

BIBLIOTECA PEVGROW · EDICIÓN 2026

Informe Europeo sobre Drogas 2014: tendencias y novedades

EMCDDA

2014

Traducción al español de una obra publicada en acceso abierto. Conserva la atribución de su fuente.

Informe Europeo sobre Drogas 2014: tendencias y novedades

EMCDDA

2014

DE QUÉ TRATA

Primer Informe Europeo sobre Drogas del OEDT. Reúne las tendencias del mercado europeo de drogas, la oferta y la demanda, los daños asociados y las respuestas de las políticas públicas del año.

FICHA

Temas

legislacion, ciencia

Época

Actualidad (2000 en adelante)

Derechos

Original publicado en acceso abierto; conserva la atribución de su fuente.

Fuente del original

EUDA

Edición

Traducción y maquetación de la Biblioteca de Pevgrow, 2026. Licencia CC BY 4.0 citando la fuente.

ÍNDICE

Capítulo II 19

Capítulo 1. Suministro de drogas 31

Capítulo 1. El suministro de drogas 36

Capítulo 2 40

Capítulo 3. Respuestas sanitarias y sociales a los problemas
relacionados con las drogas 69

Capítulo 4 83

Informe Europeo sobre Drogas 2014: tendencias y novedades

Observatorio Europeo de las Drogas y las Adicciones

EUDA, 2014.

Traducción al español de una publicación de la EUDA en acceso abierto,
con atribución de la fuente.
Edición Pevgrow, 2026.

Informe Europeo sobre Drogas

r= Observatorio Europeo ws ©de las Drogas y las Toxicomanías

|Informe |Europeo |sobre Drogas

Tendencias y novedades

| Aviso legal

Esta publicación del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) está protegida por derechos de autor. El OEDT no asume responsabilidad alguna por las consecuencias que puedan 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, de ningún Estado miembro de la UE ni de ningún organismo o institución de la Unión Europea.

En Internet puede encontrarse abundante información adicional sobre la Unión Europea. Es accesible a través del servidor Europa (<http://europa.eu>).

Europe Direct es un servicio que ayuda a encontrar respuestas a sus preguntas sobre la Unión Europea

Número gratuito*: 00 8006 789 1011

* Algunos operadores de telefonía móvil no permiten el acceso a los números 00 800 o estas llamadas pueden facturarse

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

Los datos de catalogación pueden encontrarse al final de esta publicación.

Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2014

doi:10.2810/32306

© Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2014. Se autoriza la reproducción siempre que se cite la fuente.

Impreso en España

IMPRESO EN PAPEL BLANQUEADO SIN CLORO ELEMENTAL (ECF)

Praça Europa 1, Cais do Sodré, 1249-289 Lisboa, Portugal Tel. +351 211210200 info@emcdda.europa.eu | www.emcdda.europa.eu

Índice

Prefacio Nota introductoria y agradecimientos

Trazar el impacto de las drogas en la salud pública en un mercado europeo cambiante

Oferta de drogas

Consumo de drogas y problemas relacionados con las drogas

Respuestas sanitarias y sociales a los problemas relacionados con las drogas

El Informe Europeo sobre Drogas (IED) 2014 del OEDT presenta un nuevo análisis de la situación de las drogas, acompañado de una panorámica de la evolución de las intervenciones y las políticas.

Enraizado en una revisión exhaustiva de datos tanto europeos como nacionales, el conjunto del IED ofrece una gama de productos interconectados, con el informe Tendencias y novedades en su centro. Mediante un enfoque multidimensional, se presenta un análisis en profundidad de temas clave junto a una panorámica más general de las cuestiones principales y las tendencias a largo plazo. Esta perspectiva es valiosa, pues permite comprender las distintas experiencias nacionales dentro del contexto más amplio que ofrecen los datos a escala europea. Cualesquiera que sean sus intereses en la situación europea de las drogas, estamos convencidos de que el nuevo conjunto del IED le permitirá acceder fácilmente a información y análisis de alta calidad en una forma adecuada a sus necesidades específicas.

Un conjunto de elementos interconectados que permiten el pleno acceso a los datos y análisis disponibles sobre el problema de las drogas en Europa

Tendencias y Datos y estadísticas Panorámicas nacionales Perspectivas novedades que contienen matrices de datos nacionales sobre drogas que ofrecen una panorámica interactiva de datos completos y análisis a su disposición (en línea) sobre cuestiones clave (en línea) análisis de novedades clave y información metodológica (en línea) (impreso y en línea)

Se han logrado avances en el desarrollo de una respuesta política equilibrada a los problemas de las drogas³ en Europa, y este es un mensaje im-

portante que se desprende del análisis de este año. En algunos ámbitos clave de la salud pública, las tendencias generales son ahora positivas y, en términos relativos a escala global, el modelo europeo parece ser un éxito. El fenómeno de las drogas es dinámico y sigue evolucionando, sin dejarnos margen para la complacencia, a medida que surgen nuevas amenazas que acompañan a problemas residuales y arraigados desde hace mucho tiempo. Las drogas que vemos hoy son, en muchos sentidos, diferentes de las que conocíamos en el pasado. Lo vemos en las drogas establecidas, un ejemplo notable es el cannabis, donde las nuevas técnicas de producción inciden en la potencia tanto de los productos de resina como de los herbáceos. Lo vemos también en la producción de drogas sintéticas, con una plétora de nuevas sustancias que aparecen. Debe ser motivo de seria preocupación que, recientemente, hayamos sido testigos de la aparición tanto de nuevos opioides sintéticos como de sustancias alucinógenas tan altamente activas desde el punto de vista farmacológico que incluso cantidades ínfimas pueden utilizarse para producir múltiples dosis. Apenas empezamos a comprender las implicaciones futuras de estos desarrollos tanto para la salud pública como para el control de drogas, pero parecen tener el potencial de transformar la naturaleza de los problemas a los que nos enfrentamos.

Informe Europeo sobre Drogas 2014: Tendencias y novedades

No solo están produciéndose cambios importantes en el mercado europeo de las drogas, sino que ocurren a un ritmo cada vez mayor y en el contexto de un mundo cada vez más interconectado. El OEDT reconoce la naturaleza global y dinámica de nuestra materia y los retos que ello plantea. Es más, estos desarrollos someten a nuestros actuales sistemas de seguimiento a una tensión creciente, y es fundamental garantizar que nuestras herramientas de vigilancia sigan siendo adecuadas a su propósito. Hace casi dos décadas, Europa fue la primera en establecer un sistema de alerta temprana para identificar posibles nuevas amenazas en este ámbito. Hoy, el sistema ha demostrado su valía, pero, no obstante, nuestra capacidad forense global para identificar e informar sobre las consecuencias para la salud pública tanto de las sustancias establecidas como de las nuevas sigue siendo insuficiente.

Solo podemos señalar aquí la importancia de garantizar que se disponga de recursos suficientes para mantener y reforzar el trabajo en este ámbito, y destacar el valor añadido que ello aporta a la comunidad europea en su conjunto.

Por último, nos enorgullece el análisis exhaustivo que ofrece el conjunto del IED y que nuestro trabajo siga proporcionando una base científica para informar las políticas y respuestas europeas. Creemos firmemente, ahora más que nunca, que esto es importante, y seguiremos esforzándonos por ofrecer un análisis oportuno, objetivo y equilibrado del complejo y cambiante problema de las drogas actual.

Joao Goulado Presidente del Consejo de Administración del OEDT

Wolfgang Gotz Director, OEDT

oO) O

| Nota introductoria y agradecimientos

Este informe se basa en la información facilitada al OEDT en forma de informe nacional por los Estados miembros de la UE, el país candidato Turquía y Noruega.

Los datos estadísticos que aquí se presentan corresponden a 2012, o al año más reciente disponible. Los totales y tendencias europeos se basan en aquellos países que proporcionaron datos suficientes y pertinentes para el período especificado. El análisis de datos prioriza los niveles, las tendencias y la distribución geográfica. Las necesarias advertencias técnicas y matizaciones de los datos pueden encontrarse en la versión en línea en inglés de este informe y en el Informe Europeo sobre Drogas en línea: Datos y estadísticas, donde se dispone de información sobre metodología, países informantes y años. Además, la versión en línea proporciona enlaces a otros recursos.

El OEDT desea agradecer su ayuda en la elaboración de este informe a:

| los responsables de los puntos focales nacionales de Reitox y su personal;

| los servicios y expertos de cada Estado miembro que recopilaron los datos brutos para este

informe;

| los miembros del Consejo de Administración y del Comité Científico del OEDT;

| el Parlamento Europeo, el Consejo de la Unión Europea —en particular su

Grupo Horizontal sobre Drogas— y la Comisión Europea;

el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC), la Agencia

Europea de Medicamentos (EMA) y Europol;

| el Grupo Pompidou del Consejo de Europa, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y

el Delito, la Oficina Regional para Europa de la OMS, Interpol, la Organización Mundial de Aduanas,

el Proyecto Europeo de Encuestas Escolares sobre Alcohol y otras Drogas (ESPAD), el Grupo Central Europeo de Análisis de Aguas Residuales (SCORE) y el Consejo Sueco de Información sobre Alcohol y otras Drogas (CAN);

| el Centro de Traducción de los Órganos de la Unión Europea, Missing Element Designers y Composiciones Rali.

