logros técnicos de los grupos de trabajo científicos, sino también el compromiso de los políticos de toda Europa en invertir en los procesos de recogida de datos y prestarles su apoyo. Es éste un ejemplo concreto de las ventajas de la colaboración a escala europea. Los Estados miembros difieren no sólo por el tipo de problemas a que se enfrentan, sino por el modo de resolverlos. Pese a tales diferencias, parece estar naciendo lo que podría considerarse como una perspectiva europea sobre la cuestión de las drogas. En la actualidad se ha alcanzado un importante consenso sobre la necesidad de actuar sólo sobre la base de una profunda comprensión de la situación, de compartir experiencias sobre lo que funciona y de trabajar en colaboración siempre que sea posible, para compartir los beneficios. Estas aspiraciones subyacen a la nueva estrategia y plan de acción contra la droga de la Unión Europea, y son los pilares que sustentan el presente informe.

Nuestro informe anual destaca una preocupación generalizada sobre la forma en que la droga afecta a los ciudadanos y a las comunidades en las que viven. Queremos llamar la atención sobre nuevos problemas a los que estamos enfrentándonos, como el consumo cada vez mayor en algunas partes de Europa de drogas estimulantes —especialmente la cocaína—, o el imparable

aumento del número de jóvenes europeos que prueban las drogas por curiosidad. Evidentemente, mucho queda por hacer para mejorar las formas de solucionar los problemas ligados al consumo de droga en Europa. No obstante, en este informe podemos apuntar ya algunos avances positivos, como lo son sin duda el florecimiento de los servicios de atención a los consumidores de drogas o los signos de estabilización e incluso declive de algunos de los aspectos más nocivos de este fenómeno. Así pues, este informe no sólo subraya los principales problemas a que nos enfrentamos, sino que arroja luz sobre la vía que se perfila como más idónea para abordar en Europa los problemas ligados a las drogas.

Nos complace observar que, una vez más, los datos que nos llegan de los nuevos Estados miembros son más profusos que los del año anterior. Además de incluir los datos de la Unión ampliada cuando los hay, hemos añadido datos de Bulgaria, Rumanía y Turquía, y una parte de análisis sobre avances internacionales de importancia. La naturaleza global del problema de las drogas nos obliga a encuadrar el análisis europeo en un contexto más amplio. El tráfico y el consumo de drogas se hallan inextricablemente unidos a muchas de las preocupaciones más urgentes de la actualidad. El consumo de estupefacientes tiene repercusiones sobre la salud y el desarrollo, la delincuencia y la seguridad personal de todo el mundo, así como de la seguridad internacional. Nuestro informe se centra fundamentalmente en el panorama europeo, pero no puede permitirse el lujo de ignorar el hecho de que estamos tratando un problema de dimensiones planetarias.

Marcel Reimen

Presidente del Consejo de Administración del OEDT

Wolfgang Götz

Director del OEDT



Agradecimientos

El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) desea expresar su agradecimiento a las siguientes personas e instituciones, cuya contribución hizo posible este informe:

- los directores de los puntos focales nacionales Reitox y su personal;
- los servicios de cada Estado miembro encargados de recoger los datos básicos para el informe;
- los miembros del Consejo de Administración y del Comité científico del OEDT y los participantes en los grupos de trabajo técnicos de la red OEDT/Reitox;
- el Parlamento Europeo, el Consejo de la Unión Europea (en particular, su Grupo de trabajo horizontal sobre drogas) y la Comisión Europea;
- el Consejo Sueco de Información sobre el Alcohol y otras Drogas (CAN), el Grupo Pompidou del Consejo de Europa, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), la Organización Mundial de la Salud (OMS), Europol, Interpol y el Centro Europeo de Control Epidemiológico del Sida (EuroHIV);
- el Centro de Traducción de los Órganos de la Unión Europea y la Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas;
- Prepress Projects Ltd.

Puntos focales nacionales de la red Reitox

Reitox es la red europea de información sobre drogas y drogadicciones. 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 la siguiente dirección encontrará los datos necesarios para poder ponerse en contacto con ellos:
<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1596>



Nota introductoria

El presente 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) y los países candidatos, así como Noruega (que participa en las actividades del OEDT desde 2001), en forma de informes nacionales. Los datos estadísticos que aquí presentamos se refieren al año 2003 (o al último año para el que se dispone de datos). A veces, los gráficos y los cuadros se refieren sólo a un subgrupo de países de la Unión Europea: la selección se efectúa eligiendo aquellos países que cuentan con datos para el período de interés.

La versión en línea del Informe anual, en veintidós lenguas, puede descargarse en: <http://annualreport.emcdda.eu.int>

El boletín estadístico de 2005 (<http://stats05.emcdda.eu.int>) presenta todos los cuadros originales en los que se basa el análisis estadístico del Informe anual. También pueden encontrarse detalles sobre la metodología utilizada y más de 100 gráficos estadísticos suplementarios.

Los perfiles estadísticos de los países (<http://datapfiles05.emcdda.eu.int>) son un resumen gráfico de alto nivel de los aspectos más importantes de la situación de la droga en cada país.

Acompañan al informe tres breves monográficos sobre los siguientes temas:

- Alteraciones del orden público relacionadas con las drogas: tendencias en las políticas y medidas.
- Alternativas a la privación de libertad dirigidas a los delincuentes consumidores de drogas en la UE.
- Buprenorfina: tratamiento, abuso y prácticas de prescripción.

Las cuestiones particulares están disponibles en versión impresa y en línea (<http://issues05.emcdda.eu.int>), pero únicamente en inglés.

Los informes nacionales de los puntos focales Reitox presentan una descripción y un análisis detallados del problema de las drogas en cada país, y pueden consultarse en el sitio web del OEDT (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=435>).



Comentario: identificación de las tendencias en materia de drogas en Europa

Esbozo de la situación europea

Este apartado describe, en líneas generales, la evolución y las tendencias de la situación de las drogas en Europa. Para ello se han utilizado informaciones obtenidas a partir de distintas fuentes y se han tenido en cuenta los puntos fuertes y los débiles del conjunto de datos actualmente disponible. El comentario de este año incluye una valoración de la forma en que los nuevos datos disponibles en 2005 nos ayudan a comprender las tendencias a medio y largo plazo de la situación de las drogas en Europa.

El problema de las politoxicomanías complica la comprensión de los problemas de consumo de drogas y la respuesta a los mismos

En una buena parte de este informe, el enfoque analítico se centra en cada una de las principales sustancias consumidas. Este enfoque específico de cada sustancia es fácil de comprender desde el punto de vista conceptual y tiene la ventaja adicional de que la mayoría de indicadores de consumo de drogas se basan en formas de comportamiento asociadas a sustancias específicas. La desventaja de este enfoque es que no refleja el hecho de que las politoxicomanías son una parte importante del problema de las drogas en Europa. El análisis de los efectos que tiene el consumo de drogas sobre la salud pública ha de tener en cuenta las complejidades del consumo interrelacionado de sustancias psicoactivas, entre las que se incluyen el alcohol y el tabaco. Por ejemplo, en Europa se suele consumir el cannabis fumado con tabaco y esto tiene implicaciones tanto por los perjuicios que puede conllevar este comportamiento como a la hora de proyectar las actividades de prevención de las drogodependencias. Los análisis toxicológicos de las muertes relacionadas con las drogas a menudo revelan la presencia de varias sustancias, y se sabe que el consumo simultáneo de alcohol aumenta los riesgos asociados al consumo de heroína y cocaína. Además, concentrarse en las tendencias de una sola sustancia puede resultar engañoso si se pasa por alto la interrelación entre distintos tipos de drogas; por ejemplo, este informe recoge algunas pruebas de que está aumentando la disponibilidad de opiáceos sintéticos, lo cual es una consideración importante para cualquier análisis de tendencias del consumo de heroína. Igualmente, puede ser inteligente tener en cuenta el posible solapamiento de tendencias de consumo de distintas drogas estimulantes y considerar en cualquier análisis hasta qué punto podrían deberse los

cambios observados a variaciones de las pautas de consumo.

En resumen, casi todos los que se presentan a los centros de tratamiento europeos por un problema de drogas han consumido más de una sustancia. Es necesario desarrollar mejores métodos para documentar este aspecto clave del consumo de drogas y para comprender cómo afectan las politoxicomanías a la eficacia de las intervenciones.

Los jóvenes y el consumo de drogas: mayor consumo de cannabis, pero con distintas pautas

El consumo de drogas en Europa sigue siendo un fenómeno extendido fundamentalmente entre los jóvenes, especialmente los varones. Los datos obtenidos de encuestas de población general y escolar resultan útiles para conocer la evolución de las pautas de consumo de drogas en Europa desde mediados de la década de 1990. Este año se pueden incorporar al Informe anual los datos de la última encuesta escolar sobre el alcohol y otras drogas (ESPAD), que constituye una valiosa fuente de información para controlar el consumo de drogas en las poblaciones escolares y para identificar tendencias a lo largo del tiempo.

Teniendo en cuenta todos los datos disponibles, resulta evidente que el consumo de cannabis es muy diferente según los países. Aunque desde mediados de la década de 1990 predomina en Europa la tendencia al alza, algunos países presentan una pauta más estable. Por ejemplo, aunque los índices de consumo de cannabis han sido especialmente elevados en el Reino Unido desde la década de 1990, han permanecido estables a lo largo de este período. Además, los niveles de consumo de cannabis apenas han variado en varios países de baja prevalencia, como Suecia y Finlandia en el norte de Europa y Grecia y Malta en el sur. Casi todos los incrementos del consumo de cannabis registrados en la ESPAD desde 1999 se han producido en los nuevos Estados miembros de la UE. El análisis de los datos escolares y de las encuestas de población general sugiere que, según la mayoría de indicadores, la República Checa, España y Francia han pasado a engrosar, con el Reino Unido, el grupo de países de alta prevalencia.

Existe una creciente inquietud en Europa acerca del impacto negativo del consumo de cannabis, aunque la información sobre el alcance de los problemas de salud pública que pueda estar causando el consumo de esta droga es escasa. Los datos disponibles sobre demandas de tratamiento de drogodependencias en Europa sitúan el

cannabis en segunda posición, tan sólo por detrás de los opiáceos, aunque el cannabis todavía representa únicamente el 12 % de todas las demandas de tratamiento y el panorama general está muy mediado por la situación de un número de países relativamente pequeño. Los datos sobre el consumo regular e intensivo de cannabis son esenciales para conocer la probable conexión entre el consumo de cannabis y la salud pública, pero esta información es limitada en la actualidad. Aunque los datos disponibles indican que el número de personas que consume cannabis a diario en Europa podría llegar a los 3 millones —principalmente jóvenes varones—, no se sabe hasta qué punto podría este grupo estar experimentando problemas causados por el consumo de esta droga.

¿Qué ocurre con el consumo problemático de drogas? ¿Disminuye el número de nuevos consumidores de heroína y consumidores de drogas por vía parenteral?

En el control del consumo de drogas, una de las labores más difíciles desde el punto de vista metodológico es la estimación del número de personas que consumen drogas de forma crónica y especialmente perjudicial. El OEDT ha desarrollado un indicador de este tipo de consumo de drogas y, en la mayoría de los países de la UE, los indicadores de consumo problemático de drogas reflejan sobre todo el consumo de opiáceos y el consumo por vía parenteral. Las estimaciones actuales indican que puede haber entre 1,2 millones y 2,1 millones de consumidores problemáticos de drogas en la UE y, de ellos, entre 850 000 y 1,3 millones pueden haber adquirido el hábito de consumo por vía parenteral recientemente. Las estimaciones de prevalencia del consumo problemático de drogas a lo largo del tiempo son irregulares, por lo que resulta difícil establecer tendencias a largo plazo. Sin embargo, en la Europa de los Quince, los indicadores apuntan que, en general, el rápido aumento de nuevos consumidores de heroína que se había venido produciendo en casi todos los países llegó a su punto álgido en algún momento de principios de la década de 1990, para derivar hacia una situación más estable a partir de entonces. Aunque varios países han seguido registrando incrementos desde 1999, hay recientes indicios de que esta situación no es uniforme, y las estimaciones de prevalencia no presentan una imagen coherente a escala comunitaria. Los nuevos Estados miembros merecen especial atención, ya que parecen haber sufrido problemas de heroína más tarde y estar viviendo una situación más inestable en la actualidad.

Otras fuentes de información para evaluar el consumo problemático de drogas son las cifras de muertes relacionadas con las drogas y demandas de tratamiento. El análisis de las muertes relacionadas con las drogas (principalmente causadas por sobredosis de opiáceos) indica que las víctimas son cada vez menos jóvenes,

habiéndose reducido el número de muertes registradas entre consumidores menores de 25 años desde 1996. Una importante excepción la constituyen los datos de los nuevos países de la UE, que, aunque limitados, indican hasta hace poco una tendencia al alza en la proporción de muertes sobrevenidas entre menores de 25 años, aunque en cierto modo parece ya haberse estabilizado. En general, aunque el número de muertes relacionadas con las drogas se mantiene en un nivel históricamente elevado en la UE, parece haber alcanzado ya su punto álgido.

En casi todos los países, la heroína sigue siendo la droga principal que consumen los pacientes que buscan tratamiento. En algunos países se puede realizar un seguimiento histórico de las tendencias del consumo de heroína entre nuevos pacientes sometidos a tratamiento, y se observa un pequeño descenso en términos absolutos desde 1996. Igualmente, algunos países presentan una tendencia que apunta a un aumento de la media de edad de la población de consumidores de opiáceos, si bien hay que resaltar que esta observación no es aplicable a todos los países, y en algunos de los nuevos Estados miembros —según datos no exhaustivos—, los consumidores de opiáceos que se someten a tratamiento por primera vez parecen ser relativamente jóvenes. En algunos países europeos, particularmente en los Quince, el consumo por vía parenteral lleva algún tiempo en declive entre los nuevos consumidores de opiáceos que solicitan tratamiento, y en Europa en su conjunto, menos de la mitad de los nuevos pacientes que solicitan tratamiento por consumo de opiáceos declaran actualmente inyectarse. Una vez más, esta tendencia no se sostiene con carácter general en los nuevos Estados miembros, donde la vía parenteral sigue siendo la forma predominante de consumo de heroína entre los consumidores que acceden a los servicios.

En suma, no existe una respuesta sencilla a la pregunta de si el consumo de heroína o el hábito de consumo por vía parenteral en Europa están disminuyendo. En muchos aspectos, la situación actual —en términos de nuevos consumidores de heroína y consumidores por vía parenteral— parece más positiva que a principios de la década de 1990 en los Quince. Existen signos de que la situación es ahora relativamente estable en muchos países, con indicios incluso de que aumenta la media de edad de la población, que tal vez reflejan una menor incidencia. Sin embargo, en algunos de los nuevos Estados miembros, donde el incremento del consumo de heroína es un problema más reciente, la vía parenteral sigue siendo la forma predominante de consumo de opiáceos y, con los datos disponibles, resulta difícil interpretar las tendencias actuales del consumo de heroína.

El consumo de cocaína y otros estimulantes: no hay lugar para la complacencia

Europa sigue siendo un importante mercado para las drogas estimulantes y los indicadores señalan que, en el conjunto de Europa, el consumo de anfetaminas, éxtasis y cocaína sigue tendiendo al alza. De acuerdo con numerosos indicadores, el éxtasis ha superado a las anfetaminas como droga más consumida tras el cannabis. Sin embargo, en el Reino Unido —que desde la década de 1990, de acuerdo con casi todos los indicadores, tiene las más elevadas tasas de prevalencia de consumo de éxtasis y anfetaminas—, los datos de las últimas encuestas de población general y escolar señalan que los índices de consumo de ambas drogas podrían estar cayendo, de forma bastante espectacular en el caso de las anfetaminas y más limitada en lo que respecta al éxtasis. No obstante, las tasas de prevalencia del Reino Unido siguen siendo relativamente elevadas si se comparan con las de otros países, aunque la diferencia es ahora menos marcada, ya que varios países registran actualmente índices de consumo parecidos, asemejándose a la situación descrita anteriormente para el cannabis.

La prevalencia del consumo de cocaína presenta considerables variaciones en Europa, pero también en este caso se observa una tendencia al alza con carácter general. Los datos de las encuestas indican que —en España y el Reino Unido en particular— el consumo de cocaína aumentó notablemente a finales de la década de 1990 y que recientemente se han registrado incrementos adicionales, aunque pequeños. En estos dos países, las estimaciones de consumo reciente de cocaína entre adultos jóvenes superan ya a las de éxtasis y anfetaminas.

Resulta difícil cuantificar los efectos que puede tener el consumo de estimulantes para la salud pública en Europa, aunque los datos con los que contamos no dejan lugar a la complacencia en cuanto a las actuales pautas de consumo. El número de demandas de tratamiento relacionadas con la cocaína va en aumento. Aunque existen considerables variaciones entre países, la cocaína representa alrededor del 10 % de las demandas de tratamiento de toda Europa. El consumo de *crack*, una variedad de la cocaína especialmente relacionada con problemas sanitarios y de otra índole, sigue siendo limitado en Europa. Los informes de consumo de *crack* se limitan en general a algunas grandes ciudades, pero en las comunidades donde se consume esta droga los daños ocasionados pueden ser considerables. Algunos problemas de orden práctico y metodológico dificultan la evaluación del número de muertes relacionadas con los estimulantes en Europa. Aunque bajo si se compara con el número de muertes relacionadas con los opiáceos, el número de muertes relacionadas con los estimulantes puede ir en aumento y es probable que haya más casos de los registrados. Aunque los datos son actualmente muy limitados, varios países señalan que la cocaína es el factor

determinante del 10 % de las muertes relacionadas con las drogas. Las muertes relacionadas con el éxtasis siguen siendo raras en la mayoría de países de la UE, pero los procedimientos de notificación pueden mejorarse.

A contracorriente del resto del mundo: en Europa no parece haber grandes problemas con las metanfetaminas

La metanfetamina es una droga conocida por estar especialmente ligada a problemas sanitarios y sociales. En todo el mundo existe una preocupación considerable por el creciente problema de las metanfetaminas, y los índices de consumo parecen ser elevados o ir en aumento en los Estados Unidos, Australia, algunas zonas de África y gran parte del sureste asiático. Hasta la fecha, el consumo de metanfetamina en Europa se ha restringido en gran medida a la República Checa, que tiene un problema con esta droga desde hace mucho tiempo. En el resto de Europa, tan sólo esporádicamente llegan noticias sobre metanfetaminas, de algunas incautaciones o referencias ocasionales a su importación desde la República Checa a los países vecinos. Sin embargo, dado que muchos países europeos mantienen fuertes vínculos con algunas zonas del mundo que tienen problemas con las metanfetaminas, y teniendo en cuenta la tendencia a la expansión del mercado europeo de estimulantes, no se puede pasar por alto el potencial de propagación del consumo de las mismas y, por consiguiente, sigue siendo un aspecto importante que se debe vigilar.

Ampliación y desarrollo de los servicios prestados a los afectados por la droga

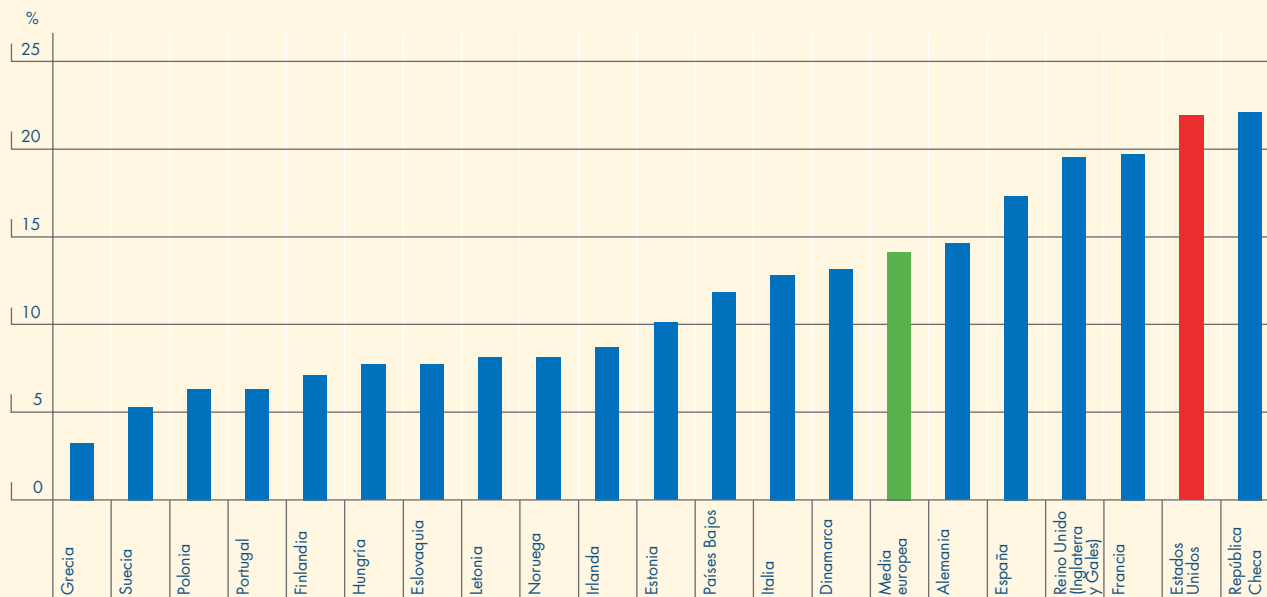
Los servicios prestados a las personas afectadas por los problemas de drogas pueden marcar una diferencia positiva tanto para los consumidores como para las comunidades en las que viven. Este hecho está reconocido en muchas políticas nacionales en materia de drogas, y tanto el antiguo como el nuevo plan de acción sobre drogas de la UE recogen el compromiso de ampliar los servicios prestados a estas personas. Aunque resulta difícil conocer en profundidad el alcance de los servicios prestados a las personas afectadas por las drogas en Europa, varios indicadores muestran con claridad que tanto los servicios de tratamiento como algunos tipos de servicios de reducción de daños se han desarrollado de forma considerable. Dicho esto, la naturaleza y el alcance de los distintos tipos de servicios varía notablemente por países. Uno de los servicios que ha conocido un auge indiscutible durante la última década es el tratamiento de sustitución de los opiáceos, sobre todo en los países que registran niveles relativamente elevados de consumo de heroína por vía parenteral. La metadona representa casi el 80 % de los tratamientos de sustitución que se ofrecen en Europa y más del 90 % de los tratamientos de sustitución en servicios especializados, pero la buprenorfina se va

El consumo de drogas sigue siendo menor en Europa que en los Estados Unidos, pero las estimaciones de prevalencia son ya parecidas en algunas zonas

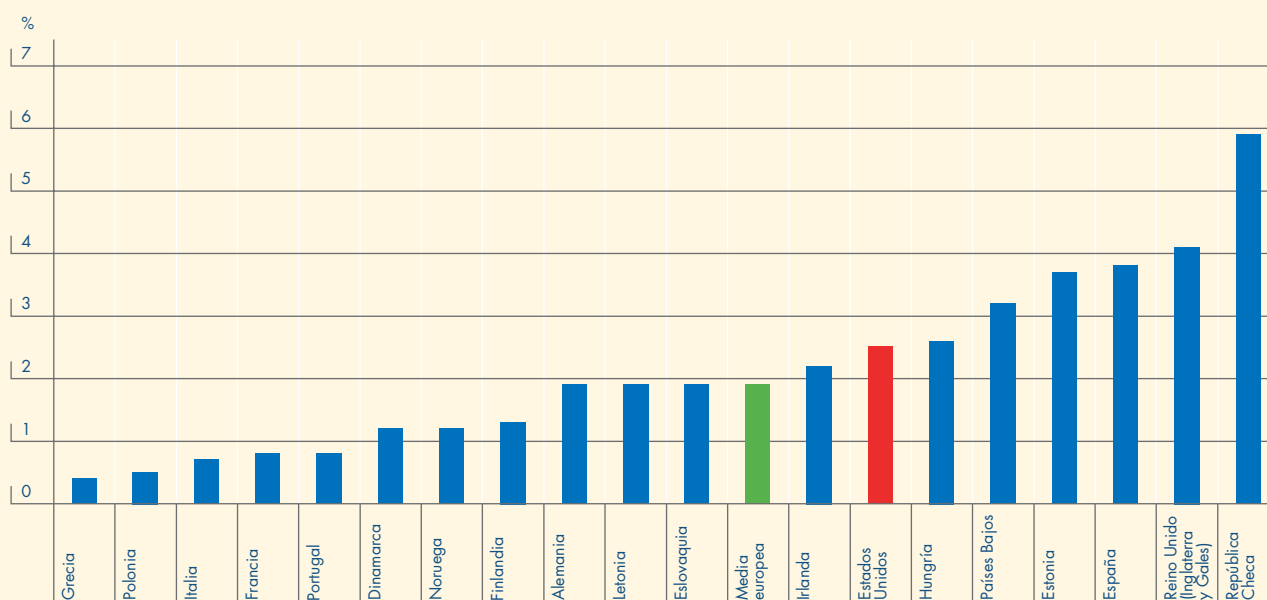
Históricamente, los Estados Unidos han registrado niveles de consumo de drogas notablemente más elevados que los países europeos. En gran medida, la situación sigue siendo la misma hoy en día, pero la comparación de los datos de consumo reciente (prevalencia del año anterior) indica que algunos países europeos registran niveles de consumo de cannabis, éxtasis y cocaína entre los adultos jóvenes similares a los existentes en los Estados Unidos (véase el gráfico más abajo). En el caso del consumo reciente de éxtasis por los adultos jóvenes, las estimaciones estadounidenses son inferiores a las de varios países europeos, lo cual quizá refleje el fuerte vínculo europeo con la evolución histórica del consumo de esta droga. Sin embargo, en términos generales, la media poblacional europea sigue siendo inferior a la media estadounidense en todos los indicadores. En muchos países europeos, la generalización del consumo de esta droga fue más tardía que en los Estados Unidos, lo que se refleja en las estimaciones estadounidenses de prevalencia a lo largo de la vida, que dan cifras más altas acumulativas de los niveles de consumo a lo largo del tiempo.

Tasas de prevalencia del año anterior del consumo de cannabis, éxtasis y cocaína entre adultos jóvenes (de 15 a 34 años) en Europa y los Estados Unidos

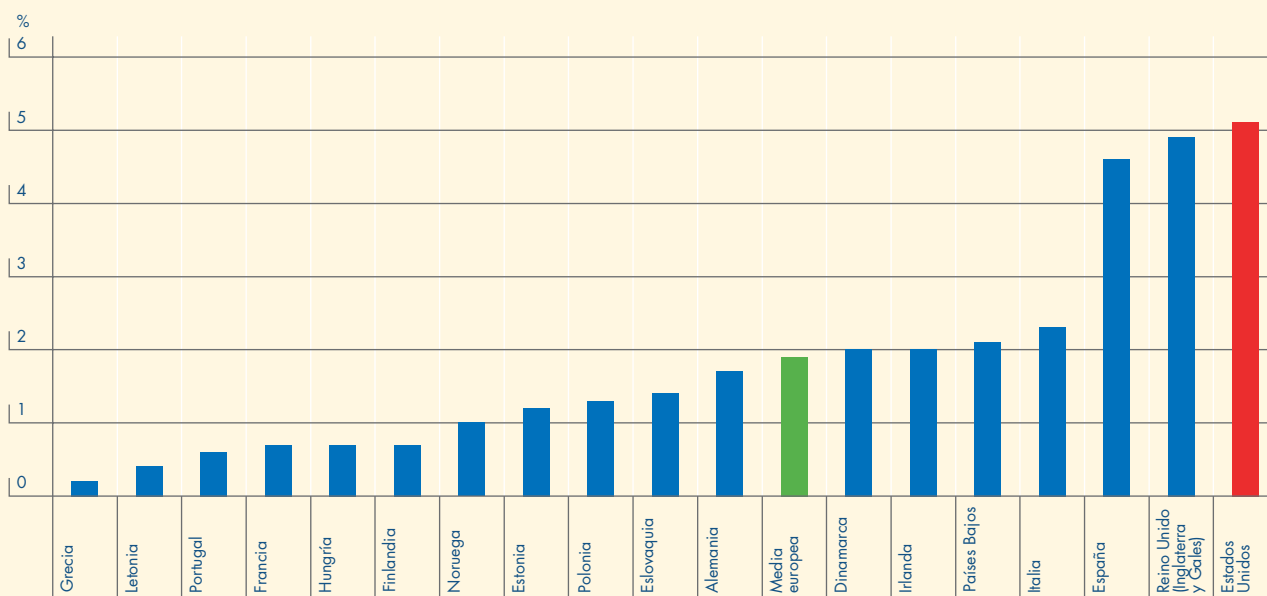
Consumo reciente (año anterior) de cannabis entre adultos jóvenes (de 15 a 34 años)



Consumo reciente (año anterior) de éxtasis entre adultos jóvenes (de 15 a 34 años)



Consumo reciente (año anterior) de cocaína entre adultos jóvenes (de 15 a 34 años)



N.B.: En los Estados Unidos la encuesta se realizó en 2003, y el rango de edad es de 16-34 años, recalculado a partir de los datos originales. En los países europeos, la mayoría de las encuestas (17 de 19) se realizaron entre 2001 y 2004, y el rango de edad estándar es de 15-34 años (en algunos países el mínimo puede ser de 16 o 18 años). La tasa de prevalencia europea media se calculó como la media de las tasas de prevalencia nacionales ponderada mediante la población nacional de jóvenes entre 15 y 34 años (2001, tomado de Eurostat).

Fuentes: Estados Unidos: SAMHSA, Office of Applied Studies, «2003 National Survey on Drug use and Health» (<http://www.samhsa.gov> y <http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>).

Europa: cuadro GPS-11 del boletín estadístico de 2005 del OEDT. Basado en los informes nacionales de la red Reitox correspondientes al año 2004.

revelando como una opción farmacológica cada vez más apreciada y actualmente se utiliza en aproximadamente un 20 % de los tratamientos de sustitución en Europa. (Para más información sobre el uso de esta droga, véase la cuestión particular: «Buprenorphine: treatment, misuse and prescription practices» [Buprenorfina: tratamiento, abuso y prácticas de prescripción].) Actualmente, se calcula que la cifra de personas que reciben tratamiento de sustitución de drogas en Europa supera las 500 000, lo cual indicaría que entre una cuarta parte y la mitad de las personas con problemas de opiáceos podría estar siguiendo ya esta clase de tratamientos.

El tratamiento de sustitución no es la única opción para las personas con problemas de opiáceos, pero no existen datos suficientes sobre otros sistemas terapéuticos para realizar estimaciones fiables de la prestación de estos servicios a escala de la UE. Se han realizado considerables avances en el desarrollo de modelos de atención para las personas con problemas de opiáceos y los datos existentes para juzgar su eficacia son relativamente sólidos. No es así en lo que respecta a los usuarios de otros tipos de drogas, que acuden en número cada vez mayor a los servicios de tratamiento europeos. Mucho más débil es el grado de consenso sobre las opciones terapéuticas más adecuadas para quienes solicitan ayuda por problemas con los estimulantes o con el cannabis, por ejemplo, y es probable que el desarrollo

de opciones de tratamiento eficaces para esta clase de pacientes se convierta en un reto de creciente importancia.

El consumo de drogas, la infección por VIH y el sida. Las intervenciones son cada vez más numerosas, y ello se refleja en las tendencias generales

La ampliación de los servicios de tratamiento no es el único aspecto en el que han mejorado los servicios prestados a los consumidores problemáticos de drogas. Existen ya programas de intercambio de agujas y jeringuillas —que permiten a los consumidores por vía parenteral disponer de material estéril— en casi todos los Estados miembros de la UE y, en la mayoría de los países, se ha tendido a medio plazo al aumento de estas actividades, tanto en su escala como en su cobertura geográfica. En algunos Estados miembros, las farmacias también desempeñan un papel importante en la ampliación de la cobertura de estos tipos de programas. Los programas especializados suelen integrarse en servicios más generales para las personas con problemas de drogas, especialmente en los centros de acogida, y como tales suelen considerarse una forma de entrar en contacto con consumidores de drogas en activo y quizás de ofrecer una vía de acceso al tratamiento y a otros servicios.

En general, la incidencia del sida causado por el consumo de drogas por vía parenteral ha ido en descenso durante algún tiempo; ha tomado el relevo el contacto heterosexual como mayor factor de riesgo para el desarrollo del sida en Europa. Esto puede ser imputable a la mayor disponibilidad de la terapia antirretroviral de alta eficacia (HAART) desde 1996, al incremento del número de servicios de tratamiento y reducción de daños y al descenso del número de consumidores de drogas por vía parenteral en casi todos los países afectados. Las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) indican que, en la mayoría de los países europeos, más del 75 % de las personas que necesitan la terapia HAART tienen acceso a ella. Sin embargo, se cree que la cobertura es escasa en algunos países bálticos, y esto puede verse reflejado en el aumento de los nuevos casos de sida entre los consumidores de drogas por vía parenteral, al menos en algunos países de esta zona. Hubo un momento en el que las nuevas infecciones producidas por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) también aumentaban de forma drástica en algunos países bálticos, pero los últimos índices han disminuido de forma igualmente radical, probablemente debido a la saturación de las poblaciones en mayor situación de riesgo; además, es posible que la mayor oferta de servicios esté surtiendo efectos en algunas zonas.

En casi todos los demás nuevos Estados miembros de la UE, las tasas de prevalencia del VIH siguen siendo bajas, al igual que en muchos de los Quince. De los países de la UE, donde las tasas de prevalencia del VIH han sido históricamente elevadas entre los consumidores de drogas por vía parenteral, la mayoría han registrado un descenso significativo y una posterior estabilización. Esto no quiere decir que estos problemas hayan desaparecido: pese a las dificultades metodológicas que complican la interpretación de las tendencias a escala nacional, algunos estudios recientes revelan nuevos contagios entre determinadas subpoblaciones de consumidores de drogas por vía parenteral, lo que subraya la necesidad de mantener la vigilancia.

Notificaciones generales de sanciones legales por posesión o consumo de drogas

En general, se carece de datos comparativos de ámbito europeo sobre la mayoría de aspectos de la relación entre las drogas y el delito. La principal excepción son las infracciones a la legislación antidroga. Aunque la cautela se impone a la hora de realizar comparaciones entre países, parece que entre finales de la década de 1990 y 2003 aumentaron las infracciones a la legislación antidroga en muchos países de la UE. Estos incrementos fueron especialmente notables en algunos de los nuevos Estados miembros. En casi todos los países, la mayoría de notificaciones se refieren a la posesión o al consumo de drogas. En casi todos los Estados miembros, la mayoría de

los delitos están relacionados con el cannabis y, desde 1998, la proporción de esta clase de delitos ha aumentado o permanecido estable en casi todos los países. En cambio, la proporción de delitos relacionados con la heroína ha descendido en muchos países.

En muchos países europeos crece la inquietud por el impacto general que tiene el consumo de drogas en las comunidades que lo padecen. Las cuestiones de seguridad pública y exposición de los jóvenes a las drogas son dos de los motivos de preocupación más mencionados en el epígrafe «Drug-related public nuisance: trends in policy and preventive measures» [Alteraciones del orden público relacionadas con las drogas: tendencias en las políticas y medidas]: esta cuestión se analiza en profundidad en el anexo de cuestiones particulares que acompaña al Informe anual; además, como continuación al tema de la justicia penal hay una cuestión específicamente dedicada a revisar las estrategias destinadas a sustituir las condenas a prisión por alternativas de tratamiento para las personas con problemas de drogas («Alternatives to imprisonment: targeting offending problem drug users in the EU» [Alternativas a la privación de libertad dirigidas a los delinquentes consumidores de drogas en la UE]).

Evolución de las políticas contra la droga. Algunos elementos son comunes, pero en el contexto del respeto a las diferencias nacionales

Como la lectura del presente informe demuestra claramente, en Europa existen considerables diferencias entre los Estados miembros en lo que respecta tanto a los problemas de drogas que padecen como a las políticas que aplican y al alcance y naturaleza de sus intervenciones. A pesar de ello, hay algunos elementos comunes a la situación de las drogas en casi todos los países. En el ámbito de la regulación, los Estados miembros expresan el compromiso político genérico de formular una respuesta equilibrada y basada en los datos disponibles, en consonancia con los compromisos internacionales y, aunque se reconoce que las políticas antidroga siguen siendo una responsabilidad nacional, también valoran las ventajas que pueden derivarse de una mayor cooperación en el ámbito europeo. Estas aspiraciones están expresadas en las estrategias y planes de acción de la UE en materia de drogas. La estrategia y el plan de acción de la UE en materia de drogas para el período 2000-2004, aunque no ha conseguido todos los ambiciosos objetivos que se había marcado, demuestra una importante evolución de la forma en que los Estados miembros, las instituciones europeas y los organismos especializados pueden trabajar conjuntamente para coordinar y evaluar los avances realizados en el ámbito de las drogas. La nueva estrategia de la UE en materia de drogas para el período 2005-2012 pretende seguir adelante con este proceso.



Capítulo 1

Novedades políticas y legislativas

Introducción

El desarrollo de las políticas antidroga entre los distintos Estados miembros de la Unión Europea (UE) es inevitablemente heterogéneo, y refleja los distintos enfoques a nivel nacional y europeo. Sin embargo, esto no impide la existencia de aspectos comunes que merezcan ser analizados.

A lo largo del período al que hace referencia el informe, el primero de estos aspectos es la forma en que se han evaluado las estrategias antidroga en distintos Estados miembros. La aplicación de las estrategias nacionales contra la droga ha sido objeto de evaluación en varios países de la Unión. Aunque todavía no han podido determinarse los efectos que ha tenido esta evaluación sobre las políticas antidroga, sí que se han obtenido algunos resultados prometedores: ahora se comprenden mejor los éxitos y los fracasos y, en algunos casos, el resultado de la evaluación ha sido la consagración de más recursos para cumplir los objetivos estratégicos no alcanzados. Además, la evaluación del plan de acción y la estrategia de la UE en materia de drogas 2000-2004 representa el primer resultado de un importante proceso en el que trabajan conjuntamente los Estados miembros, las instituciones y las agencias especializadas de la UE para determinar los progresos realizados en el ámbito de la lucha contra las drogas. Otros avances en las políticas aplicadas durante el período del informe incluyen la reducción de las sanciones por consumo de drogas en algunos países y una mayor dureza de las penas por tráfico de drogas y delitos relacionados con la droga que supongan una amenaza para los menores de edad.

Un enfoque estratégico para la política europea en materia de drogas

La estrategia de la UE en materia de lucha contra la droga (2005-2012), adoptada por el Consejo de la Unión Europea en diciembre de 2004, tiene en cuenta los resultados de la evaluación final de los progresos hechos en los períodos anteriores (2000-2004). Además, pretende dar un valor añadido a las estrategias nacionales respetando los principios de subsidiariedad y proporcionalidad establecidos en los Tratados. Por lo que respecta a las drogas, establece dos objetivos generales para la UE:

- alcanzar un alto nivel de protección de la salud, bienestar y cohesión social complementando la acción de los Estados miembros en la prevención y reducción del consumo de droga y de las drogodependencias, así como de los perjuicios causados por las drogas en la salud y el tejido social;
- asegurar un elevado nivel de seguridad para el público general actuando contra la producción y el suministro de droga y el tráfico transfronterizo, e intensificando la acción preventiva frente al delito relacionado con la droga mediante una cooperación eficaz entre los Estados miembros.

Estos dos objetivos abarcan las seis prioridades establecidas en la estrategia europea en materia de lucha contra la droga para el período 2000-2004. La nueva estrategia repite el enfoque integrado, multidisciplinar y equilibrado de combinar medidas para reducir tanto la oferta como la demanda. Se centra en estos dos campos de actuación y en dos temas que se entrecruzan —la «cooperación internacional» y la «información, investigación y evaluación»— y en la «coordinación».

En febrero de 2005, la Comisión Europea presentó ante el Parlamento Europeo y el Consejo de la Unión Europea la Comunicación sobre un plan de acción de la UE en materia de lucha contra la droga para el período 2005-2008. Para la elaboración del borrador de este plan de acción se consultó con el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) y Europol. La Comisión también consultó a la sociedad civil. El plan de acción, que tiene en cuenta los resultados de la evaluación del plan anterior, establece claramente los agentes que intervienen en cada acción y las herramientas de valoración, los indicadores y las fechas para su realización. Esto debería facilitar el control de seguimiento de las acciones así como proporcionar una orientación más eficaz en lo referente a la aplicación del plan. La Comisión revisará anualmente el progreso del plan de acción y llevará a cabo una valoración de impacto, antes de proponer un plan para el período 2009-2012.

Siguiendo las indicaciones de la UE, en la mayoría de los Estados miembros se han adoptado estrategias nacionales en materia de drogas. De los veintinueve países presentes en este informe, veintiséis aplican su política nacional de drogas de acuerdo con un plan o estrategia nacional o documento similar. En lo que respecta al resto de países

involucrados, el plan nacional italiano fue aprobado por el Comité Nacional para la Coordinación de Actividades Antidroga en el mes de marzo de 2003 y está en estudio por parte de las regiones y las provincias autónomas. En Malta y Austria, los procedimientos para diseñar y adoptar una estrategia nacional frente a las drogas seguían su curso en el momento de redactarse el informe ⁽¹⁾.

Se han adoptado nuevas estrategias nacionales en materia de drogas (véase el cuadro 1) en siete países de la UE. El principio de que todas las políticas antidroga deberían ser globales y multidisciplinarias parece aceptado en todas las estrategias nacionales en materia de drogas de los Estados miembros, de acuerdo con el enfoque de la UE sobre las drogas. Sin embargo, pueden existir diferencias fundamentales en el contenido de las estrategias nacionales de los distintos países, por ejemplo en la puesta en práctica de las intervenciones, que pueden variar a pesar de utilizar la misma terminología; en el papel que desempeña la evaluación en las estrategias, que puede ser desde importante hasta marginal; e incluso en la adopción de políticas importantes como la reducción de daños. De hecho, entre los veintiséis documentos de estrategias o políticas examinados ⁽²⁾, la reducción de daños parece ser el aspecto que presenta mayores divergencias: aparece de forma destacada en doce, se

incluye entre «otros temas de discusión» en nueve y ni siquiera se menciona en cinco.

Primeros resultados de la evaluación de las estrategias antidroga

Durante el período de realización del informe se evaluó la estrategia de la UE en materia de drogas (2000-2004). El Consejo de Justicia y Asuntos Interiores de 25 y 26 de octubre de 2004 examinó el informe de la Comisión sobre esta evaluación final ⁽³⁾. Este informe tenía por objeto valorar hasta qué punto el plan de acción consiguió los objetivos de la estrategia sobre drogas y el impacto tanto de esta estrategia como del plan de acción sobre la situación de las drogas en la UE. También contribuyó al debate que condujo a la aprobación ⁽⁴⁾ de una nueva estrategia sobre drogas. La Comisión fue asistida en su tarea de evaluación por un Comité de dirección (formado por la Comisión, los cuatro Estados miembros que ostentaban la presidencia durante el período 2003-2004, el OEDT y Europol). La falta de objetivos operativos cuantificables y precisos representó un serio obstáculo a la hora de realizar este ejercicio.

En la Comunicación sobre la evaluación final y sus anexos ⁽⁵⁾ se destacaron los principales logros en el

Cuadro 1. Nuevas estrategias nacionales en materia de drogas

País	Título	Calendario o fecha de adopción	Objetivos	Objetivos cuantificables	Indicadores de rendimiento	Responsabilidad de la ejecución	Presupuesto para la ejecución
Estonia	Estrategia nacional en materia de prevención de las drogodependencias	2004-2012	✓	✓	✓	n.d.	n.d.
Estonia	Plan de acción de la estrategia orientado a los objetivos	2004-2008	✓	✓	✓	✓	✓
Francia	Plan de acción contra las drogas ilegales, el tabaco y el alcohol	2004-2008	✓	✓	✓	n.d.	✓
Chipre	Estrategia nacional en materia de drogas	2004-2008	✓	n.d.	n.d.	n.d.	✓ ⁽⁶⁾
Lituania ⁽¹⁾	Estrategia sobre el programa nacional en materia de prevención de la adicción a las drogas	2004-2008	✓	n.d.	✓	✓	✓
Luxemburgo	Estrategia y plan de acción en materia de drogas y adicción a las drogas	2005-2009	✓	✓ ⁽²⁾	✓	✓	✓
Eslovenia ⁽¹⁾	Resolución sobre el programa nacional en materia de drogas	2004-2009	✓	n.d.	n.d.	✓	✓
Finlandia	Programa de acción de la política antidroga	2004-2007	✓	n.d.	n.d.	✓	n.d.

n.d. = Datos no disponibles.
⁽¹⁾ Datos facilitados por el personal de los puntos focales nacionales.
⁽²⁾ Objetivos cuantificables en la estrategia de Luxemburgo no disponibles en cuanto a la reducción de la oferta.
⁽³⁾ La estrategia de Chipre indica que, para alcanzar su objetivo, se facilitarán recursos humanos y financieros, sin que se especifiquen cifras en el texto.

⁽¹⁾ Para más información y definiciones, véase el sitio web del OEDT (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1360>).

⁽²⁾ No se dispone de información de Malta, Eslovaquia y Turquía a este respecto.

⁽³⁾ COM(2004) 707 final.

⁽⁴⁾ Conclusiones del Consejo Europeo de los días 16 y 17 de diciembre de 2004.

⁽⁵⁾ Entre los que se encuentra la «instantánea» estadística (1999-2004) del OEDT-Europol (<http://snapshot.emcdda.eu.int>).

ámbito de las drogas a nivel nacional y en la UE y los aspectos que todavía era necesario mejorar. También se destacaron los progresos realizados para reducir la incidencia de problemas de salud relacionados con las drogas [como la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y la hepatitis] y el número de muertes relacionadas con las drogas (objetivo nº 2 de la estrategia sobre drogas de la UE), y, en particular, para mejorar la disponibilidad de los tratamientos (objetivo nº 3). Con respecto al objetivo nº 1 (la reducción del consumo de drogas), no se observó ningún progreso significativo. Tampoco se registró disminución alguna en la disponibilidad de las drogas (objetivo nº 4). Sin embargo, los objetivos nºs 4 y 5, en conjunto, parecieron servir de catalizador a diversas iniciativas adoptadas en la Unión Europea que han reforzado las medidas legales contra el tráfico y suministro de drogas. Durante el período de vigencia del plan, surgieron varias iniciativas importantes para combatir el blanqueo de dinero (objetivo nº 6.1) y prevenir la desviación de precursores (objetivo nº 6.2), en particular a través de la modificación de la legislación comunitaria sobre el control del comercio de precursores.

En la Comunicación también se subrayó la necesidad de intensificar la investigación de los factores biomédicos, psicosociales y otros factores subyacentes del consumo y la adicción a las drogas, especialmente en áreas donde la información todavía es escasa (por ejemplo, el consumo a largo plazo de cannabis o drogas sintéticas). Se destacó la necesidad de consultar de forma regular a la población civil a la hora de formular políticas sobre drogas en la UE. La Comisión también recomendó prolongar la estrategia de la UE de cinco a ocho años, de modo que cubriese la ejecución de dos planes de acción de la UE consecutivos a lo largo del período, a fin de favorecer la plena aplicación y el ajuste de las iniciativas planteadas para alcanzar los objetivos estratégicos.

Merece la pena comentar una serie de ejercicios de evaluación realizados a nivel nacional durante el período de elaboración de este informe. Revisten un especial interés las evaluaciones llevadas a cabo por parte de países que afrontaron de forma más «estructurada» su estrategia nacional sobre drogas, cuyos elementos pueden resumirse como la documentación formal de objetivos, la definición y cuantificación de objetivos, la identificación de la autoridad responsable de la aplicación, y la especificación de la fecha de cumplimiento de los objetivos. Con este enfoque, los países tienen más facilidad para informar sobre las tareas realizadas y detectar los aspectos problemáticos, lo que favorece la adopción de las medidas necesarias.

Algunos ejemplos de este tipo de enfoque son las estrategias de lucha contra la droga de la República

Checa, Irlanda, Luxemburgo, Polonia y Portugal, cuya evaluación ha revelado, o demostrado potencial para revelar, las acciones realizadas y las tareas incumplidas que todavía deben llevarse a cabo. Un ejemplo de enfoque estructurado que puede contribuir a la evaluación de los avances realizados es la evaluación de la estrategia nacional en materia de drogas de Portugal, realizada el año 2004. Los evaluadores externos llegaron a la conclusión de que se había avanzado en el cumplimiento de algunos de los treinta objetivos principales del plan de acción portugués, ocho de los cuales se habían cumplido en su totalidad y otros diez de forma parcial. No obstante, la falta de información dificultó la evaluación del resto de objetivos, considerándose cinco de ellos no cumplidos. En Alemania, se ha establecido un comité de dirección (Consejo Nacional para las Drogodependencias) para llevar a cabo el plan de acción del año 2003 y supervisar los resultados.

La adopción de una estrategia nacional sobre drogas, o la evaluación del éxito de una anterior, ha significado en algunos países un aumento del presupuesto relacionado con la droga. A modo de ejemplo, en Grecia se ha producido un aumento equilibrado en el gasto por servicios relacionados con la asistencia sanitaria; en Hungría se han movilizado fondos para consolidar los elementos de la estrategia no aplicados hasta ahora; y en Luxemburgo, el presupuesto del Ministerio de Sanidad para asuntos relacionados con la droga pasó de alrededor de 1 millón de euros en 1999 a casi 6 millones en 2004. No obstante, todos los Estados miembros dedican tan sólo una pequeña parte de su gasto público total al tema de la droga (entre un 0,1 % y un 0,3 %). Esto puede explicar en parte la observación de que, en toda la UE, no existe una relación directa entre el crecimiento económico y los cambios asociados en el presupuesto general y en el gasto público en materia de drogas.

En varios países de la UE, la mayor parte del gasto público relacionado con la droga sigue dedicándose a la reducción de la oferta (alrededor del 68-75 %) (*). No obstante, en algunos países, como Malta y Luxemburgo, el gasto destinado a reducir la demanda (un 66 % y un 59 % del gasto total destinado a la lucha contra la droga, respectivamente) fue aparentemente superior al gasto destinado a reducir la oferta. Sin embargo, no está claro si las diferencias registradas en las partidas presupuestarias reflejan una diferencia fundamental en las prioridades políticas o un sesgo en la recogida de datos.

La falta de información disponible sobre el gasto público directo en la lucha contra la droga continúa siendo un problema. Sin embargo, existen indicios de que, además de crecer el interés académico en esta materia (†), aumenta el compromiso político para identificar y

(*) Véase la cuestión particular «Gasto público en el ámbito de la reducción de la demanda de drogas» en el Informe anual 2003 del OEDT (<http://ar2003.emcdda.eu.int/es/page077-es.html>).

(†) En Bélgica, España, Finlandia, Francia, Luxemburgo, los Países Bajos, el Reino Unido y Suecia; más información en el sitio web del OEDT (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1357>).

describir el gasto público relacionado con las drogas, de forma que el gasto nacional dedicado a este tema pueda incluirse como un elemento clave de las evaluaciones coste-beneficio. El OEDT, junto con la red Reitox y la Comisión Europea, desarrolla actualmente una metodología que permitirá realizar estimaciones coherentes y creíbles del gasto público relacionado con la droga en la UE, tal como exige el plan de acción de la UE para el año 2005.

Este primer proceso de evaluación a nivel nacional y europeo es un valioso mecanismo de información que permite a las personas con capacidad de decisión conocer cómo se han aplicado sus decisiones y a qué coste, además de intensificar los esfuerzos en los aspectos que han presentado problemas o resultados desfavorables. Aunque todavía no está claramente establecido el impacto que han tenido las estrategias nacionales en materia de drogas sobre el fenómeno general de la droga (OEDT, 2004a), el sistema de «puntuación» constituye un signo positivo y cabe esperar que impulse en Europa una tendencia general a la evaluación detallada de cada una de estas estrategias nacionales.

Debates en los parlamentos nacionales y en los medios de comunicación

La preocupación social por el fenómeno de la droga se refleja tanto en los debates parlamentarios como en los debates en los medios de comunicación. Durante el período de realización del informe, los temas más tratados en los debates parlamentarios recogidos en los informes nacionales de la red Reitox fueron la «reducción de daños» o las intervenciones que entran en esta categoría, el «consumo de cannabis» y el «delito relacionado con la droga y modificaciones de las leyes sobre drogas».

Las ventajas y desventajas de las terapias de sustitución y las medidas de reducción de daños en comparación con los sistemas de tratamiento sin droga suscitaron animados debates parlamentarios en la República Checa, Estonia, Francia, Irlanda y Noruega. Algunos temas de acalorado debate político fueron la propuesta de hacer permanente el programa de cambio de jeringuillas en Suecia, aunque fuera bajo condiciones estrictamente controladas, y la creación temporal de salas de venopunción en Noruega (véase la cuestión particular sobre leyes nacionales y perjuicio público).

El cannabis siguió siendo un tema importante de debate, sobre todo en Alemania, donde se centró en el consumo de cannabis por parte de los jóvenes, y en Luxemburgo y Portugal, donde se ha propuesto su legalidad por

prescripción médica. El consumo de cannabis o, de forma más general, el consumo de drogas en la escuela y por los jóvenes, fue objeto de amplio tratamiento por los medios de comunicación de Alemania, Austria, Bélgica, la República Checa, Chipre y Luxemburgo. En los Países Bajos, los medios fijaron su atención en el aumento de las concentraciones de tetrahidrocannabinol (THC) en los cultivos de cannabis (*nederwiet*) y en las posibles consecuencias sobre la salud del consumo de cannabis de gran potencia. En Polonia, el cannabis fue la sustancia más presente en los medios, contabilizándose 865 veces de un total de 2 500 referencias a las drogas. En Bélgica, Dinamarca y en algunos ayuntamientos de los Países Bajos se presentaron proyectos que abogaban por su legalización, con el objeto de resolver el «problema de la trastienda»⁽⁸⁾, provocando la fuerte y pública oposición de la mayoría de miembros del Parlamento y ministros del Gobierno.

En Francia e Italia, la perspectiva de modificar las leyes sobre drogas ha captado la atención de los medios de comunicación y ha generado un debate político. En Francia, se abandonó una propuesta de castigar el consumo de drogas con multas en lugar de penas de prisión, debido a la preocupación de que un cambio de este tipo se «interpretara como un signo de que las drogas no son muy peligrosas» y condujera a «un nuevo aumento del consumo y a su inicio a edades más tempranas»⁽⁹⁾. En Italia, los medios se hicieron eco del intenso debate parlamentario sobre la modificación de la ley de 1990, y en la República Checa, la diferenciación de las sanciones por posesión de drogas captó la atención política e informativa.

En la República Checa, Grecia, Luxemburgo, Polonia y Portugal se han llevado a cabo investigaciones específicas para analizar los mensajes mediáticos, y en Bélgica⁽¹⁰⁾, Polonia y el Reino Unido⁽¹¹⁾ se han desarrollado campañas mediáticas a nivel nacional dirigidas especialmente a los jóvenes.

Nuevos avances en la legislación y en los programas comunitarios

En la Unión Europea se han adoptado importantes iniciativas relacionadas con las drogas identificadas a lo largo del período de duración del informe en los ámbitos de salud pública, tráfico de drogas y control de precursores y drogas sintéticas.

Salud pública

A nivel europeo, la prevención en materia de drogodependencias es uno de los factores determinantes

⁽⁸⁾ Las tiendas conocidas como *coffee shop* pueden disponer de una cantidad de hasta 500 gramos de cannabis para la venta, pero solamente pueden adquirirlo a través de mercados ilegales. A esto se le llama «el problema de la trastienda».

⁽⁹⁾ MILDT (2004), p. 43, citado en el informe nacional francés.

⁽¹⁰⁾ <http://www.partywise.be>

⁽¹¹⁾ Campaña «Talk to Frank» [Hable con Frank] sobre los riesgos del consumo de cannabis (<http://www.talktofrank.com/>).

de la salud señalados en el programa de salud pública ⁽¹²⁾. El plan de trabajo de 2004 de este programa se centró en la recomendación del Consejo de 18 de junio de 2003 y en el desarrollo —con la participación del OEDT— de una base adecuada para llevar a cabo un inventario de actividades en la UE. La Comisión animó a las partes interesadas a remitir propuestas que planteasen un cambio en el estilo de vida para hacer frente al abuso de todas las sustancias con potencial adictivo, sobre todo en establecimientos de ocio (como los clubes nocturnos) y prisiones. Mostró especial interés en el desarrollo de prácticas óptimas y en la mejora de las comunicaciones y la difusión de información aplicando técnicas modernas. La Comisión seleccionó cuatro proyectos en el año 2004, dirigidos a prevenir comportamientos de riesgo, con el fin de armonizar el conocimiento internacional sobre los efectos secundarios biomédicos de drogarse, para reforzar la transferencia de conocimientos sobre las respuestas al consumo de drogas y para ampliar a los nuevos Estados miembros una fuente de información existente en red sobre drogas legales e ilegales.

Tráfico de drogas

En el año 2004 se adoptaron en la Unión Europea varios instrumentos para hacer frente al tráfico de drogas. La Decisión marco 2004/757/JAI del Consejo, de 25 de octubre de 2004, estableció disposiciones mínimas sobre los elementos constitutivos de delitos y las penas aplicables en el ámbito del tráfico ilícito de drogas ⁽¹³⁾, y es un instrumento clave para atajar el tráfico de drogas mediante la imposición de unas penas mínimas para este tipo de delitos en los Estados miembros.

En diciembre de 2004, el Consejo llegó a un acuerdo para adoptar una Decisión sobre intercambio de información, evaluación del riesgo y control de nuevas sustancias psicoactivas. Esta Decisión establece un marco para el intercambio eficaz de información sobre nuevas sustancias psicotrópicas, además de ser un mecanismo de control de estas sustancias en la Unión Europea.

El 30 de marzo de 2004, el Consejo adoptó una recomendación sobre directrices para la toma de muestras de drogas incautadas. En ella se recomienda a los Estados miembros que introduzcan, en caso de que no exista ya, un sistema de toma de muestras con arreglo a directrices internacionalmente aceptadas. El Consejo también adoptó una Resolución sobre el cannabis y un informe de situación referente a la aplicación de planes para la reducción de la oferta y la demanda de drogas y el suministro de drogas sintéticas.

En febrero de 2004, el Parlamento Europeo y el Consejo adoptaron el Reglamento (CE) n° 273/2004 sobre precursores de drogas ⁽¹⁴⁾. En él se establecen medidas

Puesta en marcha de un sistema de supervisión de la salud sostenible

El establecimiento y funcionamiento de un sistema de supervisión de la salud sostenible es uno de los objetivos clave del programa de salud pública (2003-2008). La Comisión ha consultado con los Estados miembros y los organismos internacionales con miras a consolidar un conjunto de indicadores de salud de la Comunidad Europea. En este contexto, las «muertes relacionadas con las drogas» y el «consumo de drogas psicotrópicas» se incluyeron en la lista de indicadores básicos, reforzando así los enlaces estructurales con el OEDT como fuente potencial de datos.

armonizadas para el control y la supervisión intracomunitarios de ciertas sustancias utilizadas con frecuencia en la fabricación ilegal de drogas narcóticas y sustancias psicotrópicas, con miras a prevenir el desvío de este tipo de sustancias hacia tales usos. En particular, orienta a los Estados miembros para adoptar las medidas necesarias que permitan a sus autoridades competentes realizar sus servicios de control y vigilancia e información para reconocer y notificar transacciones sospechosas. En diciembre de 2004, el Consejo adoptó el Reglamento (CE) n° 111/2005, por el que se establecen normas para la vigilancia del comercio de precursores de drogas entre la Comunidad y terceros países.

Tras una Resolución del Consejo de noviembre de 2002, la Comisión Europea presentó un estudio sobre una lista genérica y de emergencia para el control de drogas sintéticas ante el Grupo de trabajo horizontal sobre drogas (GHD) en noviembre de 2004. En abril de 2004, también presentó al GHD algunas sugerencias para posibles mejoras futuras en los métodos de confección de mapas de las redes de distribución de drogas sintéticas en la Unión Europea.

Nueva legislación nacional

Jóvenes

Los cambios en la legislación nacional de varios de los Estados miembros durante el período de redacción del informe incluyen medidas para proteger a los jóvenes de los delincuentes o para reaccionar ante un eventual interés de los mismos por consumir drogas.

Esta protección puede ser directa o a través de sistemas más generales. En Hungría, la ley de marzo de 2003 protege a los menores de 18 años frente al uso indebido de las drogas narcóticas, y las penas para los adultos serán más severas para los delitos que afecten a menores

⁽¹²⁾ Decisión n° 1786/2002/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 23 de septiembre de 2002, relativa a la adopción de un programa de acción comunitario en el ámbito de la salud pública (2003-2008); Declaraciones de la Comisión, DO L 271 de 9.10.2002, pp.1-12.

⁽¹³⁾ DO L 335 de 11.11.2004, p. 8; véase también el Informe anual 2004 del OEDT (<http://ar2004.emcdda.eu.int/es/home-es.html>).

⁽¹⁴⁾ DO L 47 de 18.2.2004, p. 1.

de edad. En Estonia se modifican las leyes a principios de 2004 para imponer penas más duras a la mayoría de delitos relacionados con la droga, incluida la inducción al consumo ilegal de drogas a los menores de edad.

En Dinamarca, la Ley sobre Sustancias Euforizantes fue modificada en julio de 2004. La distribución de drogas en restaurantes, discotecas o establecimientos similares frecuentados por niños o gente joven se considera en la actualidad una circunstancia especialmente agravante. Este tipo de delitos siempre deben castigarse con penas de prisión, y se pretende que el tiempo medio de condena para estos delitos aumente en una tercera parte. De forma similar, el tráfico de drogas cerca de las escuelas es una circunstancia agravante en España desde octubre de 2004 y, además, el límite de edad para que un «joven» pueda ser condenado por delitos de tráfico ha pasado de 16 a 18 años. La nueva legislación de Inglaterra y Gales se inspira en las Directrices para la lucha contra el cannabis (*cannabis enforcement guidance*; ACPO, 2003), que asesoran sobre la forma de actuar con las personas halladas en posesión de cannabis en lugares como escuelas, clubes juveniles y zonas de juegos o en sus proximidades.

En Letonia, las medidas adoptadas en respuesta al consumo de drogas por los jóvenes incluyen dos decretos gubernamentales de diciembre de 2003. En uno de ellos se describen procedimientos para el tratamiento institucional obligatorio (con consentimiento paterno) de los niños que son descubiertos consumiendo drogas y en el otro se especifican las acciones que han de llevarse a cabo si se encuentran drogas u otras sustancias tóxicas en una escuela. En Inglaterra y Gales, los menores de 18 años arrestados por delitos de cannabis continúan recibiendo una amonestación o una advertencia definitiva o son inculcados por la policía, según la gravedad del delito. Tras una advertencia definitiva, el joven delincuente se remite a un equipo contra la delincuencia juvenil (*youth offending team* [YOT]), que realiza las gestiones pertinentes para someterlo a tratamiento o prestarle otro tipo de apoyo.

En la República Checa, la Ley de justicia juvenil, que entró en vigor en 2004, modifica las condiciones aplicables a los jóvenes involucrados en delitos penales y prima sobre las leyes generales. Sólo deben imponerse sanciones penales en caso necesario y las medidas educativas pueden incluir la prohibición del consumo de la sustancia o la obligación de someterse a tratamiento. Además, los límites máximos para las penas no privativas de libertad son actualmente la mitad de las que se aplican a los adultos. En Polonia, un reglamento ministerial de enero de 2003 establece actividades educativas y de prevención específicas entre los niños y jóvenes amenazados por la

droga. Las escuelas deben aplicar estrategias educativas y de prevención.

En octubre de 2003, la base de datos europea de legislación en materia de drogas (*European Legal Database on Drugs* [ELDD]) publicó un estudio comparativo de la situación jurídica relativa a las drogas y los jóvenes ⁽¹⁵⁾ que sirvió de base para elaborar un documento de ayuda a la evaluación por la Comisión del plan de acción 2000-2004 de la UE, publicado en octubre de 2004 ⁽¹⁶⁾. En dicha evaluación se observó que un total de veintidós leyes, aprobadas por once Estados miembros (de un total de quince), trataban los aspectos del plan de acción relativos a los jóvenes. La mayoría de esas leyes estaban orientadas a la búsqueda de alternativas a la prisión, aunque seis de ellas pretendían reducir la prevalencia del consumo de drogas, particularmente entre los jóvenes. Sin embargo, con carácter general, parece ser que la atención legislativa que se ha prestado a esos puntos del plan de acción ha sido comparativamente escasa durante el período de cinco años. Para un análisis más profundo de las medidas destinadas a los jóvenes delincuentes consumidores de drogas, véase la cuestión particular sobre alternativas a la privación de libertad.

Reducción de daños

Durante los años 2003 y 2004 se aprobaron varias leyes relativas a la reducción de daños.

En Francia, una ley aprobada en agosto de 2004 por la cual se adopta el plan quinquenal de política sanitaria pública incorpora la política de reducción de daños para los consumidores de droga en la normativa de salud pública, define el concepto de forma oficial y lo incorpora a la jurisdicción estatal.

En Finlandia, un decreto gubernativo modificó la Ley de enfermedades infecciosas para estipular que los especialistas en enfermedades infecciosas de los centros sanitarios deben realizar una labor de prevención, inclusive el asesoramiento sanitario a los consumidores de drogas por vía intravenosa y la aplicación de programas de intercambio de agujas y jeringuillas en caso necesario. En Luxemburgo, el Decreto Gran Ducal de diciembre de 2003 regula el programa nacional de distribución de jeringuillas mediante la definición de instalaciones y profesionales autorizados para suministrar jeringuillas a los consumidores de droga. De este modo se mantiene la tendencia a permitir la posesión y el suministro de jeringuillas estériles a través de una legislación expresa ⁽¹⁷⁾, apoyada por el plan de acción de la UE 2000-2004, que solicitaba el desarrollo de un programa de suministro de profilácticos. Para más información jurídica, véase el informe temático de la ELDD *Legal*

⁽¹⁵⁾ «Young people and drugs: a legal overview» [Los jóvenes y las drogas: una visión jurídica] (<http://eldd.emcdda.eu.int/?nnodeid=5620>).

⁽¹⁶⁾ «Drug law and young people 2000-2004» [La legislación sobre drogas y los jóvenes, 2000-2004] (<http://eldd.emcdda.eu.int/?nnodeid=9937>).

⁽¹⁷⁾ Desde el año 1999 han legislado siete países: Bélgica, Francia, Luxemburgo, Polonia, Portugal, Eslovenia y Finlandia.

framework of needle and syringe programmes [Marco jurídico de los programas de intercambio de agujas y jeringuillas] ⁽¹⁸⁾.

La Ley británica sobre el abuso de drogas (*Misuse of Drugs Act*) se modificó en agosto de 2003 para que los médicos, farmacéuticos y trabajadores sociales expertos en la materia pudieran suministrar legalmente bastoncillos, agua esterilizada, ciertos utensilios de mezcla (como cucharas, cuencos, tazas y platos) y ácido cítrico a los consumidores de drogas que obtengan drogas controladas sin receta médica. En junio de 2004, el Parlamento noruego aprobó, para un plazo de tres años, la Ley provisional relativa a un programa de ensayo de salas de venopunción. Este documento exime a los usuarios de las salas de venopunción de la sanción por posesión y consumo de una dosis única de droga y ha permitido que se abriese una sala de este tipo en febrero de 2005.

En la República Checa, varias organizaciones no gubernamentales (ONG) ofrecen servicios de análisis de pastillas, dirigidos a reducir el riesgo de consumo de sustancias desconocidas o inesperadas, aunque la legalidad de estos programas es objeto de intenso debate. En 2003 no hubo acusaciones criminales y el único caso presentado por la policía (del año 2002) fue rechazado por el Ministerio Público. Desde entonces, la Fiscalía General ha publicado directrices a este respecto.

De acuerdo con estos avances legislativos, los servicios de reducción de daños han sido reconocidos con carácter general en la nueva estrategia y plan de acción de la UE como respuesta válida a la demanda de un mayor acceso a los intercambios de jeringuillas para reducir los riesgos relacionados con la droga tanto para la salud individual como para el conjunto de la sociedad.

Sanciones penales

Durante el período de realización del informe, también hubo varios países que modificaron las sanciones estipuladas en su legislación contra la droga para varios delitos, además de los cambios antes analizados y que afectan de forma específica a los jóvenes. Por ejemplo, Bélgica y el Reino Unido redujeron el año pasado la pena por posesión de cannabis no problemática. En Bélgica, una nueva directiva publicada en febrero de 2005 aclara las excepciones a esta reducción de la pena, instando a la acción judicial plena en aquellos casos que conlleven «alteración del orden público». Entre ellos está la posesión de cannabis en lugares de reunión de niños en edad escolar (escuelas, parques o paradas de autobús) o en sus proximidades y también la posesión «ostensible» en un lugar o edificio público. En Dinamarca, una enmienda de mayo de 2004 a la Ley de sustancias euforizantes, junto

con una circular del Ministerio Público, estableció que la posesión de drogas para consumo propio se castigaría normalmente con una multa, en lugar de las advertencias realizadas anteriormente.

Todas estas actuaciones siguen la pauta de modificación de las posibles sanciones para consumidores y traficantes que se ha venido siguiendo durante los últimos años, de acuerdo con un informe del OEDT ⁽¹⁹⁾. Por ejemplo, Bélgica creó en 2003 una nueva categoría de delito que permite no perseguir a los consumidores de cannabis no problemáticos, Grecia redujo la sanción máxima por consumo de drogas de cinco años a uno y Hungría retiró el delito de consumo de drogas de su código penal. En 2002, Estonia eliminó el delito de reincidencia en el consumo o posesión de una pequeña cantidad de droga ilegal para consumo propio (con una pena máxima de tres años de prisión), aunque Lituania introdujo el delito de posesión en su código penal, que puede acarrear penas de hasta dos años de privación de libertad. En 2001, Luxemburgo despenalizó el consumo de cannabis y abolió la pena de prisión para el uso de drogas para consumo propio no asociado a circunstancias agravantes y Finlandia tipificó el delito de consumo de drogas, con una pena máxima de prisión inferior y procedimientos penales abreviados por parte del fiscal. En 2000, Portugal promulgó sanciones administrativas para el consumo de drogas, aunque el mismo año Polonia eliminó la exención de la pena anteriormente posible por el delito de posesión. Sin embargo, esta pauta no refleja un menor control sobre los efectos del consumo de drogas en la sociedad, como puede verse en la cuestión particular sobre perjuicio público y las restricciones a la posesión en las proximidades de personas jóvenes, mencionadas anteriormente.

Para los sospechosos de tráfico de drogas, se tiende a aumentar las posibles penas. En Dinamarca, las penas máximas para los delitos de tráfico se elevaron en más de un 50 % en marzo de 2004. A principios del mismo año, Estonia promulgó penas más estrictas para la mayoría de crímenes relacionados con la droga, especialmente en presencia de circunstancias agravantes. En el Reino Unido, la pena máxima para el tráfico de drogas tipo C ha aumentado de cinco a catorce años de prisión. Además, en los últimos años se ha otorgado mayor importancia a las penas para los delitos específicos de distribución de droga a los jóvenes (mencionados anteriormente) y para los delitos de tráfico de drogas en Grecia en 2001, en Lituania en 2000 y en Irlanda en 1999. Este endurecimiento unánime de las penas por tráfico de drogas se refleja en la Decisión marco europea de octubre de 2004, que establece disposiciones mínimas sobre los elementos constitutivos de delitos y las penas aplicables en el ámbito del tráfico ilícito de drogas.

⁽¹⁸⁾ <http://eldd.emcdda.eu.int/?nnodeid=5036>

⁽¹⁹⁾ Más detalles en el informe temático del OEDT «Illicit drug use in the EU: legislative approaches» [El uso ilegal de drogas en la UE: enfoques legislativos] (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=7079>).

Las drogas en el trabajo

Dos países han dado pasos para legislar los aspectos relativos a las drogas en el trabajo. En Finlandia, la Ley sobre protección de la privacidad en el trabajo (759/2004) pretende regular y mejorar la privacidad del empleado en relación con los análisis de detección de consumo de drogas en la vida laboral. Esta ley establece que el empresario y el personal deben diseñar un programa antidroga para el lugar de trabajo que incluya planes de prevención y opciones de tratamiento y elaborar un listado de aquellos trabajos que requieran un certificado de haber pasado un análisis para detectar el consumo de drogas. Durante el proceso de selección, el empresario solamente podrá solicitar un certificado de análisis de detección del consumo de drogas del candidato seleccionado. El empresario tiene derecho a utilizar la información facilitada en el certificado si el trabajo requiere precisión, fiabilidad, juicio independiente o máxima atención, y si su desempeño bajo influencia o dependencia de las drogas pudiera amenazar la vida o la salud o provocar un daño considerable. Durante el período de duración del empleo, el empleado sólo deberá facilitar un certificado si existe causa para sospechar que es adicto a las drogas o que trabaja bajo su influencia.

En junio de 2004 se publicó en Irlanda la Ley de seguridad, salud y bienestar en el trabajo (*Safety, Health and Welfare at Work Bill*). Uno de sus apartados exige a los empleados que se abstengan de trabajar bajo los efectos de sustancias tóxicas que puedan poner en peligro su propia seguridad, salud o bienestar en el trabajo, o de otras personas. También exige que los empleados, previa petición razonable por parte del empresario, presenten un análisis adecuado, razonable y proporcionado realizado por una persona competente.

En el nuevo plan de acción de la UE se destaca la prevención en entornos específicos, como por ejemplo el lugar de trabajo. El mayor hincapié en la prevención específica puede ser un contrapeso a la tendencia general de reducción de la gravedad de las penas para los consumidores de droga, quizá debido a la preocupación por la prevalencia y frecuencia del consumo de drogas en la UE. Sin embargo, no hay cifras claras sobre el verdadero alcance de este fenómeno, y los análisis de detección del consumo de drogas que no se limiten a detectar su influencia efectiva pueden dar lugar a complicados problemas jurídicos de privacidad en virtud de determinadas leyes nacionales e internacionales. Mientras tanto, la investigación privada continúa intentando mejorar la precisión de los equipos de análisis y su aceptación por los consumidores.

Alteraciones del orden público relacionadas con las drogas: tendencias en las políticas y medidas (publicado en el Informe anual 2005 del OEDT: cuestiones particulares)

Las alteraciones del orden público constituyen una nueva preocupación en el debate sobre la política en materia de drogas, tanto a nivel nacional como europeo. Los comportamientos y las actividades comprendidos normalmente bajo el término «alteraciones del orden público relacionadas con las drogas» existen desde hace mucho tiempo en la mayoría de Estados miembros, los países candidatos y Noruega. Por lo tanto, no se trata de un fenómeno nuevo, sino de una nueva tendencia en la política antidroga —evidente por lo menos en algunos Estados miembros— a clasificar y comparar estos conceptos englobándolos en una misma categoría, y a convertir en objetivo de la estrategia nacional en materia de drogas la reducción de su incidencia.

¿Hasta qué punto comparten esta tendencia los países europeos? ¿Existe una definición consensuada para este

concepto? ¿Cómo deben valorarse la naturaleza y la extensión de este fenómeno? ¿Qué pretenden alcanzar las políticas y qué tipo de intervenciones se aplican, se hayan diseñado o no específica y expresamente para reducir las alteraciones del orden público relacionadas con las drogas? ¿Se dispone ya de algunos resultados de la evaluación y se han establecido normas de calidad para la intervención? Todos estos interrogantes esenciales se tratan en este apartado de cuestiones particulares.

Mediante un oportuno análisis de cómo está evolucionando el tema de las alteraciones del orden público relacionadas con la droga en el debate político europeo, el OEDT quiere informar a los responsables de formular las políticas y al público sobre la naturaleza del fenómeno y las tendencias y medidas de la política antidroga en este ámbito.

Esta cuestión particular está disponible en forma impresa o a través de Internet únicamente en su versión inglesa («Drug-related public nuisance: trends in policy and preventive measures», *EMCDDA annual report 2005: Selected issues*) (<http://issues05.emcdda.eu.int>).



Capítulo 2

Escuela, juventud y drogas

La mayor parte de los datos sobre el consumo de alcohol y drogas por parte de los jóvenes proviene de encuestas realizadas a estudiantes de 15 y 16 años de edad. La encuesta escolar europea sobre alcohol y otras drogas (ESPAD) realizó encuestas en 1995, 1999 y, más recientemente, en 2003. La encuesta de 2003 (Hibell *et al.*, 2004) ofrece datos comparativos de veintidós Estados miembros de la UE, así como de Noruega y tres países candidatos (Bulgaria, Rumanía y Turquía). Otras encuestas escolares (por ejemplo de los Países Bajos, Suecia y Noruega) y las encuestas a niños en edad escolar sobre su comportamiento en relación con la salud (*Health*

Behaviour in School-aged Children [HBSC]) también ofrecen datos sobre el consumo de drogas entre los escolares y sus resultados son, por lo general, muy similares.

Prevalencia y pautas de consumo

Cannabis

Los datos de la última encuesta ESPAD de 2003 revelan que la República Checa presenta la prevalencia más elevada de consumo de cannabis a lo largo de la vida entre estudiantes de 15 y 16 años de edad (44 %)

Proyecto europeo de encuestas escolares sobre el alcohol y otras drogas (ESPAD): un recurso cada día más utilizado para comprender las tendencias del consumo de alcohol y drogas en los jóvenes

Las encuestas ESPAD son una importante fuente de información sobre el consumo de drogas y alcohol entre los escolares europeos y son de gran valor en el registro de las tendencias a lo largo del tiempo. Las encuestas ESPAD se realizaron en los años 1995, 1999 y 2003. Utilizando métodos e instrumentos normalizados entre muestras representativas a nivel nacional de alumnos de 15 y 16 años, se obtiene un conjunto de datos comparables de alta calidad. La participación en las encuestas ESPAD ha ido aumentando con cada nueva encuesta, y en ellas participan tanto los Estados miembros de la UE como los países no comunitarios. En 1995, participaron un total de veintiséis países europeos (incluyendo diez países que se incorporaron a la UE en mayo de 2004). Esta cifra aumentó a treinta en 1999, mientras que la encuesta de 2003 obtuvo la sorprendente cifra de treinta y cinco países incluyendo veintitrés Estados miembros de la UE (incluyendo los diez países que se incorporaron a la UE en 2004), los tres países candidatos (Bulgaria, Rumanía y Turquía) y Noruega. España no participó en el estudio, pero el informe ESPAD 2003 presenta datos nacionales de la encuesta escolar española (Plan Nacional sobre Drogas [PNSD]).

La comparabilidad de la encuesta escolar ESPAD se basa en la estandarización del grupo de edad diana y en el método y el calendario de la recogida de datos, la utilización de un muestreo aleatorio, la solidez del diseño del cuestionario y la garantía del anonimato.

Las preguntas de la encuesta se centran en el consumo de alcohol (a lo largo de la vida, prevalencia en 12 meses y prevalencia en 30 días, consumo medio, consumo excesivo) y en el consumo de drogas ilícitas (a lo largo de la vida, prevalencia en 12 meses y prevalencia en 30 días, incluyendo las medidas de la frecuencia del consumo de droga durante estos intervalos de tiempo).

Estos son algunos de los resultados de la encuesta de 2003 en los Estados miembros, los países candidatos y Noruega:

- El cannabis es la droga ilegal más consumida.
- El éxtasis es la segunda droga ilegal más consumida, pero su consumo es relativamente bajo.
- El consumo de anfetaminas, LSD y otras sustancias alucinógenas es escaso.
- Aunque la prevalencia de consumo es relativamente baja, los hongos mágicos son los alucinógenos más consumidos en doce Estados miembros de la UE.
- Otras sustancias consumidas por los escolares incluyen tranquilizantes y sedantes sin receta médica (con un máximo nacional del 17 %) e inhalantes (máximo nacional del 18 %).
- La prevalencia del consumo excesivo de alcohol en 30 días (definido como el consumo mínimo de cinco bebidas alcohólicas seguidas) varía de forma considerable entre países.

Puede encontrarse información sobre el ESPAD en el sitio web (<http://www.ESPAD.org>), además de estar disponible el nuevo informe.

(gráfico 1). Las estimaciones más bajas de prevalencia de vida (inferior al 10 %) se registran en Grecia, Chipre, Suecia, Noruega, Rumanía y Turquía. Entre los países que superan el 25 % se encuentran Alemania, Italia, los Países Bajos, Eslovaquia y Eslovenia (27 % y 28 %), mientras que las estimaciones más elevadas (del 32 % al 40 %) se registran en Bélgica, Francia, Irlanda y el Reino Unido. Desde 1995, en la mayoría de países se ha producido un aumento constante en el número de estudiantes que han probado el cannabis en alguna ocasión ⁽²⁰⁾. Sin embargo, las variaciones entre países son marcadas.

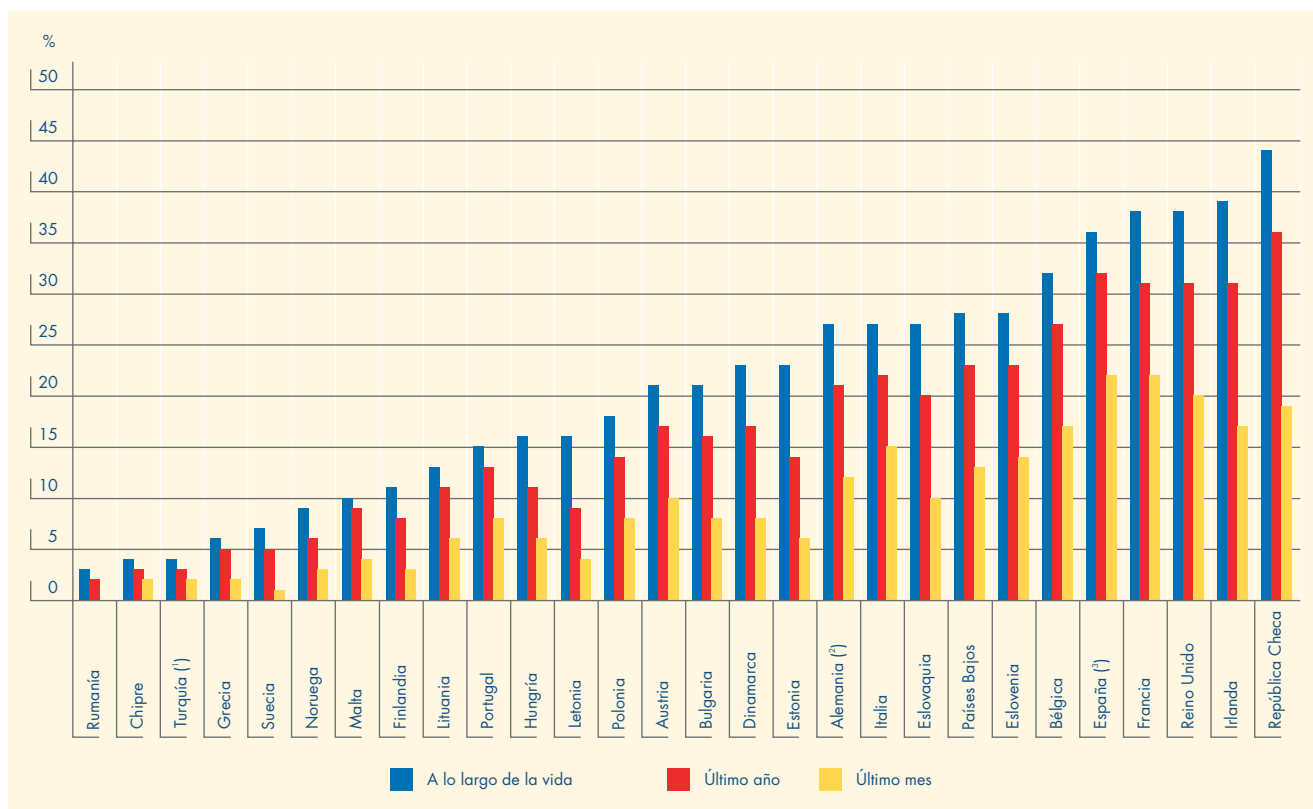
Nuevos datos obtenidos de las encuestas ESPAD 2003 realizadas a estudiantes de 15 y 16 años indican que la prevalencia del consumo de cannabis a lo largo de la vida oscila entre el 3 % y el 44 %. Entre el 2 % y el 36 % de los estudiantes reconoce haber consumido la droga en los últimos 12 meses, mientras que el consumo durante el último mes oscila entre el 0 % y el 19 % según los países ⁽²¹⁾ (gráfico 1). Existen variaciones relativas en las

distintas tasas de prevalencia. Por ejemplo, la prevalencia de vida es más elevada en la República Checa, pero el consumo actual (último mes) es más elevado en España y Francia (22 %).

En casi todos los países, la prevalencia del consumo de cannabis es más elevada en los hombres que en las mujeres. Las diferencias entre sexos son más marcadas entre los estudiantes que admiten haber consumido cannabis al menos cuarenta veces a lo largo de su vida ⁽²²⁾.

En once Estados miembros y en Bulgaria se han realizado encuestas escolares a nivel nacional que incluyen estudiantes de más edad (17-18 años). La prevalencia de vida del consumo de cannabis a estas edades fluctúa entre el escaso 2 % de Chipre y el 56 % de la República Checa, mientras que el consumo actual (último mes) oscila entre el 1 % de Chipre y el 30 % de Francia. En todos los países donde se han realizado encuestas, excepto Chipre, las estimaciones de prevalencia son mayores en los alumnos de más edad que en los estudiantes de 15 y 16 años ⁽²³⁾.

Gráfico 1. Prevalencia a lo largo de la vida, en el último año y en el último mes del consumo de cannabis entre escolares de 15 a 16 años de edad en 2003



(1) Las cifras de Turquía se basan en las de una ciudad principal de cada una de las seis regiones (Adana, Ankara, Diyarbakir, Estambul, Izmir y Samsun).
 (2) Los datos alemanes se refieren únicamente a seis regiones (Baviera, Brandemburgo, Berlín, Hesse, Mecklemburgo-Pomerania Occidental y Turingia).
 (3) España no participó en la encuesta ESPAD. Los datos que aquí se incluyen están basados en una encuesta española realizada en los meses de noviembre y diciembre de 2002. Las preguntas relativas a la prevalencia de las drogas pueden considerarse comparables a las preguntas de la encuesta ESPAD, pero otros aspectos del método hacen que los datos españoles no sean estrictamente comparables.
 Fuente: Hibell et al., 2004.

(20) Véanse los gráficos EYE-1 (parte ii) y EYE-1 (parte ix) del boletín estadístico de 2005.
 (21) Para más información sobre el consumo de cannabis entre los estudiantes, véase el capítulo 3.
 (22) Véase el gráfico EYE-1 (parte iii) del boletín estadístico de 2005.
 (23) Véanse los cuadros EYE-1 y EYE-3 del boletín estadístico de 2005.

Entre 1999 y 2003, la República Checa registra un incremento del 5 % en el número de estudiantes que admiten haber probado el cannabis a los 13 años o antes. Otros trece países de la UE han sufrido pequeños incrementos (del 1 % al 3 %) ⁽²⁴⁾. Sólo los Países Bajos y el Reino Unido registran un descenso (del 1 %).

Según un reciente estudio del Eurobarómetro (2004) ⁽²⁵⁾, el número de jóvenes de edades comprendidas entre los 15 y los 24 años que declaran haber sido invitados a consumir cannabis ha pasado del 46 % en 2002 al 50 % en 2004. Durante el mismo período, el número de jóvenes que afirman conocer gente que ha consumido cannabis también ha aumentado, del 65 % al 68 %.

Las encuestas ESPAD muestran que la percepción que los estudiantes tienen del cannabis, tanto de los riesgos asociados a su consumo como de su disponibilidad, está marcadamente relacionada con la prevalencia del consumo de esta sustancia a lo largo de la vida. La relación entre riesgo y prevalencia es inversa ⁽²⁶⁾, es decir, las percepciones de riesgo elevadas se asocian con una prevalencia de consumo baja y viceversa, pero la percepción de disponibilidad está directamente relacionada con la prevalencia de consumo a lo largo de la vida ⁽²⁷⁾.

Los jóvenes de países donde las estimaciones de prevalencia del consumo de cannabis son superiores a la media pueden estar cada vez más dispuestos a considerar el consumo de esta sustancia como algo «normal».

La mayoría de países que registran cifras relativamente elevadas de consumo de cannabis a lo largo de la vida también registran cifras relativamente elevadas de abuso del alcohol (definido como el consumo de cinco o más bebidas alcohólicas seguidas en los 30 días previos a la encuesta) ⁽²⁸⁾, lo que indica que ambos comportamientos pueden formar parte de un estilo de vida común. Se han observado excepciones a esta pauta en Francia, Italia y Bulgaria, donde el consumo de cannabis es relativamente elevado pero el abuso del alcohol es relativamente bajo.

Otras drogas

La prevalencia del consumo de éxtasis fue superior a la del consumo de anfetaminas en catorce de los países de la UE y países candidatos que realizaron la encuesta ESPAD de 2003 ⁽²⁹⁾. Los niveles más bajos de consumo de éxtasis a lo largo de la vida (2 % o menos) se observaron en Dinamarca, Grecia, Chipre, Lituania, Malta, Finlandia,

Suecia, Noruega, Rumanía y Turquía. En Bélgica, Alemania, Francia, Italia, Letonia, Austria, Polonia, Portugal, Eslovenia, Eslovaquia y Bulgaria se registraron tasas de prevalencia más elevadas, del 3 % y 4 %. Los países con las tasas más elevadas de prevalencia de consumo de éxtasis a lo largo de la vida fueron la República Checa (8 %) y Estonia, España, Irlanda, los Países Bajos y el Reino Unido.

En cuanto a las tasas de prevalencia a lo largo de distintos períodos, la tasa más elevada de prevalencia de consumo de éxtasis a lo largo de la vida en 2003 fue del 8 %, frente al 5 % del consumo en los 12 meses previos (consumo reciente) y al 2 % del consumo durante el último mes (consumo actual).

Los sucesivos sondeos demuestran que, por lo general, la prevalencia de vida del consumo de éxtasis entre los estudiantes de 15 y 16 años ha aumentado entre 1995 y 2003, registrándose los mayores incrementos en la República Checa y en la mayoría de los nuevos Estados miembros ⁽³⁰⁾. Sin embargo, las cifras de prevalencia a lo largo de la vida de la encuesta ESPAD de 1999 revelan fluctuaciones en algunos países. El descenso del consumo de éxtasis observado en el Reino Unido tuvo lugar antes de 1999 y puede atribuirse en parte a la extensa cobertura informativa que dieron los medios de comunicación a las muertes relacionadas con el consumo de éxtasis durante finales de la década de 1990.

Psilocina y psilocibina: los hongos mágicos

La psilocina y la psilocibina —los principios psicoactivos de los denominados «hongos mágicos»— están incluidas en el anexo 1 de la Convención de las Naciones Unidas de 1971 y por ello se controlan en todos los Estados miembros. No obstante, la situación jurídica de los hongos alucinógenos así como el alcance de las restricciones legales a su cultivo y su consumo varían según los Estados miembros; es decir, los hongos pueden estar controlados o no, o sólo si son «transformados», un estado que no está del todo claro desde el punto de vista jurídico.

La encuesta ESPAD detectó por primera vez el consumo de «hongos mágicos» en 2003. Las estimaciones de prevalencia del consumo de estas sustancias entre estudiantes de 15 y 16 años fueron iguales o superiores a las del consumo de LSD u otras sustancias alucinógenas en la mayoría de países participantes en el estudio ⁽³¹⁾. Además, si se compara con la experiencia del consumo de

⁽²⁴⁾ Véase el gráfico EYE-1 (parte viii) del boletín estadístico de 2005.

⁽²⁵⁾ En 2004 se realizó un segundo sondeo del Eurobarómetro (Eurobarómetro, 2004): Jóvenes y drogas. Se trata de un sondeo de muestra no probabilística en el que participaron 7 659 jóvenes de edades comprendidas entre los 15 y los 24 años en los quince Estados miembros incluidos en el sondeo previo de 2002.

⁽²⁶⁾ Véase el gráfico EYE-1 (parte v) del boletín estadístico de 2005.

⁽²⁷⁾ Véase el gráfico EYE-1 (parte vi) del boletín estadístico de 2005.

⁽²⁸⁾ Véase el gráfico EYE-1 (parte viii) del boletín estadístico de 2005.

⁽²⁹⁾ Véase el gráfico EYE-2 (parte iv) del boletín estadístico de 2005.

⁽³⁰⁾ Véase el gráfico EYE-2 (parte i) del boletín estadístico de 2005.

⁽³¹⁾ Véase el gráfico EYE-2 (parte v) del boletín estadístico de 2005.

éxtasis a lo largo de la vida, la prevalencia de vida del consumo de hongos mágicos fue superior en Bélgica, Alemania y Francia e igual en la República Checa, Dinamarca, Italia, los Países Bajos y Polonia. La prevalencia de vida del consumo de hongos mágicos fue cero en Chipre, Finlandia y Rumanía, del 4 % en Alemania, Irlanda y el Reino Unido, y del 5 % en Bélgica, Francia y los Países Bajos. La prevalencia más elevada se observa en la República Checa (8 %). No se dispone de datos sobre tendencias del consumo de hongos mágicos.

Nuevos avances en la prevención

Los valores y el comportamiento de los individuos se ven influenciados por lo que ellos perciben como normal en su entorno social, y esto es especialmente cierto en los jóvenes. Si ellos perciben el consumo experimental de cannabis como «normal» y socialmente aceptable (asociándolo a niveles de riesgo bajos y fácil disponibilidad), ésta puede ser una influencia clave en sus valores y su comportamiento en cuanto al consumo de cannabis (Botvin, 2000). El reto de la prevención es proporcionar a los jóvenes estrategias sociales y cognitivas para dirigir estas influencias. Esta es la razón por lo que no es realista valorar la eficacia de las políticas de prevención utilizando datos sobre el consumo de drogas por parte de los jóvenes, particularmente sin cálculos del consumo experimental, ya que reflejan normas sociales y no verdaderos problemas de conducta.

En su lugar, la prevención debería evaluarse desde criterios claros: objetivos bien definidos, grupos precisos y acciones específicas en el marco de estrategias nacionales y basadas en un conocimiento internacional, medidas de control de calidad, desarrollo de medidas de prevención selectivas y de prevención basada en la familia, y medidas reguladoras sobre las drogas legales dirigidas a influir en las normas sociales que conllevan la aprobación o el consentimiento de conductas de consumo concretas.

En lo referente a la evaluación de las estrategias de prevención, las nuevas estrategias nacionales en Francia e Italia muestran avances importantes respecto a sus políticas anteriores: ahora está mejor definido el papel de la prevención, como también lo está la importancia de programas estructurados y áreas de prioridad para la toma de medidas. En casi todos los Estados miembros se vislumbra una tendencia hacia enfoques más estratégicos, y cada vez se tiene más en cuenta a los grupos vulnerables en la planificación general.

Medidas normativas y estructurales

Las medidas de control sobre las drogas legales ayudan a establecer las bases normativas en virtud de las cuales pueden adoptarse otras medidas de prevención. Las normas sociales que favorecen el consumo de tabaco y

alcohol y toleran su influencia sobre el comportamiento son reconocidos factores de riesgo para una actitud comprensiva hacia el consumo de drogas ilegales (Becoña, 2002). Contrariamente a la creencia popular, las normas sociales están más influidas por las políticas de control que por las campañas de los medios de comunicación de masas o los enfoques educativos (Hawks *et al.*, 2002; Canning *et al.*, 2004). Eurostat (2002) ha comparado las medidas de control del tabaco y los indicadores de tabaquismo en niños y adolescentes de los Estados miembros y ha descubierto que existe una relación entre la dureza de las políticas de control del tabaco (la prohibición de la publicidad, los límites de edad para su adquisición, las restricciones al consumo, etc.) y los hábitos de los fumadores. El porcentaje de fumadores adolescentes es superior en los países que aplican políticas relativamente indulgentes (por ejemplo, Dinamarca, Alemania y el Reino Unido) que en los países donde existen controles más rigurosos (como es el caso de Francia, Suecia y Noruega). Se sabe que las intervenciones de prevención tienen efectos limitados si encuentran oposición o falta de apoyo en las normas y políticas sociales. Las iniciativas de la UE y de la OMS en esta materia (Consortio ASPECT, 2004) han ganado terreno y los Estados miembros relacionan cada vez más las políticas de control antitabaco con la prevención frente a las drogas.