Reitox es la red europea de información sobre drogas y toxicomanías. La red está compuesta por puntos focales nacionales en los Estados miembros de la UE, el país candidato Turquía, Noruega y la Comisión Europea. Bajo la responsabilidad de sus gobiernos, los puntos focales son las autoridades nacionales que proporcionan información sobre drogas al OEDT. Los datos de contacto de los puntos focales nacionales pueden encontrarse en el sitio web del OEDT.

Resumen

Resumen

Trazar el impacto de las drogas en la salud pública en un mercado europeo cambiante

Las principales conclusiones del nuevo análisis del OEDT sobre el problema europeo de las drogas siguen siendo coherentes con nuestro informe de 2013: la situación general es en general estable, con signos positivos en algunos ámbitos, pero siguen surgiendo nuevos retos.

La vieja dicotomía entre un número relativamente pequeño de consumidores de drogas altamente problemáticos, a menudo por vía inyectada, y un número mayor de consumidores recreativos y experimentales, se está desmoronando y siendo sustituida por una situación más graduada y compleja.

En el problema de las drogas en Europa hoy, la heroína desempeña un papel menor que en el pasado, y los estimulantes, las drogas sintéticas, el cannabis y los productos medicinales son todos cada vez más importantes.

Si observamos el «panorama general», se han logrado avances en varios de los principales objetivos de política de salud pública del pasado. Una perspectiva a escala europea puede, sin embargo, ocultar importantes diferencias nacionales. Esto lo ilustran los datos sobre muertes por sobredosis e infecciones por VIH relacionadas con las drogas; dos de las consecuencias más graves del consumo de drogas. Aquí, una tendencia general positiva en la UE contrasta marcadamente con una evolución preocupante en algunos países. Reconociendo esta complejidad, este informe ofrece una panorámica general de las tendencias y novedades a largo plazo en Europa, a la vez que se centra en los problemas emergentes relacionados con las drogas.

La heroína en declive, pero las sustancias de sustitución causan preocupación

Si bien se observa que, a escala global, las estimaciones de producción de heroína siguen siendo elevadas,⁷ y las incautaciones en Turquía se

han recuperado parcialmente, en general, los indicadores de la heroína son en general estables o con tendencia a la baja. Esto incluye datos que muestran un continuo descenso en el ingreso a tratamiento relacionado con la heroína, junto con tendencias generales a largo plazo a la baja en las muertes por sobredosis de drogas y en las infecciones por VIH adquiridas por drogas —ambas históricamente vinculadas al consumo de heroína por vía inyectada. Estos avances positivos quedan, sin embargo, en entredicho por algunos datos nacionales. Los recientes brotes de VIH entre consumidores de drogas en Grecia y Rumanía, junto con los problemas persistentes en algunos países bálticos, han estancado el progreso de Europa en la reducción del número de nuevas infecciones relacionadas con las drogas.

En parte, esto parece estar asociado a la sustitución de la heroína por otras sustancias, incluidos los opioides sintéticos y los estimulantes. Además, la ausencia de intervenciones suficientes de reducción de la demanda, en particular la disponibilidad de tratamiento, y de medidas de reducción de daños es también probablemente un factor contribuyente importante. De manera preocupante, un reciente ejercicio de evaluación de riesgos del OEDT-ECDC también identificó otros países europeos en los que los indicadores de comportamiento o de respuesta sugerían un posible riesgo elevado de daños y problemas de salud futuros.

Múltiples sustancias identificadas en las muertes inducidas por drogas

La sobredosis de drogas sigue siendo una causa importante de mortalidad evitable entre los jóvenes europeos; en los últimos años, sin embargo, se han logrado avances en la reducción de este problema. En parte, esto puede explicarse tanto por una ampliación de las respuestas como por descensos en las conductas de riesgo contribuyentes. En contraste con las tendencias generales, en varios países, principalmente del norte de Europa, las muertes por sobredosis siguen siendo relativamente elevadas y están aumentando.

Mientras que las muertes relacionadas con la heroína disminuyen en general, las relacionadas con los opioides sintéticos aumentan, y en algunos países superan ahora a las atribuidas a la heroína.

Las tasas excepcionalmente elevadas de muertes por sobredosis de drogas notificadas por Estonia, por ejemplo, están asociadas al uso de fentanilos, una familia de opioides sintéticos altamente potentes. En 2013, el OEDT siguió recibiendo informes tanto de fentanilos controlados como no controlados que aparecían en el mercado europeo de las drogas. Entre las drogas notificadas al Sistema de Alerta Temprana de la UE en 2013 figuraba un fentanilo nunca antes observado en el mercado de drogas de la UE. Estas sustancias plantean un reto para su identificación, ya que pueden estar presentes en muestras toxicológicas en cantidades muy pequeñas.

| Nuevas sustancias psicoactivas: no hay señales de que disminuyan

La mayoría de las sobredosis se producen entre individuos que han consumido múltiples sustancias, y atribuir la causalidad suele ser problemático. Con la continua aparición de nuevas sustancias psicoactivas en el mercado de drogas, existe la preocupación de que sustancias nuevas u oscuras que han contribuido a las muertes puedan escapar a la detección. La elevada potencia de algunas sustancias sintéticas complica aún más su detección, ya que solo estarán presentes en concentraciones muy bajas en la sangre. La aparición de sustancias sintéticas altamente potentes también tiene implicaciones para la aplicación de la ley, ya que incluso pequeñas cantidades de estas drogas pueden convertirse en múltiples dosis (Figura).

En 2013 se notificaron 81 nuevas sustancias psicoactivas al Sistema de Alerta Temprana de la UE, lo que elevó a más de 350 el número de sustancias monitorizadas. Se ponen en marcha evaluaciones formales de riesgo para las sustancias sospechosas de causar daños significativos a nivel europeo. En 2013 se realizaron evaluaciones de riesgo sobre dos sustancias, y sobre otras cuatro más hasta abril de 2014, y se esperan más.

Esto significa que, en un momento en que se debate nueva legislación de la UE en este ámbito, el Sistema de Alerta Temprana está sometido a una presión creciente por el volumen y la variedad de sustancias que aparecen en el mercado.

En el centro del trabajo del Sistema de Alerta Temprana se encuentran los informes sobre eventos adversos, principalmente muertes e intoxicaciones agudas. Sin embargo, solo en unos pocos países existen sistemas sólidos de monitorización de las urgencias sanitarias relacionadas con las drogas. La notificación estandarizada sobre este tema no se lleva a cabo a nivel de la UE y la falta de monitorización sistemática en este ámbito representa un punto ciego en la vigilancia europea de las amenazas sanitarias emergentes. Un ejemplo de ello son las dificultades para determinar las implicaciones a nivel europeo de los informes de algunos países sobre reacciones graves al uso de cannabinoides sintéticos.

Cannabis: controversias, contrastes y contradicciones

Los datos de actitudes de la Unión Europea sugieren que el cannabis es la droga en la que la opinión pública sigue más polarizada. Esto contribuye a un animado debate público, que recientemente se ha visto avivado por los desarrollos internacionales en la forma en que se controlan la disponibilidad y el uso del cannabis, en particular los cambios regulatorios en partes de Estados Unidos y América Latina.

En Europa, a diferencia de otros lugares, el uso general de cannabis parece estable o incluso en descenso, especialmente en los grupos de menor edad. El panorama, sin embargo, no es uniforme. Varios países de prevalencia generalmente baja han observado aumentos recientes en el uso.

En contraste con un debate político caracterizado por la discusión de opciones regulatorias, los desarrollos prácticos se centran principalmente en medidas para responder a los problemas sociales y los daños asociados con la producción y el uso de cannabis. Las implicaciones sanitarias de los diferentes patrones de uso de cannabis se comprenden cada vez mejor. La disponibilidad y la aceptación del tratamiento para problemas de cannabis han aumentado, aunque el número de clientes por cannabis que ingresan en tratamiento especializado de drogas se ha estabilizado. El cannabis es ahora la droga notificada con mayor frecuencia entre los clientes que ingresan en tratamiento por primera vez en su vida. También crece la comprensión de lo que constituye una respuesta eficaz en este ámbito, con países que invierten en una amplia

gama de servicios, desde sesiones de apoyo intensivo con familiares hasta intervenciones breves impartidas por Internet.

Desde aproximadamente 2000, muchos países han reducido la severidad de las penas aplicadas por delitos de simple uso o posesión. De manera más general, las discusiones europeas sobre el control del cannabis han tendido a centrarse en atacar el suministro y el tráfico de drogas más que el uso. En contradicción con esto, sin embargo, el número total de delitos de posesión y uso relacionados con el cannabis ha aumentado de forma constante durante casi una década.