Prevención en la escuela

En todos los Estados miembros se considera que el entorno más importante de prevención universal es la escuela, y se observa un notable incremento de la importancia que se otorga a las estrategias nacionales de prevención en las escuelas y a la aplicación estructurada de este enfoque. Esto queda reflejado en la ampliación de las políticas escolares sobre drogas (gráfico 2) y en el desarrollo de programas modulares específicos de prevención frente a las drogas para las escuelas, así como una mejor formación del profesorado.

Ahora más que antes, hay países que han introducido (Dinamarca ha creado su primer programa escolar de desarrollo de aptitudes sociales), ampliado (Alemania) o previsto (Francia e Italia, en sus estrategias nacionales) programas de prevención más estructurados. A modo de ejemplo, las escuelas polacas aplicaban en 2003 el 60 % de los programas de prevención.

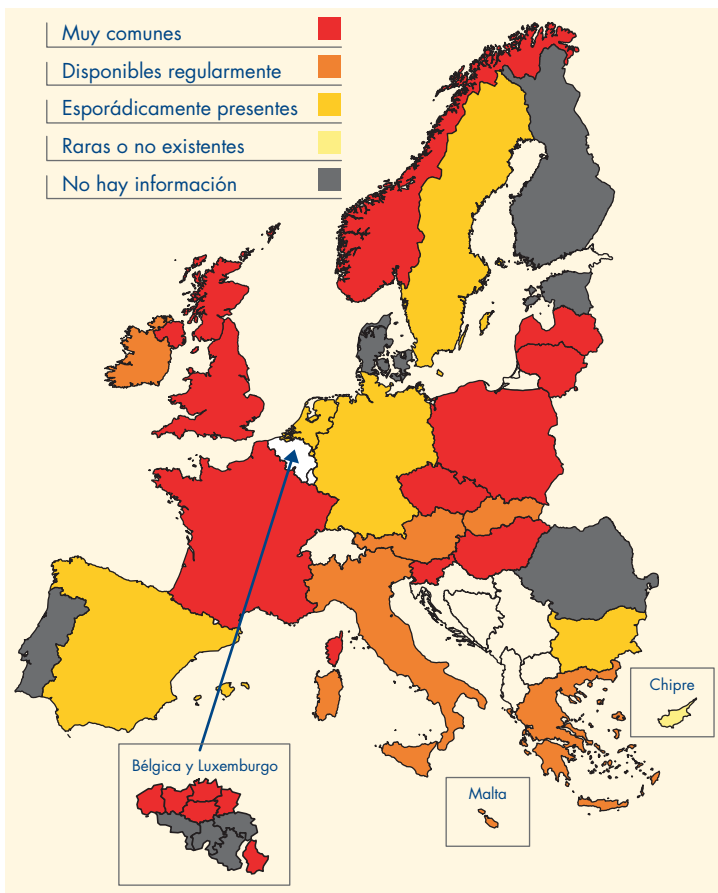
Grecia es un buen ejemplo de políticas de prevención alejadas de los tradicionales enfoques individualistas y basados en la información (asesoramiento) y orientadas a la aplicación de una verdadera estrategia de salud pública que logren el máximo alcance a través de programas. El número de programas de prevención escolar en Grecia aumentó más del doble entre 2000 y 2003, y los programas familiares se multiplicaron por tres en el mismo período. Malta y el Reino Unido también reforzaron el

papel de los programas en sus políticas de prevención: el programa «Blueprint» trata de determinar cómo pueden adaptarse los estudios internacionales sobre la prevención eficaz frente a las drogas al sistema escolar inglés y se basa en pruebas que demuestran que la educación escolar sobre drogas es más eficaz si se combina con la participación de los padres, las campañas en los medios de comunicación, las iniciativas sanitarias locales y las asociaciones comunitarias que por sí sola. En un período de cinco años se han dedicado a este programa 6 millones de libras esterlinas (8,5 millones de euros) ⁽³²⁾.

Seguimiento y control de calidad

Para controlar y mejorar la calidad de la prevención es muy importante disponer primero de una visión general significativa de las actividades existentes y de sus contenidos. Por consiguiente, los Estados miembros dan cada vez más importancia al seguimiento de los programas de prevención, como en el caso de los nuevos

Gráfico 2. Desarrollo de políticas escolares



N.B.: Bélgica germanófona: esporádicamente presentes.
Fuentes: Puntos focales nacionales Reitox.

programas de Alemania ⁽³³⁾ y de Noruega ⁽³⁴⁾ y del proyecto de investigación húngaro «Lights and Shadows» [Luces y sombras], que recoge información sobre el contenido, los objetivos, la metodología, los grupos diana y el alcance de los programas de prevención escolar. También se realiza un seguimiento en la República Checa, así como en Flandes (Bélgica) mediante el programa Ginger. Lamentablemente, España ha abandonado el programa «IDEA Prevención», que fue durante muchos años el sistema de seguimiento y calidad de la prevención más desarrollado de Europa.

Los sistemas de información sobre prevención también facilitan el seguimiento de prácticas y componentes de programas ineficaces. A modo de ejemplo, en algunos Estados miembros todavía es normal la celebración de conferencias o sesiones informativas únicas por parte de expertos u oficiales de la policía, a pesar de que la conclusión unánime de los estudios realizados es que estas intervenciones son ineficaces en el mejor de los casos, cuando no directamente perjudiciales (Canning *et al.*, 2004).

El contenido de los programas de prevención sólo puede revisarse mediante el registro sistemático de las actividades de prevención y, en consecuencia, basándose en los conocimientos existentes sobre su eficacia, dirigirse a poblaciones específicas. Es esencial contar con directrices o normas de aplicación de los programas de prevención, sobre todo en países donde la prevención está muy descentralizada.

Contenido de los programas y actividades

El aumento de los enfoques basados en programas y las mejoras en la recogida de información normalizada han hecho posible el estudio y comparación de los contenidos y tendencias de las políticas de prevención existentes en toda la UE. La información suele provenir de expertos o grupos de expertos nacionales que tienen una visión general fiable de la situación de su país y que les permite elaborar clasificaciones normalizadas u obtenerlas a partir de datos cuantitativos sobre intervenciones controladas y basadas en programas disponibles en algunos Estados miembros, como por ejemplo Grecia y Hungría.

Por ejemplo, la mayoría de Estados miembros han aplicado programas de desarrollo de capacidades sociales y personales en las escuelas como enfoque preventivo. Los temas tratados en estos programas escolares incluyen tomar decisiones, hacer frente a situaciones, marcarse objetivos, así como la reafirmación personal, la comunicación y la afectividad. Esta técnica factual, que deriva de teorías de aprendizaje social ⁽³⁵⁾, parece ser actualmente una metodología importante en la mayoría de Estados miembros, incluso en países donde no existen

⁽³²⁾ <http://www.drugs.gov.uk/NationalStrategy/YoungPeople/Blueprint>

⁽³³⁾ PrevNet (<http://www.prevnet.de>).

⁽³⁴⁾ <http://www.forebyggingstiltak.no>

⁽³⁵⁾ El comportamiento se considera consecuencia del aprendizaje social por medio de modelos que hay que imitar, normas y actitudes de «otros importantes» (Bandura, 1977). Las actitudes negativas frente al consumo de drogas y la autoeficacia protectora pueden aprenderse o condicionarse. Este concepto es el fundamento de los modelos de compañeros y el modelo específico de aptitudes básicas para la vida.

enfoques basados en programas (Francia, Luxemburgo y Suecia) (cuadro 2). En Estonia está muy extendido el uso de un libro que enseña habilidades sociales.

En la mayoría de Estados miembros, la información continúa desempeñando un papel fundamental en la prevención del consumo de drogas (véase el cuadro 2). Aunque lentamente, se va reconociendo el limitado valor de la información en la prevención del consumo de drogas (véase, por ejemplo, el informe nacional sueco). Los enfoques basados únicamente

en la educación sanitaria también son limitados para influir en los procesos cognitivos y a menudo carecen de componentes concretos de formación en materia de comportamiento e interacción social. Sin embargo, estos enfoques todavía están muy extendidos en algunos países a pesar de lo que se sabe actualmente sobre la prevención eficaz en materia de drogas.

Existen dos explicaciones para que continúen aplicándose este tipo de enfoques a la prevención de las drogas. La

Cuadro 2. Prevención escolar en Europa

	Normas y directrices de calidad (!)			Habilidades sociales personales	Objetivos	
	Aplicadas	Obligatorias	Necesarias para obtener financiación		Principales	Secundarios
Bélgica (Comunidad flamenca)	Sí	Sí	Sí	Muy común	Habilidades para desenvolverse en la vida	Información
Bélgica (Comunidad valona)	Sí	Sí	Sí	n.d.	Entorno protector	Relación educativa
República Checa	Planificadas		Sí	Muy común	Autoestima	Entorno protector
Dinamarca	No			No	Información	
Alemania	No			Muy común	Habilidades para desenvolverse en la vida	Información
Estonia	No			Esporádicamente	n.d.	
Grecia	Sí	Sí	Sí	Muy común	Habilidades para desenvolverse en la vida	Relación educativa
España	Planificadas	Sí	Sí	Muy común	Habilidades para desenvolverse en la vida	Autoestima
Francia	Sí			Raramente	Información	Habilidades para desenvolverse en la vida
Irlanda	Sí	Sí		Muy común	Habilidades para desenvolverse en la vida	Autoestima
Italia	Sí			Con regularidad	Información	Habilidades para desenvolverse en la vida
Chipre	Planificadas	Sí	Sí	Esporádicamente	Entorno protector	Habilidades para desenvolverse en la vida
Letonia	Planificadas			Esporádicamente	Información	Habilidades para desenvolverse en la vida
Lituania	No			Con regularidad	Información	
Luxemburgo	Sí		Sí	Con regularidad	Relación educativa	Habilidades para desenvolverse en la vida
Hungría	Planificadas			Con regularidad	Información	Habilidades para desenvolverse en la vida
Malta	No			Muy común	Información	Habilidades para desenvolverse en la vida
Países Bajos	Sí			No	Información	
Austria	Sí		No	Esporádicamente	Habilidades para desenvolverse en la vida	Entorno protector
Polonia	No			Con regularidad	Habilidades para desenvolverse en la vida	Información
Portugal	Sí	Sí	Sí	Esporádicamente	Información	Habilidades para desenvolverse en la vida
Eslovenia	Planificadas			Esporádicamente	Información	Habilidades para desenvolverse en la vida
Eslovaquia	No			Raramente		
Finlandia	n.d.			n.d.	Servicios de asistencia social	Información
Suecia	No			Con regularidad	Entorno protector	Inclusión social
Reino Unido	Sí			Muy común	Información	Habilidades para desenvolverse en la vida
Bulgaria	n.d.			Esporádicamente	Información	Entorno protector
Rumanía	n.d.			Esporádicamente		
Noruega	No			Con regularidad	Información	Autoestima

n.d. = Datos no disponibles.

(!) Hay que recordar que no existe una definición europea común de «normas y directrices de calidad» y que el grado de detalle puede variar, influyendo en la comparabilidad.

primera es la premisa tradicional e instintiva de que informar sobre las drogas y los riesgos asociados a su consumo tiene efectos disuasorios. La segunda refleja una tendencia muy reciente inspirada por los movimientos de reducción del daño que se basa en la convicción de que las capacidades cognitivas priman sobre los planteamientos conductuales a la hora de enseñar a los jóvenes a tomar decisiones informadas y opciones en su vida. Los defensores de esta técnica creen que los enfoques sobre el comportamiento en la prevención frente a las drogas, como la mejora de las capacidades para desenvolverse en la vida, son condescendientes y demonizan el consumo (Ashton, 2003; Quensel, 2004), y que el mejor método es dar a los jóvenes las herramientas cognitivas que necesitan, facilitándoles información. A pesar de su distinta tradición, ambos enfoques contemplan los hábitos en materia de salud, y específicamente el consumo de drogas, como un asunto de elección personal racional, siendo así que en el campo de las ciencias de la salud existe un amplio consenso sobre la idea de que los factores sociales (el vecindario, los grupos de amigos y las normas) y personales (el temperamento y las capacidades académicas y emocionales) influyen más a la hora de adoptar hábitos saludables o de consumo de drogas que el mero conocimiento.

El elemento cognitivo más importante sobre el que puede actuar la prevención es la percepción errónea de que el consumo de drogas es normal y socialmente aceptable entre los jóvenes. De hecho, una prevalencia de consumo de cannabis a lo largo de la vida del 30 % en adultos jóvenes significa que más de dos tercios de esta población nunca han consumido cannabis, y esta es la verdadera «normalidad». No obstante, a pesar de la utilidad demostrada de las técnicas que se dirigen a las convicciones colectivas de los jóvenes (Reis *et al.*, 2000; Taylor, 2000; Cunningham, 2001; Cuijpers *et al.*, 2002), raramente se utilizan en Europa.

Prevención selectiva

Las estrategias y los planes de acción nacionales en materia de drogas mencionan cada vez más, de forma expresa, a los grupos vulnerables como el objetivo de sus medidas de prevención. Esto es todavía más evidente en los nuevos Estados miembros: Estonia (niños de la calle, escuelas de educación especial), Hungría, Chipre, Malta, Polonia (niños abandonados y jóvenes de familias desestructuradas) y Eslovenia.

Debido a que los grupos vulnerables a los que va dirigida la prevención selectiva tienen con frecuencia una experiencia considerable en materia de drogas legales e ilegales, la mayoría de intervenciones de prevención selectiva se limitan a la información personalizada, el asesoramiento individual y alternativas artísticas o deportivas. No obstante, hay que recordar que las técnicas

utilizadas en los programas de prevención universal de gran influencia social son igual de eficaces, si no más, en la prevención selectiva. La reestructuración normativa (por ejemplo, aprender que la mayoría de los jóvenes desaprueba el consumo), la práctica de la reafirmación personal, la motivación y el establecimiento de objetivos, así como la rectificación de falsos mitos, han demostrado ser métodos muy eficaces entre la población de jóvenes vulnerables (Sussman *et al.*, 2004), pero son métodos que raramente se utilizan en la prevención selectiva en la UE. Sin embargo, las técnicas de intervención en los entornos recreativos (véase «La prevención en los entornos recreativos», p. 49) se traducen casi siempre en el suministro de información específica.

La prevención selectiva en las escuelas

El aspecto principal de la prevención selectiva en las escuelas es la intervención en casos de crisis y la detección temprana de alumnos con problemas. Se trata de hallar soluciones a nivel escolar para evitar que los alumnos de riesgo abandonen sus estudios o sean expulsados, agravando de esta forma su situación. Alemania, Irlanda, Luxemburgo y Austria (Leppin, 2004) ofrecen enfoques basados en programas, mientras que Polonia y Finlandia facilitan cursos de formación o directrices para que los profesores puedan reconocer a los alumnos con problemas, incluido el consumo de drogas, y decidir la acción adecuada. Los enfoques individualistas tradicionales incluyen los servicios de psicología educativa (como en Francia y Chipre), que dependen de que el afectado acuda voluntariamente. Irlanda dispone de un nuevo servicio intensivo de bienestar educativo para trabajar con las escuelas y las familias de zonas desfavorecidas desde el punto de vista educativo a fin de asegurar que los niños acudan a la escuela de forma regular.

Enfoques selectivos basados en la comunidad

Los enfoques selectivos basados en la comunidad se dirigen mayoritariamente a los jóvenes de la calle. En los países nórdicos, los programas de «vigilantes nocturnos» reúnen grupos de padres para patrullar las calles. Austria ha invertido mucho para mejorar el equilibrio entre la prevención frente a la droga, la educación social y las estructuras de trabajo social a través de cursos, directrices de calidad y seminarios conjuntos, por ejemplo, para asistentes sociales para la juventud en entornos recreativos. El objetivo es también utilizar las estructuras de trabajo social juvenil para las intervenciones profesionales de prevención de las drogas. En la misma línea, Noruega impulsa la cooperación e intensifica los esfuerzos interdisciplinarios entre la escuela, los servicios de protección infantil y los servicios sociales. Los métodos RAR (valoración y respuesta rápidas) ⁽³⁶⁾ —la obtención rápida de información (material estadístico) junto con entrevistas (cuestionarios, grupos de interés) y

⁽³⁶⁾ Organización Mundial de la Salud (OMS): *The rapid assessment and response guide on psychoactive substance use and especially vulnerable young people* [Guía de respuesta y valoración rápidas sobre el consumo de sustancias psicoactivas y los jóvenes especialmente vulnerables] (<http://www.who.int/docstore/hiv/Core/acknowledgements.html>).

observaciones de la zona problemática— se utilizan en estos proyectos de Noruega, pero también en Alemania y los Países Bajos.

Las intervenciones centradas en los barrios de alto riesgo son tradicionales en Irlanda, Reino Unido y, en menor medida, los Países Bajos y Portugal. Sin embargo, Alemania (Stöver y Kolte, 2003, mencionado en el informe nacional alemán) y Francia también proponen actualmente actuaciones en este ámbito. Para estos países, centrar la prevención de las drogodependencias en zonas geográficas concretas aplicando criterios sociales es algo nuevo.

Los Estados miembros también orientan cada vez más sus políticas de prevención selectiva a grupos étnicos específicos (es el caso de Irlanda, Luxemburgo y Hungría). Por ejemplo, el factor étnico es importante en Hungría, donde la población romaní presenta un elevado riesgo de problemas relacionados con la droga debido a sus características sociales y culturales, y a sus condiciones de vida desfavorables. Allí se llevan a cabo actividades formativas con jóvenes, grupos de autoayuda, supervisión, diversos programas de prevención y servicios de bajo umbral para ciudadanos de etnia romaní por parte de organizaciones no gubernamentales (ONG).

Familias vulnerables

La prevención familiar universal —sobre todo actos vespertinos, conferencias, seminarios y talleres para los padres— sigue siendo popular en muchos Estados miembros (Alemania, Francia, Chipre y Finlandia) a pesar de que no está demostrada su eficacia (Mendes *et al.*, 2001). Sin embargo, en Grecia, España, Irlanda y Noruega se han producido avances interesantes en la prevención selectiva con las familias mediante la introducción de conceptos innovadores que van más allá de las familias o de padres con problemas de drogodependencia y reconocen el papel de los factores sociales, económicos y culturales en el consumo de drogas. En los Países Bajos, la evaluación de los proyectos de prevención en materia de drogas para padres inmigrantes concluyó que el ofrecimiento de intervenciones normalizadas a través de las redes de inmigrantes, dirigidas a hombres y mujeres por separado, sería un camino nuevo y viable (Tarweij y Van Wamel, 2004). En Noruega, el método de formación de padres

«*Parent Management Training-Oregon model*» (PMTO), originariamente dirigido a familias con niños afectados de graves alteraciones de la conducta, se ha aplicado y evaluado en tres municipios. En otros dos países se ha puesto en práctica el programa de refuerzo familiar «*Iowa Strengthening Families Program*» (ISFP). Este intensivo programa de intervención para familias de riesgo combina métodos de enseñanza para estudiantes (de 10 a 14 años) con un programa educativo para sus padres, dirigido a prevenir el consumo de drogas reforzando las competencias y los lazos familiares (Kumpfer *et al.*, 2003).

La necesidad de una prevención específica

La prevención específica está orientada a las personas con factores de riesgo de drogodependencia, por ejemplo el trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH). No obstante, sólo Alemania y Suecia han adoptado medidas de prevención de las drogas dirigidas a jóvenes con TDAH. En Alemania, las estimaciones actuales de la prevalencia del TDAH indican que está afectada entre el 2 % y el 6 % de la población de 6 a 18 años, situándose como uno de los cuadros clínicos crónicos más comunes entre niños y jóvenes. En Suecia, la estrategia de prevención para estos niños incluye la formación cognitiva y social, y las metodologías se difunden mediante la formación de profesionales de la prevención. Dado que casi todos los niños en edad preescolar tienen acceso a la asistencia sanitaria primaria, y que la mayoría acuden a la escuela primaria, la mayor parte de los niños en situación de riesgo podrían detectarse mediante una selección sistemática, seguida de intervenciones individualizadas.

El plan de acción italiano se centra en gran medida en las condiciones psicopatológicas y los problemas graves de comportamiento de niños y adolescentes, que pueden llevar al consumo y abuso de drogas si se desatienden en su fase inicial. Algunos de los problemas detectados son de comportamiento, hiperactividad y déficit de atención, ansiedad acompañada de alteraciones del carácter, bulimia y obesidad psicógena, alteraciones de la personalidad, problemas de comunicación interpersonal, alteraciones por estrés postraumático, y ataques de pánico. Como respuesta se contemplan tanto los enfoques de prevención selectiva como los de prevención universal.



Capítulo 3

El cannabis

Prevalencia y pautas de consumo

El cannabis es, con diferencia, la sustancia ilegal más consumida en Europa. Estudios de población recientes indican que entre el 3 % y el 31 % de los adultos (de 15 a 64 años) han probado la sustancia por lo menos una vez (consumo a lo largo de la vida). Las tasas más bajas de prevalencia de consumo a lo largo de la vida se observan en Malta (3,5 %), Portugal (7,6 %) y Polonia (7,7 %), y las más elevadas en Francia (26,2 %), el Reino Unido (30,8 %) y Dinamarca (31,3 %). En la mayoría de los países (quince de los veintitrés que han facilitado información), la prevalencia a lo largo de la vida permanece entre el 10 % y el 25 %.

Entre un 1 % y un 11 % de adultos declaran haber consumido cannabis en los últimos 12 meses, registrándose las tasas de prevalencia más bajas en Malta, Grecia y Suecia, y las más elevadas en la República Checa, Francia, España y el Reino Unido. La mayoría de países (catorce) registran tasas de prevalencia de consumo reciente del 3 % al 7 %.

A partir de las estimaciones nacionales disponibles, puede realizarse un cálculo de la cifra total de adultos (de 15 a 64 años) que consumen cannabis en la UE. Este ejercicio indica que alrededor del 20 % de la población total (más de 62 millones de personas) ha probado el cannabis alguna vez. Esta cifra baja hasta el 6 % de la población adulta (más de 20 millones de personas) si se tiene en cuenta el consumo de cannabis más reciente (prevalencia del último año). A modo de comparación, cabe señalar que, en la encuesta nacional sobre consumo de drogas y salud realizada en los Estados Unidos en 2003 (SAMHSA, 2003), un 40,6 % de los adultos encuestados (a partir de 12 años) afirma haber probado el cannabis o la marihuana por lo menos en una ocasión, y un 10,6 % declara haber consumido esta sustancia en los últimos 12 meses. El grupo de personas de 18 a 25 años de edad registra cifras del 53,9 % (a lo largo de la vida), 28,5 % (últimos 12 meses) y 17 % (último mes) ⁽³⁷⁾.

Al igual que ocurre con otras drogas, los adultos jóvenes son los que registran las tasas de consumo más elevadas. Entre el 11 % y el 44 % de los jóvenes europeos de 15 a

Estimación del consumo de drogas en la población

El consumo de drogas en la población general se evalúa mediante encuestas, que proporcionan estimaciones de la proporción de la población que ha consumido drogas durante períodos concretos de tiempo: consumo a lo largo de la vida (experimentación), consumo en los últimos 12 meses (consumo reciente) o consumo en los últimos 30 días (consumo actual) ⁽¹⁾.

El OEDT ha desarrollado una serie de temas básicos comunes («Modelo de cuestionario europeo», EMQ) que se aplican o son compatibles con la mayoría de encuestas de los Estados miembros de la UE. Este cuestionario se incluye en un informe disponible en el sitio web del OEDT ⁽²⁾. El concepto «consumo a lo largo de la vida» puede que tenga un valor limitado como indicador de la situación actual entre adultos (aunque podría ser un indicador razonable entre escolares) pero, junto con otras medidas, puede ofrecer una visión interna de las pautas de consumo (continuación o interrupción del consumo) y de la dinámica generacional de la expansión del consumo de drogas. El «consumo en los últimos 12 meses» proporciona una indicación del consumo reciente de drogas, aunque en ocasiones este consumo sea ocasional, y el «consumo en los últimos 30 días» ofrece información del consumo más actual, que incluye personas que consumen la droga frecuentemente.

⁽¹⁾ Para más información sobre la metodología de las encuestas de población y la metodología empleada en cada una de las encuestas nacionales, véase el boletín estadístico de 2005.

⁽²⁾ *Handbook for surveys about drug use among the general population* [Manual de encuestas sobre el consumo de drogas entre la población general] (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1380>).

34 años declaran haber consumido cannabis en alguna ocasión, registrándose las tasas de prevalencia más bajas en Grecia, Portugal y Polonia, y las más elevadas en Francia (39,9 %), el Reino Unido (43,4 %) y Dinamarca (44,6 %). Entre el 3 % y el 22 % de los adultos jóvenes declaran haber consumido esta sustancia recientemente, registrándose las cifras más bajas en Grecia, Suecia, Polonia y Portugal, y las más elevadas en el Reino Unido (19,5 %), Francia (19,7 %) y la República Checa (22,1 %)

⁽³⁷⁾ Obsérvese que el margen de edad utilizado en la encuesta estadounidense (a partir de 12 años) es más amplio que el utilizado por el OEDT en sus encuestas sobre la UE (de 15 a 64 años). Por otro lado, el margen de edad para adultos jóvenes (de 18 a 25 años) es más reducido que el utilizado en la mayoría de encuestas europeas (de 15 a 24 años).

y otros once países que declaran tasas de prevalencia de consumo reciente del 7 % al 15 %.

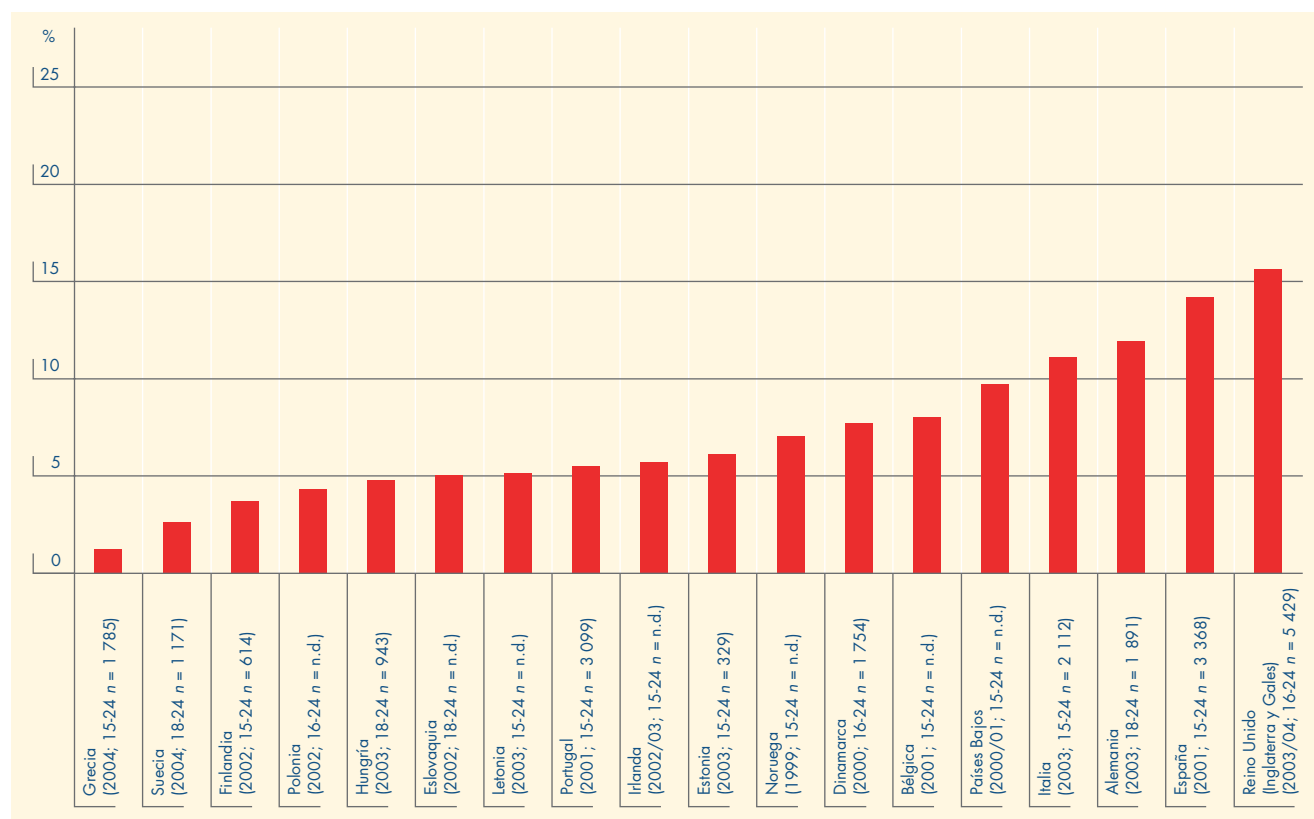
Entre el 9 % y el 45 % de los europeos de 15 a 24 años declaran haber probado el cannabis, situándose las tasas de la mayoría de países entre el 20 % y el 35 %. Las tasas declaradas de consumo reciente (en los últimos 12 meses) van del 4 % al 32 %, siendo las tasas de la mayoría de países del orden del 9 % al 21 % ⁽³⁸⁾.

Al igual que ocurre con otras drogas ilícitas, las tasas de consumo de cannabis son notablemente más elevadas en los hombres que en las mujeres, aunque la magnitud de esta diferencia varía según los países. La relación hombre-mujer en referencia al consumo a lo largo de la vida oscila entre 1,25:1 y 4:1 (de 1,25 a 4 hombres por cada mujer) y en referencia al consumo actual entre 2:1 y 6:1. Las encuestas también indican que el consumo de cannabis es más frecuente en zonas urbanas o en zonas con una elevada densidad de población. Por ello, las diferencias nacionales registradas podrían reflejar, en parte, diferencias en los niveles de urbanización, aunque se apunta que el consumo recreativo de drogas se está extendiendo desde las zonas urbanas hacia las zonas rurales.

El hecho de que las tasas correspondientes al consumo reciente y al consumo actual sean notablemente inferiores a las tasas de consumo a lo largo de la vida indica que el consumo de cannabis tiende a ser ocasional o a interrumpirse después de un cierto tiempo. En la mayoría de los países de la UE, del 20 % al 40 % de la población adulta que ha tenido alguna experiencia con el cannabis afirma haberlo consumido en los 12 meses anteriores y entre el 10 % y el 20 % admite haberlo consumido en los últimos 30 días («tasas de continuación»).

Las últimas encuestas revelan que entre el 0,5 % y el 9 % de toda la población adulta (del 2 % al 4 % en muchos países) declara consumos en el último mes, porcentajes que van del 1,5 % al 13 % en la población de adultos jóvenes (del 3 % al 8 % en muchos países) y del 1,2 % al 16 % en la población de 15 a 24 años (del 5 % al 10 % en muchos países) (gráfico 3). Una estimación muy aproximada sería que 1 de cada 10 a 20 jóvenes europeos es consumidor de cannabis en la actualidad. Algunos de los países con las tasas de prevalencia actual más bajas son Malta, Grecia, Suecia, Polonia y Finlandia, mientras que el Reino Unido y España son los países con tasas más elevadas.

Gráfico 3. Consumo actual (último mes) de cannabis entre adultos jóvenes (15-24 años), medido a través de encuestas nacionales



N.B.: Los datos proceden de las encuestas nacionales más recientes disponibles en cada país. Algunos países aplican un rango de edad ligeramente diferente al estándar del OEDT para la definición de «adultos jóvenes». Las variaciones en los tramos de edad pueden significar pequeñas diferencias entre países.
 Fuentes: Informes nacionales de la red Reitox (2004) extraídos de encuestas de población, informes o artículos científicos. Véase el cuadro GPS-0 del boletín estadístico de 2005.

⁽³⁸⁾ Véase el gráfico GPS-2 del boletín estadístico de 2005.

En el Informe anual de 2004 (OEDT, 2004a), los datos de frecuencia del consumo de cannabis en los últimos 30 días indican que alrededor de una cuarta parte (del 19 % al 33 %) de la población que había consumido cannabis en el último mes lo hacía a diario o casi a diario ⁽³⁹⁾, siendo la mayoría de consumidores hombres jóvenes. Se estima que entre el 0,9 % y el 3,7 % de los europeos de 15 a 34 años son consumidores diarios y alrededor de 3 millones de personas podrían consumir la sustancia a diario o casi a diario en toda Europa.

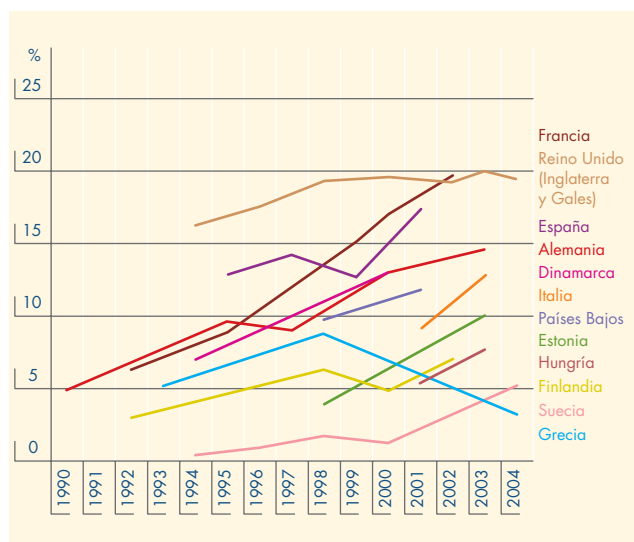
Tendencias

La falta de una serie de encuestas coherentes a largo plazo en la mayoría de países de la UE dificulta la determinación fiable de las tendencias en el consumo de drogas. Muchos países realizan encuestas consecutivas, pero no son series en sentido estricto. A pesar de los avances en materia de armonización, las encuestas presentan diferencias de método y de tamaño de las muestras y su frecuencia puede ser irregular. Además, las encuestas se realizan en distintos años en los distintos países, lo que dificulta la determinación de las tendencias europeas. Lo ideal sería realizar las encuestas de población nacional en todos los Estados miembros al mismo tiempo. Esto facilitaría la comparación de resultados a nivel nacional (a lo largo del tiempo) y a nivel europeo (entre países), facilitando la evaluación del grado de cumplimiento del plan de acción europeo en materia de lucha contra la droga.

Los resultados disponibles, obtenidos con distintos tipos de encuestas (en hogares a nivel local o nacional, en cuarteles y en colegios), revelan que el consumo de cannabis aumentó notablemente durante la década de 1990 en casi todos los países de la UE, sobre todo entre los jóvenes, y que el consumo de cannabis ha seguido aumentando en los últimos años en algunos países (gráfico 4). En el Reino Unido, que hasta el año 2000 presentaba las cifras más elevadas, el consumo de cannabis entre la población de adultos jóvenes permaneció relativamente estable entre 1998 y 2003/2004, seguido de países como Francia y España ⁽⁴⁰⁾. En Grecia se registró un descenso del consumo entre 1998 y 2004.

En los nuevos Estados miembros, los datos de que se dispone —obtenidos principalmente por medio de encuestas escolares— apuntan a que en los últimos años se ha producido un importante aumento del consumo de cannabis en muchos de estos países. Esto es así fundamentalmente desde mediados de la década de 1990, especialmente en las zonas urbanas y en hombres y adultos jóvenes. En Estonia y Hungría, las encuestas consecutivas entre adultos han permitido determinar las tendencias recientes (gráfico 4).

Gráfico 4. Tendencias del consumo actual (último año) de cannabis entre adultos jóvenes (15-34 años), medido a través de encuestas nacionales ⁽¹⁾



⁽¹⁾ El tamaño de las muestras (encuestados) para el grupo de edades comprendidas entre los 15 y los 34 años para cada país y año se presentan en el cuadro GPS-4 del boletín estadístico de 2005.

N.B.: Datos procedentes de las encuestas nacionales disponibles en cada país. Las cifras y la metodología para cada encuesta pueden consultarse en el cuadro GPS-4 del boletín estadístico de 2005.

En el caso de los adultos jóvenes, el OEDT utiliza el tramo de edad comprendido entre los 15 y los 34 años [Dinamarca y Reino Unido, a partir de los 16; Alemania, Estonia (1998) y Hungría, a partir de los 18]. El tramo de edad en Francia fue de 25 a 34 años en 1992, y de 18 a 39 años en 1995.

Fuentes: Informes nacionales de la red Reitox (2004) extraídos de encuestas de población, informes o artículos científicos. Véase el cuadro GPS-0 del boletín estadístico de 2005.

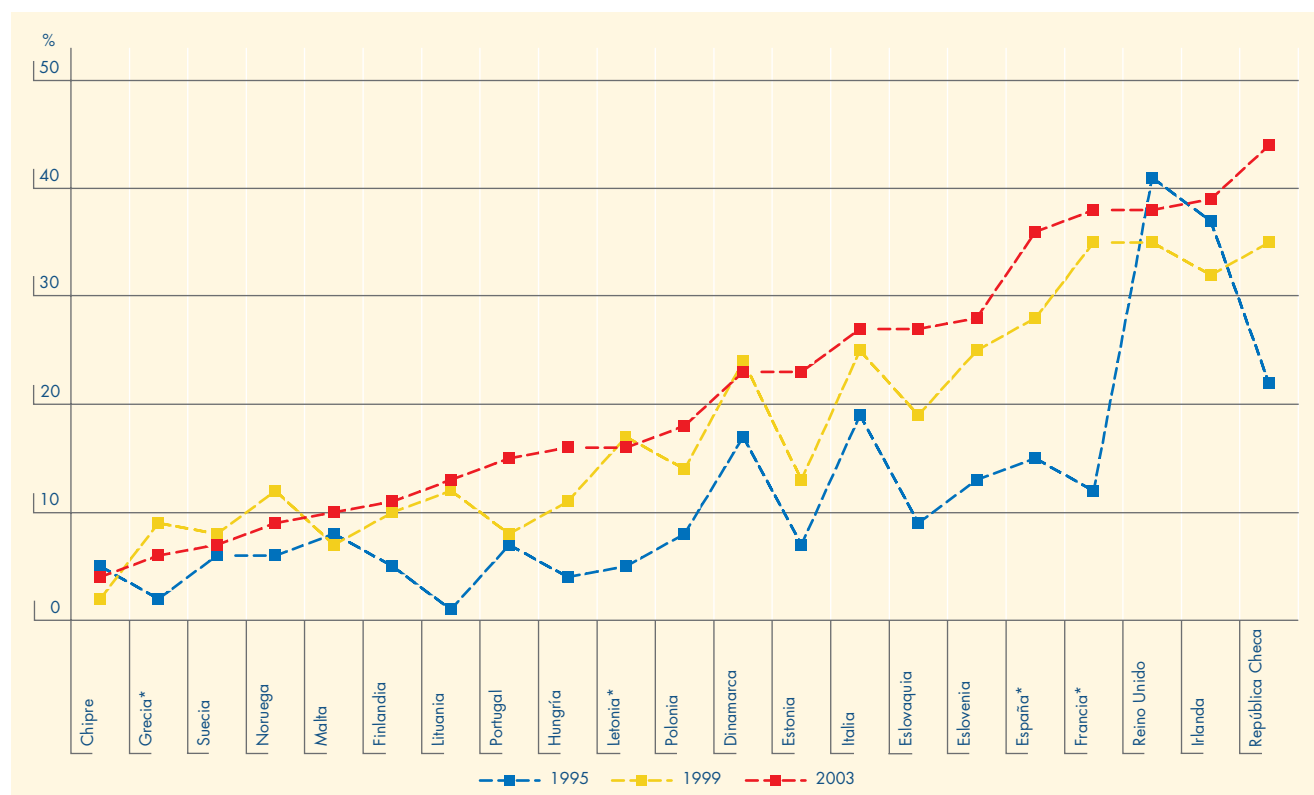
La comparación de los resultados de las encuestas escolares ESPAD de los años 1995, 1999 y 2003 (Hibell *et al.*, 2004) demuestra que, en casi todos los Estados miembros y países candidatos participantes en la encuesta, la prevalencia de vida del consumo de cannabis aumentó un 2 % o más entre los escolares de 15 y 16 años (gráfico 5). En más de la mitad de estos países, las estimaciones de prevalencia se han duplicado o triplicado desde 1995. Los mayores incrementos relativos se produjeron principalmente en los Estados miembros de Europa del Este que habían declarado tasas de prevalencia de consumo de cannabis a lo largo de la vida inferiores al 10 % en 1995. Ninguno de los países encuestados por el ESPAD registró un descenso continuado e importante del consumo de cannabis a lo largo de la vida en ninguna de las tres encuestas.

Las encuestas escolares revelan que los Estados miembros de la UE pueden clasificarse en tres grupos distintos según las tendencias del consumo recreativo y ocasional de cannabis. En el primer grupo (que incluye a Irlanda y el Reino Unido), la prevalencia a lo largo de la vida es elevada (del 38 % al 39 %), pero ha permanecido estable

⁽³⁹⁾ Véase el Informe anual 2004 del OEDT (<http://ar2004.emcdda.eu.int>). La información se refiere al «consumo en 20 días o más de los últimos 30 días», expresado también como «consumo diario o casi diario».

⁽⁴⁰⁾ La información que llegó demasiado tarde para poder incluirse en el informe señala una tasa de consumo del 20,1 % entre los adultos jóvenes encuestados en España en 2003.

Gráfico 5. Prevalencia a lo largo de la vida del consumo de cannabis entre escolares de edades comprendidas entre los 15 y los 16 años registrada en las encuestas ESPAD de 1995, 1999 y 2003



N.B.: En 1995, las encuestas en los países marcados con un asterisco no fueron estrictamente comparables con las encuestas ESPAD. España no participó en la encuesta ESPAD. Los datos que aquí se incluyen están basados en una serie de encuestas españolas realizadas en 1996, 1998 y 2002. Las preguntas relativas a la prevalencia de las drogas pueden considerarse comparables a las preguntas de la encuesta ESPAD, pero otros aspectos del método hacen que los datos españoles no sean estrictamente comparables.
Fuente: Hibell et al., 2004.

durante los ocho últimos años. Estos países tienen una larga historia de consumo de cannabis y elevadas tasas de prevalencia desarrolladas durante las décadas de 1980 y 1990. En el segundo grupo de países, la prevalencia del consumo de cannabis a lo largo de la vida entre escolares ha aumentado de forma importante durante el período analizado (hasta 26 puntos porcentuales). A este grupo pertenecen todos los nuevos Estados miembros de Europa del Este, junto con Dinamarca, España, Francia, Italia y Portugal. En el tercer grupo, las estimaciones de prevalencia del consumo a lo largo de la vida entre la población de escolares permanecen a niveles relativamente bajos (del orden del 10 % o menos). Este grupo incluye Estados miembros del norte y sur de Europa (Finlandia, Suecia y Noruega, así como Grecia, Chipre y Malta).

La situación es menos clara en la población adulta, ya que se dispone de menos información y la disponible es más heterogénea, pero sigue una pauta parecida, con tasas de consumo reciente de cannabis (consumo en el último año) elevadas pero estables en el Reino Unido, algunos países que muestran aumentos importantes del consumo en los últimos años (por ejemplo, Dinamarca, Alemania, Estonia,

España y Francia), y otros países con estimaciones de prevalencia inferiores y tendencias menos claras (por ejemplo Grecia, Finlandia y Suecia). Las próximas encuestas escolares y de adultos que se llevarán a cabo en los próximos 2 o 3 años arrojarán más luz sobre el complejo tema del desarrollo de las tendencias de consumo de drogas.

Prevención del consumo de cannabis

Debido a la preocupación de algunos países por el aumento del consumo de cannabis entre la población joven, se ha debatido la utilidad de los análisis de detección del consumo de drogas como medida de control. Algunos países han realizado avances en esta dirección, aunque las medidas de control del consumo de drogas siguen siendo poco frecuentes. En la República Checa, los medios de comunicación han informado del uso de análisis de orina y perros de detección antidroga en las escuelas. Aunque existe cierto apoyo a estas medidas, un panel de expertos concluyó que estos métodos no deberían formar parte de una estrategia de prevención primaria eficaz. En el Reino Unido, las nuevas directrices publicadas recientemente para las escuelas establecen un número importante de aspectos

que necesitan considerarse antes de aplicar un programa de análisis de detección de drogas: entre otros, asegurarse de obtener el consentimiento de los padres (y de los alumnos, si se consideran capacitados), determinar si los análisis son compatibles con la obligación de la escuela de velar por el bienestar de sus alumnos y tener en cuenta la disponibilidad o no de servicios de apoyo adecuados. Cualquier decisión de realizar análisis a los alumnos para controlar el consumo de drogas debe constar en el programa de política antidroga de la escuela. El sitio web del OEDT incluye un breve informe sobre el análisis de detección del consumo de drogas en las escuelas de la UE ⁽⁴¹⁾.

El cannabis casi siempre se incluye en los programas universales (no específicos) de prevención de las drogodependencias. La atención que prestan los medios de comunicación al aumento del consumo de cannabis entre los jóvenes, junto con la insinuación de que el consumo de cannabis es cada vez más «normal», subraya la necesidad de actuar sobre las convicciones colectivas de los jóvenes. La inquietud por la mayor aceptación del consumo de cannabis entre los jóvenes ha dado lugar a la introducción de programas de prevención que tratan de modificar sus ideas sobre lo que constituye un comportamiento normal o aceptable. Este tema se trata con más detalle en el capítulo 2. Muchas intervenciones consisten básicamente en suministrar información sobre el cannabis a través de campañas en los medios, folletos o sitios web. Sin embargo, existen algunos ejemplos interesantes de prevención selectiva que pueden consultarse en la base de datos del OEDT de proyectos de prevención evaluados (EDDRA) ⁽⁴²⁾. La mayoría de estos proyectos están dirigidos a jóvenes consumidores de cannabis que han cometido algún delito relacionado con las drogas, y ofrecen asesoramiento, formación en capacidades personales y apoyo de diversos organismos. Algunos ejemplos son los proyectos FRED (Alemania), MSF-Solidarité Jeunes (Luxemburgo), Ausweg (Austria) y Youth Offending Teams (YOT) en el Reino Unido.

La elevada prevalencia del consumo de cannabis entre los jóvenes significa que el consumo de la droga suele ser el problema principal que han de afrontar quienes trabajan con niños en edad escolar. Un programa de prevención selectiva en las escuelas que puede ser prometedor es el programa «Step by step» [*Paso a paso*] que se ha aplicado en Alemania y Austria. Este programa ayuda a los profesores a detectar y tratar problemas de consumo de drogas y de comportamiento entre sus alumnos ⁽⁴³⁾.

Un problema difícil para quienes trabajan con el consumo de cannabis es saber dónde trazar la línea entre la perspectiva de prevención y la perspectiva de tratamiento. El consumo de cannabis está influenciado por factores sociales, grupales y personales, que afectan notablemente al riesgo individual de desarrollar un problema de drogodependencia a largo plazo. Por este motivo, la labor de prevención suele orientarse más a estos aspectos que a la droga propiamente dicha (Morral *et al.*, 2002). Por ejemplo, la evaluación del proyecto Ausweg en Austria descubrió que los jóvenes que cometían delitos relacionados con el cannabis por primera vez eran menos propensos de lo esperado a presentar déficit de personalidad, lo cual demuestra que las influencias circunstanciales, sociales y grupales afectan al consumo de drogas más que los problemas psicológicos individuales (Rhodes *et al.*, 2003; Butters, 2004). No obstante, varios proyectos se centran en el cannabis y animan a los jóvenes a reducir su consumo de esta sustancia. Un ejemplo alemán es el sitio web «Quit the Shit» [*Deja la mierda*] (<http://www.drugcom.de/>), un programa de asesoramiento a través de Internet para consumidores de cannabis.

Datos relativos a la demanda de tratamiento

Casi el 12 % de las 480 000 demandas de tratamiento declaradas mencionan el cannabis como droga principal, lo que lo sitúa en segundo lugar por detrás de la heroína. Durante el período de ocho años comprendido entre 1996 y 2003, el porcentaje de pacientes de cannabis entre los nuevos pacientes que solicitaron tratamiento por todo tipo de drogas se multiplicó al menos por dos en muchos países ⁽⁴⁴⁾, con un aumento similar del número de pacientes. No obstante, este análisis debe tomarse con precaución, ya que se basa en una cantidad limitada de países que pueden proporcionar los datos necesarios para realizar una comparación de tendencias temporales.

En general, el cannabis es también la segunda droga más citada en los informes de pacientes que inician un tratamiento por primera vez ⁽⁴⁵⁾, sólo por detrás de la heroína. Existen variaciones considerables entre países, de modo que el cannabis es mencionado por el 2 % o 3 % de los pacientes de Bulgaria y Polonia, y por más del 20 % de los pacientes de Dinamarca, Alemania, Hungría y Finlandia ⁽⁴⁶⁾. En todos los países que han facilitado datos, el porcentaje de pacientes que solicitan tratamiento

⁽⁴¹⁾ <http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=7022>

⁽⁴²⁾ <http://eddra.emcdda.eu.int/>

⁽⁴³⁾ Más información en el sitio web de la EDDRA: «Step by Step» [*Paso a paso*] (http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=36) y «Early detection and intervention with regard to problematic drug use and addiction» [Detección e intervención tempranas del consumo problemático de drogas y la drogodependencia] (http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2088).

⁽⁴⁴⁾ Véanse los cuadros TDI-2 (parte i) y TDI-3 (parte iii) del boletín estadístico de 2005.

⁽⁴⁵⁾ Véase también la cuestión particular sobre la demanda de tratamiento de cannabis en el Informe anual 2004 del OEDT (<http://ar2004.emcdda.eu.int>). La distribución general y las tendencias se basan en el análisis de los datos de pacientes que solicitan tratamiento en todos los centros de tratamiento, y el perfil de los pacientes y sus pautas de consumo se basan en los datos de los centros de tratamiento ambulatorio.

⁽⁴⁶⁾ Véanse los cuadros TDI-2 (parte ii) y TDI-5 (parte ii) del boletín estadístico de 2005.

Indicador de demanda de tratamiento

La información relativa al número de personas que solicitan tratamiento para un problema de drogas nos permite comprender las tendencias generales del consumo de drogas, al tiempo que ofrece una perspectiva de la organización y utilización de los centros de tratamiento en Europa. El indicador de demanda de tratamiento (TDI) ⁽¹⁾ ⁽²⁾ del OEDT ofrece una estructura uniforme que permite notificar el número y las características de los pacientes remitidos a los centros de tratamiento. Aunque se puede considerar que los datos del TDI ofrecen una representación sólida y valiosa de las características de los pacientes remitidos a los servicios especializados en materia de drogas, por una serie de motivos técnicos se debe actuar con cautela a la hora de extrapolar los resultados al conjunto de los pacientes que recurren a estos servicios. En particular, el número de países que informa cada año varía, por lo que las tendencias identificadas a nivel europeo deben interpretarse con precaución. Además, debe tenerse en cuenta que la cobertura de los datos puede variar según los países (los datos relativos a las unidades utilizadas están registrados en el boletín estadístico) y que los datos relativos a la demanda de tratamiento reflejan en parte la disponibilidad de tratamiento en los países.

Con el objetivo de facilitar la interpretación y la comparación de los datos relativos a la demanda de tratamiento, deben tenerse en cuenta los puntos siguientes:

- Los pacientes que empiezan un tratamiento por consumo de drogas por primera vez se denominan «nuevos pacientes». Este grupo se considera más importante analíticamente como indicador de las

tendencias del consumo de drogas. También se registran análisis para todos los pacientes. Este grupo incluye los nuevos pacientes y aquellos que, habiendo interrumpido o finalizado el tratamiento en los años anteriores, lo reanudan en el año de realización del informe. No se registran los datos relativos a los pacientes que durante el período de duración del informe continuaron, sin interrupción, el tratamiento que habían iniciado en los años anteriores.

- Se recogen dos tipos de datos: datos resumidos de todos los tipos de centros de tratamiento y datos detallados por tipo de centro (centros de tratamiento ambulatorio, centros de tratamiento hospitalario, centros de bajo umbral, médicos de asistencia primaria, unidades de tratamiento en las prisiones, otros tipos de centros). No obstante, para la mayoría de países, los datos sobre los tipos de centros son escasos, a diferencia de los de los centros de tratamiento ambulatorio y hospitalario. Este es el motivo por el cual, con frecuencia, los análisis se limitan a los centros de tratamiento ambulatorio, con una mejor cobertura de datos.
- También se incluye la información cualitativa y contextual extraída de los informes nacionales de la red Reitox 2004 para ayudar a la interpretación de los datos del TDI.

⁽¹⁾ Para más información, véase la página web del OEDT sobre demanda de tratamiento (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1420>) y el enlace al protocolo relativo al indicador de demanda de tratamiento, versión 2.0, elaborado conjuntamente por el Grupo Pompidou y el OEDT.

⁽²⁾ Para más información sobre las fuentes de datos por países, véase el cuadro TDI-1 del boletín estadístico de 2005.

por consumo de cannabis es mayor entre los nuevos pacientes que entre los antiguos, con escasas excepciones, donde los porcentajes son aproximadamente iguales ⁽⁴⁷⁾. Sin embargo, a lo largo del período de ocho años comprendido entre 1996 y 2003, el porcentaje de pacientes de cannabis entre los pacientes que solicitaron tratamiento por todo tipo de drogas pasó del 9,4 % al 21,9 % ⁽⁴⁸⁾. No obstante, este análisis ha de tomarse con precaución, ya que se basa en una cantidad limitada de países que pueden proporcionar los datos necesarios para realizar una comparación de tendencias temporales.

Entre los consumidores de drogas en tratamiento, el número de hombres supera en gran medida al de las mujeres. Los índices hombre-mujer más elevados se hallan entre los nuevos pacientes que solicitan tratamiento por consumo de cannabis (4,8 a 1). La proporción hombre-mujer es más elevada en Alemania, Chipre, Hungría y Eslovaquia y más baja en la República Checa, Eslovenia, Finlandia y Suecia. Estas diferencias entre países pueden

reflejar factores culturales o quizá diferencias en la organización de los servicios de tratamiento ⁽⁴⁹⁾.

Las personas que reciben tratamiento por consumo de cannabis tienden a ser relativamente jóvenes. Prácticamente todos los pacientes de cannabis que reciben tratamiento por primera vez son menores de 30 años. Es más probable que se registre el cannabis como la drogodependencia primaria en los adolescentes sometidos a tratamientos de desintoxicación especializados que en los pacientes de otros grupos de edad, por lo que el cannabis representa el 65 % de las demandas de tratamiento entre los jóvenes de menos de 15 años y el 59 % entre los de 15 a 19 años ⁽⁵⁰⁾.

La frecuencia del consumo de cannabis entre nuevos pacientes presenta marcadas diferencias entre países. Los porcentajes más elevados de consumidores diarios de cannabis se observan en Dinamarca y los Países Bajos entre los nuevos pacientes, y los porcentajes más elevados

⁽⁴⁷⁾ Véanse los cuadros TDI-4 (parte ii) y TDI-5 (parte ii) del boletín estadístico de 2005.

⁽⁴⁸⁾ Véase el cuadro TDI-3 (parte iii) del boletín estadístico de 2005.

⁽⁴⁹⁾ Véase el cuadro TDI-22 del boletín estadístico de 2005.

⁽⁵⁰⁾ Véase el cuadro TDI-10 (parte ii) del boletín estadístico de 2005.

de consumidores ocasionales o personas que no han consumido cannabis en el mes previo al tratamiento se dan en Grecia y Alemania ⁽⁵¹⁾, probablemente como reflejo de las diferencias existentes en el sistema de referencia al tratamiento. En Alemania, alrededor de una tercera parte de los nuevos pacientes de cannabis consume la droga de forma ocasional o no la ha consumido en el mes previo al tratamiento —si bien este grupo comprende aproximadamente al 11 % de los pacientes en otras zonas— y alrededor de un 60 % lo consume diariamente.

Incautaciones e información sobre el mercado

Producción y tráfico

En 2003, el cannabis continuó siendo la droga ilegal de mayor producción y tráfico a escala mundial. Sin embargo, la expansión mundial de la producción de cannabis y la dificultad de realizar un seguimiento complica la estimación de la cantidad producida (ONUDD, 2003a).

La producción de resina de cannabis a gran escala se concentra en unos pocos países, especialmente en Marruecos, mientras que el tráfico se extiende por gran número de países (CND, 2004, 2005). De acuerdo con un estudio sobre la producción de cannabis en Marruecos llevado a cabo por la ONUDD y el Gobierno de Marruecos (2003), se calcula que la región del Rif es el origen de aproximadamente el 40 % de la producción mundial de resina de cannabis de 2003 (JIFE, 2005). La mayor parte de la resina de cannabis que se consume en la UE se produce en Marruecos y se introduce en Europa principalmente a través de la península ibérica, aunque los Países Bajos constituyen un importante centro secundario de distribución hacia otros países de la UE (Bovenkerk y Hogewind, 2002). Otros países mencionados en 2003 como países de origen de la resina de cannabis incautada en la UE son Albania, Afganistán, Irán, Pakistán, Nepal y la India (informes nacionales de la red Reitox, 2004; JIFE, 2005).

La producción mundial de hierba de cannabis continúa expandiéndose por el mundo y se estima que la producción potencial asciende a 40 000 toneladas como mínimo (CND, 2005). La hierba de cannabis incautada en la UE en 2003 tiene su origen en diversos países, como los Países Bajos y Albania, pero también en países africanos (Malawi, Sudáfrica, Nigeria) y en los Estados Unidos (informes anuales de la red Reitox, 2004). Además, en la mayoría de los Estados miembros de la UE se lleva a cabo el cultivo (interior y exterior) y la

Interpretación de las incautaciones y datos sobre el mercado

El número de incautaciones de drogas en un país suele considerarse un indicador indirecto de la oferta y disponibilidad de las mismas, aunque también refleja los recursos, prioridades y estrategias de la policía, así como la vulnerabilidad de los traficantes ante las estrategias de reducción de la oferta nacionales e internacionales. Las cantidades incautadas pueden variar mucho de un año a otro, por ejemplo si un año se registran algunas incautaciones especialmente grandes. Por esta razón, varios países consideran que el número de incautaciones es un indicador más adecuado de las tendencias. En todos los países, los datos incluyen un mayor número de pequeñas incautaciones de pequeños traficantes. El origen y el destino de las drogas incautadas pueden ser indicadores de rutas de tráfico y áreas de producción, pero no siempre se dispone de esta información. La mayoría de Estados miembros comunican el precio y la pureza de las drogas vendidas por los pequeños traficantes. No obstante, los datos proceden de una gran variedad de fuentes que no siempre son comparables o fiables, lo que hace difícil establecer una comparación exacta entre países.

elaboración locales de productos del cannabis (informes nacionales de la red Reitox, 2004).

Incautaciones

En 2003, se incautaron un total de 1 347 toneladas de resina de cannabis y 5 821 toneladas de hierba de cannabis en todo el mundo. La mayoría de incautaciones de resina de cannabis tuvo lugar en Europa Central y Oriental (70 %) y en el sureste asiático, Oriente Medio y Oriente Próximo (21 %), mientras que las incautaciones de hierba de cannabis se concentraron en el continente americano (68 %) y África (26 %) (CND, 2005). Por número de incautaciones, el cannabis es la droga más incautada en todos los países de la UE excepto Estonia y Letonia, donde en 2003 fueron superiores las incautaciones de anfetaminas. Por cantidad, el cannabis suele ser también la droga más incautada en la UE, aunque en 2003 las cantidades de otras drogas incautadas fueron superiores en algunos países (anfetaminas en Estonia y Luxemburgo, heroína en Hungría y cocaína en Polonia). Históricamente, la mayoría de incautaciones de cannabis en la UE se han producido en el Reino Unido, seguido de España y Francia, y probablemente siga siendo así ⁽⁵²⁾. No obstante, en los últimos cinco años, en lo que respecta a las cantidades, más de la mitad del volumen total incautado en la UE corresponde a España. En la UE, el número de

⁽⁵¹⁾ Véase el cuadro TDI-18 (parte iv) del boletín estadístico de 2005.

⁽⁵²⁾ Este dato deberá cotejarse con la información correspondiente a 2003, cuando se disponga de ella. Faltan los datos relativos al número de incautaciones de cannabis registradas en Italia, Chipre, los Países Bajos y Rumanía en 2003; asimismo, faltan los datos relativos al número de incautaciones y cantidades aprehendidas en Irlanda y el Reino Unido en 2003.

incautaciones de cannabis ⁽⁵³⁾ muestra cierta tendencia al alza desde 1998, aunque la información parcial de algunos países no permiten asegurarlo de forma concluyente, mientras que las cantidades incautadas ⁽⁵⁴⁾ parecen haber aumentado desde el año 2000.

Precio y potencia

En 2003, el precio medio de venta al por menor de la resina de cannabis en la Unión Europea fluctuó entre 1,4 euros por gramo en España y 21,5 euros por gramo en Noruega, mientras el precio de la hierba de cannabis

osciló entre 1,1 euros por gramo en España y 12 euros por gramo en Letonia ⁽⁵⁵⁾.

La potencia de los productos del cannabis viene determinada por su contenido en tetrahidrocannabinol (THC), la principal sustancia psicoactiva. En 2003, en los países que han facilitado datos, el contenido medio de THC de la resina de cannabis vendida al por menor oscilaba entre menos del 1 % (Polonia) y el 25 % (Eslovaquia), mientras que la potencia de la hierba de cannabis fue del 1 % (Hungría y Finlandia) al 20 % (cultivo casero en los Países Bajos) ⁽⁵⁶⁾.

⁽⁵³⁾ Véase el cuadro SZR-1 (parte i) del boletín estadístico de 2005.

⁽⁵⁴⁾ Véase el cuadro SZR-2 (parte i) del boletín estadístico de 2005.

⁽⁵⁵⁾ Véase el cuadro PPP-1 (parte i) del boletín estadístico de 2005.

⁽⁵⁶⁾ Véase el cuadro PPP-5 (parte i) del boletín estadístico de 2005.



Capítulo 4

Estimulantes de tipo anfetamínico, LSD y otras drogas sintéticas

En términos de prevalencia de consumo, la segunda sustancia más consumida en casi todos los países es algún tipo de droga sintética. Los índices generales de consumo de estas sustancias en el conjunto de la población suelen ser reducidos, pero los índices de prevalencia entre los más jóvenes son significativamente elevados, y el consumo de estas drogas puede ser especialmente importante en algunos entornos sociales o grupos subculturales.

Entre las drogas sintéticas que se consumen en Europa están los estimulantes y las sustancias alucinógenas. De estas últimas, la dietilamida del ácido lisérgico (LSD) es la más conocida, pero los niveles de consumo general han sido bajos y de algún modo estables durante un período de tiempo considerable. Parece que crece el interés por las sustancias alucinógenas naturales, tema que se trata en otra parte de este informe.

El término «estimulantes anfetamínicos» (EA) hace referencia tanto al grupo de drogas de las anfetaminas como al grupo del éxtasis. El término «anfetaminas» es un término genérico utilizado para describir una serie de sustancias químicamente relacionadas que estimulan el sistema nervioso central, y las dos más importantes —en lo que respecta al mercado europeo de drogas ilegales— son la anfetamina y la metanfetamina. De éstas, la anfetamina es la más fácil de adquirir, si bien, en términos globales, los niveles de consumo de metanfetamina tienden al alza. Hasta la fecha, el consumo de metanfetamina en Europa parece limitarse a la República Checa, aunque informes esporádicos de otros países subrayan la necesidad de su vigilancia, ya que es una droga conocida por estar asociada a diversos problemas graves de salud.

La sustancia más conocida de la familia del éxtasis es la 3,4-metilenodioximetanfetamina (MDMA), aunque también pueden encontrarse otras sustancias análogas en las pastillas de éxtasis. Estas drogas se conocen a veces como «contactógenos», lo que significa «contacto interior», término que comprende sustancias sintéticas químicamente relacionadas con las anfetaminas, pero cuyos efectos son algo diferentes, ya que producen una combinación de los efectos más típicos de las sustancias alucinógenas.

Prevalencia y pautas de consumo

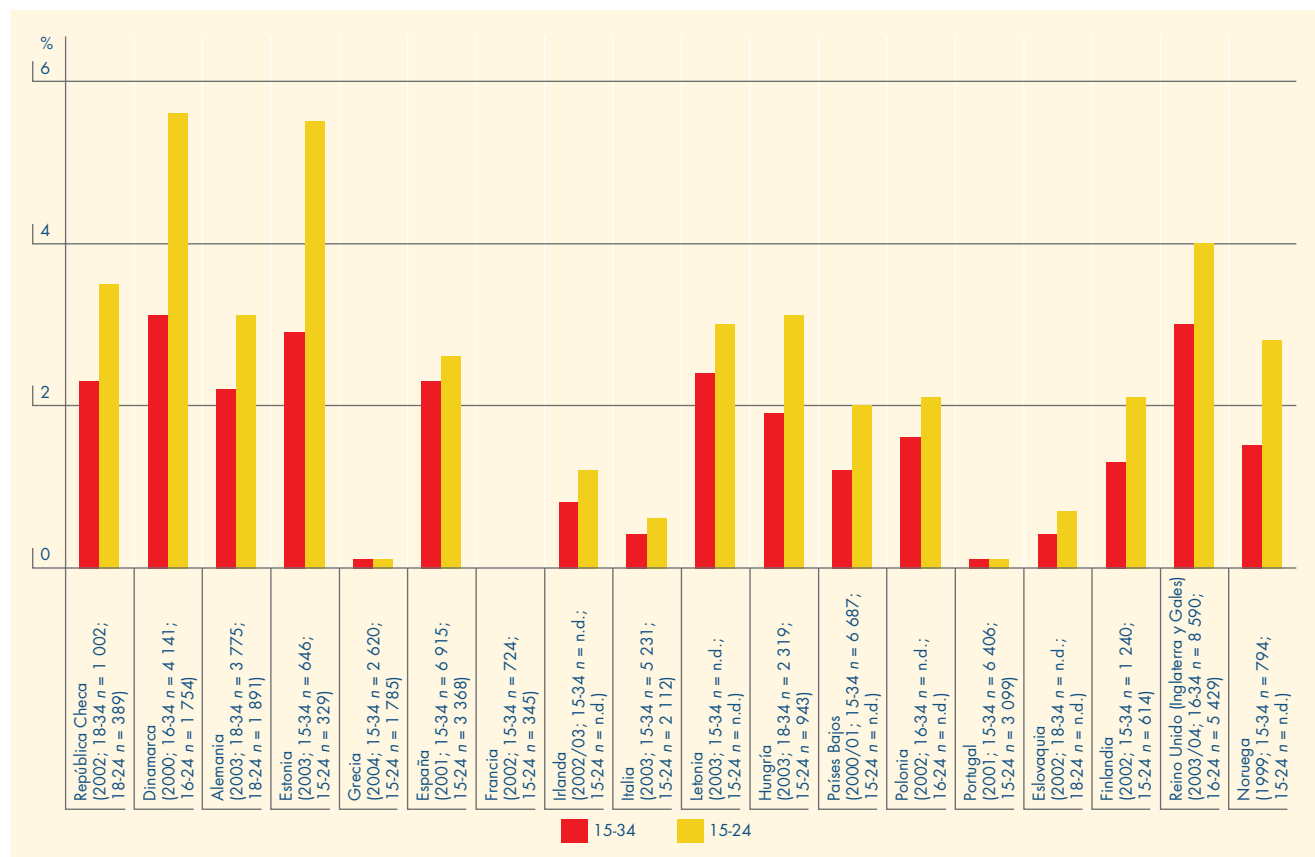
Tradicionalmente, las encuestas de población han demostrado que, después del cannabis, las anfetaminas son la sustancia ilegal de mayor consumo, aunque la prevalencia general del consumo de anfetaminas es claramente inferior a la del cannabis. Esta pauta de consumo parece estar cambiando en muchos países y, según las últimas encuestas de población general y encuestas escolares, el éxtasis supera a las anfetaminas y ocupa el segundo lugar por detrás del cannabis. Por ejemplo, las encuestas escolares ESPAD 2003 (Hibell *et al.*, 2004) revelan que las estimaciones de prevalencia de consumo del éxtasis a lo largo de la vida superan a las de las anfetaminas en catorce países de la UE, Noruega y los países candidatos ⁽⁵⁷⁾. Sin embargo, merece la pena recordar que el éxtasis no se hizo popular hasta la década de 1990, mientras que la anfetamina tiene una historia más dilatada. Esto se refleja en recientes encuestas realizadas a la población adulta, que revelan que, a lo largo de la vida, el consumo de anfetaminas presenta cifras más elevadas en once países y el consumo de éxtasis en diez países, mientras que las cifras de consumo reciente de éxtasis (últimos 12 meses) son más elevadas en quince países y de anfetaminas tan sólo en cinco países (dos países declaran cifras idénticas).

Según los últimos estudios, la tasa de consumo de anfetaminas en algún momento de la vida de toda la población adulta (de 15 a 64 años) oscila en los Estados miembros de la UE entre el 0,1 % y el 6 %, excepto en el Reino Unido, donde asciende al 12 %. El consumo reciente es claramente inferior, del 0 % al 1,5 %, y en lo alto de la escala están Dinamarca, Estonia y el Reino Unido.

En las encuestas de población, el grupo de adultos jóvenes (de 15 a 34 años) presenta un cuadro similar, con un consumo de anfetaminas a lo largo de la vida del 0,1 % al 10 %, aunque la tasa del Reino Unido resulta excepcionalmente elevada (18,4 %). El consumo reciente oscila entre el 0 % y el 3 %, situándose de nuevo en lo alto de la escala Dinamarca, Estonia y el Reino Unido (gráfico 6). Aunque las cifras de consumo a lo largo de la vida son notablemente mayores en el Reino Unido que en otros países, la prevalencia del consumo reciente de

⁽⁵⁷⁾ Véase el gráfico EYE-2 (parte iv) del boletín estadístico de 2005.

Gráfico 6. Consumo reciente (último año) de anfetaminas entre adultos jóvenes de edades seleccionadas (15-34 años y 15-24 años), medido a través de encuestas de población



N.B.: Los datos proceden de las encuestas nacionales más recientes disponibles en cada país (véase el cuadro GPS-4 para el grupo de edad comprendido entre los 15 y los 34 años).

Algunos países aplican un rango de edad ligeramente diferente al estándar del OEDT para la definición de «adultos jóvenes». Las variaciones en los tramos de edad pueden significar pequeñas diferencias entre países.

Fuentes: Informes nacionales de la red Reitox (2004) extraídos de encuestas de población, informes o artículos científicos. Véase el cuadro GPS-0 del boletín estadístico de 2005.

anfetaminas (consumo en los últimos 12 meses) es muy parecida a las tasas declaradas en otros países y, en general, sigue a la baja.

En las encuestas ESPAD 2003 aparecen nuevos datos sobre el consumo de anfetaminas entre los escolares de 15 y 16 años ⁽⁵⁸⁾. La tasa de prevalencia del consumo de anfetaminas a lo largo de la vida oscila entre apenas el 1 % y el 7 %, y las estimaciones nacionales más elevadas de consumo reciente y consumo actual (últimos 30 días) de la droga son del 4 % y del 3 %, respectivamente.

Entre un 0,2 % y un 6,5 % de la población adulta ha probado el éxtasis, siendo las cifras de la mayoría de países del orden del 1 % al 4 %. Del 0 % al 2,5 % de los adultos declara haber consumido esta sustancia recientemente, registrándose las tasas de prevalencia más elevadas en la República Checa, España y el Reino Unido.

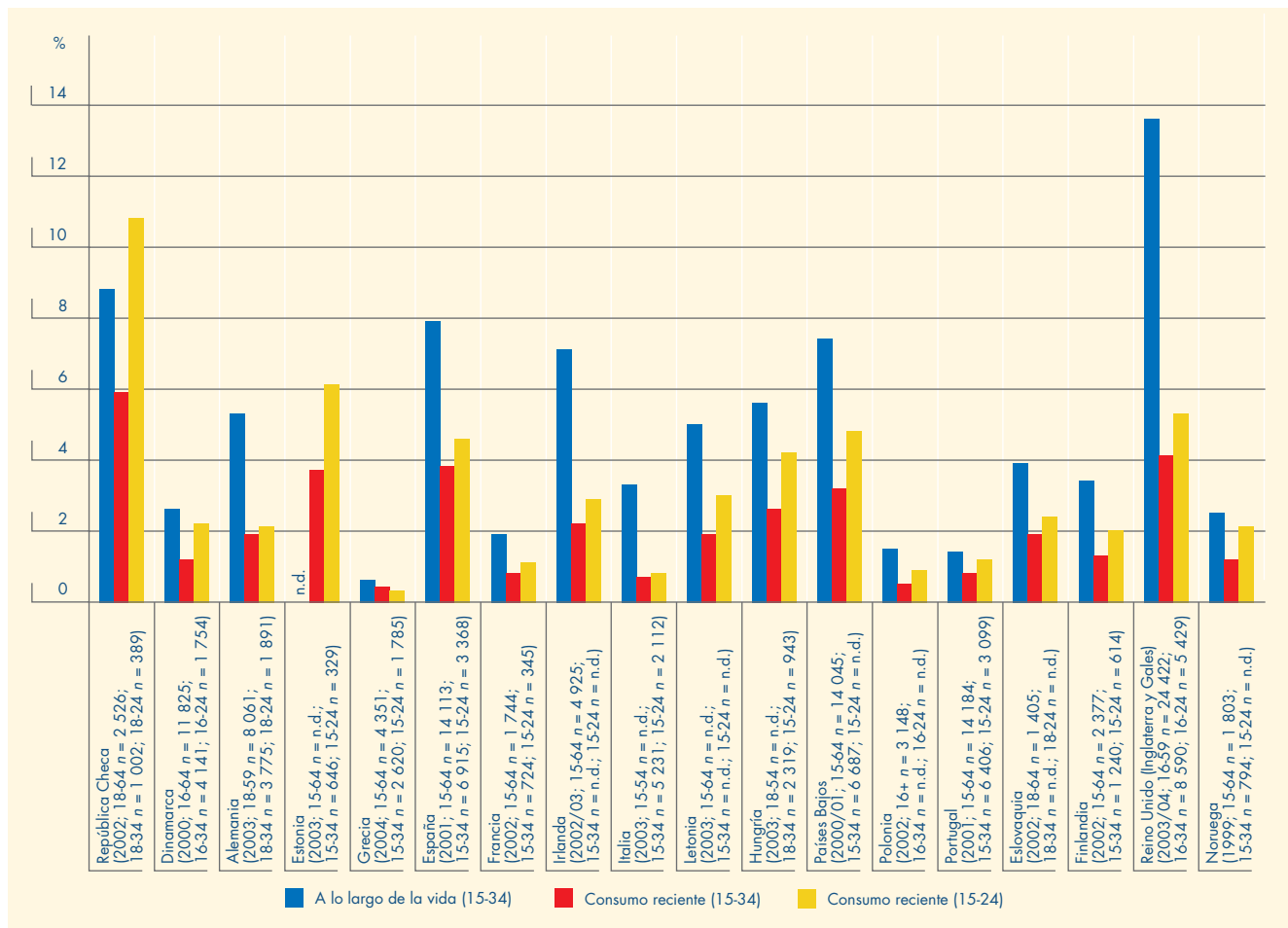
Del 0,6 % al 13,6 % de los adultos jóvenes (de 15 a 34 años) declaran haber consumido éxtasis alguna vez. El consumo reciente (prevalencia de los últimos 12 meses) es

del 0,4 % al 6 %, y los países que presentan las mayores tasas de prevalencia son la República Checa, Estonia, España y el Reino Unido (gráfico 7).

Dado que el consumo de éxtasis es un fenómeno que predomina entre la juventud, resulta útil analizar las diferencias entre las tasas de prevalencia que se registran en los estudiantes de 15 a 24 años y en los estudiantes de 15 y 16 años. En el grupo de 15 a 24 años, se registran tasas de consumo a lo largo de la vida del 0,4 % al 13 %, mientras que las cifras de consumo reciente oscilan entre el 0,3 % y el 11 %. Además, debido a que las tasas de consumo de droga de este grupo de edad son mayores en hombres que en mujeres, la mayoría de países declara tasas de consumo a lo largo de la vida del 4 % al 16 % en hombres de 15 a 24 años y tasas de consumo reciente del 2 % al 8 %. Por último, siete países registran cifras de consumo actual (en los últimos 30 días), que se supone incluyen el consumo habitual, que oscilan entre el 2 % y el 5 %, lo que indica que 1 de cada 20 a 50 hombres de 15 a 24 años consume éxtasis de forma habitual. Es

⁽⁵⁸⁾ Para un análisis detallado de los resultados de la encuesta escolar ESPAD 2003, véase el capítulo 2.

Gráfico 7. Prevalencia a lo largo de la vida y consumo reciente (último año) de éxtasis entre adultos jóvenes de edades seleccionadas (15-34 años y 15-24 años), medido a través de encuestas de población



N.B.: Los datos proceden de las encuestas nacionales más recientes disponibles en cada país (véanse los cuadros GPS-2 para la prevalencia de vida y GPS-4 para el consumo reciente entre el grupo de edad de 15 a 34 años en el boletín estadístico de 2005). Algunos países aplican un rango de edad ligeramente diferente al estándar del OEDT para la definición de «adultos jóvenes». Las variaciones en los tramos de edad pueden significar pequeñas diferencias entre países.

Fuentes: Informes nacionales de la red Reitox (2004) extraídos de encuestas de población, informes o artículos científicos. Véase el cuadro GPS-0 del boletín estadístico de 2005.

probable que estas cifras sean más elevadas en las zonas urbanas, especialmente entre las personas que frecuentan las discotecas, los clubes o los festivales musicales (Butler y Montgomery, 2004).

Las estimaciones de prevalencia del consumo de éxtasis son notablemente menores en los estudiantes de 15 y 16 años que en los estudiantes de 15 a 24 años. La prevalencia del consumo de éxtasis a lo largo de la vida entre los estudiantes encuestados varía del 0 % al 8 %, con tasas aún más bajas de consumo reciente (del 0 % al 4 %) y de consumo actual (del 0 % al 3 %). En la mayoría de países, las estimaciones de consumo actual se mantienen entre el 1 % y el 2 %, con pequeñas diferencias entre sexos (Hibell *et al.*, 2004).

A efectos comparativos, la encuesta nacional de consumo de drogas y salud realizada en los Estados Unidos en

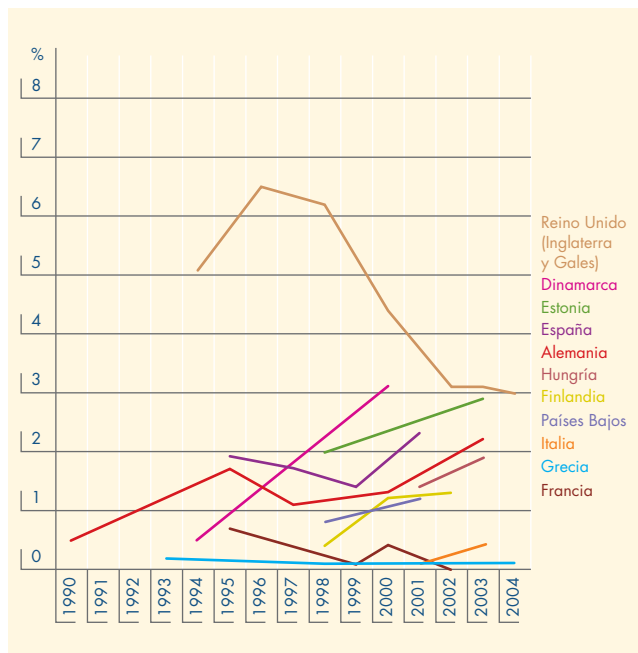
2003 (SAMHSA, 2003) revela que el 4,6 % de los adultos encuestados (a partir de 12 años) ha consumido éxtasis en algún momento de su vida, y el 0,9 %, recientemente. En la misma encuesta, el 14,8 % de los encuestados de 18 a 25 años declaró algún consumo a lo largo de su vida, el 3,7 % recientemente y el 0,7 % actualmente (último mes) ⁽⁵⁹⁾.

Tendencias

En la mayoría de países que disponen de información obtenida a partir de estudios consecutivos, las encuestas de población muestran un incremento del consumo reciente de anfetaminas (gráfico 8) y éxtasis (gráfico 9) entre los jóvenes. En lo que respecta al éxtasis, las excepciones son Alemania y Grecia, donde los niveles no han aumentado, y el Reino Unido, donde el consumo de

⁽⁵⁹⁾ Obsérvese que el margen de edad de la encuesta estadounidense (de 12 años en adelante) es más amplio que el utilizado por el OEDT en sus encuestas sobre la UE (15-64 años). Por otro lado, el margen de edad para los adultos jóvenes (18-25 años) es más estrecho que el margen utilizado en la mayoría de encuestas europeas (15-24 años).

Gráfico 8. Tendencias del consumo reciente (último año) de anfetaminas entre adultos jóvenes (15-34 años), medidas a través de encuestas de población (1)



(1) El tamaño de las muestras (encuestados) para el grupo de edades comprendidas entre los 15 y los 34 años para cada país y año se presentan en el cuadro GPS-4 del boletín estadístico de 2005.

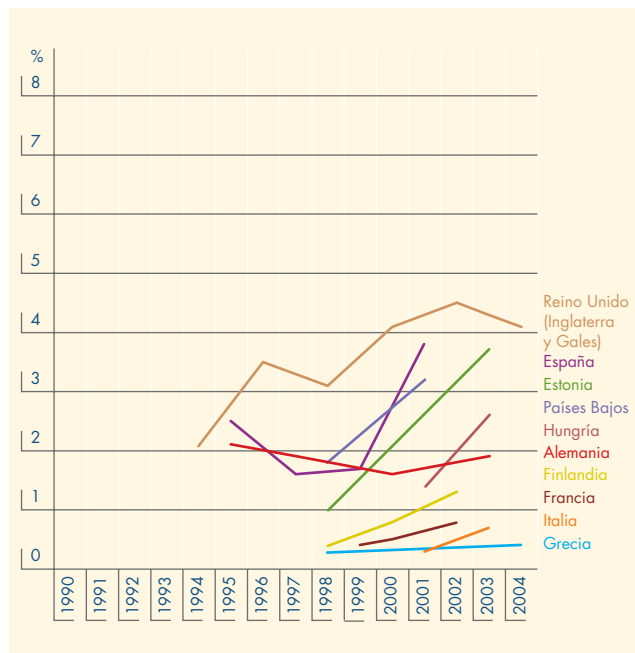
N.B.: Datos procedentes de las encuestas nacionales disponibles en cada país. Las cifras y la metodología para cada encuesta pueden consultarse en el cuadro GPS-4 del boletín estadístico de 2005. En el caso de los adultos jóvenes, el OEDT utiliza el tramo de edad comprendido entre los 15 y los 34 años [Dinamarca y el Reino Unido, a partir de los 16; Alemania, Estonia (1998) y Hungría, a partir de los 18]. El tramo de edad en Francia fue de 18 a 39 años en 1995.

Fuentes: Informes nacionales de la red Reitox (2004) extraídos de encuestas de población, informes o artículos científicos. Véase el cuadro GPS-0 del boletín estadístico de 2005.

estas drogas se ha estabilizado recientemente (2002/2003), aunque a niveles relativamente elevados (gráfico 9).

Como se ha dicho anteriormente, el consumo de éxtasis supera en la actualidad al consumo de anfetaminas en muchos países; sin embargo, este hecho dista mucho de suponer un declive del consumo de anfetaminas. De hecho, muchos de los países que han realizado estudios consecutivos han registrado un incremento del consumo de anfetaminas (consumo reciente entre adultos jóvenes). Una notable excepción es el Reino Unido, donde se observa un importante descenso del consumo de anfetaminas desde 1998. Esto puede explicar por qué la prevalencia de consumo a lo largo de la vida es elevada en el Reino Unido en comparación con los niveles de consumo reciente, más moderados. Cabe especular con que el descenso del consumo de anfetaminas se haya visto en cierto modo compensado por incrementos del consumo de cocaína y éxtasis (véanse los gráficos 8 y 9).

Gráfico 9. Tendencias del consumo reciente (último año) de éxtasis entre adultos jóvenes (15-34 años), medidas a través de encuestas de población (1)



(1) El tamaño de las muestras (encuestados) para el grupo de edades comprendidas entre los 15 y los 34 años para cada país y año se presentan en el cuadro GPS-4 del boletín estadístico de 2005.

N.B.: Datos procedentes de las encuestas nacionales disponibles en cada país. Las cifras y la metodología para cada encuesta pueden consultarse en el cuadro GPS-4 del boletín estadístico de 2005. En el caso de los adultos jóvenes, el OEDT utiliza el tramo de edad comprendido entre los 15 y los 34 años [Dinamarca y Reino Unido, a partir de los 16; Alemania, Estonia (1998) y Hungría, a partir de los 18].

Fuentes: Informes nacionales de la red Reitox (2004) extraídos de encuestas de población, informes o artículos científicos. Véase el cuadro GPS-0 del boletín estadístico de 2005.

Datos relativos a la demanda de tratamiento

Es raro que el consumo de EA sea la razón principal para recibir tratamientos de desintoxicación. No obstante, existen algunas excepciones: en la República Checa, Finlandia y Suecia, los EA —más las anfetaminas que el éxtasis— representan entre el 18 % y más del 50 % de las demandas de tratamiento primario. En la República Checa, más del 50 % de las demandas de tratamiento están relacionadas con el consumo principal de metanfetaminas. Esto también se ve reflejado en las demandas de nuevos tratamientos, incluida Eslovaquia (60). Más aún, el 11 % de los nuevos pacientes europeos que solicitan tratamiento y los datos presentados apuntan a los EA como droga secundaria (61).

La comparación de los datos obtenidos en 2002 y 2003 revela que persiste la tendencia al alza del número de

(60) Véanse los cuadros TDI-4 (parte ii) y TDI-5 (parte ii) del boletín estadístico de 2005.

(61) Véase el cuadro TDI-24 del boletín estadístico de 2005.

consumidores de EA (+ 3,5 %). Entre 1996 y 2003, el número de pacientes que solicitó tratamiento de desintoxicación de EA pasó de 2 204 a 5 070 en doce países de la UE.

De los nuevos pacientes que solicitan tratamiento por consumo de EA en centros ambulatorios, el 78,5 % consume anfetaminas y el 21,4 % MDMA (éxtasis) ⁽⁶²⁾. Los mayores porcentajes de pacientes consumidores de éxtasis corresponden a Hungría, los Países Bajos y el Reino Unido.

Casi una tercera parte de los consumidores de EA que solicitan tratamiento tienen de 15 a 19 años, y otra tercera parte de 20 a 24 años ⁽⁶³⁾. La gran mayoría de pacientes de EA consumen por primera vez la droga entre los 15 y los 19 años de edad ⁽⁶⁴⁾.

Entre los pacientes de EA sometidos a tratamiento, el número de consumidores ocasionales y diarios es el mismo. En los países donde el porcentaje de pacientes por consumo de anfetaminas es más elevado, la mayoría consumen la droga de 2 a 6 veces a la semana ⁽⁶⁵⁾.

La principal ruta de administración del éxtasis y de las anfetaminas es la oral (58,2 %); no obstante, alrededor del 15 % de los pacientes se inyecta la droga. En algunos países, más del 60 % de los pacientes de EA son consumidores actuales de anfetaminas por vía intravenosa (República Checa y Finlandia) ⁽⁶⁶⁾.

Muertes relacionadas con el éxtasis

En comparación con las muertes relacionadas con opiáceos, las muertes por éxtasis son relativamente inusuales, aunque en algunos países la cifra no es desdeñable, y podría mejorarse su control. La calificación de «muerte relacionada con el éxtasis» puede deberse a la mención de la palabra «éxtasis» en el certificado de defunción o a la detección de la sustancia en los análisis toxicológicos (con frecuencia junto a otras drogas) ⁽⁶⁷⁾.

Aunque la información no está armonizada, los datos de los informes nacionales de la red Reitox 2004 apuntan que las muertes relacionadas con el éxtasis son raras en la mayoría de países de la UE, sobre todo las muertes relacionadas sólo con esta sustancia. En 2003, varios países notificaron muertes relacionadas con el éxtasis: Austria (una muerte relacionada con éxtasis solamente), la República Checa (una muerte probablemente debida a una sobredosis de MDMA), Francia (ocho casos relacionados con el éxtasis), Alemania (dos casos relacionados con el éxtasis solamente y ocho en combinación con otras drogas, con cifras respectivas

de 8 y 11 en 2002), Portugal (detectado en el 2 % de las muertes relacionadas con el consumo de drogas) y el Reino Unido («mención» del éxtasis en 49 certificados de defunción en 2000, 76 en 2001 y 75 en 2002). Los Países Bajos han declarado siete muertes debidas a una intoxicación aguda por psicoestimulantes, aunque sin indicar la sustancia concreta.

Pocos países presentan datos sobre urgencias hospitalarias relacionadas con el éxtasis. En Amsterdam, el número de urgencias no mortales (informe nacional neerlandés) imputables al consumo de éxtasis permaneció estable entre 1995 y 2003 (al igual que las relacionadas con el consumo de anfetaminas), mientras aumentaron las urgencias causadas por la ingestión de hongos alucinógenos y gammahidroxibutirato (GHB). En Dinamarca (informe nacional), el número de visitas hospitalarias imputables a la intoxicación con estimulantes aumentó de 112 casos en 1999 a 292 casos en 2003; el porcentaje de estas visitas relacionado con el consumo de éxtasis aumentó notablemente de 1999 a 2000, pero sin una clara tendencia posterior, mientras que el número de visitas asociadas al consumo de anfetaminas aumentó de forma constante a lo largo del período.

Prevención

Los proyectos de prevención móvil se están adaptando a la fragmentación de la cultura del «bakalao», de forma que quizá todavía pueda alcanzarse al grupo objetivo de jóvenes que consumen droga con fines recreativos, por ejemplo a través de puntos de contacto en cada «escenario». De los países que practican el análisis de pastillas, Alemania y Portugal han interrumpido esta práctica. En los Países Bajos, el análisis de pastillas se realiza únicamente en laboratorios, y en Francia se ha propuesto el abandono de la realización de análisis *in situ*. Entre las razones que justifican estos cambios están la baja frecuencia de aparición de pastillas adulteradas en Europa Occidental y el continuo cuestionamiento de la legalidad de esta práctica. Sin embargo, en la República Checa, los proyectos de análisis de pastillas se mantienen y han sido objeto de debate en los medios de comunicación.

La prevención en los entornos recreativos

Cada vez es más habitual la existencia de proyectos de prevención selectiva en entornos recreativos en los nuevos Estados miembros, especialmente la República Checa, Chipre (unidad móvil de información en establecimientos de ocio nocturno), Hungría (tres organizaciones), Polonia y Eslovenia.

⁽⁶²⁾ Véase el cuadro TDI-23 del boletín estadístico de 2005.

⁽⁶³⁾ Véanse los cuadros TDI-11 (parte i) y TDI-11 (parte v) del boletín estadístico de 2005.

⁽⁶⁴⁾ Véanse los cuadros TDI-10 (parte i) y TDI-10 (parte v) del boletín estadístico de 2005.

⁽⁶⁵⁾ Véase el cuadro TDI-18 (parte iii) del boletín estadístico de 2005.

⁽⁶⁶⁾ Véase el cuadro TDI-17 (parte iii) del boletín estadístico de 2005.

⁽⁶⁷⁾ Para más información sobre las muertes relacionadas con el éxtasis, véase el Informe anual 2004 del OEDT (<http://ar2004.emcdda.eu.int/es/page038-es.html>).

Por lo general, el contenido de las intervenciones no se modifica y es similar en la mayoría de Estados miembros, materializándose en discotecas antidroga, espectáculos de arte y teatrales, apoyo con material audiovisual (películas, cómics, etc.), seminarios, exposiciones itinerantes y viajes (informe nacional de Luxemburgo).

Los enfoques estructurales siguen siendo importantes. En Italia, los Países Bajos y Escandinavia, el trabajo en red se considera un requisito indispensable para la prevención de las drogas, y su objetivo es influir en la cultura nocturna. Con este fin, los profesionales de la prevención establecen relaciones con los propietarios de locales utilizados normalmente para el consumo recreativo de drogas (incluyendo los «*coffee shops*» en los Países Bajos) y con otras personas relacionadas con la vida nocturna, como los porteros y el personal de los locales. En Suecia, este tipo de intervenciones están llevándose a otras grandes ciudades, aparte de Estocolmo. Un estudio de programas similares en los Países Bajos concluyó que «los asistentes y organizadores de fiestas se comportan de forma mucho más responsable de lo esperado con respecto a las drogas ilegales» (Pijlman *et al.*, 2003). Los enfoques integrados de este tipo también poseen la ventaja de que desvían la atención del público de los incidentes y urgencias médicas relacionados con las drogas ilegales en grandes fiestas y sensibilizan sobre los riesgos generales del ambiente de clubs. Las orientaciones para una vida nocturna más segura entran dentro de esta categoría, pero todavía no están muy difundidas en Europa (Calafat *et al.*, 2003).

El asesoramiento individual en línea a través de sitios web es un sistema relativamente nuevo que se ha adoptado en Austria y Alemania (<http://www.drugcom.de>). También Austria dispone de un servicio de asesoramiento en línea a través del nuevo centro de asistencia por drogas de Viena y ha desarrollado normas de calidad al respecto (FSW, 2004). Sin embargo, la mayoría de sitios web sobre prevención de las drogas se limita a prestar asesoramiento experto y no incluye foros de debate, ya que no existen pruebas contundentes de que estas comunidades de consumidores que se comunican entre sí sean eficaces (Eysenbach *et al.*, 2004).

Incautaciones e información sobre el mercado ⁽⁶⁸⁾

Según la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD, 2003a), resulta complicado cuantificar la producción de EA («drogas sintéticas, incluidas las

anfetaminas, las metanfetaminas y el éxtasis, que son químicamente afines»), ya que «se inicia con sustancias químicas disponibles en el mercado, en laboratorios fáciles de ocultar». No obstante, se calcula que la producción anual mundial de EA oscila en torno a las 520 toneladas (ONUDD, 2003b). Las incautaciones mundiales de EA alcanzaron su apogeo en 2000 con 46 toneladas y, tras un descenso posterior, volvieron a aumentar hasta las 34 toneladas en 2003 (CND, 2004, 2005).

Anfetamina

Tomando como referencia el número de laboratorios desmantelados, la producción mundial de anfetaminas sigue concentrándose en Europa. En 2003, se descubrieron laboratorios de fabricación de anfetaminas en ocho países de la UE (Bélgica, Alemania, Estonia, Lituania, Luxemburgo, Países Bajos, Polonia y Reino Unido). La mayor parte de las anfetaminas incautadas en la UE en 2003 provenían de los Países Bajos, seguidos de Polonia y Bélgica. Además, existen informes de producción de anfetaminas en Estonia y Lituania, que posteriormente se dirigen a países nórdicos. El tráfico de anfetaminas sigue siendo fundamentalmente intrarregional (informes nacionales de la red Reitox, 2004; CND, 2005).

Del mismo modo, la mayoría de las incautaciones tuvieron lugar en Europa. El 82 % de la cantidad total de anfetaminas incautadas en todo el mundo en 2003 corresponde a Europa Central y Occidental, el 13 % al este y sureste de Europa y el 3 % a Oriente Medio y Oriente Próximo (CND, 2005). Durante los cinco últimos años, el Reino Unido ha sido el país de la UE que más incautaciones de anfetaminas ha llevado a cabo ⁽⁶⁹⁾. En toda la UE, el número de incautaciones de anfetaminas ⁽⁷⁰⁾, que anteriormente había mostrado una tendencia al alza, alcanzó el máximo en 1998, mientras que las cantidades incautadas ⁽⁷¹⁾ lo alcanzaron en 1997. El número de incautaciones de anfetaminas aumentó de nuevo en 2001 y 2002 pero, tomando como referencia las tendencias existentes en los países que han facilitado datos, parecen haberse estabilizado o reducido en 2003. Las cantidades incautadas también han variado, pero parece que tienden al alza desde 2002 ⁽⁷²⁾.

En 2003, los precios medios de las anfetaminas por consumidor oscilaron entre los menos de 10 euros por gramo de Bélgica, Estonia, Grecia, Letonia, Hungría, los Países Bajos y Eslovaquia y los 37,5 euros por gramo de Noruega ⁽⁷³⁾. La pureza media de las anfetaminas vendidas al por menor el mismo año fue del 7,5 % (Alemania) al 50 % (Noruega) ⁽⁷⁴⁾.

⁽⁶⁸⁾ Véase «Interpretación de las incautaciones y datos sobre el mercado», p. 42.

⁽⁶⁹⁾ Este dato deberá cotejarse con la información del Reino Unido correspondiente a 2003, cuando se disponga de ella. Faltan los datos relativos al número de incautaciones de anfetaminas realizadas en Italia, Chipre, los Países Bajos y Rumanía en 2003; asimismo, faltan los datos relativos al número de incautaciones y cantidades aprehendidas en Irlanda y el Reino Unido en 2003.