De un vistazo — estimaciones del uso de drogas en la Unión Europea

Cannabis

73,6 millones o el 21,7 % de los adultos (15-64) consumieron cannabis en su vida

18,1 millones o el 5,3 % de los adultos (15-64) consumieron cannabis en el último año

14,6 millones o el 11,2 % de los adultos jóvenes (15-34) consumieron cannabis en el último año

0,4 % y 18,5 % — estimaciones nacionales más baja y más alta del consumo de cannabis en el último año entre adultos jóvenes

14,1 millones o el 4,2 % de los adultos (15-64) consumieron cocaína en su vida

3,1 millones o el 0,9 % de los adultos (15-64) consumieron cocaína en el último año

2,2 millones o el 1,7 % de los adultos jóvenes (15-34) consumieron cocaína en el último año

0,2 % y 3,6 % — estimaciones nacionales más baja y más alta del consumo de cocaína en el último año entre adultos jóvenes

Anfetaminas

11,4 millones o el 3,4 % de los adultos (15-64) consumieron anfetaminas en su vida

1,5 millones o el 0,4 % de los adultos (15-64) consumieron anfetaminas en el último año

1,2 millones o el 0,9 % de los adultos jóvenes (15-34) consumieron anfetaminas en el último año

0,0 % y 2,5 % — estimaciones nacionales más baja y más alta del consumo de anfetaminas en el último año entre adultos jóvenes

10,6 millones o el 3,1 % de los adultos (15-64) consumieron éxtasis en su vida
1,6 millones o el 0,5 % de los adultos (15-64) consumieron éxtasis en el último año

1,3 millones o el 1,0 % de los adultos jóvenes (15-34) consumieron éxtasis en el último año

0,1 % y 3,1 % — estimaciones nacionales más baja y más alta del consumo de éxtasis en el último año entre adultos jóvenes

Opiáceos 1,3 millones de consumidores problemáticos de opiáceos (15-64)

El 3,5 % de todas las muertes de europeos de 15-39 años son sobredosis de drogas; se encuentran opiáceos en aproximadamente tres cuartas partes de las sobredosis mortales

Droga principal en aproximadamente el 45 % de todas las solicitudes de tratamiento de drogas en la Unión Europea

700 000 consumidores de opiáceos recibieron tratamiento de sustitución en 2012

NB: Para el conjunto completo de datos e información sobre la metodología, véase el Informe Europeo sobre Drogas en línea que lo acompaña: Datos y estadísticas.

Informe Europeo sobre Drogas 2014: Tendencias y desarrollos

Producción y suministro de drogas: negocio central para el crimen organizado

La escala del mercado del cannabis combinada con un aumento de la producción nacional ha llevado a un reconocimiento creciente de la importancia de la droga como generadora de efectivo para los grupos de crimen organizado. También reciben ahora más atención los costes sociales asociados, que incluyen la violencia y otras formas de delincuencia, y la tensión que la vigilancia policial de la producción de drogas impone a los servicios de aplicación de la ley.

Tanto a nivel internacional como dentro de la Unión Europea, los grupos de crimen organizado del Sudeste Asiático, entre otros, se han asociado con la producción de cannabis.

De manera preocupante, hay indicios de que ahora se están diversificando hacia la producción y venta de metanfetamina en partes de Europa central. Esto refleja un desarrollo más general señalado en el reciente análisis del mercado de drogas del EMCDDA—Europol: que los grupos criminales adoptan un enfoque más multi-producto, oportunista e interconectado. Esto puede verse en el caso de grupos criminales históricamente implicados en el tráfico de heroína, y que ahora se informa que trafican con cocaína y metanfetamina en la Unión Europea, utilizando rutas de heroína establecidas.

El informe de 2014 plantea nuevas preocupaciones sobre la evidencia de una disponibilidad creciente de metanfetamina en Europa.

Además de la producción nacional en el centro y norte de Europa, esta droga también se produce en Oriente Medio y a veces se importa a la Unión Europea para su reexportación a países del Sudeste Asiático. Cada vez más, sin embargo, parte de esta producción contribuye a la disponibilidad dentro de Europa. Los nuevos informes sobre la aparición del consumo fumado de metanfetamina en Grecia y Turquía son particularmente preocupantes, dados los riesgos sanitarios potenciales asociados con el uso de la droga de esta manera.

La naturaleza cada vez más dinámica, global e innovadora del mercado moderno de drogas

también se ilustra por el resurgimiento de polvos y pastillas de éxtasis de alta calidad

La naturaleza cada vez más dinámica, global e innovadora del mercado moderno de drogas también se ilustra por el resurgimiento de polvos y pastillas de éxtasis de alta calidad en la Unión Europea y en otros lugares. Esto parece resultar de que los productores ilícitos importan productos químicos no controlados o «enmascarados» para la fabricación de la droga. Recientemente, Europol observó el desmantelamiento en Bélgica de los dos mayores sitios de producción de drogas jamás encontrados dentro de la Unión Europea, que eran capaces de producir rápidamente grandes volúmenes de MDMA (3,4-metilendioximetanfetamina). Las incautaciones y los informes de eventos adversos para la salud también han llevado a Europol y al EMCDDA a emitir una advertencia conjunta sobre la disponibilidad de productos de potencia extremadamente alta que contienen MDMA.

| Un mercado volátil de estimulantes

Está por ver si los aumentos observados en el contenido de MDMA de las pastillas de éxtasis darán lugar a un renovado interés de los consumidores por esta droga. El mercado europeo general de estimulantes ilícitos parece relativamente estable, con la cocaína como estimulante de elección en los países del sur y del oeste y la anfetamina más prevalente en los países del norte y del este. Los indicadores tanto del consumo de cocaína como de anfetamina son generalmente descendentes.

La importancia de las diferencias geográficas en el mercado europeo de estimulantes se ve respaldada por nuevos estudios de aguas residuales, que son cada vez más capaces de proporcionar datos sobre las conductas de consumo de drogas a nivel de ciudad y en entornos específicos.

La disponibilidad es un factor clave en el consumo de estimulantes.

La escasez de una droga puede hacer que los consumidores prueben otra sustancia, y el precio y las percepciones de calidad serán consideraciones importantes. Esto se ha observado en entornos recreativos y entre consumidores de drogas inyectables.

Como telón de fondo está el número creciente de productos ahora disponibles en el mercado de estimulantes, que incluye catinonas sintéticas, junto con metanfetamina, anfetamina, éxtasis y cocaína.

Resumen | Trazando el impacto en la salud pública de las drogas en un mercado europeo cambiante

| Los costes a largo plazo del tratamiento de los problemas de drogas

Europa se enfrenta al doble desafío de desarrollar respuestas eficaces a los problemas emergentes y seguir atendiendo las necesidades de los consumidores de drogas en tratamiento a largo plazo.

Este informe destaca cambios y la aparición de nuevos patrones en la epidemiología y las respuestas. Sin embargo, la mayor parte de los costes relacionados con el tratamiento del consumo de drogas sigue derivándose de problemas arraigados en las «epidemias» de heroína de los años ochenta y noventa. Aunque la iniciación en el consumo de heroína puede estar en declive, la dependencia de la heroína, caracterizada por un modelo de enfermedad crónica con ciclos de recaída e ingreso en tratamiento, sigue siendo un foco clave de las intervenciones. La Unión Europea ha invertido considerablemente en proporcionar oportunidades de tratamiento para este grupo, con una estimación de tres cuartos de millón actualmente en tratamiento de sustitución de opiáceos. Puede aducirse un argumento sólido a favor de los beneficios para la salud pública de esta intervención, y de su contribución al debilitamiento del mercado ilícito. Europa se enfrenta ahora a

cuidar a una cohorte que envejece de consumidores actuales y antiguos de heroína, muchos de los cuales están socialmente desfavorecidos y excluidos. En este contexto, hay un interés político creciente en qué constituye la recuperación y la reintegración social.

Además, a medida que esta población envejece, es probable que aumenten sus vulnerabilidades a una serie de problemas de salud.

Anualmente se notifican en Europa alrededor de un millón de incautaciones de drogas ilícitas

Europa es un destino importante para las sustancias controladas y también desempeña un papel más limitado como punto de tránsito para drogas en ruta hacia otras regiones. América Latina, Asia Occidental y África del Norte son importantes zonas de origen de las drogas que entran en Europa. Europa es también una región productora de cannabis y drogas sintéticas. Mientras que prácticamente todo el cannabis producido en Europa está destinado al consumo local, algunas drogas sintéticas también se fabrican para su exportación a otras regiones.

La disponibilidad de «nuevas sustancias psicoactivas» que no están controladas en virtud de los tratados internacionales de control de drogas representa un desarrollo relativamente nuevo

en los mercados europeos de drogas.

Producidas comúnmente fuera de Europa, estas sustancias pueden obtenerse a través de minoristas en línea, tiendas especializadas, y también se venden a veces en el mercado ilícito de drogas.