⁽⁷⁰⁾ Véase el cuadro SZR-7 (parte i) del boletín estadístico de 2005.

⁽⁷¹⁾ Véase el cuadro SZR-8 (parte i) del boletín estadístico de 2005.

⁽⁷²⁾ Este dato deberá cotejarse con la información correspondiente a 2003, especialmente la del Reino Unido, cuando se disponga de ella.

⁽⁷³⁾ Véase el cuadro PPP-4 (parte i) del boletín estadístico de 2005.

⁽⁷⁴⁾ Véase el cuadro PPP-8 (parte i) del boletín estadístico de 2005.

Metanfetamina

En términos generales, el EA más importante desde el punto de vista de las cifras de producción y tráfico es la metanfetamina. En 2003, las mayores cifras de producción e incautación se registraron en el este y sureste asiáticos (China, Myanmar, Filipinas, Tailandia), seguidos de Norteamérica (Estados Unidos) (CND, 2005). La producción de metanfetaminas en Europa es muy inferior. En 2003, se detectaron laboratorios clandestinos de producción de anfetaminas en la República Checa, Alemania, Lituania y Eslovaquia (informes nacionales de la red Reitox, 2004; CND, 2005). En la República Checa existen datos sobre la producción de metanfetaminas desde principios de la década de 1980 (ONUDD, 2003a); la mayor parte se destina al consumo local, aunque también se introduce ilegalmente en Alemania y Austria (informe nacional checo, 2004). En 2003, las autoridades checas detectaron un aumento de la producción de «pervitín» (metanfetamina local) a partir de productos farmacéuticos de marca, como consecuencia de la falta de efedrina (el precursor de la metanfetamina) en el mercado negro local. Aunque el OEDT no recoge datos de incautaciones de metanfetaminas de forma sistemática, la República Checa, Alemania, Lituania y Noruega han declarado haber realizado este tipo de incautaciones en 2003. Además, Dinamarca señala que las metanfetaminas son cada vez más habituales en el mercado ilegal de estupefacientes y en Letonia aumentó la cantidad (0,8 toneladas) de efedrina incautada en 2003 (en comparación con 2002) (Informes anuales de la red Reitox, 2004).

En 2003, el precio de venta minorista del «pervitín» en la República Checa oscilaba entre 16 y 63 euros por gramo ⁽⁷⁵⁾, mientras la pureza era del 50 % al 75 % ⁽⁷⁶⁾.

Éxtasis

A escala mundial, Europa sigue siendo el principal centro productor de éxtasis, si bien parece haber perdido importancia relativa en los últimos años, a medida que se ha extendido la producción de esta sustancia a otras partes del mundo, sobre todo Norteamérica y el este y sureste asiáticos (CND, 2005; JIFE, 2005). En 2003 descendió el número de laboratorios de producción de éxtasis detectados en todo el mundo (CND, 2005); en la UE se han descubierto este tipo de laboratorios en Bélgica, Estonia, Lituania y los Países Bajos (informes nacionales de la red Reitox, 2004; CND, 2005). El

éxtasis incautado en la UE procede principalmente de los Países Bajos, seguidos de Bélgica, aunque Estonia y el Reino Unido también aparecen mencionados como países productores (informes nacionales de la red Reitox, 2003).

El tráfico de éxtasis sigue concentrándose fundamentalmente en Europa Occidental, si bien, al igual que la producción, se ha extendido al resto del mundo en los últimos años (ONUDD, 2003a). El 58 % de las cantidades incautadas en 2003 corresponde a Europa Central y Occidental, seguida de Oceanía con un 23 % (CND, 2005). En 2002, los Países Bajos superaron por primera vez al Reino Unido como país de la UE con mayores incautaciones de éxtasis ⁽⁷⁷⁾.

El número de incautaciones de éxtasis ⁽⁷⁸⁾ en la Unión Europea aumentó rápidamente durante el período de 1998 a 2001. Sin embargo, ha descendido desde 2002 y, de acuerdo con las tendencias de los países que han facilitado información, parece probable que este descenso haya continuado en 2003. Las cantidades de éxtasis interceptadas ⁽⁷⁹⁾ aumentaron de forma escalonada de 1998 a 2000 y desde entonces lo han hecho más lentamente. Sin embargo, se observa un descenso de las cantidades incautadas en 2003 en la mayoría de países que han facilitado datos. No obstante, el aparente descenso de las incautaciones de éxtasis en la UE (tanto en número como en cantidades incautadas) deberá cotejarse con la información correspondiente a 2003 (en particular la del Reino Unido) cuando se disponga de ella.

En 2003, el precio medio de una pastilla de éxtasis en la calle podía ser desde menos de 5 euros (Hungría y Países Bajos) hasta pasar de 20 y llegar incluso a los 30 euros (Grecia e Italia) ⁽⁸⁰⁾.

En 2003, la mayoría de pastillas vendidas como drogas ilegales que fueron analizadas contenían únicamente éxtasis (MDMA, el principio activo) y sustancias parecidas (MDEA, MDA) como ingredientes psicoactivos. Este fue el caso de Dinamarca, España, Hungría, los Países Bajos, Eslovaquia y Noruega, donde más del 95 % de las pastillas analizadas contenían estas sustancias. Sin embargo, dos países, Estonia y Lituania, informan que un elevado porcentaje de las pastillas analizadas (94 % y 76 %, respectivamente) contenían anfetamina o metanfetamina como únicas sustancias psicoactivas. El contenido de MDMA de las pastillas de éxtasis varía considerablemente según las partidas (incluso entre las que llevan el mismo logotipo), tanto dentro como fuera de un mismo país. En 2003, el contenido medio de MDMA de las pastillas de éxtasis era de 54 a 78 mg ⁽⁸¹⁾. Otras

⁽⁷⁵⁾ Véase el cuadro PPP-4 (parte i) del boletín estadístico de 2005.

⁽⁷⁶⁾ Véase el cuadro PPP-8 (parte i) del boletín estadístico de 2005.

⁽⁷⁷⁾ Este dato deberá cotejarse con la información correspondiente a 2003, cuando se disponga de ella. Faltan los datos relativos al número de incautaciones de éxtasis realizadas en Italia, Chipre, los Países Bajos y Rumanía en 2003; asimismo, faltan los datos relativos al número de incautaciones y cantidades aprehendidas en Irlanda y el Reino Unido en 2003.

⁽⁷⁸⁾ Véase el cuadro SZR-9 (parte iv) del boletín estadístico de 2005.

⁽⁷⁹⁾ Véase el cuadro SZR-10 (parte i) del boletín estadístico de 2005.

⁽⁸⁰⁾ Véase el cuadro PPP-4 (parte i) del boletín estadístico de 2005.

⁽⁸¹⁾ Este margen está basado en los datos obtenidos de un pequeño número de países, concretamente Alemania, Dinamarca, Francia, Luxemburgo y los Países Bajos.

sustancias psicoactivas halladas en las pastillas vendidas como éxtasis en 2003 son MDA, MDE, PMA, PMMA, DOB, 5-MeO-DIPT, 4-MTA y 1-PEA (informes nacionales de la red Reitox, 2004).

LSD

La producción y el tráfico de LSD alcanzan cifras mucho menores que los EA. Hasta el año 2000, la mayor parte de las incautaciones de LSD llevadas a cabo en la UE tuvieron lugar en el Reino Unido, pero desde entonces Alemania ⁽⁸²⁾ ha realizado el mayor número de ellas ⁽⁸³⁾. A lo largo del período de 1998 a 2002, se observa un descenso progresivo tanto del número de incautaciones de LSD ⁽⁸⁴⁾ como de las cantidades aprehendidas ⁽⁸⁵⁾ en toda la UE, salvo por una fase de estabilización en 2000. Sin embargo, en 2003 aumentaron tanto el número de incautaciones como las cantidades incautadas de esta sustancia, por primera vez en nueve años. En España, Francia y Polonia se incautaron cantidades excepcionalmente elevadas. Quizá esto indique una recuperación del tráfico (y posiblemente del consumo) de LSD en la UE. En 2003, el coste medio para los consumidores de una pastilla de LSD oscilaba entre los 4 euros del Reino Unido y los 25 euros de Italia ⁽⁸⁶⁾.

Sistema de alerta rápida

El principal objetivo del sistema de alerta rápida (SAR) de Europa en el marco de la Acción común sobre nuevas drogas sintéticas de la UE de 1997 ⁽⁸⁷⁾ es la recopilación, el análisis y el intercambio rápidos de información sobre nuevas drogas sintéticas en cuanto aparezcan en el panorama europeo de las drogas. El SAR nace bajo los auspicios del OEDT a través de la red Reitox, y opera en estrecha colaboración con Europol, que proporciona información relevante de datos policiales a través de su red de unidades nacionales (ENU).

En 2004, el OEDT recibió la notificación por parte de seis Estados miembros de la existencia de seis nuevas drogas sintéticas, con lo cual el número total de sustancias controladas es superior a veinticinco. Estas sustancias incluyen las fenetilaminas con un anillo sustituido (la mayoría del grupo 2C, como la TMA-2, 4-MTA, PMMA, etc.), las triptaminas (como la DMT, AMT, DIPT y varias sustancias derivadas) y las piperazinas (incluyendo BZP, mCPP). También se recogió e

intercambió información sobre otras sustancias, incluyendo algunas catinonas (como las pirrolidinas sustituidas). Sin embargo, no se solicitó a la Comisión Europea ni al Consejo que emitieran una valoración del riesgo de ninguna de las nuevas sustancias porque las evidencias de riesgos sociales o para la salud personal o pública eran insuficientes.

La ketamina y el GHB, que fueron sometidos a una evaluación de riesgos en 2000, continúan controlándose a través del SAR. Pese a que existen indicios de que el consumo de estas dos sustancias en entornos recreativos podría extenderse de forma significativa, las evidencias disponibles no son suficientes para cuantificar su prevalencia o determinar sus tendencias a escala de la Unión Europea.

Bélgica, Dinamarca, Grecia, Francia, Hungría, los Países Bajos, Suecia, el Reino Unido y Noruega han detectado ketamina. La mayoría de las incautaciones fueron de polvo blanco, pero Francia y el Reino Unido también realizaron incautaciones o aprehensiones de ketamina en forma líquida. El mayor número de detecciones de ketamina en fluidos y muestras corporales se registró en Suecia y Noruega (51 y 30 respectivamente), pero ninguno de estos países distinguió entre consumo médico y consumo ilegal.

Bélgica, la República Checa, Dinamarca, Estonia, Francia, los Países Bajos, Suecia, Finlandia, el Reino Unido y Noruega han detectado GHB, inclusive incautaciones de sus precursores GBL y 1,4-BD (sustancias químicas comercialmente disponibles). El GHB ha sido incautado tanto en forma líquida como en polvo.

En los últimos 2 meses de 2004, Bélgica, Francia, Italia y los Países Bajos registraron varios casos de intoxicación por consumo de cocaína adulterada con dosis relativamente elevadas de atropina ⁽⁸⁸⁾. En cuanto apareció el riesgo de intoxicación por la combinación de cocaína y atropina, el OEDT lanzó un aviso de alerta a los miembros del SAR, advirtiéndoles de que comunicaran los síntomas de intoxicación por cocaína y atropina a sus redes y, en particular, a las autoridades sanitarias, a fin de facilitar el diagnóstico rápido. En consecuencia, varios de los Estados miembros decidieron lanzar también alertas rápidas a sus redes o autoridades sanitarias públicas.

⁽⁸²⁾ Debe destacarse el pequeño número de incautaciones de LSD realizadas, a fin de evitar una interpretación excesiva de las variaciones interanuales.

⁽⁸³⁾ Este dato deberá cotejarse con la información correspondiente a 2003, cuando se disponga de ella. Faltan los datos relativos al número de incautaciones de LSD en Italia, Chipre, los Países Bajos y Rumanía en 2003; asimismo, faltan los datos relativos al número de incautaciones y cantidades aprehendidas en Bulgaria, Eslovenia, Irlanda, Malta, el Reino Unido y Rumanía en 2003.

⁽⁸⁴⁾ Véase el cuadro SZR-11 (parte i) del boletín estadístico de 2005.

⁽⁸⁵⁾ Véase el cuadro SZR-12 (parte i) del boletín estadístico de 2005.

⁽⁸⁶⁾ Véase el cuadro PPP-4 (parte i) del boletín estadístico de 2005.

⁽⁸⁷⁾ La Acción común de 1997 relativa al intercambio de información, la evaluación del riesgo y el control de las nuevas drogas sintéticas (DO L 167 de 25.6.1997) define las nuevas drogas sintéticas como «drogas de síntesis que no estén enumeradas actualmente en ninguno de los anexos del Convenio sobre sustancias psicotrópicas (Viena, 1971), que supongan una amenaza para la salud pública de gravedad similar a la que suponen las sustancias enumeradas en los anexos I y II y que tengan una importancia terapéutica limitada». Se refiere al producto final, diferenciado de los precursores.

⁽⁸⁸⁾ La atropina, un agente anticolinérgico, es un alcaloide natural que se obtiene de la *Atropa belladonna*. La intoxicación grave puede causar la muerte.

En mayo de 2005, el SAR se vio reforzado por una Decisión del Consejo (Decisión 2005/387/JAI) que sustituyó a la Acción común de 1997. La Decisión del Consejo amplía el campo de acción a todas las nuevas sustancias psicoactivas (tanto drogas narcóticas como drogas sintéticas). Además, este mecanismo permite incluir los productos medicinales en el intercambio de información sobre nuevas sustancias psicoactivas.

Acción internacional frente a la producción y el tráfico de drogas sintéticas

Cada vez más, la UE y la cooperación internacional reconocen la importancia del control y vigilancia de los precursores químicos necesarios para la producción de sustancias controladas. Aumentando la vigilancia sobre las sustancias químicas necesarias para la producción de drogas como la heroína, la cocaína y el éxtasis, pueden aplicarse medidas para interrumpir o impedir el suministro. Actualmente existen tres importantes programas internacionales en este ámbito: la operación «Púrpura», centrada en el permanganato potásico, utilizado en la producción de cocaína; la operación «Topacio», que controla el comercio internacional de anhídrido acético, un precursor utilizado en la producción de heroína; y el proyecto «Prisma», que se centra en la investigación de la procedencia de los precursores de estimulantes anfetamínicos incautados en los puertos de entrada o en laboratorios de producción ilegal de drogas. Durante los dos últimos años se han notificado a la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) un total de 20 227 transacciones que han sido examinadas en estas operaciones y existen indicios de que estas acciones han tenido impacto sobre la producción de estupefacientes.

El proyecto Prisma es especialmente importante en relación con la producción de drogas sintéticas en la UE. Es este un aspecto complicado de trabajar debido a que, entre la gran cantidad de sustancias químicas que pueden utilizarse para la producción de EA, se encuentran muchas que son necesarias para realizar actividades comerciales legítimas, o subproductos de las mismas. Las áreas de interés para el proyecto Prisma incluyen la vigilancia del comercio internacional de safrol, utilizado en la producción de éxtasis; la prevención del desvío de preparados farmacéuticos con pseudoefedrina; y la localización de laboratorios involucrados en la fabricación ilegal de 1-fenil-2-propanona. Pese a las dificultades del trabajo en esta área, el proyecto Prisma parece haber facilitado la cooperación internacional, obteniéndose resultados positivos de las actividades de prohibición. Un ejemplo de esto, mencionado por la JIFE (2005) en su último informe, es la cooperación entre

China y Polonia, que condujo a la detección de un importante caso de contrabando de 1-fenil-2-propanona hacia Polonia.

Medidas contra la producción y el tráfico de drogas sintéticas en Europa

De acuerdo con el plan de aplicación de medidas en relación con el suministro de drogas sintéticas, la Comisión preparó en diciembre de 2003, en colaboración con Europol, un informe en el que describe el estado actual de los principales proyectos multilaterales para el conocimiento de las redes de distribución y de la experiencia adquirida en la UE sobre esta materia, tanto en los Estados miembros como en los países candidatos. El informe señala los elementos de este tipo de proyectos que parecen ser esenciales para obtener resultados de las operaciones. También concluye que existe un «beneficio potencial de combinar la información y la inteligencia de distintas áreas relacionadas con las drogas sintéticas en una estrategia inclusiva e integral».

En diciembre de 2004, Europol fusionó los proyectos CASE y Genesis para crear el proyecto Synergy, que comprende un fichero de análisis (*analytical work file* [AWF]) apoyado por veinte Estados miembros y algunos Estados terceros, el Sistema Europol de Comparación de Laboratorios Ilegales (*Europol Illicit Laboratory Comparison System* [EILCS]) y el Sistema Europol de Logos de Éxtasis (*Europol Ecstasy Logo System* [EELS]). El proyecto sigue apoyando la Acción Global contra las Drogas Sintéticas en Europa (*Comprehensive Action against Synthetic Drugs in Europe* [CASE]), una iniciativa sueca sobre determinación de perfiles de anfetaminas y la Unidad Conjunta Europea en materia de Precursores (*European Joint Unit on Precursors* [EJUP]), en la que se integran expertos de seis Estados miembros.

El fichero de análisis es útil para recopilar y analizar información criminal especializada relacionada con las drogas sintéticas y sus precursores. Se da prioridad a la investigación de grupos criminales o de *modus operandi* significativos.

El sistema EILCS compara la información técnica y fotográfica de los centros de producción de drogas sintéticas y de los vertederos de residuos químicos, a fin de facilitar la investigación de las conexiones entre el equipo, los materiales y los productos químicos incautados, iniciar el intercambio de información, investigar la procedencia de las sustancias incautadas y realizar exámenes forenses para la obtención de pruebas, además de identificar a los intermediarios y grupos criminales asociados y actuar contra ellos. Europol, a través del sistema EILCS, es el punto focal europeo del proyecto Prisma-Equipos, el programa mundial de la JIFE de Naciones Unidas para investigar la procedencia de las

máquinas para fabricar pastillas y otros equipos de producción de drogas sintéticas.

El sistema EELS coteja la información fotográfica y forense del *modus operandi* de las incautaciones importantes, para facilitar la identificación de las coincidencias entre incautaciones y, con las matrices incautadas, iniciar el intercambio de información policial, proseguir la

investigación y elaboración de perfiles forenses para obtener pruebas y actuar contra los grupos criminales.

El Catálogo Europol de Equipos de Producción de Drogas Sintéticas (*Europol Synthetic Drug Production Equipment Catalogue*) y el Catálogo Europol de Logos del Éxtasis (*Europol Ecstasy Logo Catalogue*) se actualizan y publican con regularidad.



Capítulo 5

Cocaína y crack

Prevalencia y pautas de consumo de la cocaína

Según recientes encuestas de población nacionales, entre el 0,5 % y el 6 % de la población adulta admite haber consumido cocaína al menos una vez (es decir, prevalencia en algún momento de la vida) e Italia (4,6 %), España (4,9 %) y el Reino Unido (6,8 %) ocupan los primeros puestos de esta clasificación. Por regla general, menos del 1 % de la población admite un consumo reciente de cocaína (últimos 12 meses); en la mayoría de países, este valor se mueve entre el 0,3 % y el 1 %. En España y el Reino Unido, las tasas de prevalencia recientes son superiores al 2 %.

Aunque las cifras de prevalencia de la cocaína son mucho menores que las cifras comparables del cannabis, los niveles de consumo entre los adultos jóvenes pueden ser superiores a la media de la población. El consumo a lo largo de la vida desde los 15 hasta los 34 años de edad oscila entre el 1 % y el 11,6 %, situándose de nuevo España (7,7 %) y el Reino Unido (11,6 %) en los primeros puestos. El consumo reciente varía entre el 0,2 % y el 4,6 %, registrándose valores en torno al 2 % en Dinamarca, Irlanda, Italia y los Países Bajos, y por encima del 4 % en España y el Reino Unido.

El consumo de cocaína es más elevado entre los hombres. Por ejemplo, las encuestas realizadas en Dinamarca, Alemania, España, Italia, los Países Bajos y el Reino Unido revelan que entre el 5 % y el 13 % de la población masculina de 15 a 34 años han consumido cocaína alguna vez en su vida. El consumo reciente fue superior al 3 % en seis países, registrándose valores del 6 % al 7 % en España y el Reino Unido (gráfico 10).

En el conjunto de la población, el consumo de cocaína se abandona tras un período de experimentación durante los primeros años de la etapa juvenil adulta o bien se produce de forma ocasional durante los fines de semana y en entornos recreativos (bares y discotecas). Pero, en algunos países, pueden darse algunas formas de consumo regular

no desdeñables. Del 1,5 % al 4 % de los hombres jóvenes (de 15 a 34 años) de España, Italia, los Países Bajos y el Reino Unido declaran consumir cocaína actualmente (en los últimos 30 días). En las zonas urbanas, es probable que las tasas de consumo de cocaína sean bastante superiores.

En un reciente estudio realizado en varias ciudades, la gran mayoría (95 %) de consumidores definidos como socialmente integrados («enganchados» en discotecas, clubes o por contacto privado) esnifaban cocaína; solamente una pequeña parte había fumado o se había inyectado la sustancia en alguna ocasión (Prinzleve *et al.*, 2004).

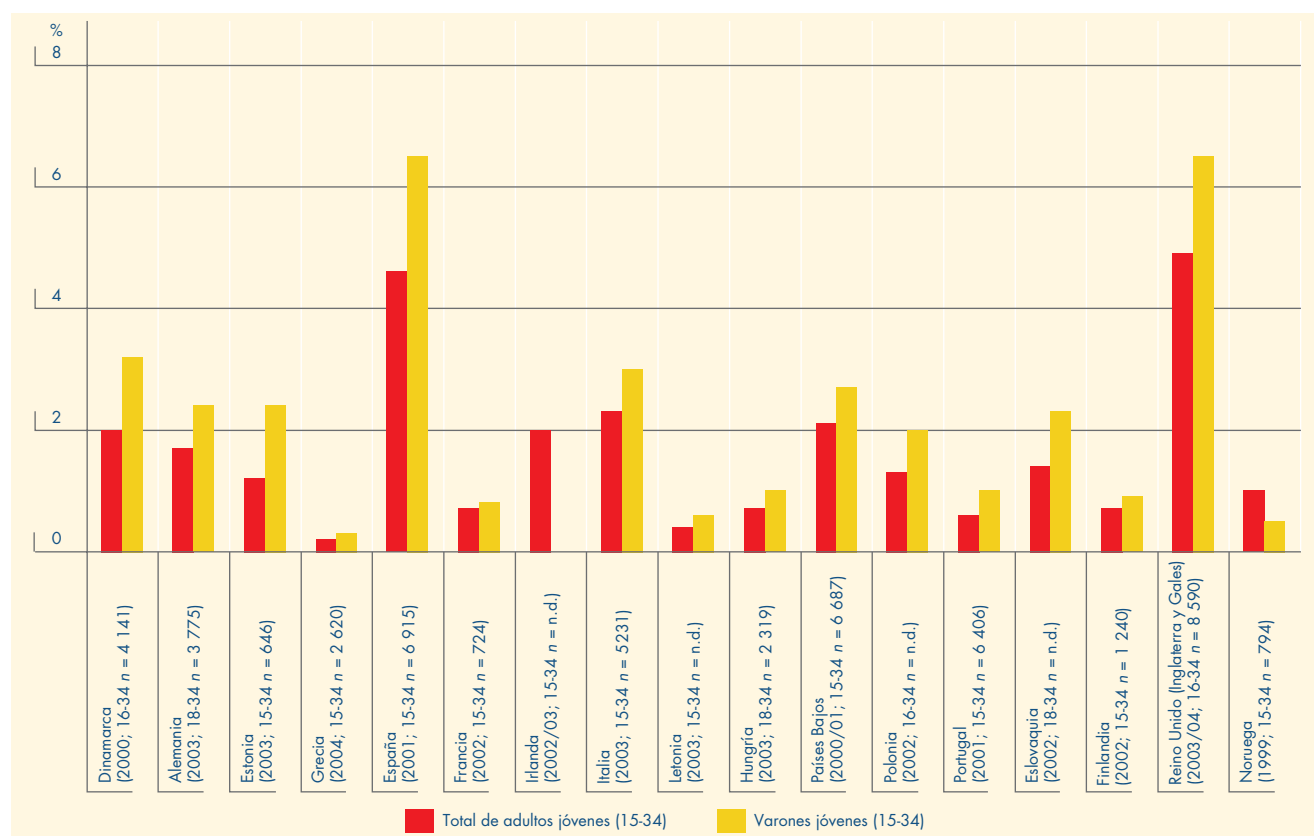
Un cálculo muy general del consumo reciente de cocaína (prevalencia del último año), tomando una prevalencia media del 1 % de la población total de adultos, da una cifra de 3 millones a 3,5 millones de personas en Europa. Las tasas de consumo actual permiten realizar un cálculo aproximado de alrededor de 1,5 millones de consumidores ⁽⁸⁹⁾.

Como punto de comparación desde fuera de Europa, en la encuesta nacional sobre consumo de drogas y salud realizada en los Estados Unidos en 2003 (SAMHSA, 2003), el 14,7 % de la población adulta (a partir de 12 años) admite haber consumido cocaína alguna vez en su vida, y el 2,5 % admite haberlo hecho durante los 12 meses previos a la encuesta ⁽⁹⁰⁾. Entre los individuos de 18 a 25 años de edad, las cifras son del 15 % (a lo largo de la vida), 6,6 % (últimos 12 meses) y 2,2 % (último mes). En los hombres de 18 a 25 años, las cifras son del 17,4 %, 8,2 % y 2,9 %, respectivamente. En general, la prevalencia del consumo de cocaína a lo largo de la vida es mayor en el conjunto de la población de Estados Unidos que en los países europeos con mayor prevalencia. No obstante, esta diferencia no es tan evidente si se utilizan indicadores de consumo más recientes, registrándose actualmente cifras superiores a las estadounidenses en algunos países europeos.

⁽⁸⁹⁾ Para realizar estos cálculos tan aproximados simplemente se han tomado los valores de prevalencia que se hallan en el medio del intervalo de las tasas de prevalencia nacionales (véase el cuadro GPS-1 del boletín estadístico de 2005). Obsérvese que varios países de gran población (Alemania, España, Italia, Países Bajos y Reino Unido) presentan tasas de prevalencia comparativamente elevadas, en algunos casos más que el margen utilizado para el cálculo.

⁽⁹⁰⁾ Obsérvese que el margen de edad de la encuesta estadounidense (a partir de 12 años) es más amplio que el utilizado por el OEDT en sus encuestas sobre la UE (de 15 a 64 años). Por otro lado, el margen de edad de 18 a 25 años es más estrecho que el utilizado en la mayoría de encuestas europeas (de 15 a 24 años).

Gráfico 10. Consumo reciente (último año) de cocaína entre todos los adultos jóvenes y entre varones jóvenes, medido a través de encuestas nacionales



N.B.: Los datos proceden de las encuestas nacionales más recientes disponibles en cada país (véase el cuadro GPS-4 del boletín estadístico de 2005). Algunos países aplican un rango de edad ligeramente diferente al estándar del OEDT para la definición de «adultos jóvenes». Las variaciones en los tramos de edad pueden significar pequeñas diferencias entre países.

Fuentes: Informes nacionales de la red ReitoX (2004) extraídos de encuestas de población, informes o artículos científicos. Véase el cuadro GPS-0 del boletín estadístico de 2005.

Tendencias del consumo de cocaína

Todavía resulta difícil establecer tendencias definidas de consumo de cocaína en Europa, tomando como referencia los estudios de población (véase la sección sobre tendencias del cannabis). Sin embargo, distintas fuentes alertan de un incremento del consumo de cocaína en Europa: informes locales, estudios específicos realizados en discotecas, informes de incrementos de los indicadores de incautaciones y algunos incrementos de los indicadores relacionados con problemas (muertes o urgencias).

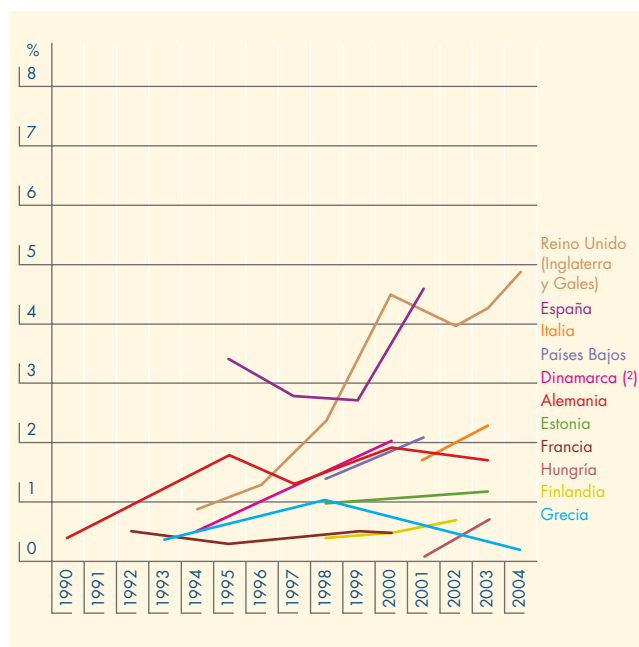
El consumo reciente de cocaína entre los jóvenes aumentó de forma notable en el Reino Unido entre 1996 y 2000 —aunque se ha mantenido relativamente estable desde entonces, pese a haberse observado incrementos moderados en los últimos años— y en España ⁽¹⁾ de 1999 a 2001. El aumento observado (en encuestas locales) fue menor en Dinamarca, Italia, Hungría, los Países Bajos y Austria y, con oscilaciones a lo largo de la década de 1990, en Alemania (gráfico 11).

Muertes relacionadas con la cocaína

Cada vez es mayor la preocupación por los riesgos que el consumo de cocaína puede entrañar para la salud, especialmente debido a la tendencia al alza del consumo recreativo que se observa en algunos países, sobre todo en ambientes (discotecas y clubes) frecuentados por grupos de jóvenes. A pesar de lo difícil que resulta calcular el número de muertes relacionadas con el consumo de cocaína, este parámetro puede ser un indicador valioso del aumento del riesgo o puede ayudar a determinar pautas de consumo peligrosas. Aunque las muertes súbitas por consumo de cocaína sin la presencia de opiáceos parecen infrecuentes en Europa, es probable que las estadísticas actuales sean inadecuadas para registrar las muertes relacionadas con la cocaína. La información disponible sobre las muertes por cocaína en Europa es limitada y está registrada en diferentes formatos. Es frecuente el consumo de cocaína entre los consumidores de opiáceos y normal encontrar cocaína en los análisis toxicológicos de los casos de sobredosis por

⁽¹⁾ Según información que llegó demasiado tarde para incluirse en el informe, las encuestas de 2003 apuntan una estabilización del consumo (4,8 % de prevalencia del último año entre adultos jóvenes en comparación con el 4,6 % en 2001).

Gráfico 11. Tendencias del consumo reciente (último año) de cocaína entre adultos jóvenes (15-34 años), medidas a través de encuestas de población (1)



(1) El tamaño de las muestras (encuestados) para el grupo de edades comprendidas entre los 15 y los 34 años para cada país y año se presentan en el cuadro GPS-4 del boletín estadístico de 2005.

(2) En Dinamarca, la cifra para 1994 corresponde a «drogas duras».

N.B.: Datos procedentes de las encuestas nacionales disponibles en cada país. Las cifras y la metodología para cada encuesta pueden consultarse en el cuadro GPS-4 del boletín estadístico de 2005.

En el caso de los adultos jóvenes, el OEDT utiliza el tramo de edad comprendido entre los 15 y los 34 años [Dinamarca y Reino Unido, a partir de los 16; Alemania, Estonia (1998) y Hungría, a partir de los 18]. El tramo de edad en Francia fue de 25 a 34 años en 1992, y de 18 a 39 años en 1995.

Fuentes: Informes nacionales de la red ReitoX (2004) extraídos de encuestas de población, informes o artículos científicos. Véase el cuadro GPS-0 del boletín estadístico de 2005.

opiáceos, además de otras sustancias como alcohol y benzodiazepinas.

Varios países han facilitado información sobre muertes por cocaína en 2003 (informes nacionales de la red ReitoX): Alemania (25 casos por cocaína sola y 93 por cocaína combinada con otras drogas; en 2002, las cifras fueron 47 y 84, respectivamente), Francia (10 muertes por cocaína sola y una por cocaína asociada a un medicamento), Grecia (dos casos por cocaína), Hungría (cuatro muertes por sobredosis de cocaína), los Países Bajos (17 muertes por cocaína en 2003, con una tendencia al alza entre 1994 —dos casos— y 2002 —37 casos—), Austria (se halló cocaína en el 30 % de las muertes relacionadas con el consumo de drogas, aunque solamente en tres casos se halló cocaína sola y en un caso asociada a un gas), Portugal (se halló cocaína en el 37 % de las muertes relacionadas con el consumo de drogas) y

el Reino Unido (la «mención» de la cocaína en los certificados de defunción pasó de 85 casos en 2000 a 115 en 2001 y 171 en 2002, multiplicándose por ocho entre 1993 y 2001). En su informe nacional ReitoX, España ha declarado que, en 2001, la cocaína estuvo presente en el 54 % de las muertes relacionadas con el consumo de drogas; en 39 casos (el 8 % de todas las muertes relacionadas con drogas) la muerte se produjo en ausencia de opiáceos, y 21 de estos casos se debieron a cocaína únicamente y 5 a la mezcla de cocaína y alcohol.

A pesar de las limitaciones de la información disponible, la cocaína parece haber sido determinante en el 1 % al 15 % de las muertes relacionadas con el consumo de drogas en los países que diferencian los tipos de drogas causantes de la muerte, registrándose cifras del 8 % al 12 % de las muertes relacionadas con las drogas en varios países (Alemania, España, Francia y Hungría). Aunque es muy difícil extrapolar estos resultados a toda Europa, esto podría suponer varios centenares de muertes al año relacionadas con el consumo de cocaína en la UE. Aunque estas cifras son muy inferiores a las de muertes causadas por opiáceos, la muerte relacionada con el consumo de cocaína es un problema serio que posiblemente irá en aumento, ya que en los pocos países capaces de determinar tendencias, éstas apuntan al alza.

Además, la cocaína puede ser uno de los factores causantes de las muertes provocadas por problemas cardiovasculares (arritmias, infarto de miocardio y hemorragias cerebrales; véase Ghuran y Nolan, 2000), especialmente en los consumidores con predisposición, y muchas de estas muertes pueden no ser contabilizadas.

Datos relativos a la demanda de tratamiento ⁽⁹²⁾

Tras los opiáceos y el cannabis, la cocaína es la droga que con más frecuencia se declara como principal droga consumida por quienes inician un tratamiento de desintoxicación y representa alrededor del 10 % de las demandas de tratamiento de toda la UE. Sin embargo, esta cifra general refleja amplias variaciones entre países: la mayoría registran una cifra bastante baja de solicitudes de tratamiento relacionadas con el consumo de cocaína, aunque España y los Países Bajos alcanzan porcentajes del 26 % y del 38 % respectivamente ⁽⁹³⁾. En la mayoría de países, los porcentajes de nuevos pacientes que solicitan tratamiento por consumo principal de cocaína son superiores a los de todos los pacientes en general ⁽⁹⁴⁾. Además, el 13 % de los nuevos pacientes que solicitan tratamiento en centros de tratamiento ambulatorios declaran la cocaína como droga secundaria ⁽⁹⁵⁾.

⁽⁹²⁾ La distribución general y las tendencias se basa en el análisis de los datos de pacientes que solicitan tratamiento en todos los centros de tratamiento y el perfil de los pacientes y sus pautas de consumo se basa en los datos de los centros de tratamiento ambulatorio.

⁽⁹³⁾ Véase el cuadro TDI-5 (parte ii) del boletín estadístico de 2005. Los datos relativos a España se refieren a 2002.

⁽⁹⁴⁾ Véase el cuadro TDI-4 (parte ii) del boletín estadístico de 2005.

⁽⁹⁵⁾ Véase el cuadro TDI-24 del boletín estadístico de 2005.

Muchos países registran aumentos en el consumo de cocaína entre los pacientes que solicitan tratamiento; de 1996 a 2003, el porcentaje de nuevos pacientes que solicitaron tratamiento por consumo de cocaína pasó del 4,8 % al 9,3 %, y el número de nuevos pacientes que solicitaron tratamiento por consumo primario de cocaína aumentó de 2 535 a 6 123. En 2003, el número de nuevos pacientes que solicitaron tratamiento por consumo de cocaína en los Países Bajos superó por primera vez la cifra de quienes solicitaron tratamiento por consumo de opiáceos. Según un análisis de datos de tratamiento realizado en Londres entre 1995-1996 y 2000-2001, el número de pacientes consumidores de cocaína aumentó hasta más del doble (GLADA, 2004), si bien a partir de unos niveles iniciales bajos (735 a 1 917).

Es probable que estos datos se vean influenciados por el problema, todavía menor pero que va cada vez a más, del *crack* (base de cocaína fumable), del cual se han detectado indicios tanto en los Países Bajos como en el Reino Unido, donde el número de pacientes tratados por consumo de *crack* ha aumentado en los últimos años. Aunque la cantidad de consumidores problemáticos es baja, éstos tienden a concentrarse en zonas urbanas concretas, por lo que resultan más notorios en los informes facilitados por los sistemas de vigilancia en las ciudades.

Los consumidores de *crack* tienden a ser de un estrato social distinto al de los consumidores de cocaína en polvo. Es más probable que los consumidores de *crack* sean personas socialmente desfavorecidas, y existen indicios que indican que las minorías étnicas pueden ser especialmente vulnerables a este problema: dos terceras partes de la población negra que solicita tratamiento de desintoxicación en Londres son consumidores principales de *crack* (GLADA, 2004) y el 30 % de los pacientes de *crack* en los Países Bajos no son de origen neerlandés. A pesar de la preocupación por el *crack*, hay que recordar que, si bien la droga causa daños específicos tanto a las personas que lo consumen como a las comunidades en las que habitan, este problema sigue estando muy localizado en Europa. Hay que tener en cuenta que los pacientes de *crack* se encuentran principalmente en dos países (Países Bajos y Reino Unido).

En general, la mayoría de solicitudes de tratamiento por consumo de cocaína en Europa no están relacionadas con el *crack*. Alrededor del 70 % de los nuevos pacientes de cocaína consumen hidrocloreto de cocaína (cocaína en polvo) (la mayoría esnifan la droga) y el 30 % restante consumen *crack*. Un 5 % de los nuevos pacientes declaran inyectarse la cocaína.

Los nuevos pacientes que solicitan tratamiento por consumo principal de cocaína son predominantemente hombres (la relación entre hombre y mujer es de 3,7:1).

La distribución entre sexos presenta diferencias según los países ⁽⁹⁶⁾. Un estudio de investigación cualitativo realizado en Italia con pacientes que solicitaban tratamiento por consumo de estimulantes, fundamentalmente cocaína, demuestra que la cifra de mujeres consumidoras es casi igual a la de los hombres, pero entre quienes solicitan tratamiento por consumo de cocaína y otros estimulantes, la relación hombre-mujer se inclina mucho hacia el varón (Macchia *et al.*, 2004).

Los nuevos pacientes que consumen cocaína como droga principal tienen una media de edad superior a la de los consumidores de otras drogas (edad media de 30 años, situándose la mayoría en el grupo de 20 a 34 años); un porcentaje menor de los pacientes, aunque importante, tienen entre 35 y 39 años de edad ⁽⁹⁷⁾.

La cocaína se consume con frecuencia en combinación con otras drogas complementarias como el cannabis (40 %) o el alcohol (37 %). Los estudios locales de consumidores de drogas por vía parenteral indican que, en algunas zonas, aumenta la popularidad de la combinación de heroína y cocaína en una sola inyección (mencionada a veces por los consumidores como «*espídboll*»). Si esto es así, no resulta evidente a partir de los datos totales de solicitudes de tratamiento facilitados por la mayoría de países, donde sólo un pequeño porcentaje de los pacientes declara consumir heroína y cocaína combinadas. No obstante, esto no es aplicable a todos los países; por ejemplo, en los Países Bajos, un análisis de los datos de las solicitudes de tratamiento realizadas por consumidores de cocaína indica que muchos de los pacientes de cocaína son politoxicómanos, y que quienes consumen cocaína y heroína conforman el grupo de mayor tamaño (Mol *et al.*, 2002).

Tratamiento del consumo problemático de cocaína

No existe ningún tratamiento farmacológico consolidado y extendido para los consumidores problemáticos de cocaína, como sí lo hay para quienes padecen drogodependencia de los opiáceos. A veces se recetan por sistema medicamentos paliativos a los consumidores de cocaína, pero normalmente actúan durante poco tiempo y su finalidad es reducir los problemas derivados del consumo de cocaína, como la ansiedad o las alteraciones del sueño. Las opciones de tratamiento a largo plazo para los consumidores de cocaína se ofrecen normalmente en los servicios de asistencia genérica a las drogodependencias. No obstante, las opciones de tratamiento general para los consumidores problemáticos de cocaína parecen estar poco desarrolladas (Haasen, 2003). Esta situación puede estar empezando a cambiar, ya que algunos países comienzan a desarrollar nuevas

⁽⁹⁶⁾ Véase el cuadro TDI-22 del boletín estadístico de 2005 y el documento «Differences in patterns of drug use between women and men» [Diferencias entre las pautas de consumo de drogas de hombres y mujeres] (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=7293>).

⁽⁹⁷⁾ Véase el cuadro TDI-10 (parte i) del boletín estadístico de 2005.

respuestas de tratamiento dirigidas a las personas que tienen problemas con la cocaína, entre las que cabría citar, a modo de ejemplo, el desarrollo de servicios específicos para los consumidores de *crack* que se lleva a cabo en Inglaterra (NTA, 2003).

La mayor parte de la literatura científica sobre el tratamiento de los problemas asociados a la cocaína proviene de estudios estadounidenses y, por lo tanto, es posible que no refleje bien el contexto europeo. Lamentablemente, la evaluación del tratamiento para el consumo problemático de cocaína sigue siendo escasa en la UE, lo cual, en parte, refleja simplemente el hecho de que, históricamente, los servicios de tratamiento raramente se han encontrado este tipo de problemas. Una revisión sistemática de la literatura existente a nivel europeo sobre el tratamiento de la adicción a la cocaína (Rigter *et al.*, 2004) revela que la observancia del tratamiento por parte de los consumidores de cocaína es por lo general baja, y que las tasas de recaída son elevadas. Existen indicios de que la psicoterapia puede ayudar a reducir el consumo, pero no se han encontrado pruebas claras de que la acupuntura sea eficaz en el tratamiento de los problemas por consumo de cocaína. Sin embargo, en general, estas conclusiones deben juzgarse en el contexto de la ausencia de una base establecida europea que orienten las intervenciones terapéuticas en este ámbito. Por ejemplo, no está del todo claro si las intervenciones dirigidas específicamente a la cocaína son más efectivas que la inclusión de sus consumidores problemáticos en programas de tratamiento más genéricos, no específicos de esta droga. Además, queda pendiente la cuestión de si es posible desarrollar un tratamiento farmacológico para los consumidores problemáticos de cocaína que pueda convertirse en una «opción de tratamiento estándar», al igual que la metadona y la buprenorfina se han convertido en tratamientos estándar para el problema del consumo de opiáceos. Hay que tener en cuenta que los mecanismos de actuación sobre el organismo de los opiáceos y de estimulantes como la cocaína presentan importantes diferencias, lo cual implica que las opciones terapéuticas para el tratamiento de estas drogodependencias han de ser probablemente distintas. Actualmente hay algunos trabajos interesantes en curso en los Estados Unidos para desarrollar tratamientos que bloqueen de forma temporal los efectos del consumo de cocaína sobre el usuario, y será interesante comprobar si aparecen nuevas opciones de tratamiento en el futuro a partir de sus resultados.

Reducción de los daños para la salud

En los últimos años ha tenido lugar un rápido aumento de las medidas destinadas a prevenir y reducir los perjuicios para la salud asociados al consumo de cocaína y de *crack*, gracias a la aparición de nueva información sobre la cocaína y de información específica sobre el *crack*,

especialmente en Internet. En Bélgica, Francia y Portugal, las líneas de ayuda telefónica han recibido más solicitudes de información que nunca sobre el consumo de cocaína y *crack*, aunque el porcentaje de este tipo de llamadas todavía es muy inferior al de las que se refieren a las drogas legales y al cannabis. El personal que trabaja en los servicios de atención a las toxicomanías tiene más acceso a formación sobre los modos de tratar los problemas relacionados con el consumo de cocaína y de *crack* en una serie de entornos donde éste es un fenómeno nuevo (el ambiente de fin de semana en Dublín o el mundillo *tecno* de Viena).

En los grandes centros urbanos existe asesoramiento especializado y ofertas de tratamiento para los consumidores de cocaína y *crack*, por ejemplo en Frankfurt (Suchthilfezentrum Bleichstrasse: <http://www.drogenberatung-ji.de>), Barcelona (Hospital Vall d'Hebron: <http://www.vhebron.es>), Viena (ChEck iT!: <http://www.checkyourdrugs.at>) y Londres (<http://www.cracklondon.org.uk>).

Incautaciones e información sobre el mercado ⁽⁹⁸⁾

Producción y tráfico

Colombia es, con diferencia, el principal proveedor de coca ilegal del mundo, seguido de Perú y Bolivia. Se calcula que la producción mundial de cocaína alcanzó en 2003 las 655 toneladas, el 67 % de ellas procedentes de Colombia, el 24 % de Perú y el 9 % de Bolivia (CND, 2005). La mayor parte de la cocaína incautada en Europa procede directamente de Sudamérica (Colombia) o se introduce a través de América Central y del Caribe. En particular, Brasil y Venezuela figuraban en los informes de 2003 como países de tránsito de la cocaína que llega a la UE, junto con Argentina, Costa Rica y Curaçao (informes nacionales de la red Reitox, 2004; CND, 2005). Otras áreas de tránsito son Sudáfrica y África Occidental (JIFE, 2005). Los principales puntos de entrada en la UE siguen siendo España, los Países Bajos y Portugal (informes nacionales de la red Reitox, 2004; CND, 2005; JIFE, 2005).

Incautaciones

Los datos de incautaciones indican que la cocaína es la tercera droga de mayor tráfico del mundo, después de la hierba de cannabis y la resina de cannabis. En términos de volumen incautado (490,5 toneladas en el mundo en 2003), el mayor tráfico de cocaína continuó produciéndose en 2003 en América (82 %) y Europa. Esta última registra el 17 % del total de cantidades incautadas a nivel mundial, un porcentaje mayor si se compara con años anteriores (CND, 2005). En Europa, la mayor parte

⁽⁹⁸⁾ Véase «Interpretación de las incautaciones y datos sobre el mercado», p. 42.

de la cocaína incautada se recupera en los Estados occidentales. En los últimos cinco años, España ha sido el país de la UE con mayor cantidad de incautaciones de cocaína. En 2003, las incautaciones españolas representaron más de la mitad de la cifra total de incautaciones y de cantidades aprehendidas en la UE ⁽⁹⁹⁾.

Durante el período comprendido entre 1998 y 2002, las incautaciones de cocaína ⁽¹⁰⁰⁾ aumentaron en todos los países, salvo Alemania y Portugal. A lo largo del mismo período, las incautaciones de cocaína en la UE ⁽¹⁰¹⁾ han registrado fluctuaciones, aunque la tendencia se ha mantenido al alza. No obstante, tomando como referencia las tendencias de los países que han facilitado información, el número de incautaciones de cocaína en la UE parece haber disminuido en 2003 (de forma notable en España), mientras que las cantidades de cocaína incautadas han aumentado considerablemente (sobre todo en España y los Países Bajos). Parece que, en 2003, se

efectuaron en la UE incautaciones de cocaína en cantidades especialmente importantes.

Aunque algunos países de la UE han informado de incautaciones de *crack*, en ocasiones no pueden distinguirse de las de cocaína. Así pues, las tendencias relativas a las incautaciones de cocaína podrían incluir también las de *crack*.

Precio y pureza

El precio medio ⁽¹⁰²⁾ de la cocaína en el ámbito minorista presentó considerables variaciones en la UE en 2003, desde los 34 euros por gramo en España hasta los 175 euros en Noruega.

Comparada con la heroína, la pureza media de la cocaína para el consumidor es elevada, oscilando en 2003 entre el 32 % de la República Checa y Alemania y el 83 % de Polonia ⁽¹⁰³⁾.

⁽⁹⁹⁾ Este dato deberá cotejarse con la información correspondiente a 2003, cuando se disponga de ella. Faltan los datos relativos al número de incautaciones de cocaína realizadas en Italia, Chipre, los Países Bajos y Rumanía en 2003; asimismo, faltan los datos relativos al número de incautaciones y cantidades aprehendidas en Irlanda y el Reino Unido en 2003.

⁽¹⁰⁰⁾ Véase el cuadro SZR-5 (parte i) del boletín estadístico de 2005.

⁽¹⁰¹⁾ Véase el cuadro SZR-6 (parte i) del boletín estadístico de 2005.

⁽¹⁰²⁾ Véase el cuadro PPP-3 (parte i) del boletín estadístico de 2005.

⁽¹⁰³⁾ Véase el cuadro PPP-7 (parte i) del boletín estadístico de 2005. Obsérvese que los cálculos de pureza media de la cocaína en la República Checa y Polonia en 2003 están basados en un reducido número de muestras ($n = 5$ y 6 respectivamente).



Capítulo 6

Consumo de heroína y drogas por vía parenteral

El consumo regular y prolongado de heroína, el consumo de drogas por vía parenteral y, en algunos países, el consumo frecuente de estimulantes representan un porcentaje importante de los problemas sanitarios y sociales que se derivan del consumo de drogas en Europa. El número de personas que presentan este tipo de conductas es reducido en relación con la población mundial, pero el impacto del consumo problemático de estas drogas es considerable. Al objeto de ayudar a entender la magnitud de este problema y de permitir el seguimiento de la evolución de las tendencias de consumo, el OEDT trabaja con los Estados miembros en la redefinición del concepto de «consumo problemático de drogas» y en el desarrollo de estrategias destinadas a cuantificar su magnitud y sus repercusiones.

Consumo problemático de drogas

El consumo problemático de drogas (CPD) se define como el «consumo por vía parenteral o consumo habitual o de larga duración de opiáceos, cocaína o anfetaminas»⁽¹⁰⁴⁾. Las diversas definiciones y las incertidumbres metodológicas complican la elaboración de estimaciones fiables sobre esta cuestión, por lo que debe actuarse con precaución a la hora de interpretar las diferencias entre países o a lo largo del tiempo.

El consumo problemático de drogas puede subdividirse en varios grupos principales. Puede establecerse una distinción general entre el consumo de heroína, que históricamente representa el principal CPD en la mayoría de los Estados miembros de la UE, y el consumo problemático de estimulantes, que predomina en Finlandia y Suecia, donde la mayoría de los consumidores problemáticos de drogas toma principalmente anfetaminas. Del mismo modo, en la República Checa, los consumidores de metanfetaminas representan tradicionalmente un porcentaje significativo de los consumidores problemáticos.

El consumo problemático de drogas es cada vez más heterogéneo. Por ejemplo, los problemas relacionados con el consumo de varias drogas han ido cobrando mayor importancia en casi todos los países, mientras que en algunos países donde históricamente ha predominado el consumo problemático de opiáceos se registran

actualmente tendencias hacia el consumo de otros tipos de drogas. En España, las estimaciones de consumo problemático de opiáceos tienden a la baja y se observa un incremento de los problemas relacionados con el consumo de cocaína; sin embargo, no se dispone de información fiable sobre tendencias temporales del CPD que incluyan el consumo problemático de esta sustancia. Alemania y los Países Bajos registran un aumento del porcentaje de consumidores de *crack* entre las poblaciones con problemas de drogodependencia, aunque las estimaciones globales de consumo problemático de drogas en los Países Bajos permanecen invariables.

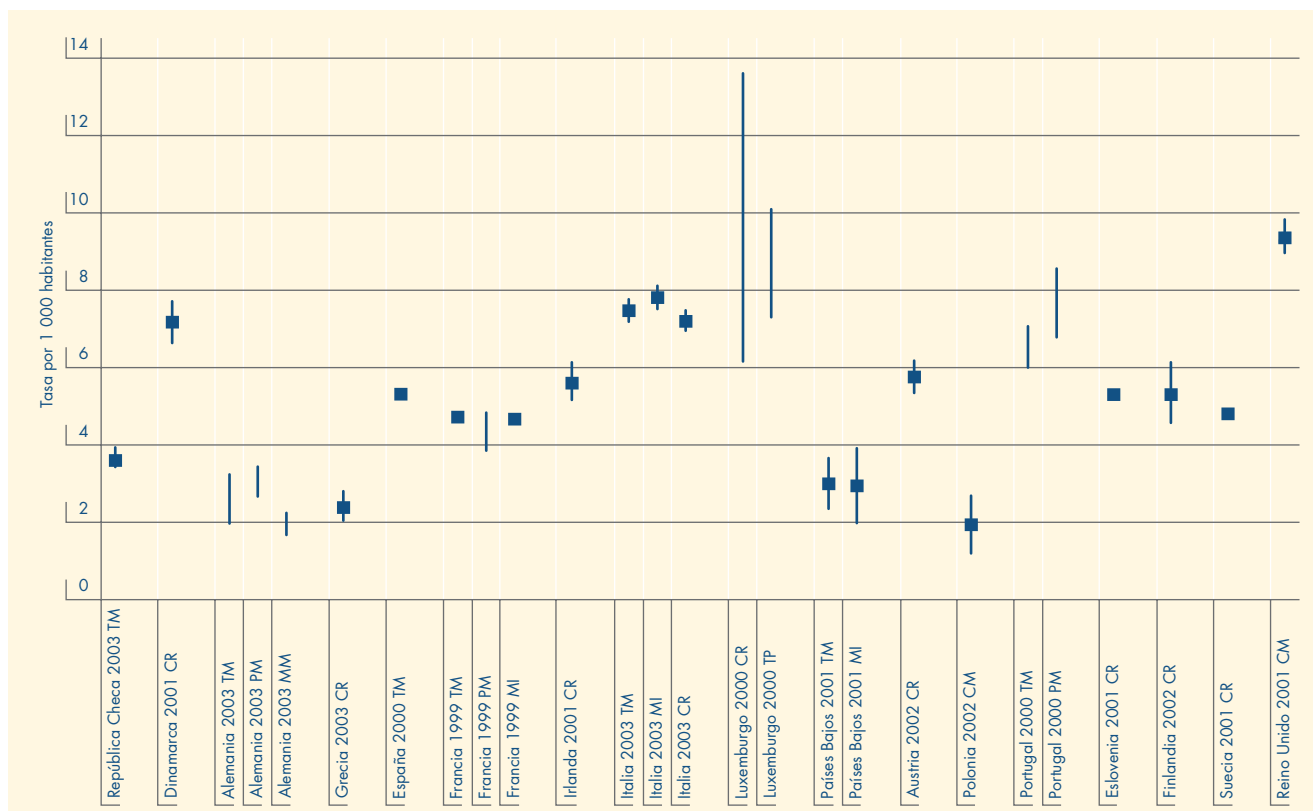
Prevalencia

Las estimaciones relativas a la prevalencia del consumo problemático de drogas a nivel nacional durante el período 1999-2003 se sitúan entre dos y diez casos por cada 1 000 personas de 15 a 64 años (utilizando los puntos medios de las estimaciones), o hasta un 1 % de la población adulta⁽¹⁰⁵⁾. La prevalencia parece presentar grandes diferencias entre países, aunque cuando se han empleado métodos distintos en un mismo país, los resultados han sido muy parecidos. Las tasas más altas se registran en Dinamarca, Irlanda, Italia, Luxemburgo, Austria, Portugal, España y el Reino Unido (de seis a diez casos por cada 1 000 habitantes de 15 a 64 años), mientras que las más bajas corresponden a Alemania, Grecia, los Países Bajos y Polonia (menos de cuatro casos por cada 1 000 habitantes de 15 a 64 años) (gráfico 12). De los nuevos países de la UE y países candidatos, sólo la República Checa, Polonia y Eslovenia presentan estimaciones bien documentadas, con cifras situadas en el margen medio-bajo de 3,6, 1,9 y 5,3 por cada 1 000 habitantes de entre 15 y 64 años, respectivamente. La tasa media ponderada del consumo problemático de drogas en la UE se sitúa probablemente entre cuatro y siete casos por cada 1 000 habitantes de 15 a 64 años, lo que supone de 1,2 a 2,1 millones de consumidores problemáticos de drogas en la UE, de los cuales, entre 850 000 y 1,3 millones se inyectan droga de forma habitual. No obstante, estas estimaciones distan de ser sólidas y será necesario concretarlas conforme los nuevos Estados miembros vayan facilitando más datos.

⁽¹⁰⁴⁾ Para más detalles véanse las notas metodológicas sobre el consumo problemático de drogas del boletín estadístico de 2005.

⁽¹⁰⁵⁾ Véase el cuadro PDU-1 del boletín estadístico de 2005.

Gráfico 12. Estimaciones de la prevalencia del consumo problemático de drogas (1999-2003) (tasa por 1 000 habitantes de 15-64 años)



N.B.: CR: captura-recaptura de datos; TM: multiplicador de tratamiento; PM: multiplicador de policía; MI: indicador de variables múltiples; TP: regresión truncada de Poisson; CM: métodos combinados. Para información más detallada véanse los cuadros PDU-1, PDU-2 y PDU-3 del boletín estadístico de 2005. El símbolo indica un cálculo puntual y una barra indica un intervalo de duda que puede ser un intervalo de confianza del 95 % o un intervalo basado en un análisis de sensibilidad (véase el cuadro PDU-3). Los grupos objetivo pueden variar ligeramente debido a la utilización de métodos y fuentes de información diferentes, por lo que las comparaciones deben realizarse con cautela. La estimación española no incluye el consumo problemático de cocaína; los cuadros PDU-2 y PDU-3, que toman este grupo en consideración, ofrecen una estimación más alta, aunque pudiera no ser tan fiable.

Fuentes: Puntos focales nacionales. Véase también OEDT (2003).

Las estimaciones locales y regionales indican que la prevalencia del consumo problemático de drogas puede presentar grandes variaciones entre ciudades y regiones. Entre 1999 y 2003, las estimaciones de prevalencia local más elevadas se registraron en Irlanda, Portugal y el Reino Unido, alcanzándose tasas de 16 (Dublín), 17 (Beja), 24 (Aveiro) y 25 (zonas de Londres), y de hasta 29 (Dundee) y 34 (Glasgow) por cada 1 000 habitantes (gráfico 13). Sin embargo, la variabilidad geográfica a nivel local es elevada, estimándose la prevalencia en otras partes de Londres en un 6 %. Esto apunta la necesidad de disponer de más estimaciones fiables de prevalencia local en muchos otros países, donde puede que existan tasas de prevalencia regional y local especialmente elevadas (o bajas), pero no han sido determinadas.

Aunque se han mejorado considerablemente las técnicas de determinación, la falta de datos históricos fiables y coherentes dificulta la evaluación de las tendencias del consumo problemático de drogas. Los informes de algunos países sobre variaciones de las estimaciones que se apoyan en otros datos de indicadores señalan un aumento del CPD

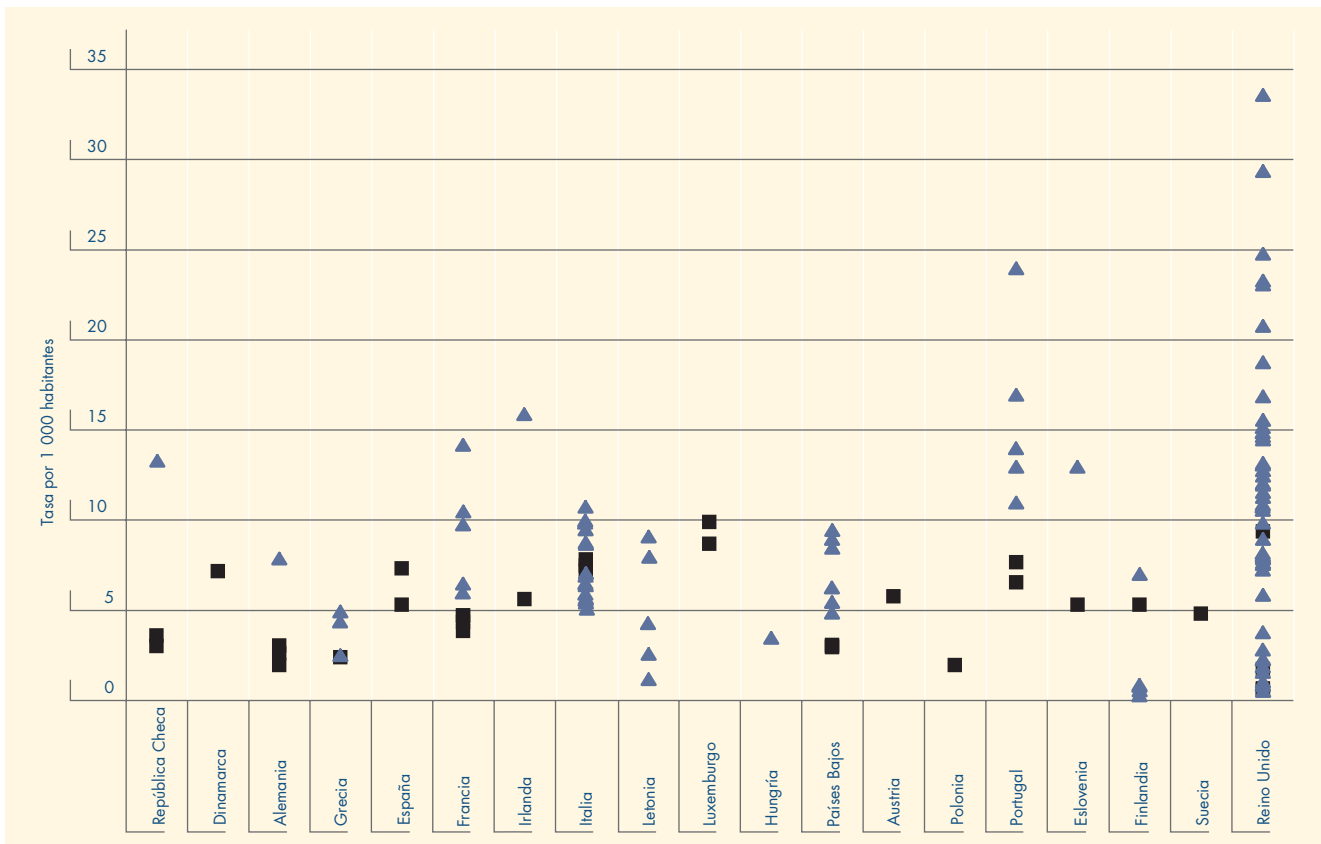
desde mediados de la década de 1990 (OEDT, 2004a); sin embargo, en algunos países, esta tendencia parece haberse estabilizado en los últimos años. Se dispone de sucesivas estimaciones del período 1999 a 2003 relativas a dieciséis países (contando Dinamarca y Suecia, ambos con datos del período 1998-2001, y el Reino Unido, cuyos datos corresponden al período 1996-2001). De estos dieciséis países, seis presentan un incremento de las estimaciones de CPD (Dinamarca, Finlandia, Noruega, Austria, Suecia y Reino Unido), cinco registran una prevalencia estable o a la baja (República Checa, Irlanda, Alemania, Grecia y Eslovenia) y cinco (España, Italia, Luxemburgo, Países Bajos y Portugal) registran tendencias variables en función del método de cálculo utilizado, que puede referirse en parte a distintos grupos diana de los consumidores problemáticos de drogas ⁽¹⁰⁶⁾.

Consumo de drogas por vía parenteral

Los consumidores de drogas por vía parenteral presentan un riesgo muy elevado de sufrir efectos secundarios. Por

⁽¹⁰⁶⁾ Véase el cuadro PDU-4 del boletín estadístico de 2005.

Gráfico 13. Estimaciones locales y nacionales de la prevalencia del problema del consumo de drogas (1999-2003) (tasa por 1 000 habitantes de 15-64 años)



N.B.: Recuadro negro = muestras de ámbito nacional; triángulo azul = muestras de ámbito local/regional. Los grupos objetivo pueden variar ligeramente debido a la utilización de métodos y fuentes de información diferentes, por lo que las comparaciones deben realizarse con cautela. Para información más detallada véanse los cuadros PDU-1, PDU-2 y PDU-3 del boletín estadístico de 2005. El patrón de las estimaciones de la prevalencia local depende en gran manera de la disponibilidad y la localización de los estudios; sin embargo, si se dispone de ellos, los cálculos locales pueden sugerir que la prevalencia es diferente a la media nacional en ciudades o regiones específicas.
Fuentes: Puntos focales nacionales. Véase también OEDT (2003).

ello, es importante analizar por separado el consumo de drogas por vía parenteral, como categoría básica del consumo problemático de drogas.

A pesar de su importancia para la salud pública, pocos países disponen de estimaciones a nivel local o nacional sobre el consumo de drogas por vía parenteral. Las estimaciones disponibles a nivel nacional oscilan entre uno y seis casos por cada 1 000 habitantes de 15 a 64 años, apuntándose diferencias importantes entre países en cuanto a la prevalencia de este tipo de consumo ⁽¹⁰⁷⁾. Luxemburgo presenta las tasas más elevadas de consumo de drogas por vía parenteral, aproximadamente seis casos por cada 1 000 habitantes de 15 a 64 años de edad, mientras que Grecia presenta las tasas más bajas, con apenas un caso por cada 1 000 habitantes. Aunque las estimaciones de prevalencia del consumo de drogas por vía parenteral son escasas, existen indicios de un incremento en Noruega a partir de 1999, mientras que

en Portugal otros métodos de cálculo distintos apuntan tendencias diferentes ⁽¹⁰⁸⁾.

El análisis de las tasas de consumo por vía parenteral entre los consumidores de heroína sometidos a tratamiento revela marcadas diferencias entre las tasas de distintos países, así como tendencias temporales variables ⁽¹⁰⁹⁾. En algunos países (España, Países Bajos y Portugal), el porcentaje de consumidores de heroína que se inyectan es relativamente bajo, mientras que en la mayoría de los otros el consumo de heroína por vía parenteral sigue siendo la norma. En algunos países que forman parte de la UE desde hace tiempo y que han facilitado datos (Dinamarca, España, Francia, Grecia, Italia y Reino Unido), se observa un descenso de las tasas de consumo por vía parenteral entre los consumidores de heroína sometidos a tratamiento. Sin embargo, en la mayoría de los nuevos Estados miembros, por lo menos de aquellos para los que existen datos, casi todos los consumidores de heroína que reciben tratamiento son consumidores por vía parenteral.

⁽¹⁰⁷⁾ Véase el cuadro PDU-2 del boletín estadístico de 2005.
⁽¹⁰⁸⁾ Véase el cuadro PDU-5 del boletín estadístico de 2005.
⁽¹⁰⁹⁾ Véase el cuadro PDU-3 del boletín estadístico de 2005.

Datos relativos a la demanda de tratamiento

Del total de solicitudes de tratamiento realizadas, se sabe que el 60 % son por consumo de opiáceos, aunque en muchos casos no se ha registrado la droga principal, y se sabe que más de la mitad (54 %) de estos pacientes de opiáceos se inyectan la droga, desconociéndose el hábito de inyección del 10 % de ellos. También se sabe que los opiáceos son la segunda droga para aproximadamente el 10 % de los nuevos pacientes ⁽¹¹⁰⁾.

En muchos países, los opiáceos (sobre todo la heroína) siguen siendo la principal droga por la que se solicita tratamiento, pero se han observado importantes diferencias entre países. Si se dividen los Estados miembros y los países candidatos de la UE en tres grupos, en función del porcentaje de la población sometida a tratamiento que lo está por consumo de heroína, se obtiene la siguiente clasificación:

- menos del 40 %: República Checa, Países Bajos, Polonia, Finlandia y Suecia;
- 50-70 %: Dinamarca, Alemania, España, Irlanda, Chipre, Letonia, Eslovaquia y Rumanía;
- más del 70 %: Francia, Grecia, Italia, Lituania, Luxemburgo, Malta, Eslovenia, Reino Unido y Bulgaria ⁽¹¹¹⁾.

La prevalencia de consumidores de opiáceos que continúan en tratamiento durante muchos años va en aumento, mientras que la incidencia de nuevas solicitudes de tratamiento por consumo de estas sustancias tiende a la baja (informes nacionales de la red ReitoX, 2004; Drug Misuse Research Division, 2004). Siguiendo las tendencias del consumo de heroína de los nuevos pacientes en tratamiento en varios países de 1996 a 2003, se observa un descenso generalizado de las cifras absolutas de solicitudes de tratamiento.

La contribución relativa del tratamiento por consumo de opiáceos al total de la nueva población que inicia tratamiento ha disminuido de forma más marcada, debido a un aumento del número de pacientes con problemas relacionados principalmente con otras drogas. Esto, a su vez, puede deberse a la sustitución del consumo de heroína por el consumo de cocaína por parte de algunos pacientes de opiáceos (Ouweland *et al.*, 2004), a la diferenciación del sistema de tratamiento, que se ha vuelto más accesible para otros consumidores de drogas problemáticos, o a la reducción del número de nuevos consumidores problemáticos (informe nacional neerlandés).

Esta tendencia presenta diferencias entre países durante la última década, con un fuerte descenso de los pacientes de heroína en Dinamarca, Alemania, los Países Bajos, Eslovaquia y Finlandia, y cierto incremento en Bulgaria y el Reino Unido ⁽¹¹²⁾.

El análisis de los datos de los nuevos pacientes que acuden a centros de tratamiento ambulatorios permite realizar una descripción más detallada del perfil de los consumidores de opiáceos. Entre las personas que solicitan nuevo tratamiento por consumo principal de opiáceos hay 2,8 hombres por cada mujer; no obstante, la relación entre sexos varía considerablemente según los países, de 5:1 a 2:1, con la excepción de Chipre, donde la proporción hombre:mujer es muy elevada (11:1), y Suecia, donde es muy baja (0,9:1) y hay más mujeres que hombres entre los consumidores de opiáceos ⁽¹¹³⁾.

La mayoría de consumidores de opiáceos tienen entre 20 y 34 años de edad, y en el grupo de 30 a 39 años, más de la mitad de los pacientes solicitan tratamiento. Se observa una tendencia al envejecimiento de los pacientes de opiáceos; por ejemplo, en los Países Bajos, alrededor del 40 % de los nuevos pacientes de opiáceos tienen más de 40 años. Las excepciones son Rumanía y Eslovenia, donde la población de pacientes de opiáceos es muy joven (de 15 a 19 años) ⁽¹¹⁴⁾.

La mayoría de pacientes de opiáceos declaran haberlos consumido por primera vez cuando tenían entre 15 y 24 años de edad, y el 50 % de los pacientes lo hizo antes de los 20 años ⁽¹¹⁵⁾. Si se compara la edad del primer consumo con la edad de solicitud del primer tratamiento, se observa que el espacio de tiempo transcurrido entre ellas suele ser de entre 5 y 10 años. El inicio en el consumo de opiáceos a una edad temprana está con frecuencia relacionado con diversos problemas de comportamiento y privación social (informe nacional del Reino Unido).

En la mayoría de países, entre el 60 % y el 90 % de los pacientes de opiáceos consume la droga diariamente, mientras que algunos pacientes no han consumido opiáceos en el último mes o sólo de forma ocasional; esto se explica probablemente por los pacientes que abandonan el consumo de la droga antes de iniciar el tratamiento ⁽¹¹⁶⁾.

El 40 % de los pacientes se inyecta la droga, y otro 40 % la fuma o la inhala. Se observan diferencias en la forma de consumo entre los antiguos y los nuevos Estados miembros ⁽¹¹⁷⁾ (gráfico 14), de modo que el porcentaje de

⁽¹¹⁰⁾ Véase el cuadro TDI-24 del boletín estadístico de 2005.

⁽¹¹¹⁾ Véase el cuadro TDI-5 (parte ii) del boletín estadístico de 2005.

⁽¹¹²⁾ Véase el cuadro TDI-3 (parte i) del boletín estadístico de 2005.

⁽¹¹³⁾ Véase el cuadro TDI-22 del boletín estadístico de 2005.

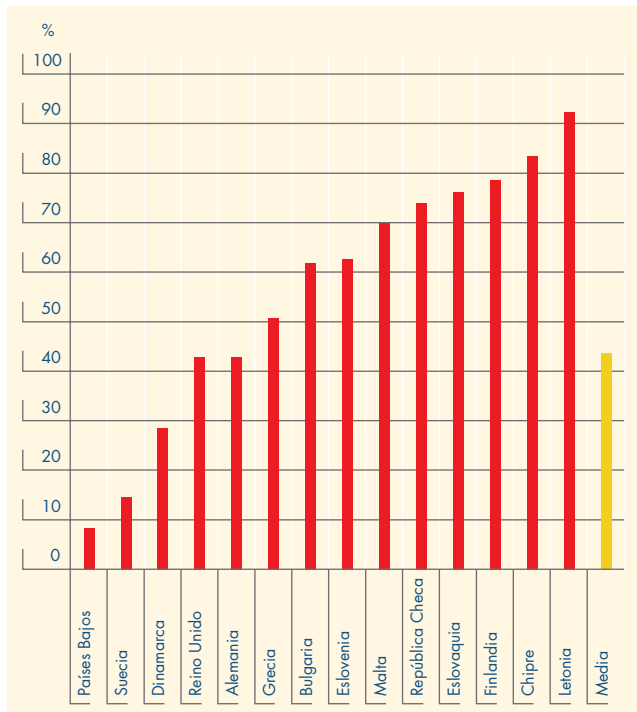
⁽¹¹⁴⁾ Véase el cuadro TDI-10 (parte iii) del boletín estadístico de 2005.

⁽¹¹⁵⁾ Véase el cuadro TDI-11 (parte ii) del boletín estadístico de 2005.

⁽¹¹⁶⁾ Véase el cuadro TDI-18 (parte i) del boletín estadístico de 2005. Alemania es el único país que registra un porcentaje del 70 % de nuevos pacientes que consumen opiáceos de forma ocasional o que no los han consumido en el último mes.

⁽¹¹⁷⁾ Datos relativos solamente a los países que los han facilitado.

Gráfico 14. Nuevos pacientes ambulatorios que se inyectan opiáceos como un porcentaje del número total de nuevos pacientes de opiáceos por país (2003)



N.B.: Solamente se informa de países donde hay pacientes que consumen opiáceos como droga principal y/o países que suministran datos.
Fuente: Informes nacionales de la red Reitox (2004).

consumidores de opiáceos por vía parenteral es superior al 60 % en los nuevos Estados miembros e inferior al 60 % en los antiguos (con la excepción de Finlandia, donde el porcentaje de consumidores de opiáceos por esta vía asciende al 78,4 % de los pacientes). El porcentaje más bajo de consumidores por vía parenteral entre los pacientes de opiáceos se registra en los Países Bajos (8,3 %) ⁽¹¹⁸⁾.

Muchos de los nuevos pacientes consumen opiáceos además de otras drogas, con frecuencia cannabis (47 %) o alcohol (24 %). No obstante, se observan marcadas diferencias entre países: en la República Checa y Eslovaquia, casi la mitad de los pacientes consumen opiáceos junto con otros estimulantes distintos a la cocaína; en Grecia y Malta, el 18 % y el 29 % de los pacientes, respectivamente, consume opiáceos, con la cocaína como droga secundaria; en Finlandia, el 37 % de los consumidores de opiáceos (principalmente de buprenorfina) declaran consumir sustancias hipnóticas y sedantes (principalmente benzodiazepinas) como drogas secundarias ⁽¹¹⁹⁾.

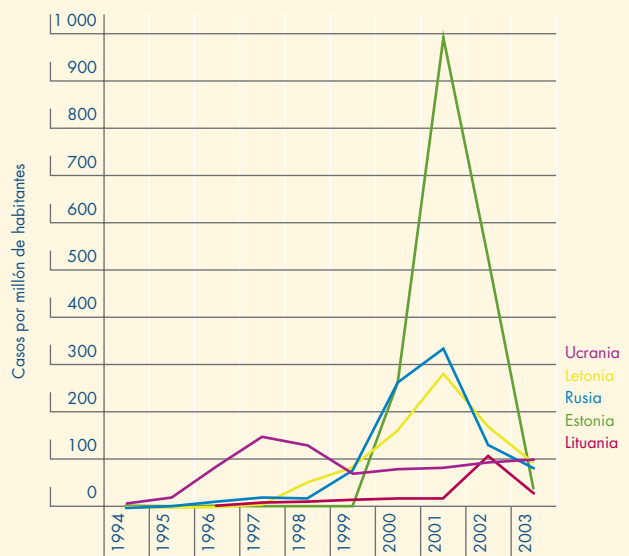
Enfermedades infecciosas relacionadas con las drogas

VIH y sida en Europa del Este

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) se ha propagado en los últimos tiempos de forma masiva y epidémica entre los consumidores de drogas por vía parenteral de Rusia y Ucrania, al igual que en los Estados miembros de la UE de la región báltica. En 2001, la tasa de nuevos diagnósticos de infecciones relacionadas con el consumo intravenoso de drogas alcanzó su máximo en Estonia y en Rusia, con cifras de 991 y 333 casos por millón de habitantes, respectivamente. Sin embargo, Ucrania ya había alcanzado su máximo en 1997, con 146 casos por millón de habitantes (debido a una transmisión generalizada relacionada con el consumo de drogas por vía parenteral), después de lo cual se registró un descenso de las tasas de nuevos diagnósticos de casos de VIH relacionados con este tipo de consumo, si bien han vuelto a aumentar recientemente.

La incidencia del sida entre los consumidores por vía parenteral aumenta rápidamente en Letonia y Ucrania, lo cual indica que probablemente sea insuficiente tanto el acceso al tratamiento antiviral como su cobertura (véase «Terapia antirretroviral de alta eficacia en la región europea de la OMS», p. 69).

Infecciones por VIH recientemente diagnosticadas en consumidores de drogas por vía parenteral en países seleccionados de la Unión Europea, en Rusia y en Ucrania, por año de notificación



Fuente: Centro Europeo de Control Epidemiológico del Sida (EuroHIV) (2004).

⁽¹¹⁸⁾ Véase el cuadro TDI-17 (parte i) del boletín estadístico de 2005.

⁽¹¹⁹⁾ Véase el cuadro TDI-25 (parte ii) del boletín estadístico de 2005. Véase también la cuestión particular sobre la buprenorfina. Cada paciente puede declarar el consumo de hasta cuatro drogas secundarias.

VIH y sida

Tendencias recientes en el registro de casos de VIH

El VIH ha mostrado una fuerte expansión epidémica entre los consumidores de drogas por vía parenteral en los nuevos Estados miembros de la UE de la región báltica, tras la epidemia masiva de Europa del Este (EuroHIV, 2004) (véase el recuadro «VIH y sida en Europa del Este», p. 67). Las tasas de nuevos casos diagnosticados alcanzaron su valor máximo en Estonia y Letonia en 2001 y en Lituania en 2002, pero más recientemente han sufrido un drástico descenso. Este patrón es el típico de una epidemia de VIH entre los consumidores de drogas por vía parenteral. Su aparición se debe a que el grupo básico de consumidores por vía parenteral de mayor riesgo se infecta en un corto período de tiempo, tras lo cual se reduce la incidencia por falta de individuos susceptibles y se estabiliza a un nivel que depende de la tasa de nuevos consumidores por vía parenteral de alto riesgo. No obstante, no puede excluirse el efecto adicional de un cambio de conducta y, de ser cierto, podría deberse en parte a intervenciones específicas (véase «Prevención de las enfermedades infecciosas relacionadas con las drogas», p. 71).

En los países de la Europa de los Quince, las tasas de nuevos casos diagnosticados de VIH se han mantenido bajas en los últimos años, a excepción de Portugal. Sin embargo, las comparaciones realizadas en la Unión Europea son incompletas, ya que en algunos de los países más afectados por el sida se carece de información sobre los casos de VIH (España e Italia) o apenas se comienza a disponer de ella (Francia). En 2003, Portugal registró una tasa muy elevada de 88 casos por millón, aunque también un fuerte descenso a partir de 2000 (cuando la tasa era de 245 casos por millón). Este descenso debe interpretarse con precaución, ya que el registro de datos europeos no se aplicó en Portugal hasta el año 2000.

Seroprevalencia del VIH

Los datos de seroprevalencia de los consumidores por vía parenteral (porcentaje infectado en muestras de estos consumidores) son un complemento importante para la notificación de casos de VIH. Los estudios sucesivos de seroprevalencia y el seguimiento rutinario de los datos obtenidos de pruebas diagnósticas pueden confirmar las tendencias en el registro de casos y también pueden proporcionar información más detallada sobre regiones y entornos específicos. Sin embargo, los datos de prevalencia provienen de diversas fuentes que, en algunos

casos, son difíciles de comparar, por lo que deben interpretarse con precaución.

Los recientes incrementos de los casos de VIH son confirmados en su mayoría por los datos de seroprevalencia disponibles; por ejemplo, en Letonia, la prevalencia en muestras de tratamientos nacionales de consumidores por vía parenteral analizados pasó del 1,5 % (5/336) en 1997 al 14 % (302/2 203) en 2001 y a continuación cayó hasta el 7 % (65/987) en 2003. En Austria, que no dispone de información sobre los casos de VIH en consumidores por vía parenteral, la prevalencia del VIH en muestras nacionales de muertes relacionadas (directamente) con las drogas indica un cierto incremento, hasta el 7 % (11/163) en 2003 partiendo del 1 % (1/117) en 1998, pero las cifras son bajas y la tendencia no es significativa estadísticamente.

En 2002 y 2003, la prevalencia del VIH entre los consumidores por vía parenteral, la mayoría de ellos en tratamiento por consumo de drogas, presenta amplias variaciones en los distintos países y entre ellos, desde el 0 % de Bulgaria, Hungría, Eslovenia y Eslovaquia al máximo del 37,5 % (54/144) registrado en una ciudad de Italia (2003, Bolzano; consumidores en tratamiento y prisiones) ⁽¹²⁰⁾. Las tasas de prevalencia más elevadas en muestras nacionales (más del 10 % en 2002-2003) se registran en Italia, Letonia y Portugal ⁽¹²¹⁾; en España, los datos de 2001 indican una prevalencia muy elevada, pero faltan datos más recientes ⁽¹²²⁾. Las tasas de prevalencia más elevadas en muestras regionales y locales (más del 20 % en 2002-2003) se observan en España, Italia, Letonia y Polonia ⁽¹²³⁾, aunque se carece de datos recientes de algunos países y zonas que habían registrado una prevalencia elevada en años anteriores. En Letonia y Polonia, los estudios locales muestran una transmisión reciente del VIH, basándose en la elevada prevalencia entre los consumidores por vía parenteral jóvenes ⁽¹²⁴⁾. En el caso del estudio polaco, esta transmisión reciente se ve confirmada por una prevalencia del 23 % entre una muestra de 127 nuevos consumidores por vía parenteral ⁽¹²⁵⁾.

Las tendencias temporales de prevalencia también presentan diferencias entre países. Aunque recientemente se han producido brotes en la región báltica, los datos de seroprevalencia del VIH en muestras de consumidores por vía parenteral presentan un descenso desde mediados de la década de 1990 en algunos de los países más afectados (España, Francia e Italia), seguido de una estabilización en los últimos años ⁽¹²⁶⁾. No obstante, si la seroprevalencia es elevada y estable, es probable que continúe la transmisión. Los datos relativos a nuevos

⁽¹²⁰⁾ Véase el cuadro INF-3 del boletín estadístico de 2005.

⁽¹²¹⁾ Los datos correspondientes a Portugal e Italia no se limitan a los consumidores por vía parenteral y puede que por ello infravaloren la prevalencia entre este tipo de consumidores.

⁽¹²²⁾ Véanse los cuadros INF-1 e INF-8 del boletín estadístico de 2005.

⁽¹²³⁾ Véase el cuadro INF-8 del boletín estadístico de 2005.

⁽¹²⁴⁾ Consumidores por vía parenteral menores de 25 años: infectados el 33 % de 55 consumidores jóvenes en Polonia y el 20 % de 107 consumidores jóvenes en Letonia.

⁽¹²⁵⁾ Véanse el cuadro INF-10 y los gráficos INF-4 e INF-5 del boletín estadístico de 2005.

⁽¹²⁶⁾ Véase el cuadro INF-16 del boletín estadístico de 2005.

consumidores por vía parenteral indican que la transmisión en España se ha mantenido e incluso ha aumentado entre 1999 y 2000. En otros países (Francia 2001-2003, Portugal 1999-2000) los datos locales y regionales de nuevos y jóvenes consumidores por vía parenteral indican un cierto (aumento del) nivel de transmisión, pero el tamaño de las muestras es demasiado pequeño para que las tendencias sean estadísticamente significativas ⁽¹²⁷⁾. Por otro lado, hay que tener en cuenta que, en muchos países, la prevalencia del VIH entre consumidores por vía parenteral fue muy baja durante el período 2002-2003. La prevalencia del VIH fue inferior al 1 % en la República Checa, Grecia (datos nacionales), Hungría, Eslovenia, Eslovaquia, Finlandia, Rumanía (datos sólo de 2001), Bulgaria y Noruega (datos de Oslo). En alguno de estos países (por ejemplo, Hungría), la prevalencia del VIH y del virus de la hepatitis C se encuentran entre las más bajas de la UE, lo que indica que los niveles de riesgo por inyección son bajos (véase el apartado «Hepatitis B y C» más adelante).

Incidencia del sida

En Letonia, la incidencia de casos de sida relacionados con los consumidores por vía parenteral pasó de 0 casos en 1997 a una estimación de 19 casos por millón de habitantes en los años 2002 y 2003 ⁽¹²⁸⁾. Sin embargo, el país de la UE con mayor incidencia sigue siendo Portugal, con 33 casos por millón, aunque esta cifra ha ido disminuyendo desde 1999. La incidencia del sida debido a los consumidores por vía parenteral en la UE alcanzó un máximo a principios de la década de 1990, para disminuir posteriormente. El país más afectado solía ser España, donde la incidencia alcanzó un máximo de 124 casos por millón en 1994, pero desde el año 2003 esta cifra ha bajado a 16 casos por millón.

El descenso de la incidencia del sida a finales de la década de 1990 se debe a la introducción, en 1996, de una terapia antirretroviral altamente activa (HAART), que previene el desarrollo del sida en personas afectadas por el VIH (véase el recuadro sobre la terapia HAART). En el caso de los consumidores por vía parenteral, las medidas de prevención del VIH también han desempeñado un papel importante y, en algunos países, uno de los factores puede haber sido la reducción del número de consumidores por vía parenteral (véase «Consumo de drogas por vía parenteral», p. 64).

Los datos de incidencia anual revelan que, hasta 2002, el mayor número de nuevos casos de sida en la UE podía imputarse al consumo de drogas por vía intravenosa; posteriormente, este modo de transmisión se vio sobrepasado por las relaciones heterosexuales, lo cual refleja cambios en la epidemiología del VIH de los años precedentes (gráfico 15). No obstante, hay que tener en cuenta que los patrones de infección pueden presentar grandes diferencias entre países ⁽¹²⁹⁾.

Terapia antirretroviral de alta eficacia en la región europea de la OMS

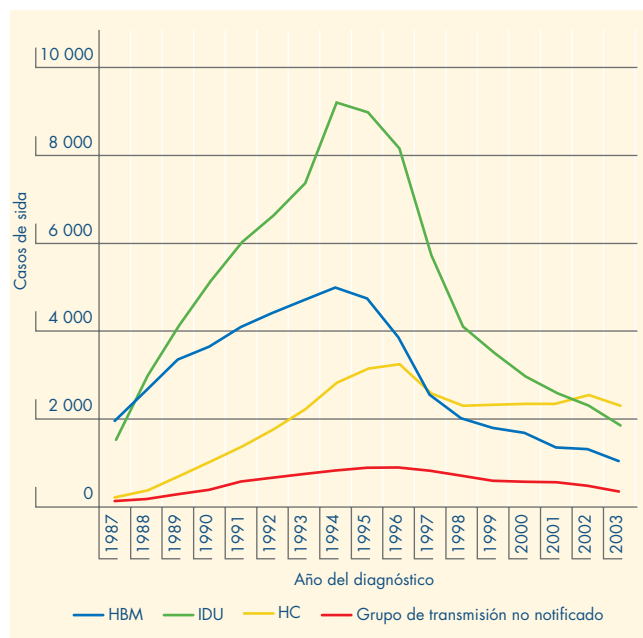
Las estimaciones de la OMS en cuanto a la cobertura de la terapia antirretroviral de alta eficacia (*highly active antiretroviral therapy* [HAART]) indican que, en la UE y en casi todos los países de Europa Central, más del 75 % de las personas que necesitan recibir tratamiento tienen acceso a esta terapia.

Sin embargo, entre los países bálticos, se calcula que la cobertura es «deficiente» en Estonia y Lituania (25-50 %) y «muy deficiente» en Letonia (por debajo del 25 %). Se considera que la cobertura es «muy deficiente» en la mayoría de países de Europa del Este.

Se carece de estimaciones específicas de cobertura para los consumidores de drogas por vía parenteral, pero los estudios demuestran que estos consumidores presentan con frecuencia un riesgo más elevado de acceso inadecuado a la terapia HAART que las personas infectadas por otras vías.

Fuente: Oficina regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud, base de datos «Salud para todos» (<http://www.euro.who.int/hfad>) (consultada el 8 de marzo de 2005).

Gráfico 15. Casos de sida por grupo de transmisión y año del diagnóstico (1987-2003) ajustados para los retrasos en la notificación (Unión Europea)



N.B.: Los datos mostrados se refieren a los tres grupos de transmisión principales y los casos en los que no se notifican grupos de transmisión. HBM: varones homosexuales y bisexuales; IDU: consumidores de drogas por vía parenteral; HC: contacto heterosexual. No se incluye a Francia, los Países Bajos (sin datos disponibles para todo el período) y Chipre (sin datos disponibles).

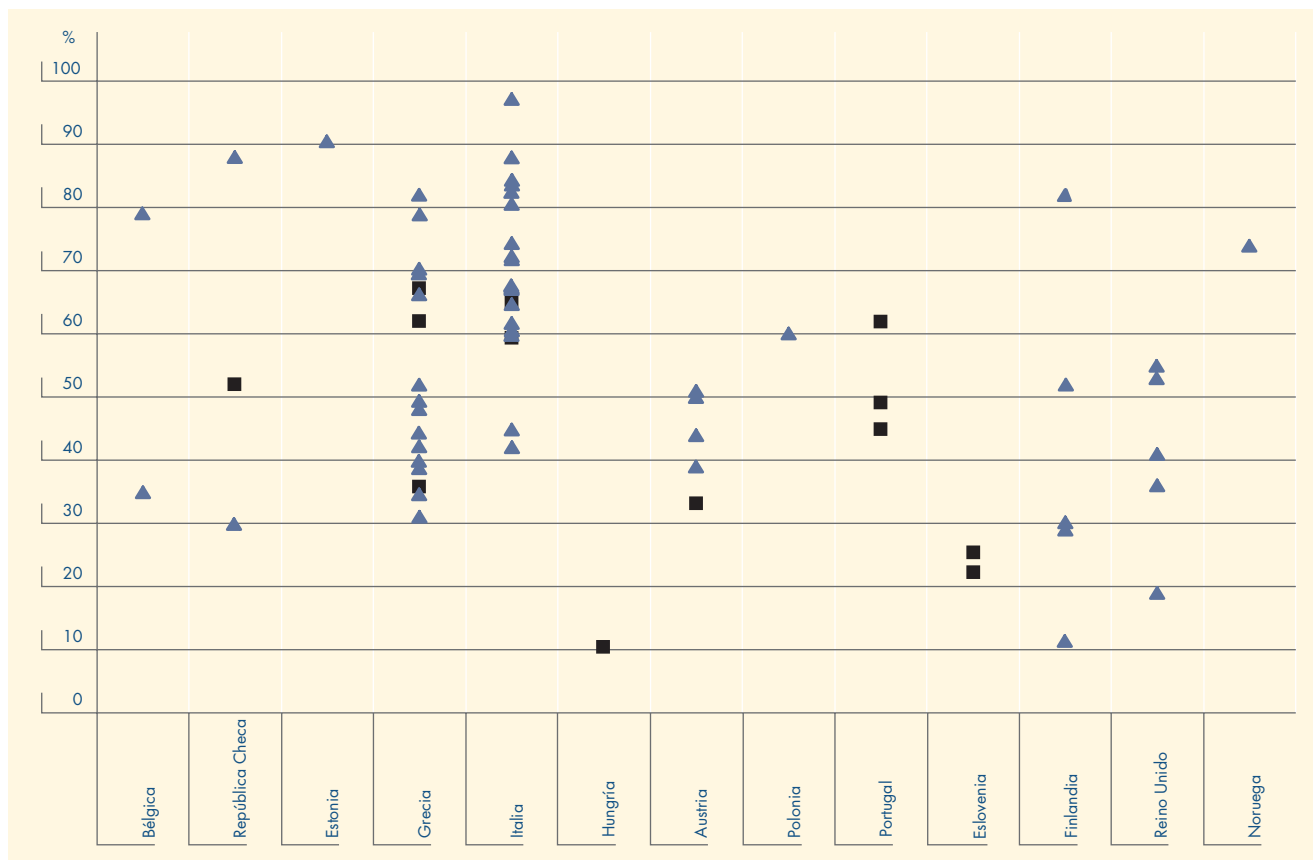
Fuentes: EuroHIV; datos registrados el 31 de diciembre de 2003.

⁽¹²⁷⁾ Véanse los gráficos INF-26 e INF-27 del boletín estadístico de 2005.

⁽¹²⁸⁾ Véase el gráfico INF-1 del boletín estadístico de 2005.

⁽¹²⁹⁾ Véase el gráfico INF-2 del boletín estadístico de 2005.

Gráfico 16. Estimaciones locales y nacionales de la prevalencia del VHC entre consumidores de drogas por vía parenteral (2002-2003)



N.B.: Recuadro negro: muestras de ámbito nacional; triángulo azul: muestras de ámbito local/regional. Las diferencias entre países deben interpretarse con cautela debido a los diferentes tipos de entornos y/o métodos de estudio; las estrategias nacionales de muestreo varían. Los datos de España y Portugal y algunos de los datos de la República Checa incluyen consumidores de drogas por vía no parenteral, y por ello pueden infravalorar la prevalencia entre los consumidores por vía parenteral (se desconoce el porcentaje de consumidores por vía no parenteral). Los datos sobre Portugal, Eslovenia y Eslovaquia se limitan a la prevalencia entre los consumidores de drogas por vía parenteral en tratamiento y pueden no ser representativos de la prevalencia entre aquellos consumidores que no reciben tratamiento. **Fuentes:** Puntos focales nacionales Reitox (2004). Para las fuentes principales, detalles del estudio y datos anteriores a 2002 véase el cuadro INF-11 del boletín estadístico de 2005.

Hepatitis B y C

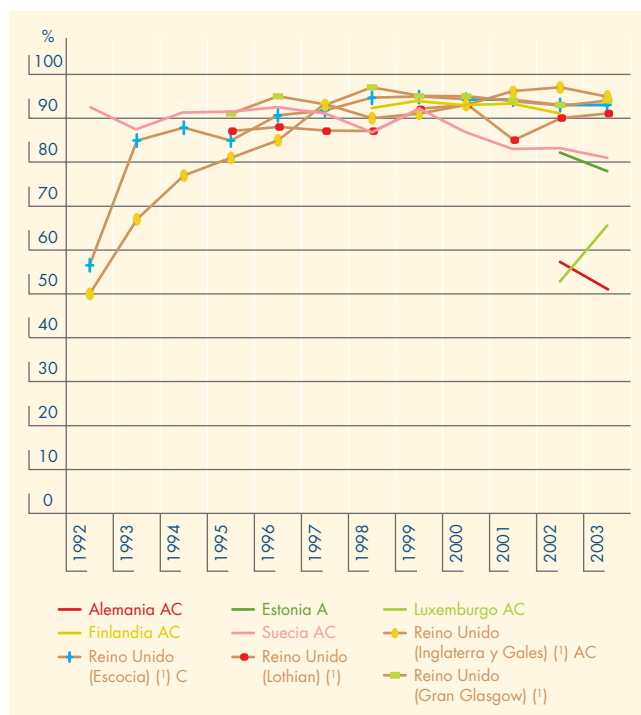
La prevalencia de los anticuerpos del virus de la hepatitis C (VHC) entre los consumidores por vía parenteral es, por regla general, extremadamente alta, aunque existen grandes variaciones en los distintos países y entre ellos ⁽¹³⁰⁾. Bélgica, Estonia, Grecia, Italia, Polonia, Portugal y Noruega registran tasas de prevalencia superiores al 60 % en muestras de consumidores por vía parenteral en 2002-2003, mientras que Bélgica, la República Checa, Grecia, Hungría, Austria, Eslovenia, Eslovaquia, Finlandia y el Reino Unido presentan muestras con una prevalencia inferior al 40 % (gráfico 16) ⁽¹³¹⁾.