Capítulo II

Monitorización del suministro de drogas

El análisis de esta sección se basa en una serie de fuentes de datos: incautaciones de drogas, instalaciones de producción de drogas desmanteladas, incautaciones de precursores químicos, delitos de suministro de drogas, precios minoristas de drogas y análisis forenses de incautaciones de drogas. Los conjuntos completos de datos y las notas metodológicas pueden encontrarse en el Informe Europeo sobre Drogas en línea: Datos y estadísticas. Debe señalarse que las tendencias pueden verse influidas por una serie de factores, que incluyen los niveles de actividad de las fuerzas del orden y la eficacia de las medidas de interdicción.

Los datos sobre las nuevas sustancias psicoactivas se basan en las notificaciones al Sistema de Alerta Temprana de la UE, que se nutre de los datos proporcionados por las redes nacionales del OEDT y de Europol. Puede encontrarse una descripción completa de este mecanismo en el sitio web del OEDT, en el apartado dedicado a las medidas sobre nuevas drogas.

| El 80 % de las incautaciones en Europa corresponden al cannabis

Anualmente se notifican en Europa alrededor de un millón de incautaciones de drogas ilícitas. La mayoría de ellas son pequeñas cantidades de drogas confiscadas a los consumidores, aunque este total también incluye partidas de varios kilogramos incautadas a traficantes y productores.

En 2012, dos tercios de todas las incautaciones realizadas en la Unión Europea fueron notificados por tan solo dos países: España y el Reino Unido. Alemania, Bélgica, Italia y cuatro países nórdicos notificaron un número menor, pero no desdeñable, de incautaciones (Figura 1.1). Cabe señalar que no se dispone de datos recientes de tres países que en el pasado notificaron un número considerable

Informe Europeo sobre Drogas 2014: Tendencias y novedades

FIGURA el

Número de incautaciones notificadas por país (izquierda) y proporción de incautaciones por drogas principales (derecha), 2012

<1 Mi 1-10 MM 11-100 MM >100 NB: Número de incautaciones (en miles) de los diez países con valores más altos.

Incautaciones (miles)

de incautaciones. Además, Turquía es un país importante en materia de incautaciones de drogas, y algunas de las drogas interceptadas estaban destinadas al consumo en otros países, tanto de Europa como de Oriente Medio.

Más del 80 % de las incautaciones en Europa corresponden al cannabis

(Figura 1.1), lo que refleja su prevalencia de consumo relativamente alta.

La cocaína ocupa el segundo lugar en conjunto, con aproximadamente el doble de incautaciones notificadas que las anfetaminas o la heroína. El número de incautaciones de éxtasis es menor, pero ha ido aumentando en los últimos años.

Éxtasis 2 % Metanfetamina 1 %

Anfetamina 3 % LSD <1 %

Heroína 4 %

Cocaína y crack 9 %

Plantas de cannabis 4 %

Resina de cannabis 28 % Cannabis herbal 49 %

M8) Sin datos

| Cannabis: creciente disponibilidad de productos herbales

En el mercado europeo de drogas se encuentran habitualmente dos productos distintos de cannabis: el cannabis herbal («marihuana») y la resina de cannabis («hachís»). El consumo anual de estos productos puede estimarse aproximadamente en unas 2 000 toneladas.

El cannabis herbal que se encuentra en Europa se cultiva tanto a nivel nacional como se trafica desde países externos. La mayor parte de la resina de cannabis se importa por mar o por aire desde Marruecos.

En los últimos diez años, el número de incautaciones de herbal ha superado al de resina, y ahora representa casi dos tercios de todas las incautaciones de cannabis (Figura 1.2). Esto refleja la creciente disponibilidad de cannabis herbal de producción nacional en muchos países. La cantidad de resina de cannabis incautada en la Unión Europea, aunque ha disminuido en los últimos años, sigue siendo muy superior a la cantidad de cannabis herbal notificada (457 toneladas frente a

105 toneladas en 2012). Esto se explica probablemente por el hecho de que la resina de cannabis se desplaza más fácilmente en volumen a través de mayores distancias geográficas y a través de fronteras, y por lo tanto es más vulnerable a la interdicción.

En términos de cantidades incautadas, un pequeño número de países tiene una importancia desproporcionada, en parte debido a su ubicación en las principales rutas de tráfico (Figuras 1.2 y 1.3).

España, por ejemplo, con su proximidad a Marruecos y su sustancial mercado interno, notificó alrededor¹⁸ de

eURE 2

Número de incautaciones de cannabis y cantidad incautada en toneladas: resina y herbal, 2002-12

Número de incautaciones

500 000 oie

Resina (toneladas)

600 « 400 «

() España HE Francia (§ Otros países MEM Italia

YS. Resina (UE) JS. Herbal (UE)

~ Resina (UE, Turquía y Noruega)

- Herbal (UE, Turquía

y Noruega)

Herbal (toneladas)

200 «=

(9) Otros países ME Grecia MEM Italia MEM Reino Unido

HM Portugal MM) Reino Unido [] Turquía MMM Países Bajos [9 España [9 Turquía ONIN he) Resina Herbal

4 5 7 toneladas incautadas 2 40 000 incautaciones

1 0 5 toneladas incautadas 39 5 000 incautaciones

te ized i te ized i 486 ae 258 000 a 230 ai 457 000 ie

24€ 20

7% 14% 5% 10% Potencia (THC) Potencia tH) BES 12€: 8€ infracciones de suministro de cannabis \ 3€ 121 000 notificadas a5

Precio (ur/e) 59%

de las infracciones de suministro notificadas

Precio (€uR/g)

UE + 2 se refiere a los Estados miembros de la UE, Turquía y Noruega. Precio y potencia de Precio y potencia de los productos de cannabis: valores medios nacionales — mínimo, máximo y rango intercuartílico (IQR). Los países incluidos varían según el indicador. índices de precio y potencia

Informe Europeo sobre Drogas 2014: Tendencias y novedades

FIGURA Is

Cantidad de resina de cannabis y cannabis herbal incautada, 2012

Resina

<1 Mi 1-10 Mi 11-100 Mm >100 NB: Cantidades incautadas (en toneladas) de los diez países con valores más altos.

Toneladas

dos tercios de la cantidad total de resina incautada en Europa en 2012. En cuanto al cannabis herbal, tanto Grecia como Italia notificaron recientes aumentos considerables de las cantidades incautadas.

Desde 2007, Turquía ha incautado mayores cantidades de cannabis herbal que cualquiera de los Estados miembros de la UE, y

la cantidad notificada en 2012 fue más del doble de la notificada en 2011.

Las incautaciones de plantas de cannabis pueden considerarse un indicador de la producción nacional, aunque la calidad

de los datos disponibles en este ámbito plantea problemas a efectos de comparación. En 2012 se notificaron en Europa 33 000 incautaciones de plantas de cannabis. Entre 2011 y 2012, las notificaciones del número de plantas de cannabis incautadas aumentaron de 5 millones a 7 millones, lo que se explica en gran medida por un cuádruple aumento de las incautaciones notificadas por Italia. Durante el mismo período, las cantidades incautadas aumentaron de 33 toneladas a 45 toneladas.

Herbal

Las tendencias indexadas a escala europea muestran aumentos tanto en el precio minorista como en la potencia (nivel de tetrahidrocannabinol, THC) del cannabis herbal y de la resina de cannabis entre 2006 y 2012. La potencia de ambas formas de cannabis ha aumentado desde 2006, aunque, en el caso de la resina, gran parte del aumento se observa entre 2011 y 2012.

La aparición de los cannabinoides sintéticos, sustancias químicas que imitan los efectos del cannabis, ha añadido una nueva dimensión al mercado del cannabis. La mayoría de los polvos de cannabinoides sintéticos parecen fabricarse en China y luego se envían a granel, utilizando redes legítimas de transporte y distribución ya establecidas. Una vez en la Unión Europea, las sustancias químicas se mezclan o se rocían típicamente sobre hierbas y se envasan como productos «legales» para su venta por Internet o a través de otros minoristas. En los primeros seis meses de 2013, dieciocho países notificaron más de

1 800 incautaciones de cannabinoides sintéticos. Las mayores incautaciones fueron notificadas por España (20 kg) y Finlandia (7 kg).

Heroína: descenso general de las incautaciones, pero aumentos en Turquía

Históricamente han estado disponibles en Europa dos formas de heroína importada: la más común de ellas es la heroína marrón (su forma de base química), originaria principalmente de Afganistán. Mucho menos común es la heroína blanca (una forma de sal), que históricamente procedía del Sudeste Asiático, pero que ahora puede producirse en otros lugares. También sigue habiendo cierta producción limitada de drogas opioides en Europa, principalmente productos de amapola de fabricación casera notificados en partes de Europa oriental.

Afganistán sigue siendo el mayor productor ilícito de opio del mundo, y se cree que la mayor parte de la heroína que se encuentra en Europa se fabrica allí o, en menor medida, en el vecino Irán o Pakistán. La droga puede entrar en Europa por varias rutas de tráfico. Una de estas rutas

pasa por Turquía, entra en los países balcánicos (Bulgaria, Rumanía o Albania) y continúa hacia el centro, el sur y el oeste de Europa.

Otra ruta pasa por Rusia, a través de las antiguas repúblicas soviéticas de Asia Central. Los envíos de heroína procedentes de Irán y

5 toneladas incautadas

1 8 toneladas incautadas

(UE +2)

3 2 0 00 incautaciones

37 000 incautaciones (UE + 2)

9% 19% 2006 2012 Pureza índices de pureza y precio

Precio (UR/s)

Pakistán también pueden entrar en Europa por aire o por mar, ya sea directamente o en tránsito por países de África occidental y oriental.

Entre 2002 y 2010, el número de incautaciones de heroína notificadas en Europa fue relativamente estable, con niveles anuales en torno a 50 000. Sin embargo, desde 2010, el número de incautaciones de heroína ha disminuido considerablemente, con unas 32 000 incautaciones estimadas notificadas en 2012. La cantidad de heroína incautada en 2012 (5 toneladas) fue la más baja notificada en la última década, y equivalente a solo la mitad de la cantidad incautada en 2002 (10 toneladas). El descenso de las incautaciones en la Unión Europea se ha visto acompañado de

Desde 2010, el número de incautaciones de heroína ha disminuido considerablemente, con unas 32 000 incautaciones estimadas notificadas en 2012

infracciones de suministro de heroína notificadas

181€ 19 70

10 % de las infracciones de suministro notificadas

31€ Doe,

UE + 2 se refiere a los Estados miembros de la UE, Turquía y Noruega. Precio y pureza de la «heroína marrón»: valores medios nacionales — mínimo, máximo y rango intercuartílico medio (IQR). Los países incluidos varían según el indicador.

Informe Europeo sobre Drogas 2014: Tendencias y novedades

Número de incautaciones de heroína y cantidad incautada, 2002-12

Número de incautaciones "UE, Turquía y Noruega

30000 -.... fellh Sadusind i apis Laue atlases?

Toneladas

DO oteneocesiesnts

10 - ape es tere soc

o. ne ETE Se Ae

Otros países MEM Italia MEM Reino Unido HMB Países Bajos MM Francia ME Grecia Mi) Turquía

un aumento de las incautaciones en Turquía, donde, cada año desde 2006, se ha incautado más heroína que en todos los países de la UE juntos (Figuras 1.4 y 1.5).

El descenso observado en las incautaciones de heroína desde 2010/11 se refleja tanto en las tendencias de los datos de pureza como en las infracciones de suministro relacionadas con la droga (véase el Capítulo 4). Varios países experimentaron importantes escaseces de mercado en ese momento, de las que pocos mercados parecen haberse recuperado por completo. En Turquía, sin embargo, las cantidades de heroína incautadas disminuyeron en 2011, antes de volver a niveles más altos en 2012.

Se han notificado al Sistema de Alerta Temprana de la UE opioides sintéticos que pueden utilizarse como alternativas a la heroína. Entre ellos figuran los fentanilos, muy potentes, que pueden desviarse de los suministros farmacéuticos, incluidos los parches analgésicos eliminados de

forma inadecuada, o pueden fabricarse específicamente para el mercado ilícito. Entre 2012 y 2013 se notificaron 28 incautaciones de un nuevo opioide sintético, el AH-7921, similar a la morfina en términos farmacológicos (véase la página 28).

Cantidad de heroína incautada, 2012

<0.01 MMM 0.01-0.10 MMM 0.11-1.0 MM >10 NB: Cantidades incautadas (en toneladas) de los diez países con valores más altos.

Toneladas

| Cocaína: el número de incautaciones sigue disminuyendo

En Europa, la cocaína está disponible en dos formas, la más común de las cuales es la cocaína en polvo (una sal de hidrocloreuro, HCl). Menos comúnmente disponible está la cocaína crack,

una forma fumable de la droga. La cocaína se produce a partir de las hojas del arbusto de coca. La droga se produce casi exclusivamente en Bolivia, Colombia y Perú, y se transporta a Europa por rutas tanto aéreas como marítimas. El tráfico de cocaína hacia Europa —y los esfuerzos de las fuerzas del orden contra este tráfico— parece tener lugar principalmente a través de los países occidentales y meridionales, y España, Bélgica, los Países Bajos, Francia e Italia representan juntos el 85 % de las 71 toneladas incautadas en 2012 (Figura 1.6). Entre las señales de la continua diversificación de las rutas de tráfico de cocaína hacia Europa figuran grandes incautaciones individuales en puertos de Bulgaria, Grecia, Rumanía y los países bálticos.

En 2012 se notificaron en la Unión Europea alrededor de 77 000 incautaciones de cocaína, lo que supuso la interceptación de 71 toneladas de la droga. El número de incautaciones de cocaína notificadas en 2012 sigue siendo elevado en comparación con 2002. Sin embargo, ha disminuido desde un máximo estimado de alrededor de 95 000 incautaciones en 2008. La cantidad de cocaína

Número de incautaciones de cocaína y cantidad incautada, 2002-12
Cantidad de cocaína incautada, 2012

Número de incautaciones rs UE

a UE, Turquía y Noruega

—_ SE

Toneladas <0.1 MM 0.1-10 MM 11-10 MM >10

fl España MM Bélgica MI Países Bajos [III Otros países NB: Cantidades incautadas (en toneladas) de los diez países con valores más altos.

HB Francia MMM Italia MMM Portugal

En 2012 se incautaron alrededor de 10 toneladas más en la Península, en particular en Portugal entre 2006 y el año anterior, pero sigue muy por debajo del máximo de 120 toneladas de 2007, y de forma más gradual en España entre 2006 y 2011. Las disminuciones en la cantidad de cocaína incautada son más observables en la Península Ibérica. En 2012 Bélgica notificó incautaciones récord de cocaína (19 toneladas) (Figura 1.7).

7 1 toneladas incautadas 7 7 000 incautaciones 106 € 3 1 000 delitos pe etales

72 ne a 80 000 incautaciones 15 % de la oferta notificada

(delitos UE + 2) 77 € 33 % 47 % 2006 2012 46 € Pureza (%) Índices de pureza y precio Precio (€uR/g)

UE + 2 se refiere a los Estados miembros de la UE, Turquía y Noruega. Precio y pureza de la «heroína marrón»: valores medios nacionales — mínimo, máximo y rango intercuartílico medio (IQR). Los países cubiertos varían según el indicador.

Informe Europeo sobre Drogas 2014: Tendencias y novedades

Anfetaminas: indicios de un aumento de la producción de metanfetamina

La anfetamina y la metanfetamina son estimulantes sintéticos estrechamente relacionados, conocidos genéricamente como anfetaminas. De las dos, la anfetamina ha sido siempre la más común en Europa, pero re-

cientemente ha habido indicios de una creciente disponibilidad de metanfetamina.

Ambas drogas se fabrican en Europa para consumo interno, aunque también se fabrica algo de anfetamina para exportación, principalmente a Oriente Medio. Se sabe que la producción de anfetamina tiene lugar en Bélgica y los Países Bajos, así como en Polonia y en los países bálticos. Para la producción de metanfetamina pueden identificarse dos zonas principales. En primer lugar, en los Estados bálticos, la producción se centra en Lituania para la exportación a Noruega, Suecia y el Reino Unido. En esta región se utiliza la BMK (bencil metil cetona) como precursor principal. En una segunda zona, centrada en la República Checa y los países vecinos Eslovaquia y Alemania, la producción se basa principalmente en efedrina y pseudoefedrina y tiene lugar en laboratorios domésticos de pequeña escala, los llamados laboratorios de cocina. Aquí, la producción se destina principalmente a la distribución dentro del país. En los dos últimos años ha habido indicios de una mayor implicación de grupos de delincuencia organizada vietnamitas en los mercados checos de metanfetamina y de un aumento de la escala de la producción.

En 2011 se notificaron 350 desmantelamientos de sitios de producción de metanfetamina en Europa; la mayoría de ellos, sin embargo, fueron sitios de pequeña escala notificados por la República Checa (338).

En 2012 los Estados miembros notificaron 29 000 incautaciones de anfetamina, por un total de 5,5 toneladas. Más de la mitad de la cantidad total de anfetamina incautada correspondió a Alemania, los Países Bajos y el Reino Unido (Figura 1.8). Tras un periodo de niveles más altos, tanto en número como en cantidad, las incautaciones de anfetamina en 2012 han vuelto a situarse aproximadamente en el mismo nivel que en 2003 (Figura 1.9). Las incautaciones de metanfetamina, aunque siguen siendo pequeñas en número y cantidad, han aumentado en el mismo periodo (Figura 1.10). En 2012 se notificaron en la Unión Europea 7 000 incautaciones por un total de 0,34 toneladas de metanfetamina. Turquía y Noruega notificaron otras 4 000 incautaciones por un total de 0,64 toneladas, lo que en conjunto supone aproximadamente el doble de la cantidad incautada en la Unión Europea.