Sólo algunos países han facilitado datos de prevalencia de consumidores por vía parenteral jóvenes (menores de 25 años) y, en algunos casos, el tamaño de las muestras es pequeño. Cuando se dispone de información, la máxima prevalencia entre jóvenes consumidores por vía

parenteral en 2002-2003 (más del 40 %) se observa en muestras de Grecia, Austria y Polonia, y la mínima (menos del 20 %) en muestras de Hungría, Eslovenia, Finlandia y el Reino Unido ⁽¹³²⁾. La información sobre la prevalencia del VHC entre los nuevos consumidores por vía parenteral (que se inyectan droga desde hace menos de dos años) es todavía más limitada, pero de la información disponible de 2002-2003 se desprende que la máxima prevalencia (más del 40 %) se observa en las muestras de Bélgica y Polonia, y la mínima (menos del 20 %) en las muestras de la República Checa, Grecia y Eslovenia ⁽¹³³⁾. Los datos de notificación de la hepatitis C para el período 1992-2003 indican que, en los países que facilitan datos, los consumidores de drogas por vía parenteral representan la gran mayoría de los casos de hepatitis C notificados (las notificaciones se limitan básicamente a casos diagnosticados de infección aguda) (gráfico 17).

⁽¹³⁰⁾ Véanse los cuadros INF-2 e INF-11 del boletín estadístico de 2005.
⁽¹³¹⁾ Véase también el gráfico INF-21 del boletín estadístico de 2005 y Mathei *et al.*, 2005.
⁽¹³²⁾ Véase el cuadro INF-12 del boletín estadístico de 2005.
⁽¹³³⁾ Véase el cuadro INF-13 y los gráficos INF-7 e INF-5 del boletín estadístico de 2005.

Gráfico 17. Casos de hepatitis C notificados, porcentaje de casos registrados como consumidores de drogas por vía parenteral (1992-2003)

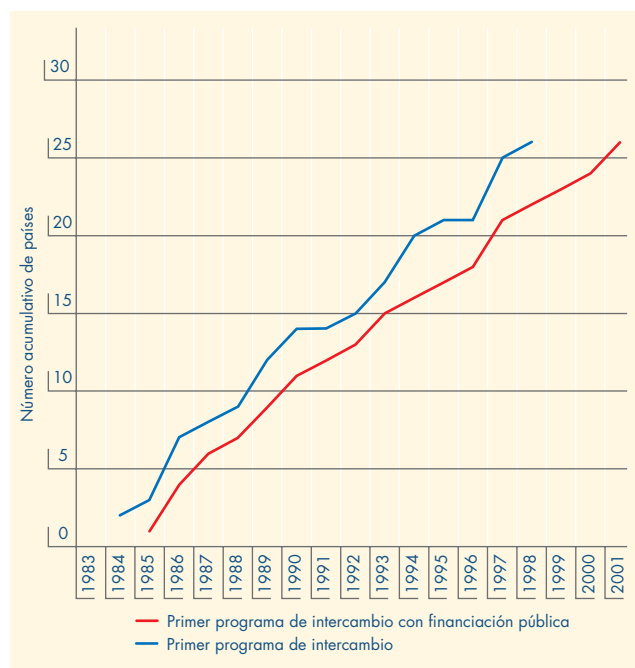


(!) Los datos no son nacionales.
 A: casos agudos; AC: casos agudos y crónicos; C: casos crónicos.
 Fuente: Puntos focales nacionales Reitox.

La prevalencia de los marcadores del virus de la hepatitis B (VHB) también presenta grandes variaciones en los distintos países y entre ellos ⁽¹³⁴⁾. Los datos más completos son los relativos a los anti-HBc, que indican que ha habido infección y la posibilidad de vacunar a quienes dan negativo en los análisis. En 2002-2003, se observan muestras de consumidores por vía parenteral con una prevalencia superior al 60 % en Bélgica, Estonia e Italia, e inferior al 30 % en Bélgica, España, Italia, Austria, Portugal, Eslovenia, Eslovaquia y el Reino Unido ⁽¹³⁵⁾. Los datos de notificación de la hepatitis B para el período 1992-2003 indican que, en los países que facilitan datos, el porcentaje de consumidores de drogas por vía parenteral tiende al alza ⁽¹³⁶⁾. En la región nórdica, la mayor parte de los casos notificados de hepatitis B aguda se dan entre los consumidores por vía parenteral, y los brotes de hepatitis B coinciden con el aumento de esta práctica en varios países (Blystad *et al.*, 2005).

Para más información sobre otras enfermedades infecciosas relacionadas con las drogas, véase el Informe anual de 2004 (<http://annualreport.emcdda.eu.int/es/page074-es.html>).

Gráfico 18. Introducción de programas de intercambio de agujas y jeringuillas en veintitrés países de la Unión Europea, en Noruega y en Bulgaria



Fuente: Informes nacionales de la red Reitox, 2004.

Prevención de las enfermedades infecciosas relacionadas con las drogas

Aunque las políticas nacionales de los Estados miembros varían, como reflejo de su situación concreta en materia de drogas y su contexto político, parece que se está gestando un consenso en Europa sobre los elementos clave necesarios para dar una respuesta eficaz a la lucha contra el VIH y otras enfermedades infecciosas que afectan a los consumidores de drogas por vía parenteral ⁽¹³⁷⁾. Tales elementos serían, por ejemplo, un mejor acceso al tratamiento de desintoxicación (OMS, 2005), la prestación de servicios de bajo umbral, el suministro de material estéril y la creación de programas de educación, aunque los diferentes países otorgan distinto grado de importancia a los mismos. Especialmente importante es que exista suficiente disponibilidad del tratamiento de sustitución oral para los consumidores de opiáceos por vía parenteral, ya que esto reduce de forma significativa las conductas que llevan aparejado un alto riesgo de transmisión del VIH (Gowing *et al.*, 2005; Sullivan *et al.*, 2005).

⁽¹³⁴⁾ Véanse los cuadros INF-3, INF-14 e INF-15 del boletín estadístico de 2005.

⁽¹³⁵⁾ Véanse los gráficos INF-9, INF-10, INF-22 e INF-23 del boletín estadístico de 2005.

⁽¹³⁶⁾ Véase el gráfico INF-14 del boletín estadístico de 2005.

⁽¹³⁷⁾ En dos conferencias recientes, los representantes del Gobierno europeo confirmaron su colaboración en la lucha contra el VIH/sida y definieron medidas para reforzar sus actuaciones en este ámbito (Declaración de Dublín, febrero de 2004, y Declaración de Vilnius, septiembre de 2004). Todos los documentos clave de la UE sobre el VIH/sida pueden consultarse en el sitio web de salud pública de la Comisión Europea (http://europa.eu.int/comm/health/ph_threats/com/aids/keydocs_aids_en.htm).

Disponibilidad de agujas y jeringuillas

Los programas de intercambio de agujas y jeringuillas se iniciaron en la Unión Europea a mediados de la década de 1980 como respuesta inmediata a una amenaza de epidemia del VIH entre consumidores de droga por vía parenteral, y se extendieron rápidamente a lo largo de la década siguiente (gráfico 18). En 1993, ya existían programas de financiación pública en más de la mitad de los actuales veinticinco Estados miembros y en Noruega. Hoy en día, existen programas de esta clase en Bulgaria, Rumanía y Noruega, al igual que en todos los países de la UE, salvo Chipre, donde el material estéril puede obtenerse de forma gratuita en las farmacias y la creación de un programa de intercambio oficial está en fase de estudio ⁽¹³⁸⁾. Una vez se ha introducido este tipo de programa en un país, la cobertura geográfica de los centros que los acogen aumenta, por regla general, de forma continuada. Muchos países han conseguido ya una cobertura geográfica completa, siendo las farmacias un socio crucial en varios Estados miembros. No obstante, en Suecia sólo queda uno de los dos programas iniciados en 1986 al sur del país; y en Grecia, el número de este tipo de programas de intercambio es limitado y sólo existen en Atenas ⁽¹³⁹⁾.

Los programas de intercambio de agujas y jeringuillas suelen estar bien integrados en el trabajo de los centros de asesoramiento sobre drogas de bajo umbral (véase el recuadro «Facilitar el acceso a los servicios»), en el trabajo de proximidad y en el cuidado de los «sin techo» en los países de la UE y Noruega. Como los centros que tienen un bajo umbral de acceso consiguen llegar a las poblaciones ocultas de consumidores activos, pueden ser un importante punto de partida para establecer contacto y promover la prevención, la educación y el asesoramiento, así como para las derivaciones a tratamiento. También se reconoce cada vez más que los servicios de bajo umbral de acceso pueden ser una plataforma vital para ofrecer atención médica básica, detectar enfermedades infecciosas, y vacunar y aplicar tratamiento antivírico a los miembros de la comunidad que, por diversas razones, puedan encontrar dificultades para acceder a servicios sanitarios más formales.

Los programas de intercambio de agujas y jeringuillas están descritos como sistema predominante para la prevención de enfermedades contagiosas entre los consumidores de drogas en dieciséis Estados miembros de la UE y Noruega, y como sistema habitual en otros seis; y se considera que son una respuesta prioritaria frente a las enfermedades infecciosas entre los consumidores de drogas en dos terceras partes de los países de la UE ⁽¹⁴⁰⁾.

Facilitar el acceso a los servicios

El término «bajo umbral» describe un marco de aplicación que pretende facilitar a los consumidores de drogas el acceso a los servicios sociales y sanitarios. Para eliminar trabas, los centros se sitúan en localizaciones específicas y tienen unos horarios de apertura que se adaptan a las necesidades de sus pacientes, incluyendo la apertura a última hora de la tarde o por la noche. Los centros de bajo umbral suelen ofrecer sus servicios mediante trabajadores a pie de calle. La utilización de los servicios de los centros requiere poca burocracia y con frecuencia es gratis, además de que no obliga a los pacientes a estar desintoxicados o a desintoxicarse. Este tipo de centros se orienta a los consumidores que nunca han estado en contacto con otros servicios de salud y drogodependencias o a los que han perdido el contacto. Sus servicios van dirigidos a los grupos a los que es difícil llegar y a los grupos específicos de consumidores de alto riesgo, así como a los consumidores experimentales (por ejemplo, prestando sus servicios en clubes y discotecas u otros entornos recreativos). El entorno de bajo umbral puede aplicarse a los centros de calle, centros de día sin cita previa y unidades de cuidados sanitarios sobre el terreno, así como a los refugios de urgencia. Dentro de un sistema de atención global, estos centros, debido a su fácil accesibilidad, desempeñan una importante labor llegando a las poblaciones de consumidores más «ocultas» o «difíciles de alcanzar». Además de motivar a los consumidores a que soliciten tratamiento y de derivar a los pacientes a los servicios adecuados, con frecuencia prestan servicios «de supervivencia», como alimentos, ropa, refugio, equipos de inyección estériles o atención médica. Son de fundamental importancia para la difusión de mensajes de promoción de la salud y el aumento de los conocimientos y capacidades relativas al consumo seguro entre las personas que consumen drogas de forma experimental, de forma independiente o de forma problemática. Cada vez más, facilitan también servicios de tratamiento.

Pruebas de la eficacia de los programas de intercambio de agujas y jeringuillas

La investigación científica sobre la eficacia de los programas de intercambio de agujas y jeringuillas para reducir el VIH/sida entre los consumidores de drogas por vía parenteral se remonta a la década de 1980 ⁽¹⁴¹⁾. La revisión bibliográfica publicada por la OMS en 2004 concluye que existen indicios claros de que aumentar la disponibilidad y la utilización de material de inyección estéril por parte de los consumidores reduce notablemente la infección por VIH y que no existen pruebas de que tengan consecuencias negativas imprevistas (OMS, 2004). No obstante, esta revisión concluía que, por sí

⁽¹³⁸⁾ Véase el cuadro NSP-2 del boletín estadístico de 2005.

⁽¹³⁹⁾ Véase el apartado sobre «Disponibilidad de agujas y jeringuillas» en el boletín estadístico de 2005.

⁽¹⁴⁰⁾ Véase una panorámica de las respuestas nacionales frente a las enfermedades infecciosas en el sitio web del OEDT (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=10212>).

⁽¹⁴¹⁾ Véase la lista de revisiones clave del sitio web del OEDT (<http://emcdda.eu.int/?nnodeid=5777>).

solos, estos programas no son suficientes para controlar la infección por VIH entre los consumidores por vía parenteral, y que deberían apoyarse con una serie de medidas complementarias. En un estudio de la rentabilidad de este tipo de programas, de Wit y Bos (2004) concluyeron que parecían eficaces para prevenir el contagio del VIH y que producen valiosos beneficios además de la reducción del VIH, como facilitar el contacto de los servicios sociales y sanitarios con la población de consumidores de drogas, a la que suele ser difícil llegar.

Prevención de la hepatitis

El consumo de droga por vía parenteral conlleva un riesgo muy elevado de infección por VHB o VHC, y entre el 50 % y el 80 % de estos consumidores se infectan en los cinco años posteriores al inicio de esta práctica, pudiendo llegar a producirse infecciones crónicas que pueden dañar y finalmente destrozar el hígado (OEDT, 2004b). Aunque actualmente no existe una vacuna contra la hepatitis C, la hepatitis B puede prevenirse de forma eficaz mediante la vacunación ⁽¹⁴²⁾.

A lo largo de la última década, varios países de la UE introdujeron o reintrodujeron la hepatitis B en sus programas nacionales de inmunización, y esta vacuna ya forma parte de los programas de vacunación infantil rutinarios en casi todos los países de la UE. Hasta la fecha, los únicos países que no han seguido las recomendaciones de la OMS son Dinamarca, los Países Bajos, Suecia, el Reino Unido y Noruega ⁽¹⁴³⁾.

Aunque todavía han de pasar algunas décadas hasta que no queden poblaciones de riesgo importantes, los programas de vacunación dirigidos a los consumidores de drogas se aplican actualmente en la mayoría de países de la UE y Noruega. Para llegar a estas poblaciones, se facilita la vacunación a los drogodependientes en puntos de contacto de fácil acceso y también cada vez más en las prisiones ⁽¹⁴⁴⁾.

Las campañas de inmunización contra la hepatitis B suelen combinarse con las vacunaciones contra el virus de la hepatitis A y con el asesoramiento, análisis y referencia a especialistas de la hepatitis C. A pesar de que todos los países ofrecen tratamiento de la hepatitis C, los consumidores de drogas pueden tener dificultades para acceder al mismo en la práctica. Como las directrices médicas oficiales se consideran una herramienta

importante para orientar la prestación del tratamiento de la hepatitis C, en 2003-2004 fueron objeto de análisis por parte del OEDT ⁽¹⁴⁵⁾. La mayoría de estas directrices recomiendan tratar a los consumidores cuando hayan dejado las drogas o se hayan estabilizado con un tratamiento de sustitución oral durante un período de tiempo que puede ir desde 3 meses hasta 2 años. Cuanto más recientes son las directrices, más probable es que tengan en cuenta los estudios que revelan las ventajas del enfoque pluridisciplinar del tratamiento a los drogodependientes por parte de equipos de hepatólogos y especialistas en drogodependencias. Es probable que el reciente impulso a la orientación a nivel nacional mejore las opciones de tratamiento y sus resultados para los consumidores de drogas.

Muertes relacionadas con las drogas

Muertes por heroína

En esta sección, el término «muertes relacionadas con las drogas» se utiliza para referirse a las muertes causadas directamente por el consumo de una o más drogas y que, por regla general, se producen poco tiempo después de consumir la sustancia o las sustancias. Estas muertes se conocen como «sobredosis», «envenenamientos» o «muertes inducidas por drogas» ⁽¹⁴⁶⁾.

Los opiáceos están presentes en la mayoría de los casos de «muertes relacionadas con las drogas» causados por sustancias ilegales que se registran en la UE, aunque en muchos casos se detectan otras sustancias en los exámenes toxicológicos, concretamente alcohol, benzodiazepinas y, en algunos países, cocaína ⁽¹⁴⁷⁾.

Entre 1990 y 2002, los Estados miembros de la UE notificaron entre 7 000 y 9 000 muertes por sobredosis cada año ⁽¹⁴⁸⁾, lo que supone más de 100 000 muertes durante este período. Estas cifras pueden considerarse una estimación mínima, porque es probable que en muchos países no se notifiquen todos los casos.

La muerte por sobredosis de opiáceos es una de las principales causas de muerte entre los jóvenes europeos, sobre todo hombres de zonas urbanas (OEDT, 2004c). En estos momentos, la sobredosis sigue siendo la principal causa de muerte entre los consumidores de opiáceos en

⁽¹⁴²⁾ Para más información sobre la hepatitis, véase el sitio web del OEDT (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=10192>).

⁽¹⁴³⁾ *Report on the 14th Global Advisory Group: Expanded Programme on Immunization, 14-18 October 1991* [Informe sobre el 14º Grupo Consultivo Mundial: ampliación del programa de inmunización, 14-18 de octubre de 1991], Antalia (Turquía), respaldado por la Asamblea Mundial de la Salud en 1992.

⁽¹⁴⁴⁾ Véase la tabla de vacunación de la hepatitis B (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=10192>).

⁽¹⁴⁵⁾ «Consultant study on hepatitis C treatment guidelines for injecting drug users» [Estudio consultivo sobre directrices de tratamiento de la hepatitis C para consumidores de drogas por vía parenteral] (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=5826>).

⁽¹⁴⁶⁾ Esta es la definición acordada por el grupo de expertos nacionales del OEDT: véanse las notas metodológicas «Muertes relacionadas con las drogas — Definición del OEDT» del boletín estadístico de 2005 y el «Protocolo del OEDT para las muertes relacionadas con las drogas», versión 3.0 (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1419>). Casi todos los países disponen de definiciones nacionales, que actualmente son idénticas o relativamente parecidas a las del OEDT, aunque algunos países incluyen casos de muertes debidas a medicamentos psicoactivos o muertes no producidas por sobredosis, por lo general en un porcentaje limitado (véase el apartado «Definiciones nacionales de muertes relacionadas con las drogas» del boletín estadístico de 2005).

⁽¹⁴⁷⁾ Véase el cuadro DRD-1 del boletín estadístico de 2005.

⁽¹⁴⁸⁾ Véanse los cuadros DRD-2 y DRD-3 del boletín estadístico de 2005.

toda la UE; por ejemplo, en 2001, los Estados miembros de la Europa de los Quince notificaron 8 347 muertes relacionadas con las drogas, frente a las 1 633 muertes por sida entre los consumidores de drogas por vía parenteral (EuroHIV, 2004) ⁽¹⁴⁹⁾, aunque no deben pasarse por alto los costes y los posibles problemas que puede acarrear la infección por VIH a largo plazo.

La mayoría de drogodependientes que mueren por sobredosis son hombres, que representan del 60 % al 100 % de los casos, y en la mayoría de países el porcentaje oscila entre un 75 % y un 90 %. La mayoría de víctimas de sobredosis tiene entre 20 y 30 años, con una media de edad situada en la treintena (de 22 a 45 años). En varios de los nuevos Estados miembros (Estonia, Letonia, Lituania) y en un país candidato (Rumanía), la media de edad es la más baja, y en muchos de ellos el porcentaje de víctimas por sobredosis que tienen menos de 25 años es relativamente elevado, lo cual puede ser reflejo de la existencia de una población consumidora de heroína más joven en estos países ⁽¹⁵⁰⁾.

Muertes por metadona

Varios países declaran la presencia de metadona en un porcentaje importante de muertes relacionadas con las drogas en los informes nacionales de la red Reitox. La información proporcionada se ajusta a la terminología nacional y, en algunos casos, es difícil valorar con precisión el papel de la metadona en estas muertes; algunos casos son auténticas intoxicaciones por metadona, pero en otros la presencia de la sustancia es meramente anecdótica. Dinamarca declara la presencia de metadona en el 49 % de las muertes por intoxicación (97 de 198 casos, en 64 de los cuales apareció la metadona sola). Alemania ha declarado que el 23 % de los casos son imputables a «sustancias de sustitución», el 3 % de las cuales aparecen sin combinar (55 casos) y el 20 % combinadas con alcohol y narcóticos (354 casos), mientras que en 2002 estas cifras representan el 30 % del total (7 % sustancia sola y 23 % en combinación). El Reino Unido declara 418 casos con mención de la «metadona», aunque ello no implica que exista una relación causal. Otros países que declaran con menor frecuencia la presencia de metadona en muertes relacionadas con drogas son: Francia (ocho casos de metadona sola o combinada), Austria (en el 10 % de las muertes), Portugal (en el 3 % de los casos) y Eslovenia (cuatro muertes por metadona). En los informes nacionales de la red Reitox de 2003, Irlanda y Noruega también registran un número significativo de casos asociados a la presencia de metadona.

Como cualquier opiáceo, la metadona es una sustancia potencialmente tóxica, aunque los estudios revelan que los

tratamientos de sustitución reducen el riesgo de mortalidad por sobredosis entre los participantes en estos programas. Varios estudios indican que las muertes en las que interviene la metadona suelen ser resultado del consumo ilícito y no del consumo con receta, mientras que otros observan un mayor riesgo durante las fases iniciales del tratamiento de mantenimiento con metadona. Estos resultados reflejan la necesidad de garantizar un alto nivel de calidad en los programas de sustitución.

Muertes por fentanilo y buprenorfina

En los últimos años, los países bálticos han registrado varias muertes con detección de fentanilo en los análisis toxicológicos, frecuentemente combinado con heroína. En su informe nacional de 2003, Suecia registra trece casos de muertes relacionadas con fentanilo entre los consumidores de drogas por vía parenteral, mientras que en años anteriores esto sólo había ocurrido de forma ocasional. Para más información sobre el papel de la buprenorfina en las muertes relacionadas con las drogas, véase la cuestión particular sobre la buprenorfina.

Tendencias de las muertes por intoxicación aguda con drogas

Las tendencias de las muertes relacionadas con drogas varían según los países ⁽¹⁵¹⁾ e incluso según las regiones, debido a las diferencias en el curso de la epidemia de heroína, en su prevalencia de consumo, en los comportamientos de riesgo (por ejemplo, el porcentaje de consumidores que se inyectan o el policonsumo), en la prestación de servicios de tratamiento y apoyo a los consumidores y, quizá, en la disponibilidad y las características de la heroína. Las diferencias de organización y de las políticas de los servicios médicos de urgencias también pueden desempeñar un importante papel.

Teniendo en cuenta estos límites, pueden identificarse algunas tendencias generales en la UE, en particular en los Quince, que disponen de series de datos más sistemáticas y más prolongadas. En general, durante la década de 1980 y principios de la siguiente se observó un notable aumento del número de muertes relacionadas con la droga. Durante el período 1990-2000, y a pesar de los descensos en algunos países, se mantuvo la tendencia general, aunque a un ritmo inferior. En 2000, se notificaron 8 930 muertes, en comparación con las 6 426 en 1990 (lo que representa un aumento del 40 %) ⁽¹⁵²⁾. En la mayoría de los Estados miembros más antiguos puede observarse una tendencia al envejecimiento entre las víctimas de sobredosis, lo que indica un «efecto de cohorte asociado a la edad», que podría relacionarse con un descenso de los nuevos jóvenes adictos (gráfico 19).

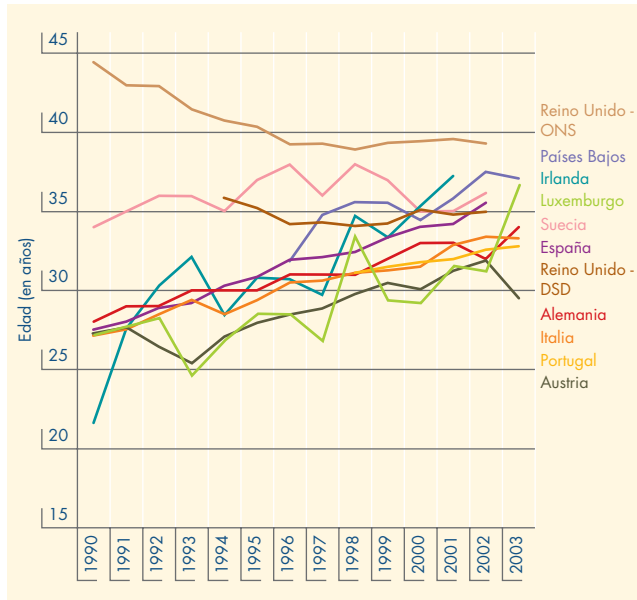
⁽¹⁴⁹⁾ La cifra de muertes por sida corresponde a la zona occidental de la región europea de la OMS e incluye muertes en varios países no pertenecientes a la UE, como Islandia, Israel y Suiza.

⁽¹⁵⁰⁾ Véase el gráfico DRD-2 del boletín estadístico de 2005.

⁽¹⁵¹⁾ Véase el gráfico DRD-7 del boletín estadístico de 2005.

⁽¹⁵²⁾ Véase el gráfico DRD-8 del boletín estadístico de 2005.

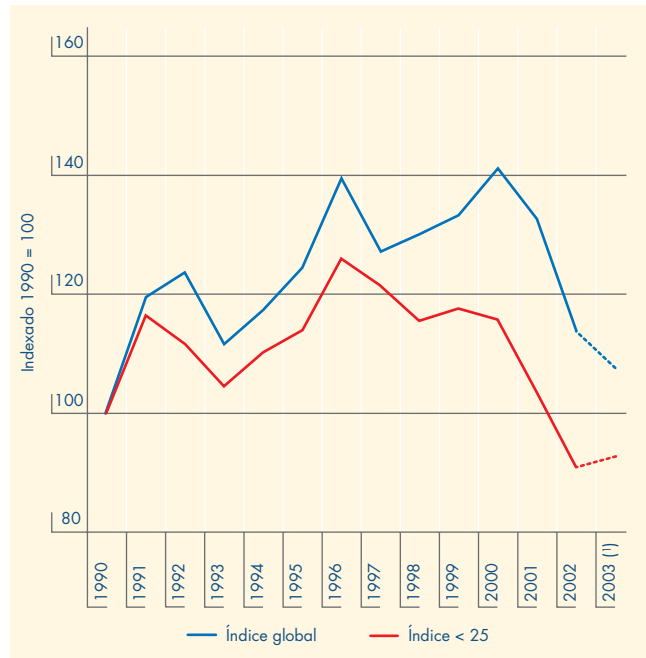
Gráfico 19. Tendencias en la edad media de las víctimas de muertes por intoxicaciones agudas con drogas en algunos de los quince Estados miembros de la UE (1990-2001/2003)



N.B.: La cifra representa datos de países que notificaron la edad media de las víctimas en la mayoría de años que duró el período de registro. En el cuadro DRD-6 del boletín estadístico de 2005 se presenta información basada en las «definiciones nacionales». En Inglaterra y Gales se utiliza la «definición de estrategia en materia de drogas». ONS = Office of national statistics. DSD = Definición de la estrategia en materia de drogas. Fuentes: Informes nacionales de la red Reitox (2004) extraídos de los registros nacionales de mortalidad o los registros especiales (forenses o policiales).

Sin embargo, desde 2000, muchos países de la UE han registrado un descenso del número de muertes asociadas al consumo de drogas. En los Quince y Noruega, la cifra total bajó de 8 930 en 2000 a 8 394 en 2001 (un descenso del 6 %), y a 7 122 casos en 2002 ⁽¹⁵³⁾ (un descenso adicional del 15 %). Solamente diez países suministraron información de 2003, por lo que las deducciones sobre las tendencias en la UE deberían realizarse con precaución. No obstante, tomando como referencia estos diez países, en 2003 se observa un 5 % de descenso, o solamente una tercera parte del descenso registrado en 2002. De los diez países que han facilitado información de 2003, tres observan incrementos, uno no observa cambio alguno y seis observan descensos, pudiendo considerarse significativos los de Grecia (22 %) e Italia (17 %) ⁽¹⁵⁴⁾. Estas tendencias deben suscitar una inquietud seria, ya que es posible que los factores responsables del descenso del número de muertes asociadas a las drogas entre 2000 y 2002 (una reducción de casi un 20 %) desaparecieran en 2003; esto es especialmente importante porque las muertes por consumo de drogas todavía se sitúan a niveles históricamente elevados, aproximadamente los mismos que a principios de la década de 1990 (gráfico 20).

Gráfico 20. Tendencia global de las muertes por intoxicación aguda con drogas en los Estados miembros de la Europa de los Quince y tendencia en el porcentaje de víctimas de muertes relacionadas con las drogas menores de 25 años de edad (1990-2003)



(*) La cifra para 2003 es provisional, ya que solamente diez países facilitaron datos de 2003. Esta cifra se basa en aquellos países que proporcionaron datos tanto para 2002 como para 2003. N.B.: Índice: 1990 = 100. En el cuadro DRD-2 (partes i y v) del boletín estadístico de 2005 se presentan los números de casos por país y por año. No se dispone de datos de Bélgica para el período 1998-2001 ni de Irlanda para 2002. Para corregir esta situación se ha utilizado un método de cómputo definido en el OEDT (2001). Fuentes: Informes nacionales de la red Reitox (2004) tomados de los registros de mortalidad general o de registros especiales (forenses o policiales), basados en definiciones nacionales tal como se presentan en el cuadro DRD-6 del boletín estadístico de 2005.

En general, las muertes relacionadas con las drogas entre jóvenes de menos de 25 años han ido disminuyendo de forma progresiva desde 1996, lo cual indica un posible descenso del número de jóvenes que se inyectan (gráficos 19 y 20), consecuencia de una tendencia decreciente o estable en la mayoría de los Quince —salvo Francia y Suecia— y en Noruega. Sin embargo, en varios de los nuevos Estados miembros se observa un claro incremento del porcentaje de víctimas menores de 25 años entre mediados de la década de 1990 y el período 2000-2002, lo que hace pensar en un aumento de los nuevos consumidores jóvenes ⁽¹⁵⁵⁾. Además, el descenso observado en los Quince desde 2000 ha tenido lugar principalmente entre los hombres (un descenso del 21,9 %). Entre las mujeres, el descenso ha sido mucho menor (14,5 %), y en 2003, al contrario que en los hombres, parece haberse invertido la tendencia a la baja entre las mujeres ⁽¹⁵⁶⁾.

⁽¹⁵³⁾ No se incluyen las cifras correspondientes a 2002 de Bélgica e Irlanda (en 2001 se produjeron 88 casos en Irlanda).
⁽¹⁵⁴⁾ De acuerdo con un modelo estadístico simple de Poisson. Los datos policiales de Noruega también indican una clara reducción en 2003.
⁽¹⁵⁵⁾ Véase el gráfico DRD-9 del boletín estadístico de 2005.
⁽¹⁵⁶⁾ Véase el gráfico DRD-6 del boletín estadístico de 2005.

La determinación de tendencias en los nuevos Estados miembros es difícil porque la información disponible es limitada. Aunque existen diferencias de un país a otro, la información disponible indica que las muertes relacionadas con el consumo de drogas empezaron a aumentar de forma clara entre principios y mediados de la década de 1990. Esta idea también se ve apoyada por el aumento del porcentaje de víctimas menores de 25 años que se produjo entre mediados de la década de 1990 y el período de 1999-2000 en la mayoría de países que han facilitado información ⁽¹⁵⁷⁾. En los nuevos Estados miembros que han facilitado datos, el número de víctimas menores de 25 años aumentó bastante más que el total desde 1996 hasta hace muy poco (gráfico 21), lo que refuerza la tesis de una epidemia más reciente. Desde 2000, el número de muertes por consumo de sustancias ilegales se ha estabilizado o ha disminuido en Bulgaria, la República Checa ⁽¹⁵⁸⁾, Letonia (en 2003) y Hungría. En general, en los últimos años parece haberse producido cierto grado de estabilización, aunque esta conclusión debe tomarse con precaución, ya que la calidad y la cobertura de la información todavía son limitadas en muchos países. El probable aumento del consumo de heroína que tuvo lugar durante la década de 1990 en muchos de los nuevos Estados miembros podría haberse visto compensado por el aumento de los servicios de tratamiento en los últimos años, o por otros factores, pero es difícil predecir las tendencias futuras (gráfico 21).

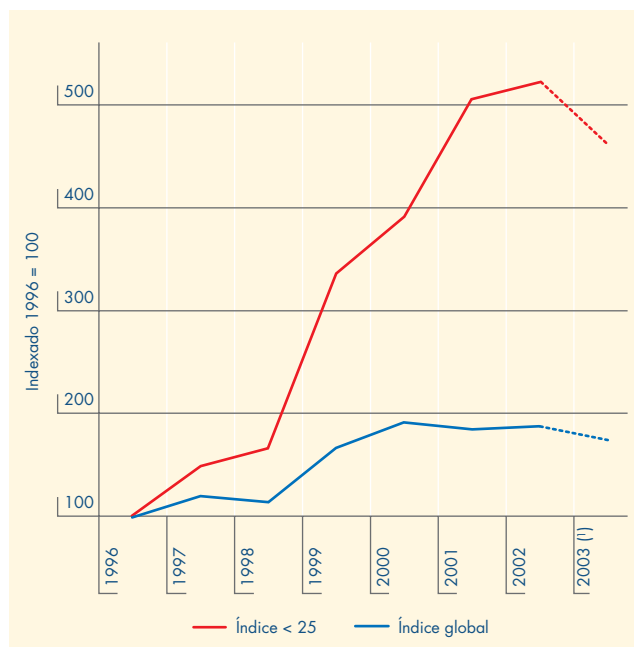
Cabe concluir que, a pesar de las tendencias positivas registradas desde 2000 hasta 2002, posiblemente gracias a factores como el abandono del consumo por vía parenteral entre los consumidores de opiáceos de varios países y una mayor disponibilidad de tratamiento, así como a la posible estabilización o descenso del número de consumidores de opiáceos, las cifras actuales siguen siendo elevadas desde una perspectiva a largo plazo, y existen indicios de que esta mejora podría frenarse.

Mortalidad general entre consumidores de opiáceos

La mortalidad general de los consumidores de opiáceos es hasta veinte veces o más elevada que la de la población general de la misma edad. Esta elevada mortalidad es particularmente alta entre los que se inyectan. A pesar de la baja prevalencia de la adicción a los opiáceos, ésta tiene un impacto significativo sobre la mortalidad de los adultos jóvenes en Europa (Bargagli *et al.*, 2004).

Las causas de mortalidad entre los consumidores de opiáceos no sólo incluyen la sobredosis, sino también el sida y otras enfermedades infecciosas, así como causas externas de muerte (accidentes, violencia, suicidios, etc.). La principal causa de muerte entre cohortes con una baja

Gráfico 21. Tendencia global de las muertes por intoxicación aguda con drogas en los nuevos Estados miembros y países candidatos, y tendencia del porcentaje de víctimas menores de 25 años de edad (1996-2003)



(*) La cifra para 2003 es provisional.
 N.B.: Los países que se incluyen son la República Checa, Estonia, Letonia, Lituania, Hungría, Malta, Eslovenia y Bulgaria.
 Índice: 1996 = 100. En el cuadro DRD-2 (parte ii) del boletín estadístico de 2005 se presentan los números de casos por país y por año. Es importante recordar que el índice se ha calculado utilizando datos procedentes de un número limitado de países. Téngase también en cuenta que la República Checa y Estonia representan un porcentaje importante de víctimas menores de 25 años.
 No se dispone de datos de Estonia para 1996 y 2003, de Hungría para 2002 ni de la República Checa para el período 1996 a 2000. El método de cómputo se detalla en el OEDT (2001).
 Fuentes: Informes nacionales de la red Reitox (2004) tomados de los registros de mortalidad general o de registros especiales (forenses o policiales), basados en definiciones nacionales tal como se presentan en el cuadro DRD-6 del boletín estadístico de 2005.

prevalencia de infección por VIH es la sobredosis. Las muertes por sida han disminuido de forma notable en los últimos años, incluso entre cohortes con una elevada prevalencia de infección por VIH, debido a la mayor disponibilidad del tratamiento HAART a partir de 1995 (véanse anteriormente las cifras totales de Europa) ⁽¹⁵⁹⁾.

A medida que envejecen los consumidores de opiáceos, la mortalidad aumenta de forma progresiva debido a que las muertes provocadas por estados crónicos (como la cirrosis, el cáncer, las enfermedades respiratorias, la endocarditis o el sida) se suman a las muertes por sobredosis y por causas externas como el suicidio y la violencia (informe nacional neerlandés).

Además, las condiciones de vida y otros factores distintos al consumo de droga *per se* (falta de hogar, enfermedad

⁽¹⁵⁷⁾ Véase el gráfico DRD-9 del boletín estadístico de 2005.

⁽¹⁵⁸⁾ Solamente se consideran los casos sujetos a la «Selección D» del OEDT, que incluye drogas ilegales. La definición nacional incluye muchos casos debidos a medicamentos psicoactivos (75 %).

⁽¹⁵⁹⁾ Mortalidad entre los consumidores de drogas en la UE: coordinación de la realización de nuevos estudios de cohorte, seguimiento y análisis de cohortes existentes y desarrollo de nuevos métodos y resultados. Informe del OEDT CT.00.EP.13, 2002 (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1419>).

mental, violencia, malnutrición, etc.) pueden contribuir de forma importante a la elevada mortalidad entre los consumidores de drogas. Los estudios han demostrado que la mortalidad entre pacientes psiquiátricos es cuatro veces superior a la de la población general (Korkeila, 2000) y que la mortalidad entre la gente sin hogar es también tres o cuatro veces más alta que la de la población general (Hwang, 2001).

Reducción de las muertes relacionadas con las drogas

Políticas de respuesta

El objetivo de la política europea del período 2000-2004 de lograr una reducción importante de las muertes relacionadas con las drogas encontró una considerable aceptación entre los Estados miembros. Ocho de los Quince (Alemania, Grecia, España, Irlanda, Luxemburgo, Portugal, Finlandia y Reino Unido) más otros cuatro nuevos países de la UE (Chipre, Letonia, Lituania y Polonia) han incluido la reducción de estas muertes en sus documentos estratégicos nacionales ⁽¹⁶⁰⁾. No obstante, que varios de los nuevos Estados miembros todavía no dispongan de información fiable sobre el número de muertes relacionadas con las drogas es un obstáculo importante para establecer una política de respuesta adecuada.

La nueva estrategia de la UE en materia de drogas (2005-2012) da prioridad a la mejora del acceso a una serie de servicios que pueden reducir la morbilidad y la mortalidad asociadas a las drogodependencias, y el número de muertes relacionadas con las drogas ha sido escogido como uno de los principales indicadores de avance en el cumplimiento de este objetivo en el primer plan de acción cuatrienal (2005-2008) ⁽¹⁶¹⁾.

Intervenciones

Una de las intervenciones principales por su impacto sobre las muertes relacionadas con el consumo de drogas es la prestación adecuada de tratamiento, sobre todo de sustitución (OMS, 1998; ACMD, 2000; Brugal *et al.*, 2005). Durante la década de 1980, y todavía más en la siguiente, el tratamiento de sustitución se expandió rápidamente por Europa, sobre todo en los Estados miembros de la UE con una elevada prevalencia del consumo de heroína inyectada. Hoy en día, más de medio millón de consumidores de la UE (lo que representa entre una cuarta parte y la mitad del grupo objetivo estimado de consumidores de heroína) participan en programas de tratamiento de sustitución.

En los países donde más de la mitad de la población drogodependiente recibe tratamiento de sustitución, es probable que se reduzcan los niveles de consumo de

droga inyectada y los comportamientos de riesgo asociados, con el consiguiente descenso de las muertes por sobredosis.

En 2003, el Consejo de la Unión Europea recomendó a los Estados miembros de la UE una serie de medidas dirigidas a reducir el número de muertes relacionadas con las drogas ⁽¹⁶²⁾. Además de facilitar tratamiento para la adicción a las drogas, estas medidas incluyen la mejora educativa y la difusión de información sobre el riesgo de sobredosis —y cómo encararlo— entre los consumidores de drogas y sus amigos y familias; y estrategias proactivas para llegar a los consumidores que han perdido el contacto, mediante servicios prestados a través del trabajo de calle y servicios de atención a las drogodependencias atractivos y de fácil acceso. El nivel de aplicación de la recomendación y sus efectos son objeto de una minuciosa evaluación por parte de la Comisión, cuyo informe se espera en 2006.

El perfil demográfico de las víctimas de sobredosis muestra que los consumidores de heroína de mayor edad que no reciben tratamiento son los que presentan un mayor riesgo de muerte por sobredosis. Una medida específica eficaz para llegar a este grupo prioritario es la puesta en marcha de instalaciones que permitan un consumo supervisado ⁽¹⁶³⁾. Estos servicios funcionan actualmente en quince ciudades alemanas y en quince ciudades neerlandesas, y también en Madrid, Barcelona y Bilbao (España) y Oslo (Noruega).

Tratamiento para el consumo de opiáceos

En términos generales, las opciones disponibles para el tratamiento del consumo problemático de opiáceos pueden dividirse en tres categorías: tratamiento con asistencia médica, tratamiento sin drogas y tratamiento de privación (este último no se analiza en este informe). Sin embargo, solucionar los problemas de dependencia y de privación es tan sólo uno de los aspectos del correcto tratamiento de los problemas de consumo de opiáceos. Ayudar a que el individuo se reintegre en la sociedad, es decir, a que encuentre trabajo y un alojamiento estable, y que desarrolle las capacidades sociales y la fortaleza de ánimo necesarias para evitar la recaída, probablemente sean factores igual de importantes para asegurar un resultado positivo a largo plazo. Numerosos estudios demuestran que las personas que tienen problemas de consumo de opiáceos suelen realizar varios intentos de someterse a tratamiento y que los objetivos terapéuticos, sobre todo la abstinencia, pueden no alcanzarse en el primer contacto de la persona con el tratamiento, pero sí mediante repetidas intervenciones terapéuticas.

⁽¹⁶⁰⁾ Véase el cuadro resumen: «Estrategias y medidas concretas para reducir las muertes relacionadas con las drogas» (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1333>).

⁽¹⁶¹⁾ Véase la Estrategia europea en materia de lucha contra la droga (2005-2012) (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=6790>).

⁽¹⁶²⁾ <http://eldd.emcdda.eu.int/?nnodeid=5173&pluginMethod=eldd.showlegaltxtdetail&id=2603&lang=en&T=2>

⁽¹⁶³⁾ Informe europeo sobre salas de venopunción (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1327>).

Cuadro 3. Sustancias utilizadas en el tratamiento con asistencia médica en Europa (incluidos los tratamientos de prueba)

País	Metadona	Buprenorfina	Dihidrocodeína	Morfina de liberación lenta	Heroína	Naltrexona/ Naloxona	Clonidina
Bélgica	X	X	X			X	X
República Checa	X	X					
Dinamarca	X	X					
Alemania	X	X	X		X	X	
Estonia	X	X					
Grecia	X	X				X	
España	X	X			X		
Francia	X	X		X			
Irlanda	X						
Italia	X	X				X	X
Chipre							
Letonia	X						
Lituania	X	X				X	
Luxemburgo	X	X		X			
Hungría	X						
Malta	X		X			X	X
Países Bajos	X	X			X	X	X
Austria	X	X	X	X			
Polonia	X						
Portugal	X	X				X	X
Eslovenia	X						
Finlandia	X	X					
Suecia	X	X					
Reino Unido	X	X	X		X	X	X
Bulgaria	X			X			
Rumanía	X						
Noruega	X	X					

N.B.: No se dispone de información relativa a Eslovaquia o Turquía.

Fuente: Cuadro normalizado sobre disponibilidad de tratamiento relacionado con las drogas.

Tratamiento con asistencia médica

El tratamiento con asistencia médica (TAM) incluye tanto el tratamiento de sustitución con agonistas (metadona, buprenorfina, dihidrocodeína, heroína, morfina de liberación lenta) como el tratamiento, aunque mucho menos utilizado, con antagonistas (por ejemplo, naltrexona).

La metadona está disponible en casi todos los Estados miembros (véase el cuadro 3) y continúa siendo el tratamiento de sustitución más prescrito en Europa. No obstante, en los últimos años se han ampliado las posibilidades de tratamiento. La buprenorfina puede conseguirse ya en dieciocho de los veintiséis países que

han facilitado información. Los tratamientos con otros agonistas, al igual que los tratamientos con antagonistas (naltrexona, naloxona o clonidina), son menos utilizados en la UE. Actualmente se lleva a cabo en Bélgica un estudio sobre la introducción de recetas de heroína controladas, y Austria ha recibido un dictamen de expertos sobre el tratamiento asistido con heroína para adictos crónicos a los opiáceos, basado en los resultados de programas internacionales ya existentes.

Las últimas cifras revelan que, en 2003, más de 450 000 pacientes se sometieron a tratamientos de sustitución en unidades especializadas de la UE (cuadro 4), más del 90 % de los cuales recibían metadona. A estos hay

Cuadro 4. Estimaciones de número de pacientes en tratamiento de sustitución en Europa en 2003

País	Pacientes en tratamiento con metadona en unidades especializadas	Pacientes en tratamiento con buprenorfina en unidades especializadas	Total de pacientes en tratamiento de sustitución en unidades especializadas
Bélgica	1 922	48	1 970
República Checa	368	204	572
Dinamarca	4 971	484	5 455
Alemania	65 000	9 000	74 000
Estonia	60	13	73
Grecia	2 018	275	2 293
España	88 678	36	88 714
Francia	15 000	13 000	28 000
Irlanda (¹)	5 561	0	5 561
Italia	79 065	7 113	86 178
Chipre	0	0	0
Letonia	67	0	67
Lituania	332	n.d.	332
Luxemburgo	133	10	143
Hungría	750	0	750
Malta	698	0	698
Países Bajos	12 000	n.d.	12 000
Austria (²)	1 796	1 667	6 413 (³)
Polonia	865	0	865
Portugal	9 765	2 743	12 508
Eslovenia	1 909	0	1 909
Finlandia	170	430	600
Suecia	800	1 300	2 100
Reino Unido	128 000	n.d.	128 000
Bulgaria	380	0	380
Rumanía	400	0	400
Noruega	1 947	484	2 431
Total (⁴)	422 655	36 807	462 412 (⁴)

n.d. = Datos no disponibles.

(¹) Se trata del número de casos, más que de los individuos tratados durante el año.

(²) En Austria, alrededor del 46 % de los pacientes recibe un tratamiento de sustitución distinto de la metadona o la buprenorfina, que se han añadido para obtener el total correcto. El desglose proporcional está basado en los primeros tratamientos.

(³) Al calcular los totales, al concepto «información no disponible» se le dado un valor de 0, y por ello las cifras presentadas son valores mínimos.

(⁴) El total global más elevado es imputable a la inclusión de 2 950 pacientes que están en tratamiento de sustitución con drogas distintas a la metadona y la buprenorfina en Austria (mayoritariamente morfina de liberación lenta).

N.B.: No se dispone de información relativa a Eslovaquia o Turquía.

Fuente: Cuadro normalizado sobre disponibilidad de tratamiento relacionado con las drogas.

que sumar los pacientes que recibían otros tipos de tratamiento de sustitución (como dihidrocodeína, morfina o heroína de liberación lenta) y los que recibían tratamientos de sustitución en entornos como la consulta del médico de cabecera. Lamentablemente, muchos Estados miembros no disponen en la actualidad de datos fiables sobre estos aspectos de los tratamientos de sustitución, por lo que no es posible determinar cifras globales para el conjunto de la UE.

Sin embargo, algunos países disponen de datos o cálculos fiables sobre el número de pacientes que reciben tratamiento de sustitución por parte de los servicios médicos de atención primaria, añadiendo así información importante a las estimaciones generales de pacientes que están bajo este tipo de tratamiento en la UE. El número de pacientes que recibió tratamiento con metadona a través de los servicios médicos de atención primaria en 2003 fue

de 8 500 en Francia, 2 682 en Irlanda, 851 en Luxemburgo y 930 en los Países Bajos. Además, en la República Checa y Francia recibieron tratamiento con buprenorfina, a través de su médico de atención primaria, 1 200 y 70 000 pacientes respectivamente. Se calcula que en estos cinco países, 81 743 pacientes se sometieron a tratamiento de sustitución en la consulta de su médico de cabecera. Si tenemos en cuenta que hay más de 450 000 pacientes recibiendo tratamiento de sustitución en unidades especializadas, el número total de pacientes que recibe tratamiento de sustitución supera la cota del medio millón, hasta los 530 000 aproximadamente. Una vez más, dado que la información es incompleta, esta cifra de 530 000 pacientes representa una estimación mínima del número de consumidores de droga en tratamiento de sustitución.