Anfetamina

5; 5 toneladas incautadas 2 2) 000 incautaciones

5,9 toneladas incautadas 32 000 incautaciones

(UE + 2) (UE + 2)

38 € 5 % 8 % 19 %

23 € Pureza (%)

« 16000 @

delitos de suministro de anfetamina notificados 8 %

de los delitos de suministro notificados

Índices de precio (UR/z) y pureza

Metanfetamina

0 3 toneladas incautadas 7 000 incautaciones i

1,0 toneladas incautadas 11 100 incautaciones

(UE + 2) (UE + 2)

19 € 15 % 90 % 28 % 73 %

Pureza 48 €

delitos de suministro de metanfetamina notificados 1 %

de los delitos de suministro notificados

12 € 11 €

Precio (uR/z)

UE + 2 se refiere a los Estados miembros de la UE, Turquía y Noruega. Precio y pureza de las anfetaminas: valores medios nacionales — mínimo, máximo y rango intercuartílico medio (IQR). Los países cubiertos varían según el indicador. No se dispone de índices para la metanfetamina.

views

Cantidad de anfetamina y metanfetamina incautada, 2012

Anfetamina Metanfetamina

Toneladas <0,001 MMM 0,001-0,010 MMM 0,011-1,0 MM >1,0 MM
Sin datos NB: Cantidades incautadas (en toneladas) para los diez países
con valores más altos.

Número de incautaciones de anfetamina y cantidad incautada, 2002-12
Número de incautaciones de metanfetamina y cantidad incautada,
2002-12

Número de incautaciones ue UE Pa UE, Turquía y Noruega Número de
incautaciones

AB OOO «fessesseccserrreecbecesereennnee 12000 --.

Toneladas Toneladas

GOs sesueenctononts sisi eee ssa iced Gamnnenneeisey aches cea caren
suena B ROleS merece Gating saree meee tn eter meeren eerieene
Geieenert nny een eee ee

2002. 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2002
2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 (3 Otros países
ME Reino Unido MI Alemania (8 Otros países HI Alemania MMM Li-
tuania MB Suecia HB Países Bajos [Polonia ME Bélgica]) Turquía MM
República Checa MM Noruega [o Turquía

Informe Europeo sobre Drogas 2014: Tendencias y novedades

| Éxtasis: disponibilidad de polvo de alta pureza

El éxtasis suele referirse a la sustancia sintética MDMA (3,4-metilendioxi-metanfetamina), que está químicamente relacionada con las anfetaminas, pero que difiere en cierta medida en sus efectos. Las pastillas vendidas como éxtasis, sin embargo, pueden contener cualquiera de una serie de sustancias similares al MDMA y productos químicos no relacio-

nados. Tanto el polvo como los cristales de MDMA parecen estar volviéndose más comunes, y en partes de Europa se dispone de polvo de alta pureza.

La producción de éxtasis en Europa parece concentrarse en Bélgica y los Países Bajos, como evidencian los laboratorios desmantelados en estos países durante la última década. El número de laboratorios de éxtasis desmantelados en Europa cayó de 50 en 2002 a tres en 2010, lo que sugiere una gran disminución de la producción de la droga. Más recientemente ha habido indicios de que el mercado del éxtasis se está recuperando, con varios grandes sitios de producción de MDMA desmantelados en Bélgica y los Países Bajos en 2013.

En 2012 se incautaron 4 millones de pastillas de éxtasis en la Unión Europea, principalmente en los Países Bajos (2,4 millones), seguidos del Reino Unido (0,5 millones) y Alemania (0,3 millones). Además, Turquía incautó 3,0 millones de pastillas de éxtasis en el mismo año (Figuras 1.11 y 1.12). La cantidad de pastillas de éxtasis incautadas en la Unión Europea en 2012 representa menos de una quinta parte de la cantidad incautada en 2002 (23 millones). En conjunto, las incautaciones de éxtasis disminuyeron entre 2002 y 2009, antes de aumentar lentamente en los años posteriores (Figura 1.11). Esta tendencia se refleja también en los datos disponibles sobre el contenido de MDMA de las pastillas de éxtasis analizadas, que disminuyó hasta 2009 y aumentó en los tres últimos años de notificación.

Tanto el polvo como los cristales de MDMA parecen estar volviéndose más comunes, y en partes de Europa se dispone de polvo de alta pureza

millones de pastillas incautadas

11 200 incautaciones

1 6 000 incautaciones

7 millones de pastillas incautadas

(UE + 2) (UE + 2). Índices de pureza y precio MDMA mg/pastilla Pureza (img/kab ley)

17 € 3 000 delitos de suministro de éxtasis notificados

1 % de los delitos de suministro notificados

Precio (ur/pastilla)

UE + 2 se refiere a los Estados miembros de la UE, Turquía y Noruega.
Precio y pureza del éxtasis — valores medios nacionales: mínimo, máximo y rango intercuartílico medio (IQR).

Los países cubiertos varían según el indicador.

pOURE Wt

Número de incautaciones de éxtasis y pastillas incautadas, 2002-12

Rumbeforoellnes 7 FU “ UE, Turquía y Noruega

ooo el nan vteusc papi osiesle Talon laciH Nep inten Petesen crcl flec-
ted edacln aionsB pl bebbsettoabes

DE. Heviaiaicies iA tactic elon ineak teace tort latin in cia atin a Sa ser-
cesd es

HM Países Bajos M Mi Reino Unido Mii Otros países HMB Alemania {©
España MMM Francia {o} Turquía

Las tendencias observadas en el suministro de éxtasis pueden atribuirse en parte a la intensificación de los controles y a la incautación selectiva de PMK (piperonil metil cetona), el principal precursor químico para la fabricación de MDMA. Al parecer, los productores de éxtasis han respondido a los controles de precursores utilizando «preprecursores» o «precursores enmascarados» — productos químicos esenciales que pueden importarse legalmente como sustancias no controladas y luego convertirse en los precursores necesarios para la producción de MDMA.

Capítulo 1 | Suministro de drogas

Cantidad de éxtasis incautada, 2012

Pastillas (millones) <0,010 MMM 0,011-0,10 MMM 0,11-1,0 MM >1,0
NB: Cantidades incautadas (en millones de pastillas) para los diez países con valores más altos.

| Catinonas, una nueva clase de estimulantes en Europa

En los últimos años se han identificado en Europa más de 50 derivados sustituidos de la catinona. El ejemplo más conocido, la mefedrona, se ha consolidado en el mercado de estimulantes de algunos países. Otra catinona, la MDPV (3,4-metilendioxiptovalerona), se vende en el mercado europeo predominantemente en forma de polvo y pastillas como «droga legal», pero también directamente en el mercado ilícito. Entre 2008 y 2013 se han notificado más de 5 500 incautaciones de polvo de MDPV en 29 países, por un total de más de 200 kilogramos de la droga.

| Creciente diversidad de las nuevas drogas identificadas

El análisis del mercado de drogas se ve complicado por la aparición de nuevas drogas (nuevas sustancias psicoactivas) — sustancias sintéticas o de origen natural que no están controladas por el derecho internacional y que a menudo se producen con la intención de imitar los efectos de las drogas controladas. En algunos casos, las nuevas drogas se producen en Europa en laboratorios clandestinos y se venden directamente en el mercado.

Otras sustancias químicas se importan de proveedores, a menudo en China o la India, y luego se envasan de forma atractiva y se comercializan como «drogas legales» en Europa. El término «drogas legales» es inapropiado, ya que las sustancias pueden estar controladas en algunos Estados miembros o, si se venden para consumo, contravenir la normativa de seguridad del consumidor o de comercialización. Para evitar

Informe Europeo sobre Drogas 2014: Tendencias y novedades

PG WIR Eas ies

Número y principales grupos de nuevas sustancias psicoactivas notificadas al Sistema de Alerta Temprana de la UE, 2005-13

HM Fenetilaminas MEM Triptaminas (§) Piperazinas EM Catinonas MI Cannabinoides sintéticos ff) Otras sustancias

los controles, los productos suelen etiquetarse mal, por ejemplo como «productos químicos de investigación» o «alimento para plantas», con

advertencias que indican que el producto no está destinado al consumo humano.

Durante 2013, los Estados miembros notificaron por primera vez 81 nuevas sustancias psicoactivas a través del Sistema de Alerta Temprana de la UE (Figura 1.13). Veintinueve de estas sustancias eran cannabinoi-des sintéticos y otros 30 compuestos no se ajustaban a los grupos químicos fácilmente reconocibles (incluidas plantas y medicamentos). También se notificaron 13 nuevas fenetilaminas sustituidas, siete catinonas sintéticas, una triptamina y una piperazina.

Durante 2013, los Estados miembros notificaron por primera vez 81 nuevas sustancias psicoactivas a través del Sistema de Alerta Temprana de la UE

| Evaluación del riesgo de las nuevas drogas

Se llevaron a cabo evaluaciones de riesgo a escala europea sobre la 4-metilanfetamina (en 2012) y el 5-(2-aminopropil)indol (en 2013), en respuesta a las pruebas emergentes de daños que incluían más de 20 muertes asociadas a cada sustancia en un breve periodo de tiempo. Ambas sustancias fueron objeto de medidas de control en toda Europa. En abril de 2014 se evaluó el riesgo de cuatro nuevas sustancias psicoactivas (25I-NBOMe, AH-7921, MDPV, metoxetamina).

El 25I-NBOMe es una fenetilamina sustituida y un potente agonista completo del receptor serotoninérgico 5-HT_{2A}, que parece tener efectos alucinógenos. Está disponible en el mercado de drogas de la UE al menos desde mayo de 2012.

Se ha notificado toxicidad grave asociada a su uso en cuatro Estados miembros, incluida una muerte en la que se detectó la sustancia.

El AH-7921 es un opioide sintético, disponible en la Unión Europea al menos desde julio de 2012. En la mayoría de los casos se ha incautado en pequeñas cantidades en forma de polvo.

Este opioide se ha detectado en seis intoxicaciones no mortales y quince muertes en Suecia, el Reino Unido y Noruega.

La MDPV es un derivado sintético de la catinona estrechamente relacionado con la pirovalerona. La MDPV está presente en el mercado de drogas de la UE al menos desde noviembre de 2008, y se ha detectado en hasta 107 intoxicaciones no mortales y 99 muertes, especialmente en Finlandia y el Reino Unido.

Hay algunos indicios de que se ha vendido como versión «legal» o sintética de la cocaína, y también se ha encontrado en pastillas que se asemejan al «éxtasis».

La metoxetamina es una arilciclohexilamina estrechamente relacionada con la ketamina, y está disponible en el mercado de drogas de la UE al menos desde septiembre de 2010. Se han incautado cantidades de varios kilogramos de la sustancia en forma de polvo. Se han notificado veinte muertes y 110 intoxicaciones no mortales asociadas a la sustancia.

Las nuevas sustancias psicoactivas pueden aparecer en el mercado ya sea bajo la apariencia de una droga fiscalizada, ya como alternativa a una droga fiscalizada. Por ejemplo, la 4-metilanfetamina se vendía directamente en el mercado ilícito de drogas como anfetamina, la metoxetamina se comercializa

como alternativa legal a la ketamina y el 25I-NBOMe se vende como alternativa «legal» al LSD (dietilamida del ácido lisérgico).

Capítulo 1 | El suministro de drogas

MDPV Metoxetamina AH-7921 Catinonas Arilciclohexilaminas Opioides
2008 2010 2015

| Internet como mercado en expansión

Internet desempeña un papel creciente en la configuración de cómo se venden las drogas y plantea retos singulares a la hora de interrumpir el suministro tanto de las drogas «nuevas» como de las «viejas». El hecho de que los fabricantes, proveedores, minoristas y los servicios de alojamiento de sitios web y de procesamiento de pagos puedan estar todos radicados en países diferentes hace que sea particularmente difícil de controlar. El uso creciente de redes¹³³ de anonimización —las llamadas

«darknets»— para la venta de drogas a distribuidores y consumidores agrava estos retos. La tecnología

para acceder a estos sitios se incorpora cada vez más al software de consumo, abriendo estos mercados a más personas. Además, la venta abierta de «subidones legales» en Internet parece haber aumentado su disponibilidad para distribuidores y consumidores. En 2013, el seguimiento del EMCDDA identificó 651 sitios web que vendían «subidones legales» a europeos.

| Se detectan más medicamentos

Un número creciente de nuevas drogas que se detectan en el

mercado de drogas tiene un uso legítimo como medicamentos. A veces se venden como medicamentos, en otros casos se venden

clandestinamente como drogas ilícitas tales como la heroína, o pueden

venderse como «subidones legales», «productos químicos de investigación» e incluso como «complementos alimenticios». Ejemplos recientes, todos ellos presuntamente inyectados por consumidores de opioides, incluyen: la pregabalina, utilizada para tratar el dolor neuropático, la epilepsia y la ansiedad generalizada; el tropicamida, utilizado durante los exámenes oculares para dilatar las pupilas; y el carfentanilo, un opioide utilizado para tranquilizar a animales grandes.

25I-NBOMe Sustancia Fenetilaminas Familia de drogas 2012 Año de la primera notificación al Sistema de Alerta Temprana de la UE 1 número de muertes asociadas a la sustancia número de intoxicaciones no mortales 24 número de países donde se ha detectado (UE, Turquía y Noruega) número de países donde está sujeto

6 a medidas de control en virtud de la legislación sobre control de drogas (UE, Turquía y Noruega)

Otros productos medicinales notificados recientemente al sistema de alerta temprana incluyen: el fenazepam, una benzodiazepina, que se ha vendido como benzodiazepina «legal», como «producto químico de investigación» y como la droga fiscalizada diazepam; y el fenibut, un an-

siolítico utilizado para tratar la dependencia alcohólica en Rusia, que se ha vendido en línea como «complemento alimenticio». Estos medicamentos pueden obtenerse de diversas maneras: los medicamentos autorizados pueden desviarse del mercado regulado y los medicamentos no autorizados pueden importarse desde fuera de la Unión Europea. Además, las drogas componentes pueden importarse a granel desde países como China, para luego procesarse y envasarse en países europeos y venderse directamente en el mercado ilícito de drogas, en el mercado de «subidones legales» o en sitios de comercio electrónico.

Un número creciente de nuevas drogas que se detectan en el mercado de drogas tiene

un uso legítimo como medicamentos

Informe Europeo sobre Drogas 2014: Tendencias y novedades

Publicaciones del EMCDDA

Novedades en los mercados del cannabis en Europa, Perspectivas sobre drogas.

Explorando las tendencias de la metanfetamina en Europa, Documentos del EMCDDA.

Informe sobre la evaluación del riesgo de la 4-metilanfetamina en el marco de la Decisión del Consejo sobre nuevas sustancias psicoactivas, Evaluaciones de riesgo.

Informe sobre la evaluación del riesgo del 5-(2-aminopropil)indol en el marco de la Decisión del Consejo sobre nuevas sustancias psicoactivas, Evaluaciones de riesgo.

Cannabinoides sintéticos en Europa, Perspectivas sobre drogas.

Producción de drogas sintéticas en Europa, Perspectivas sobre drogas.

Producción y mercados del cannabis en Europa, Perspectivas.

Sacudidas recientes en el mercado europeo de la heroína: explicaciones y ramificaciones, Informes de reuniones del Trendspotter.

Informe sobre la evaluación del riesgo de la mefedrona en el marco de la Decisión del Consejo sobre nuevas sustancias psicoactivas, Evaluaciones de riesgo.

Responder a las nuevas sustancias psicoactivas, Drogas en el punto de mira.

Evaluación del riesgo de nuevas sustancias psicoactivas: directrices operativas.

Sistema de alerta temprana sobre nuevas sustancias psicoactivas: directrices operativas.

Publicaciones conjuntas del EMCDDA y Europol

Informe anual sobre la aplicación de la Decisión del Consejo 2005/387/JAI.

Informe conjunto EMCDDA-Europol sobre una nueva sustancia psicoactiva: AH-7921 (3,4-dicloro-N-[[1-(dimetilamino)ciclohexil]metil]benzamida).

Informe conjunto EMCDDA-Europol sobre una nueva sustancia psicoactiva: metoxetamina (2-(8-metoxifenil)-2-(etilamino)ciclohexanona).

Informe conjunto EMCDDA-Europol sobre una nueva sustancia psicoactiva: 25I-NBOMe (4-yodo-2,5-dimetoxi-N-(2-metoxibencil)fenetilamina).

Informe conjunto EMCDDA-Europol sobre una nueva sustancia psicoactiva: MDPV (3,4-metilendioxiptovalerona).

Informe anual sobre la aplicación de la Decisión del Consejo 2005/387/JAI.

Informe sobre los mercados de drogas en la UE: un análisis estratégico.

Anfetamina: una perspectiva de la Unión Europea en el contexto global.

Cocaína: una perspectiva de la Unión Europea en el contexto global.

Metanfetamina: una perspectiva de la Unión Europea en el contexto global.

Todas las publicaciones están disponibles en

www.emcdda.europa.eu/publications

a lo largo de su vida

Capítulo 2

Consumo de drogas y problemas

relacionados con las drogas

El término «consumo de drogas» abarca muchas pautas diferentes de consumo que se extienden a lo largo de un continuum desde el uso experimental puntual hasta el uso habitual y dependiente. Las distintas pautas de consumo se asocian a distintos niveles de riesgo y daño. En general, los riesgos a los que un individuo se expone por su consumo de drogas estarán influidos por factores como el contexto en el que se consumen las drogas, la dosis consumida, la vía de administración, el consumo conjunto de otras sustancias, el número y la duración de los episodios de consumo y la vulnerabilidad individual.