El nivel de disponibilidad de los tratamientos de sustitución presenta notables diferencias entre los Quince y los nuevos Estados miembros y países candidatos. Aunque constituyen más del 20 % de la población total, los nuevos Estados miembros y los países candidatos sólo representan el 1,3 % de los pacientes sometidos a tratamiento de sustitución (sin contar Turquía, que no dispone de datos referentes a este tipo de tratamientos). Sólo dos de los nuevos Estados miembros —la República Checa y Eslovenia— disponen de estimaciones de prevalencia del consumo problemático de drogas, y en ambos países el tratamiento de sustitución sólo está a disposición de un pequeño porcentaje de drogodependientes (16 % y 26 % respectivamente), inferior a la media de los Quince (35 %). A pesar de la falta de estimaciones de prevalencia de las drogodependencias en otros nuevos Estados miembros y países candidatos, el nivel de tratamiento de sustitución es muy inferior al de los Quince. Si se tiene en cuenta el elevado riesgo de propagación de enfermedades infecciosas en algunos países y el papel preventivo que el TAM puede desempeñar para limitarlo (véase, por ejemplo, ONUDD, 2002), la situación resulta preocupante.

En los últimos años han aparecido dos tendencias distintas en los tratamientos con asistencia médica. La primera es continuar la tendencia a aumentar la disponibilidad de estos tratamientos, aunque el incremento es cada vez menos pronunciado. Además, se ha producido una diversificación de las sustancias y, por ejemplo, el número de países que declaran utilizar buprenorfina fue de 14 en 2003, frente a los 6 de 1999/2000.

Una tercera tendencia, aunque menos clara, es aumentar la participación de los médicos de cabecera en la dispensación de este tipo de tratamientos. Los médicos de cabecera sólo participaban en tres de los quince Estados miembros (Bélgica, Francia, Reino Unido) en 2000/2001 (Solberg *et al.*, 2002), pero actualmente lo hacen en diez de los quince Estados miembros de la UE (Bélgica,

Alemania, Francia, Irlanda, Italia, Luxemburgo, Países Bajos, Austria, Suecia y Reino Unido) y en tres de los nuevos Estados miembros (República Checa, Malta y Eslovenia).

Tratamiento sin drogas

El tratamiento sin drogas implica la aplicación de técnicas psicosociales y educativas para lograr la abstinencia de las drogas a largo plazo. Tradicionalmente, el tratamiento sin drogas ha sido residencial y a largo plazo, por ejemplo en comunidades terapéuticas. Actualmente, también suele ofrecerse en el ámbito de la comunidad propia.

A diferencia del tratamiento con asistencia médica, para el cual existen registros nacionales centralizados en muchos de los Estados miembros, los registros del tratamiento sin droga son raros, y apenas se dispone de datos fiables, claros y cuantitativos sobre este método. Aunque no es posible realizar una comparación exacta con el TAM, los informes de los Estados miembros indican que esta es la principal forma de tratamiento para los consumidores de opiáceos en la mayoría de Estados miembros de la UE y en el conjunto de la UE. No obstante, algunos países registran una preferencia general por el tratamiento sin droga frente al tratamiento con asistencia médica (Estonia, Chipre, Lituania, Polonia y Finlandia). Los niveles de ambos tipos de tratamiento parecen ser similares en algunos países, especialmente en Grecia, España y Noruega.

Nuevos avances en el aseguramiento de la calidad

Varios países (Alemania, Austria y Portugal) han publicado manuales para el personal médico que participa en el tratamiento de las drogodependencias. Los esfuerzos realizados en el marco de la estrategia antidroga del Gobierno británico demuestran que, si se invierte en presupuesto, organización, seguimiento y personal, pueden reducirse las listas de espera y aumentar el número de drogodependientes que obtienen y siguen un tratamiento. En Inglaterra, en el período 2003-2004, estuvieron en contacto con los servicios de tratamiento antidroga un 41 % más de drogodependientes que en 1998-1999, y los tiempos de espera se han reducido en dos tercios desde 2001. En 2003-2004, el 72 % de los pacientes había completado con éxito un tratamiento estructurado o permanecía en tratamiento, frente al 57 % de 2002-2003 (NTA, 2004).

El entorno donde se aplica el tratamiento sin droga varía de forma considerable. En un grupo de países (Alemania, Grecia, España, Francia, Chipre, Luxemburgo, Países Bajos, Polonia, Eslovenia y Reino Unido), el tratamiento sin droga del consumo problemático de opiáceos se realiza sobre todo en entornos ambulatorios, mientras que otro grupo más pequeño de países (Irlanda, Italia y

Austria) lo realiza en un entorno hospitalario, y en un tercer grupo (Suecia y Noruega) no se observa un predominio claro.

Reintegración social

La reintegración social se define como «cualquier intervención social cuyo objetivo sea integrar en la comunidad a los antiguos y actuales drogodependientes». Los tres «pilares» de la reintegración social son: el alojamiento, la educación y el empleo (incluida la formación profesional). También pueden utilizarse otras medidas, como el asesoramiento y las actividades de ocio.

La reintegración social es una respuesta al problema de las drogas que no está tan extendida como el tratamiento y, por consiguiente, el control y la información en este campo son más desiguales. Algunos países realizan evaluaciones cualitativas de sus esfuerzos en el ámbito de la reintegración social, aunque ninguno presenta una buena cobertura. Todos los países que han facilitado información (Estonia, Irlanda, Malta, Países Bajos, Rumanía, Suecia y Noruega) señalan deficiencias en sus servicios o programas de reintegración social. La excepción a esta regla es Grecia, donde existe un abanico relativamente amplio de programas de reintegración social y datos fiables del número de pacientes al que llegan.

Incautaciones e información sobre el mercado ⁽¹⁶⁴⁾

Producción, tráfico e incautación de opiáceos

Afganistán es, con diferencia, el líder mundial del suministro de opio ilegal, sobre todo porque la superficie de cultivo volvió a aumentar en 2004. Se calcula que la producción mundial de opio ilegal ascendió en 2004 a unas 4 850 toneladas (4 766 toneladas en 2003), el 87 % procedentes de Afganistán y el 8 % de Myanmar. La producción mundial de opio ha permanecido estable durante los últimos cinco años, salvo en 2001, cuando la prohibición del cultivo de adormidera dictada por el régimen talibán de Afganistán se tradujo en un descenso espectacular, pero temporal. Se calcula que el potencial de fabricación mundial de heroína era de 485 toneladas en 2004 (477 toneladas en 2003) (CND, 2005).

La heroína que se consume en la UE se produce principalmente (y cada vez más) en Afganistán o a lo largo de las rutas de tráfico de opio, sobre todo en Turquía (ONUDD, 2003a; JIFE, 2005), y entra en Europa

por dos rutas principales. La ruta de los Balcanes, de importancia histórica, sigue desempeñando un papel vital en el contrabando de heroína. Tras atravesar Pakistán, Irán y Turquía, la ruta se divide en dos tramos: al sur por Grecia, la Antigua República Yugoslava de Macedonia, Albania, parte de Italia, Serbia y Montenegro, y Bosnia y Herzegovina; y al norte por Bulgaria, Rumanía, Hungría y Austria. La JIFE (2005) señala que, en 2003, el tramo norte de la ruta de los Balcanes pasó a ser la ruta predominante para el tráfico de heroína. Desde mediados de la década de 1990 ha aumentado el contrabando de heroína hacia Europa a través de la «ruta de la seda» por Asia Central, el Mar Caspio y Rusia, Belarús o Ucrania (informes nacionales de la red Reitox, 2004; ONUDD, 2003; CND, 2005; JIFE, 2005). Aunque estas rutas son las más importantes, varios países de África Oriental, de África Occidental y de América se incautaron en 2003 de heroína destinada a Europa (CND, 2005; JIFE, 2005).

Además de la heroína importada, en la UE se producen otros opiáceos. Esta producción se limita principalmente a productos caseros elaborados con adormidera (por ejemplo, paja de adormidera, concentrado de tallos o cabezas de adormidera molidos) en varios países del este de la UE, como Estonia, Letonia y Lituania (informes nacionales de la red Reitox, 2004). En particular, este tipo de productos parecen haber vuelto a adquirir popularidad en Estonia en 2003.

En términos de volumen, Asia (56 %) y Europa (34 %) continuaron siendo las zonas del mundo donde se incautó más heroína en 2003. La cuota europea va en aumento, sobre todo debido al incremento de las incautaciones de heroína en los países de Europa del Este y la Europa sudoriental (CND, 2005). Desde 1998, el país de la UE con mayor número de incautaciones y mayor cantidad de heroína incautada es el Reino Unido, seguido de España por número de incautaciones y de Italia por cantidades interceptadas ⁽¹⁶⁵⁾. En 2002, el Reino Unido fue el responsable del 30 % de las incautaciones de heroína y de la cantidad total de heroína aprehendida en la UE.

Las cantidades de heroína incautadas ⁽¹⁶⁶⁾ en la UE han ido por lo general en aumento a lo largo de los últimos cinco años, con una fase de estabilización en 2000-2002, mientras que el número de incautaciones ha ido disminuyendo durante el mismo período. Tomando como referencia las tendencias de los países que han facilitado datos, tanto el número de incautaciones como las cantidades de heroína interceptadas en la UE parecen haber disminuido en 2003 ⁽¹⁶⁷⁾.

⁽¹⁶⁴⁾ Véase «Interpretación de las incautaciones y datos sobre el mercado», p. 42.

⁽¹⁶⁵⁾ Si bien este dato deberá cotejarse con la información correspondiente a 2003, cuando se disponga de ella. Faltan los datos relativos al número de incautaciones de heroína realizadas en Italia, Chipre, los Países Bajos y Rumanía en 2003; asimismo, faltan los datos relativos al número de incautaciones y cantidades de heroína aprehendidas en Irlanda y el Reino Unido en 2003.

⁽¹⁶⁶⁾ Véase el cuadro SZR-4 (parte i) del boletín estadístico de 2005.

⁽¹⁶⁷⁾ Véase el cuadro SZR-3 (parte i) del boletín estadístico de 2005.

Estonia volvió a efectuar incautaciones de fentanilo y metilfentanilo (opiáceos sintéticos hasta 100 veces más potentes que la heroína) en 2003. Letonia también realizó su primera incautación de 3-metilfentanilo en 2003. Austria realizó su primera incautación de fentanilo en enero de 2004. En Estonia, la baja calidad de la heroína disponible en el mercado local se ha visto compensada desde 2002 por la introducción de estos dos opiáceos sintéticos, denominados «china blanca», «persa blanca» o «heroína sintética» (informes nacionales de la red Reitox, 2004).

Aunque el OEDT no recoge de forma sistemática datos sobre las incautaciones de benzodiazepinas —utilizadas normalmente como sucedáneos por los consumidores de heroína—, España, Lituania, Suecia y Noruega han declarado haber llevado a cabo este tipo de incautaciones (en particular rohipnol) en 2003.

Precio y pureza de la heroína

En Europa, la heroína se encuentra en dos formas: la más común es la heroína marrón (su forma química de base) y la menos común y más cara es la heroína blanca (una forma salina), que procede generalmente del sureste asiático. En 2003, el precio medio de la heroína marrón en el mercado negro de la UE oscilaba entre 27 (Bélgica) y 144 euros por gramo (Suecia), mientras que el precio de la heroína blanca oscilaba entre 25 (Eslovaquia) y 216 euros por gramo (Suecia) ⁽¹⁶⁸⁾. Este diferencial de precio puede ser reflejo de la pureza de la droga en venta.

En 2003, la pureza media de la heroína marrón en el mercado negro de la UE oscilaba entre el 6 % de Austria y el 40 % de Malta. Sólo algunos países han facilitado datos de pureza de la heroína blanca ⁽¹⁶⁹⁾, que oscila entre el 6 % de Finlandia y el 70 % de Noruega ⁽¹⁷⁰⁾.

Buprenorfina: tratamiento, abuso y prácticas de prescripción (publicado en el Informe anual 2005 del OEDT: cuestiones particulares)

En los últimos diez años, la buprenorfina ha aumentado su disponibilidad en Europa como alternativa a la metadona para el tratamiento de la dependencia de opiáceos. Tras su desarrollo inicial como analgésico, a finales de la década de 1970 se recomendó su uso para el tratamiento de la dependencia de opiáceos. La introducción de la buprenorfina para el tratamiento de deshabituación de opiáceos está descrita en los quince Estados miembros de la UE, así como su expansión en estos países y hacia los nuevos Estados miembros.

Se comparan la buprenorfina y la metadona en términos de eficacia y costes. Se describe la aplicación del tratamiento con buprenorfina en Europa y se efectúan comparaciones entre los Estados miembros que utilizan la buprenorfina como sustancia principal para el tratamiento de la dependencia de opiáceos y los que prestan tratamiento con asistencia médica fundamentalmente con metadona. Uno de los resultados es que alrededor del 20 % de los pacientes en tratamiento con asistencia médica en la UE reciben buprenorfina en la actualidad, aunque la mayoría de estos pacientes se encuentran en un solo país (Francia). En general, el uso de buprenorfina se ha extendido a muchos países, pero el número de

pacientes actuales todavía es limitado en la mayoría de Estados miembros.

Si observamos la buprenorfina desde la perspectiva del abuso potencial, las primeras indicaciones muestran que el abuso de buprenorfina sólo prevalece en algunos países y que es poco habitual en el resto. Existen indicios que relacionan el abuso de buprenorfina con poblaciones o grupos de edad específicos y se ha intentado identificar a distintos grupos de consumidores abusivos de buprenorfina. Aunque las muertes por consumo abusivo de buprenorfina son muy raras, se han documentado algunos casos en la literatura científica y en algunos países europeos. Las notificaciones de muertes relacionadas con el consumo abusivo de buprenorfina se comparan con las de muertes relacionadas con el consumo abusivo de metadona.

La cuestión particular extrae conclusiones sobre los méritos relativos de la buprenorfina y la metadona en el tratamiento de la dependencia de opiáceos. La buprenorfina representa una oportunidad para mejorar la disponibilidad y el acceso al tratamiento con asistencia médica.

Esta cuestión particular está disponible en forma impresa o a través de Internet únicamente en su versión inglesa («Buprenorphine: treatment, misuse and prescription practices», *EMCDDA annual report 2005: Selected issues*) (<http://issues05.emcdda.eu.int>).

⁽¹⁶⁸⁾ Véase el cuadro PPP-2 (parte i) del boletín estadístico de 2005.

⁽¹⁶⁹⁾ Véase el cuadro PPP-6 (parte i) del boletín estadístico de 2005.

⁽¹⁷⁰⁾ La muestra de Noruega es pequeña ($n = 8$).



Capítulo 7

Delitos y entornos penitenciarios

Delitos relacionados con la droga

Se consideran delitos relacionados con la droga aquellos que se cometen: bajo la influencia de las drogas, con la finalidad de financiar el consumo de drogas, en el contexto del funcionamiento de los mercados de drogas ilegales o infringiendo la legislación antidroga. En la UE sólo existen datos rutinarios de este último tipo de delitos, los que violan la legislación antidroga.

Las «notificaciones»⁽¹⁷¹⁾ de delitos contra las leyes antidroga reflejan diferencias entre las legislaciones nacionales, pero también entre las distintas formas de hacerlas cumplir y entre las prioridades y recursos que los organismos judiciales asignan para delitos concretos. Además, los sistemas de información sobre las infracciones a la legislación antidroga presentan diferencias considerables según los países, sobre todo en lo que se refiere a los procedimientos de notificación y registro, es decir, qué se registra, cuándo y cómo. Estas diferencias dificultan la comparación de los datos entre los países de la UE.

Durante el período 1998-2003, el número de «notificaciones» de infracciones a la legislación antidroga aumentó en la mayoría de los países de la UE. Los incrementos fueron especialmente notables (dos veces o más) en Estonia y Polonia. Sin embargo, el número de «notificaciones» realizadas en 2003 descendió en Bélgica, España, Italia (desde 2001), Hungría, Malta, Austria y Eslovenia (desde 2002)⁽¹⁷²⁾.

En la mayoría de los Estados miembros de la UE, la mayor parte de los delitos notificados contra la legislación antidroga están relacionados con el consumo de drogas o con la posesión para el consumo⁽¹⁷³⁾, porcentaje que varía entre el 39 % de todos los delitos en Polonia hasta el 87 % en Austria y el Reino Unido. En la República Checa y Luxemburgo, el 91 % y el 46 % —respectivamente— de los delitos notificados contra la legislación antidroga están relacionados con la venta o con el tráfico, mientras que en

Consumo de drogas y delitos: algunos datos

En una encuesta realizada en el año 2004 en la República Checa, los agentes de policía que trabajan en los cuarteles regionales calcularon que el 40 % de los robos ordinarios y el 30 % de los robos con allanamiento se habían cometido con el fin de comprar drogas. En el mismo país, los datos rutinarios sobre delitos registrados revelan que, en 2003, el 0,7 % de todos los delitos se cometieron bajo influencia de sustancias narcóticas o psicotrópicas (excepto el alcohol) (informe nacional checo).

En Finlandia, durante el período 2000-2003, el porcentaje de homicidios y atracos cometidos por delinquentes bajo la influencia de drogas ilícitas fue mucho menor que el porcentaje de los cometidos bajo la influencia del alcohol (un 6 % frente al 64 % de homicidios y un 2 % frente al 71 % de atracos) (Lehti y Kivivuori; citado en el informe nacional finlandés). Aunque la presencia de drogas en los delitos de robo parece haber aumentado en la última década, la presencia de alcohol es todavía más habitual en este tipo de delitos (en el 43 % de los delitos de robo interviene el alcohol frente al 9 % en los que intervienen drogas).

En Alemania, la cifra de «delitos compulsivos directos con fines económicos» (delitos cometidos con el objetivo de obtener drogas narcóticas o drogas sustitutivas o alternativas) descendió en 2003 a 2 568 casos, más del 70 % relacionados con la falsificación de recetas o con el robo de formularios de recetas (BKA, 2004).

En Letonia, los datos rutinarios del Ministerio de Interior revelan que el 2,8 % de los delitos detectados en 2003 (el 3,1 % en 2002) fueron cometidos por delinquentes que se encontraban bajo la influencia de sustancias narcóticas (informe nacional letón).

Italia y España —países donde el consumo de drogas y la posesión para el consumo están despenalizados— todos los delitos relacionados con las drogas son por venta o tráfico. Finalmente, en Portugal⁽¹⁷⁴⁾ y Noruega⁽¹⁷⁵⁾, el

⁽¹⁷¹⁾ El término «notificación» de infracciones a la legislación antidroga figura entrecomillado porque abarca distintos conceptos que varían según los países (los informes policiales sobre los presuntos delinquentes, los cargos por los delitos cometidos, etc.). Para conocer la definición exacta que aplica cada país, véanse las notas metodológicas sobre definiciones de las «notificaciones» de los infracciones a la legislación en materia de drogas del boletín estadístico de 2005. (Nota: El término «detención» se utilizó en los informes anuales hasta 2001.)

⁽¹⁷²⁾ Véase el cuadro DLO-1 (parte i) del boletín estadístico de 2005. Alemania, Dinamarca, Eslovaquia, Irlanda, Letonia y el Reino Unido no han facilitado datos de «notificaciones» de infracciones a la legislación antidroga en 2003.

⁽¹⁷³⁾ Véase el cuadro DLO-2 del boletín estadístico de 2005.

⁽¹⁷⁴⁾ En Portugal, el resto de infracciones a la legislación antidroga están relacionados con «la distribución o el tráfico de drogas», ya que los delitos por consumo de drogas o posesión para consumo propio se despenalizaron en julio de 2001.

⁽¹⁷⁵⁾ Noruega no distingue entre «distribución/tráfico de drogas» y «consumo/distribución y tráfico de drogas». Por consiguiente, las restantes infracciones a la legislación antidroga guardan relación con el «consumo de drogas» únicamente.

59 % de los delitos están relacionados con el consumo y el tráfico de drogas combinados. En todos los países que han facilitado información, salvo Portugal, el porcentaje de delitos cometidos contra la legislación antidroga relacionados con el consumo y posesión de drogas para su consumo aumentaron durante el quinquenio de 1998-2003 ⁽¹⁷⁶⁾. La tasa de incremento fue en general lenta, pero se observaron tendencias alcistas considerables en Bélgica, Luxemburgo y Eslovenia, y en Irlanda hasta 2001. En Portugal, el porcentaje de delitos relacionados con el consumo empezó a descender en 2000, un año antes de que se despenalizara el consumo de drogas y la posesión para su consumo, en julio de 2001 ⁽¹⁷⁷⁾. En 2003, se registraron descensos en la República Checa, Luxemburgo, Austria y Eslovenia.

En la mayoría de los Estados miembros, el cannabis continúa siendo la droga ilegal implicada con mayor frecuencia en las infracciones a la legislación antidroga ⁽¹⁷⁸⁾. En los países aplicables, los delitos relacionados con el cannabis cometidos en 2003 representan el 39 % (Italia) y el 87 % (Francia) de todas las infracciones a la legislación antidroga. En los Países Bajos predominan (58 %) los delitos relacionados con las «drogas duras» ⁽¹⁷⁹⁾, mientras que en la República Checa la mayoría de infracciones de la legislación antidroga están relacionadas con las anfetaminas (48 %). La proporción relativa de infracciones de la legislación antidroga relacionadas con cualquier droga concreta depende de varios factores, como las prioridades operativas de las autoridades policiales o las decisiones estratégicas expresas o implícitas para abordar de forma diferenciada distintos tipos de delitos por drogas.

Desde 1998, el porcentaje de delitos relacionados con las drogas que incluyen cannabis ⁽¹⁸⁰⁾ ha ido en aumento en Alemania, España, Francia, Irlanda, Lituania, Luxemburgo, Malta y Portugal; ha permanecido en general estable en Bélgica, la República Checa, los Países Bajos, Eslovenia, Suecia y el Reino Unido; y ha descendido en Italia y Austria ⁽¹⁸¹⁾.

Durante el mismo período, el porcentaje de delitos relacionados con la heroína descendió en todos los países de la UE que han facilitado datos, excepto Austria y el Reino Unido, donde aumentó ⁽¹⁸²⁾. Por el contrario, los

delitos relacionados con la cocaína han aumentado en proporción a todos los delitos relacionados con las drogas desde 1998, en todos los países que han facilitado datos excepto Alemania, que registran tendencias a la baja ⁽¹⁸³⁾.

Los consumidores de drogas y el sistema penitenciario

Los consumidores en las prisiones

La información nacional rutinaria sobre el tipo y las pautas de consumo de drogas entre los presos es escasa y desigual. Muchos de los datos disponibles en la UE provienen de estudios específicos basados en muestras de tamaño variable, cuyos resultados (y tendencias) son muy difíciles de extrapolar.

Los consumidores de drogas están sobrerrepresentados en la población de las prisiones, si se compara con la población en general. En la mayoría de estudios realizados en la UE, la prevalencia de vida del consumo de drogas en la población encarcelada es superior al 50 %; sin embargo, presenta grandes variaciones entre prisiones, centros de detención y países (del 22 % al 86 %) ⁽¹⁸⁴⁾. En la UE, la prevalencia del consumo regular o de la dependencia previa al ingreso en prisión oscila entre el 8 % y el 73 % ⁽¹⁸⁵⁾.

La mayoría de los consumidores de drogas suspende o reduce su consumo cuando ingresa en prisión. No obstante, muchos reclusos continúan el consumo tras la encarcelación y algunos empiezan a consumirlas (o a inyectárselas) en prisión. Los estudios disponibles revelan que entre el 8 % y el 60 % de los presos declara haber consumido drogas en prisión, y entre el 10 % y el 42 % se consideran consumidores regulares ⁽¹⁸⁶⁾.

Entre el 15 % y el 50 % de los presos afirma haber consumido drogas por vía parenteral en algún momento de su vida; no obstante, en algunos estudios aparecen porcentajes de tan sólo el 1 % o de hasta el 69 %. Cuando existen datos comparables (Austria 1999, Inglaterra y Gales 1997-1998), se observa que los delincuentes jóvenes son menos proclives que los adultos a consumir drogas por vía parenteral y, entre la población

⁽¹⁷⁶⁾ Véase el cuadro DLO-4 del boletín estadístico de 2005.

⁽¹⁷⁷⁾ La Ley de despenalización del consumo y posesión de drogas para consumo personal fue aprobada en noviembre de 2000 y entró en vigor en julio de 2001.

⁽¹⁷⁸⁾ Véase el cuadro DLO-3 del boletín estadístico de 2005.

⁽¹⁷⁹⁾ En los Países Bajos, se consideran «drogas duras» aquellas que suponen un riesgo inaceptable para la salud pública, como la heroína, la cocaína, el éxtasis y el LSD.

⁽¹⁸⁰⁾ Los siguientes países han realizado desgloses por clases de drogas o delitos relacionados con éstas en el tiempo: Bélgica, República Checa, Alemania, España, Francia, Irlanda, Italia, Lituania, Luxemburgo, Hungría, Malta, Países Bajos (sólo «drogas blandas»/cannabis y «drogas duras»), Austria, Portugal, Eslovenia, Suecia y Reino Unido.

⁽¹⁸¹⁾ Véase el cuadro DLO-5 del boletín estadístico de 2005.

⁽¹⁸²⁾ Véase el cuadro DLO-6 del boletín estadístico de 2005.

⁽¹⁸³⁾ Véase el cuadro DLO-7 del boletín estadístico de 2005.

⁽¹⁸⁴⁾ Véase el cuadro DUP-1 del boletín estadístico de 2005.

⁽¹⁸⁵⁾ Véase el cuadro DUP-5 (anexo) del boletín estadístico de 2005.

⁽¹⁸⁶⁾ Véase el cuadro DUP-3 del boletín estadístico de 2005.

reclusa, las mujeres lo son más que los hombres ⁽¹⁸⁷⁾. Basándose en varios estudios realizados en la UE, Bird y Rotily (2002) han demostrado que aproximadamente una tercera parte de los presos adultos de sexo masculino consumen drogas por vía parenteral. Según los datos ofrecidos por los puntos focales Reitox, entre el 0,2 % y el 34 % de la población penitenciaria ⁽¹⁸⁸⁾ ha consumido drogas por vía parenteral durante su estancia en prisión. Todo esto lleva a plantearse cuestiones como el acceso a materiales de inyección estériles o el fomento de prácticas higiénicas entre la población penitenciaria, así como la posible propagación de enfermedades infecciosas.

Asistencia y tratamiento a los consumidores de drogas en las prisiones

En todos los Estados miembros y países candidatos existen sistemas de algún tipo para asegurar que los consumidores de drogas en prisión dispongan de asistencia, aunque la variedad de servicios y su disponibilidad presentan diferencias considerables. Una tendencia notable es el mayor reconocimiento de que los reclusos tienen los mismos derechos que el resto de la población en lo referente a la atención sanitaria, incluyendo la asistencia y el tratamiento para los drogodependientes (Oficina regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud, 2002; informes nacionales irlandés, lituano y finlandés). Entre los servicios a los que han de tener acceso los reclusos se encuentran las estrategias de prevención, incluyendo programas de tratamiento sin drogas, tratamientos de desintoxicación, tratamientos con metadona y otras sustancias, asesoramiento y educación.

Sin embargo, los países señalan algunos problemas para facilitar una asistencia adecuada. Por ejemplo, en Estonia los servicios son precarios; en Letonia no existen servicios específicos para drogodependientes; Polonia tiene largas listas de espera para recibir tratamiento; en Suecia las prisiones están saturadas y las dotaciones de personal son insuficientes; y Rumanía necesita legislación adecuada. En Chipre, aunque no existe un programa de apoyo integrado para los consumidores de drogas encarcelados, se han tomado algunas medidas preventivas.

La educación y las actividades de formación representan estrategias de prevención general. En la mayoría de países de la UE y países candidatos, estas actividades se realizan tanto para los consumidores en prisión como para el personal de prisiones. Entre los países que declaran realizar este tipo de actividades están Estonia, España, Chipre, Hungría, Rumanía y Eslovenia (informes nacionales de la red Reitox).

Otro elemento de prevención es la creación de unidades sin droga en las prisiones. La participación es voluntaria, por lo general después de que los presos consumidores hayan firmado una declaración de aceptación de ciertas

condiciones, como, por ejemplo, un análisis periódico de orina. Este tipo de unidades existen en todos los países de la Europa de los Quince. En la mayoría de los «nuevos» Estados miembros se han creado unidades sin droga. La evaluación de la zona sin droga de una prisión austríaca demostró que, a su salida de prisión, los reclusos ocupantes de esa zona reincidían con menos frecuencia que los que salían de las unidades normales de la prisión (el 35 % frente al 62 %).

La modalidad de tratamiento más común en las prisiones es el tratamiento sin droga, que existe en todos los Estados miembros (salvo Chipre y Letonia), aunque su disponibilidad varía. En muchos países —como Bélgica, la República Checa, Grecia, Luxemburgo y el Reino Unido—, los centros de tratamiento de la comunidad prestan apoyo y tratamiento, así como atención posterior.

En la mayoría de países, los tratamientos de mantenimiento con sustancias de sustitución no tienen la misma disponibilidad en el interior de las prisiones que fuera de ellas. El tratamiento de mantenimiento sólo está extendido en España, y es administrado al 18 % de todos los presos, o al 82 % de los drogodependientes que permanecen en prisión. Luxemburgo también dispone de una amplia cobertura. Entre los países que registran aumentos considerables en la disponibilidad de tratamientos con asistencia médica están Francia —principalmente con buprenorfina— e Irlanda (informes nacionales de la red Reitox). En los Países Bajos, el tratamiento con asistencia médica sólo se ofrece a los presos con poca condena que consumían metadona antes de su encarcelamiento, mientras que, en Polonia, el primer programa de tratamiento con metadona con catorce pacientes se introdujo en situación de libertad bajo fianza.

Nuevos avances en la lucha contra el contagio de enfermedades infecciosas en las prisiones

En 2003, Estonia mejoró su situación con respecto a la prevención de la propagación del VIH. El número de análisis primarios de VIH aumentó en 2,6 veces en comparación con 2002, aunque el número de pruebas positivas sólo registró un discreto incremento. Los servicios de asesoramiento antes y después de las pruebas también mejoraron en cuanto a cantidad y calidad. En Rumanía se han desarrollado programas dirigidos a prevenir la propagación del VIH/sida en las cárceles y entre los presos, en cooperación con algunas organizaciones no gubernamentales internacionales.

España es el único país que aplica de forma sistemática los programas de intercambio de agujas y jeringuillas en las prisiones. En 2003, se distribuyeron 18 260 jeringuillas a través de estos programas. No está prevista la aplicación de programas similares en otros Estados miembros y países candidatos.

⁽¹⁸⁷⁾ Véase el cuadro DUP-2 del boletín estadístico de 2005.

⁽¹⁸⁸⁾ Véase el cuadro DUP-4 del boletín estadístico de 2005.

Alternativas a la privación de libertad dirigidas a los delincuentes consumidores de drogas en la UE (publicado en el Informe anual 2005 del OEDT: cuestiones particulares)

La cárcel es un ambiente especialmente perjudicial para los consumidores de drogas problemáticos, y existe un amplio consenso político sobre el principio del tratamiento como alternativa a las penas de privación de libertad. Las alternativas al encarcelamiento que pueden ofrecerse a los delincuentes que consumen drogas comprenden todo un abanico de sanciones que pueden retrasar, evitar, sustituir o complementar las penas de privación de libertad para aquellos consumidores de drogas que han cometido un delito que normalmente se castiga con el ingreso en prisión por las leyes nacionales. Las cuestiones particulares se centran en las medidas que contienen un componente de tratamiento relacionado con las drogas.

Desde 1960, los acuerdos, estrategias y planes de acción de las Naciones Unidas y de la Unión Europea han reafirmado y reforzado en varias ocasiones el principio de tratamiento, educación y rehabilitación como alternativa a la condena y castigo de los delitos relacionados con las drogas. Este hecho se ha trasladado a la legislación nacional de los Estados miembros de la UE, y el sistema de justicia penal, al igual que los servicios sociales y sanitarios, se han adaptado con este fin. Los jóvenes consumidores de drogas son especialmente vulnerables al círculo vicioso de las drogas y el delito, y parece clara la determinación a evitar el encarcelamiento de los jóvenes delincuentes.

La aplicación de medidas alternativas a la privación de libertad se enfrenta, sin embargo, a ciertas dificultades debidas a los distintos sistemas administrativos y sus distintos principios fundamentales. Se han realizado esfuerzos para salvar las distancias entre el sistema judicial

y los servicios sociales y sanitarios a través de estructuras e iniciativas de coordinación, es decir, entre policía, tribunales, prisiones y los servicios de tratamiento de las drogodependencias. A menudo, los mecanismos informales de cooperación a nivel local son los precursores de unas formas institucionalizadas más estables.

Entre los Quince, el recurso a las alternativas a la privación de libertad ha ido en aumento durante las últimas décadas, y últimamente se ha estabilizado en algunos de ellos; en cambio, la legislación y la aplicación de alternativas en los «nuevos» Estados miembros ha sido más tardía. Normalmente, se recurre al sistema de tratamiento más corriente para asegurar el tratamiento de los delincuentes con problemas de consumo de drogas. En la mayoría de países, el tratamiento suele proporcionarse en entornos residenciales, pero también existe la posibilidad de seguir programas de tratamiento ambulatorio.

Los estudios de evaluación europeos del tratamiento como alternativa a la privación de libertad no son frecuentes ni concluyentes. No obstante, de acuerdo con otros estudios sobre tratamiento, la permanencia del paciente en el tratamiento demuestra ser un indicador clave del éxito, mientras que las tasas de abandono constituyen uno de los mayores problemas para las alternativas a la privación de libertad. Todo apunta a que lo importante para que el tratamiento tenga éxito es la calidad del tratamiento aplicado y no la vía por la que ha llegado el paciente al tratamiento. El tratamiento como alternativa a la prisión parece funcionar mejor si los drogadictos están motivados por el tratamiento, si las instalaciones cumplen requisitos clínicos adecuados y si el personal es suficiente y está cualificado.

Esta cuestión particular está disponible en forma impresa o a través de Internet únicamente en su versión inglesa («Alternatives to imprisonment: targeting offending problem drug users in the EU», *EMCDDA annual report 2005: Selected issues*) (<http://issues05.emcdda.eu.int>).



Bibliografía

- ACMD [The Advisory Council on the Misuse of Drugs] (2000): *Reducing Drug-Related Deaths. A Report by The Advisory Council on the Misuse of Drugs*, The Stationery Office, Londres.
- ACPO [Association of Chief Police Officers] (2003): *Cannabis Enforcement Guidance*, ACPO, Londres.
- Ashton, M. (2003): «The American STAR comes to England», *Drug and Alcohol Findings* n° 8, pp. 21-26.
- ASPECT Consortium (2004): *Tobacco or Health in the European Union — Past, present and futur*, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Luxemburgo (http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/tobacco_fr_en.pdf).
- Bandura, A. (1977): *Social learning theory*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, Nueva Jersey.
- Bargagli, A. M., et al. (2004): *Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries*, 6.ª Conferencia Europad, París.
- Becoña, E. (2002): *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Madrid.
- Bird, S., y Rotily, M. (2002): «Inside methodologies for counting blood-borne viruses and injector-inmates' behavioural risks — Results from European prisons», *Howard Journal of Criminal Justice*, 41 (2).
- BKA [Bundeskriminalamt] (2004): *Polizeiliche Kriminalstatistik 2003 Bundesrepublik Deutschland*, BKA, Wiesbaden.
- Blystad, H., Blad, L., Tulisov, A., y Aavitsland, P. (2005): «Hepatitis B in northwest Russia and the Nordic and Baltic countries: recent trends and prevention activities», *Eurosurveillance Weekly* 10, n° 3, de 10 de marzo de 2005 (<http://www.eurosurveillance.org/ew/2005/050310.asp>).
- Botvin, G. J. (2000): «Preventing drug abuse in schools: social and competence enhancement approaches targeting individual-level etiological factors», *Addictive Behaviours* n° 25, pp. 887-897.
- Bovenkerk, F., y Hogewind, W. I. M. (2002): *Hennepteelt in Nederland: het probleem van criminaliteit en haar bestrijding*, Willem Pompe Instituut voor Strafrechtswetenschappen, Utrecht.
- Brugal, M. T., Domingo-Salvany, A., Puig, R., et al. (2005): «Evaluating the impact of methadone maintenance programmes on mortality due to overdose and aids in a cohort of heroin users in Spain», *Addiction*, en prensa.
- Butler, G. K. L., y Montgomery, A. M. J. (2004): «Impulsivity, risk taking and recreational "ecstasy" (MDMA) use», *Drug and Alcohol Dependence* n° 76, pp. 55-62.
- Butters, J. E. (2004): «The impact of peers and social disapproval on high-risk cannabis use: gender differences and implications for drug education», *Drugs: Education, Prevention and Policy* n° 11, pp. 381-390.
- Calafat, A., Fernández, C., Juan, M., et al. (2003): *Enjoying the nightlife in Europe: the role of moderation*, Irefrea, Palma de Mallorca (España) (<http://www.irefrea.org>).
- Canning, U., Millward, L., Raj, T., y Warm, D. (2004): *Drug use prevention among young people: a review of reviews*, Agencia de Desarrollo de la Salud, Londres.
- CND [Comisión de Estupefacientes] (2004): *Situación mundial del tráfico de drogas. Informe de la Secretaría*, Comisión de Estupefacientes del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, Viena.
- CND [Comisión de Estupefacientes] (2005): *Situación mundial del tráfico de drogas. Informe de la Secretaría*, Comisión de Estupefacientes del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, Viena.
- Cuijpers, P., et al. (2002): «The effects of drug abuse prevention at school: the healthy school and drugs project», *Addiction* n° 97, pp. 67-73.
- Cunningham, J. A. (2001): «Impact of normative feedback on problem drinkers: a small-area population study», *Journal of Studies on Alcohol* n° 62, pp. 228-233.
- De Wit, A., y Bos, J. (2004): «Cost-effectiveness of needle and syringe exchange programmes: a review of the literature», en «Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options», *Monografía* n° 7, Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT), Lisboa, pp. 329-343.
- Departamento de Investigación sobre el Abuso de Drogas (2004): «Trends in treated problem opiates use in the seven health board areas outside the Eastern Regional Health Authority, 1998 to 2002», *Occasional Paper* n° 13/2004, Departamento de Investigación sobre el Abuso de Drogas, Dublín.
- Eurobarómetro (2004): «Young people and drugs», *Flash Eurobarometer* n° 158, Taylor Nelson Sofres, Dirección General de Prensa y Comunicación, Comisión Europea, Bruselas.
- EuroHIV [Centro Europeo de Control Epidemiológico del Sida] (2004): «HIV/AIDS Surveillance in Europe», *End-year report 2003*, n° 70, Institut de Veille Sanitaire, Saint-Maurice.
- Eurostat (2002): *Health statistics: Key data on health 2002*, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, p. 58, Luxemburgo.
- Eysenbach, G., Powell, J., Englesakis, M., et al. (2004): «Health related virtual communities and electronic support groups: systematic review of the effects of online peer to peer interactions», *BMJ* 328, p. 1166.
- FSW [Fonds Soziales Wien] (2004): *Jahresbericht 2003*, Fondos Sociales de Viena, Viena.
- Ghuran, A., y Nolan, J. (2000): «Recreational drug misuse: issues for the cardiologist», *Heart* n° 83, pp. 627-633.
- GLADA [Greater London Alcohol and Drug Alliance] (2004): «An evidence base for London crack cocaine strategy», Greater London Alcohol and Drug Alliance, Londres (http://www.london.gov.uk/mayor/health/drugs_and_alcohol/docs/coc_strategy_evidence.pdf).
- Gowing, L., Farrell, M., Bornemann, R., y Ali, R. (2005): «Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection» (revisión), *The Cochrane Library*, fascículo 2 (2005) (<http://www.thecochranelibrary.com>).
- Haasen, C. (2003): Discurso de la «Conference on treatment monitoring in the EU and the EU action plan on drugs 2000-2004», celebrada en la sede del OEDT, noviembre de 2003.
- Hawks, D., Scott, K., McBride, N., et al. (2002): *Prevention of psychoactive substance use: a selected review of what works in the area of prevention*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

- Hibell, B., Andersson, B., Bjarnasson, T., et al. (2004): *The ESPAD Report 2003: Alcohol and other drug use among students in 35 European Countries*, Consejo Sueco de Información sobre Alcohol y otras Drogas (CAN) y Grupo Pompidou del Consejo de Europa.
- Hwang, S. (2001): «Mental illness and mortality among homeless people», *Acta Psychiatrica Scandinavica* 103, pp. 81-82.
- Informes nacionales de la red Reitox (2004) (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=435>).
- JIFE [Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes] (2005): *Report of the International Narcotics Control Board 2004*, JIFE, Nueva York.
- Korkeila, J. (2000): «Measuring aspects of mental health», *Themes* 6/2000, Stakes, Helsinki.
- Kumpfer, K. L., Alvarado, R., y Whiteside, H. O. (2003): «Family-based interventions for substance use and misuse prevention», *Substance Use and Misuse* n° 38, pp. 1759-1787.
- Leppin, A. (2004): «Vortrag zur schulischen Suchtprävention im Rahmen der Fachtagung "Qualität schulischer Suchtprävention" am 20.4.2004 in Kärnten» (<http://www.schule.at/community/>).
- Macchia, T., Giannotti, F. C., y Taggi, F. (2004): *I servizi e le sostanze ricreative: una rilevazione clinica in Italia*, FrancoAngeli, Milan.
- Matheï, C., Robaey, G., van Damme, P., et al. (2005): «Prevalence of hepatitis C in drug users in Flanders: determinants and geographic differences», *Epidemiology and Infection* n° 133, pp. 127-136.
- Mendes, F., Relvas, A. P., Olaio, A., et al. (2001): «The challenge of prevention of drug use», Irefrea, Palma de Mallorca (España) (<http://www.irefrea.org>).
- Mol, A., Van Vlaanderen, J. L., y De Vos, A. (2002): *Ontwikkeling van de cocaïne hulpvraag in de ambulante verslavingszorg 1994-2000*, IVZ, Houten.
- Morrall, A. R., McCaffrey, D. F., y Paddock, S. M. (2002): «Reassessing the marijuana gateway effect», *Addiction* n° 97, pp. 1493-1504.
- NTA [National Treatment Agency] (2003): *New guidance on injectable heroin and injectable methadone treatment for opiate misusers*, comunicado de prensa del 13 de junio de 2003 (<http://www.nta.nhs.uk>).
- NTA [National Treatment Agency] (2004): *54 per cent more drug misusers get treatment in England*, comunicado de prensa de 30 de septiembre de 2004 (<http://www.nta.nhs.uk>).
- OEDT [Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías] (2001): «Co-ordination of the implementation of the EMCDDA standard guidelines on the drug-related deaths in the EU Member States, and the collection and analysis of information on drug-related deaths», proyecto CT.99.RTX.04, coordinado por el Trimbos Institute, OEDT, Lisboa.
- OEDT [Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías] (2003): «Estimaciones nacionales de prevalencia del consumo problemático de drogas en la Unión Europea, 1995-2000», CT.00.RTX.23, coordinado por el Instituto para la Investigación Terapéutica, Múnich, OEDT, Lisboa (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1372>).
- OEDT [Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías] (2004a): *Informe anual 2004: el problema de la drogodependencia en la Unión Europea y Noruega*, OEDT, Lisboa.
- OEDT [Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías] (2004b): «Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options», *Monografía n° 7 del OEDT*, Lisboa, (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=428>).
- OEDT [Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías] (2004c): «Sobredosis: una de las principales causas de muerte evitable entre jóvenes», *Drogas en el punto de mira* n° 13, OEDT, Lisboa.
- Oficina regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud (2002): *Prisons, Drugs and Society, A Consensus Statement on Principles, Policies and Practices*, Oficina Regional para Europa de la OMS, Ginebra.
- OMS [Organización Mundial de la Salud] (1998): *Opioid overdose: trends, risk factors, interventions and priorities for action*, Organización Mundial de la Salud, Programa sobre el consumo abusivo de drogas, Departamento de Salud Mental y Prevención del Consumo Abusivo de Sustancias, Ginebra.
- OMS [Organización Mundial de la Salud] (2004): «Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users», *Evidence for action technical papers*, OMS, Ginebra.
- OMS [Organización Mundial de la Salud] (2005): «Effectiveness of drug dependence treatment in preventing HIV among injecting drug users», *Evidence for action technical papers*, borrador final, marzo de 2005, OMS, Ginebra.
- ONUDD [Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito] (2002): *Tratamiento contemporáneo del abuso de drogas: análisis de las pruebas científicas*, ONUDD, Viena.
- ONUDD [Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito] (2003a): *Tendencias mundiales de las drogas ilícitas 2003*, ONUDD, Viena.
- ONUDD [Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito] (2003b): *Ecstasy and amphetamines: global Survey 2003*, ONUDD, Viena.
- ONUDD [Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito] y Gobierno de Marruecos (2003): *Morocco cannabis survey 2003*, ONUDD, Viena.
- Ouweland, A., Van Alem, V., Mol, A., y Boonzajer Flaes, S. (2004): *Key figures addiction care 2003*, IVZ, Houten (<http://www.sivz.nl>).
- Pijlman, F. T. A., Krul, J., y Niesink, R. J. M. (2003): *Uitgaan en veiligheid: feiten en fictie over alcohol, drugs en gezondheidsverstoringen*, Trimbos-instituut, Utrecht.
- 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* n° 10, pp. 147-155.
- Quensel, S. (2004): *Das Elend der Suchtprävention*, Verlag für Sozialwissenschaften (VS), Wiesbaden.
- Reis, J., Riley, W., Lokman, L., y Baer, J. (2000): «Interactive multimedia preventive alcohol education: a technology application in higher education», *Journal of Drug Education* n° 30, pp. 399-421.
- Rhodes, T., Lilly, R., Fernández, C., et al. (2003): «Risk factors associated with drug use: the importance of "risk environment"», *Drugs: Education, Prevention and Policy* n° 10, pp. 303-329.
- Rigter, H., Van Gageldonk, A., Ketelaars, T., y Van Laar, M. (2004): *Hulp bij probleemgebruik van drugs — Stand van wetenschap voor behandelingen en andere interventies, 2004*, Trimbos-instituut/ Nationale Drug Monitor (NDM), Utrecht.
- SAMHSA [Substance Abuse and Mental Health Services Administration], Office of Applied Studies: «2003 National Survey on Drug Use and Health» (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>).
- Solberg, U., Burkhart, G., y Nilson, M. (2002): «An overview of opiate substitution treatment in the European Union and Norway», *International Journal of Drug Policy* n° 13, pp. 477-484.
- Sullivan, L. E., Metzger, D. S., Fudala, P. J., y Fiellin, D. A. (2005): «Decreasing international HIV transmission: the role of expanding access to opioid agonist therapies for injection drug users», *Addiction* n° 100, pp. 150-158.
- Sussman, S., Earleywine, M., Wills, T., et al. (2004): «The motivation, skills and decision-making model of "drug abuse" prevention», *Substance Use and Misuse* n° 39, pp. 1971-2016.
- Taylor, B. J. (2000): «Modeling prevention program effects on growth in substance use: analysis of five years of data from the adolescent alcohol prevention trial», *Prevention Science* n° 1, pp. 183-197.
- Terweij, M., y Van Wamel, A. (2004): *Ouders aan zet: opvoedingsondersteuning en verslavingspreventie voor allochtonen: succes- en faalfactoren*, GGZ Nederland, Utrecht.

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías

Informe anual 2005. El problema de la drogodependencia en Europa

Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas
2005 — 90 pp. — 21 x 29,7 cm
ISBN 92-9168-223-3

VENTAS Y SUSCRIPCIONES

Las publicaciones de pago editadas por la Oficina de Publicaciones están disponibles en nuestras oficinas de venta, repartidas por todo el mundo.

Para efectuar su pedido, puede hallar la lista con las direcciones de dichas oficinas en el sitio Internet de la Oficina de Publicaciones (<http://publications.eu.int/>) o pedirla por fax al número (352) 29 29-42758.

Acerca del OEDT

El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) es una de las agencias 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 objetiva, fiable y comparable sobre las drogas y la 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 y el público en general.

El Informe anual, una visión general del OEDT sobre el fenómeno de las drogas en la Unión Europea, es un libro de referencia fundamental para quienes deseen conocer los últimos descubrimientos sobre drogas en Europa.