Seguimiento del consumo de drogas y de los problemas

relacionados con las drogas

Un enfoque común para el seguimiento del consumo de drogas en Europa lo proporcionan los cinco indicadores epidemiológicos clave del EMCDDA. Estos conjuntos de datos abarcan: encuestas de consumo, estimaciones del consumo problemático, muertes relacionadas con las drogas, enfermedades infecciosas y entrada en tratamiento por drogas. En conjunto constituyen un recurso importante para el análisis de tendencias y novedades del EMCDDA. La información técnica sobre los indicadores puede consultarse en línea en el portal de indicadores clave y en el Informe Europeo sobre Drogas:

Datos y estadísticas.

| Más de 80 millones de europeos han consumido una droga ilícita

Se estima que casi una cuarta parte de la población adulta de la Unión Europea, o más de 80 millones de adultos, ha consumido drogas ilícitas en algún momento de su vida. En la mayoría de los casos, han consumido cannabis (73,6 millones), con estimaciones inferiores notificadas para el consumo a lo largo de la vida de cocaína

(14,1 millones), anfetaminas (11,4 millones) y éxtasis (10,6 millones). Los niveles de consumo a lo largo de la vida varían considerablemente entre países, desde alrededor de un tercio de los adultos en Dinamarca, Francia y el Reino Unido, hasta menos de uno de cada 10 en Bulgaria, Grecia, Chipre, Hungría, Portugal, Rumanía y Turquía.

Informe Europeo sobre Drogas 2014: Tendencias y novedades

| Consumo de drogas entre estudiantes

El seguimiento del consumo de sustancias entre estudiantes proporciona una ventana importante a las conductas de riesgo actuales de los jóvenes y un

Uno de cada cuatro jóvenes de 15 a 16 años

indicador de posibles tendencias futuras. En Europa, el estudio ESPAD constituye un valioso recurso para seguir las tendencias a lo largo del tiempo en el consumo de sustancias entre estudiantes de 15 a 16 años. En los datos más recientes, de 2011, se estima que uno de cada cuatro jóvenes de 15 a 16 años ha consumido alguna vez una droga ilícita, aunque los niveles de prevalencia varían considerablemente entre países. El Cannabis concentra a la gran mayoría de los usuarios de alcohol y tabaco. En el mes previo al consumo de la mayoría de las drogas ilícitas en este grupo, con alrededor del 24 % de la encuesta, el 19 % de los estudiantes declara haber fumado uno o más cigarrillos diarios, con un 4 % fumando más de 10 al día, y declara consumo vitalicio, el 20 % consumo en el último año y el 12 % consumo en el mes previo a la encuesta. En comparación con sus homólogos femeninas, los estudiantes varones tenían 1,5 veces más probabilidades de declarar consumo de cannabis en el último mes. Casi dos tercios de los estudiantes declaran haber bebido alcohol al menos una vez en el último mes, con un 20 % intoxicándose al menos una vez en este período.

Muchos de los que declaran haber consumido cannabis alguna vez solo han consumido la sustancia una o dos veces. Una minoría de estudiantes, sin embargo, declara pautas de consumo más intensivas, con alrededor del 2 % de los estudiantes declarando haber usado la droga más de 10 veces en el mes previo a la encuesta.

La prevalencia del consumo de drogas ilícitas distintas del cannabis es mucho menor, aunque en unos pocos países el consumo de éxtasis y anfetaminas ocupa un lugar más destacado. En conjunto, alrededor del 7 % de los estudiantes declara consumo vitalicio de más de una droga ilícita. El ESPAD también informa sobre el consumo de alcohol y tabaco. Ambas sustancias eran consumidas por los estudiantes con más frecuencia que el cannabis, y quienes habían consumido cannabis también tenían más probabilidades de ser consumidores habituales.

| Cannabis: tendencias nacionales divergentes

El cannabis se fuma generalmente y, en Europa, se mezcla comúnmente con tabaco. Las pautas de consumo de cannabis van desde lo ocasional o experimental hasta lo regular y dependiente, con problemas fuertemente asociados a un consumo más frecuente y a dosis más elevadas.

El cannabis es la droga ilícita con más probabilidades de ser consumida por todos los grupos de edad. Se estima que 14,6 millones de jóvenes europeos (15-34), o el 11,2 % de este grupo de edad, consumieron cannabis en el último año, de los cuales 8,5 millones tenían entre 15 y 24 años (13,9 %). El consumo de cannabis es generalmente mayor entre los varones, y esta diferencia suele acentuarse en las pautas de consumo más intensivas o regulares. Las tendencias actuales en el consumo parecen divergentes, como lo ilustra el hecho de que, de los países que informaron de nuevas encuestas desde 2011, ocho informaron de descensos y cinco de aumentos en la prevalencia del último año. Pocas encuestas nacionales informan actualmente sobre el consumo de agonistas sintéticos de los receptores cannabinoides; en aquellas que lo hacen, los niveles de prevalencia son generalmente bajos.

Un número creciente de países dispone ahora de suficientes datos de encuestas para permitir un análisis estadístico de las tendencias tempo-

rales a largo plazo en el consumo de cannabis entre jóvenes adultos (15-34). En Dinamarca, Finlandia y Suecia pueden observarse tendencias al alza en el consumo de cannabis del último año entre jóvenes adultos, aunque en distintos niveles de prevalencia (Figura 2.1). En contraste, las tasas de prevalencia en Noruega se han mantenido relativamente estables.

Resulta interesante que Alemania, Francia y el Reino Unido han visto una tendencia estable o descendente en el consumo en la última década, tras haber observado aumentos antes de este período. España también informó de una menor prevalencia en la última década. Juntos, estos cuatro países representan casi la mitad de la población de la UE. Bulgaria e Italia, con series temporales más cortas, presentan ambas tendencias al alza. Más recientemente, Italia ha informado de niveles de prevalencia más bajos, aunque debido a cuestiones metodológicas las encuestas no son directamente comparables.

| Preocupación por los consumidores de cannabis

Una minoría de consumidores de cannabis consume la sustancia de forma intensiva. El consumo diario o casi diario de cannabis se define como el consumo en 20 días o más en el último mes. Siguiendo estos criterios, se estima que justo por debajo del 1 % de los adultos europeos son consumidores diarios o casi diarios de cannabis. Más de dos tercios de los consumidores diarios o casi diarios de cannabis tienen entre 15 y 34 años, y en este grupo de edad más de tres cuartas partes son varones. Entre los países que aportan datos, el porcentaje estimado de consumidores diarios o casi diarios entre jóvenes adultos (15-34) varía desde el 0,1 % en Eslovaquia hasta el 4,4 % en España (Figura 2.2).

En 2012, el cannabis fue la droga notificada con más frecuencia como motivo principal para iniciar tratamiento por drogas por parte de clientes primerizos. Tras haber aumentado de 45 000 a 61 000 entre 2006 y 2011, el número total de ingresos en tratamiento notificados por primera vez se estabilizó en 2012 (59 000). El cannabis fue la segunda droga notificada con más frecuencia entre todos los ingresos en tratamiento en 2012 (110 000).

Sin embargo, puede observarse una considerable variación nacional, que va desde el 2 % de todos los ingresos en tratamiento que declaran consumo primario de cannabis en Bulgaria hasta el 66 % en Hungría. Esta heterogeneidad podría explicarse por diferencias nacionales en las prácticas de derivación, la legislación, el tipo de servicios de tratamiento disponibles y los niveles de prevalencia del cannabis.

Informe Europeo sobre Drogas 2014: Tendencias y novedades

Prevalencia del consumo diario y casi diario de cannabis entre jóvenes adultos (15-34)

Urgencias agudas asociadas al cannabis y a los productos cannabinoides sintéticos

Aunque raras, pueden producirse urgencias agudas tras consumir cannabis, especialmente a dosis elevadas. En los países con niveles de prevalencia más altos, las urgencias relacionadas con el cannabis parecen ser un problema creciente. Se han notificado aumentos recientes de urgencias relacionadas con el cannabis en la República Checa, Dinamarca y España. La mayoría de las urgencias relacionadas con el cannabis se producen entre varones jóvenes y a menudo se asocian a intoxicación alcohólica.

Los síntomas pueden incluir ansiedad, psicosis u otros síntomas psiquiátricos y, en la mayoría de los casos, no se requiere hospitalización. Un desarrollo adicional preocupante ha sido la aparición de cannabinoides sintéticos. Estas sustancias pueden ser extremadamente potentes, pero no son químicamente similares al cannabis y, por lo tanto, pueden dar lugar a consecuencias sanitarias diferentes y potencialmente más graves. Aunque nuestra comprensión actual de las implicaciones sanitarias del consumo de estas sustancias sigue siendo limitada, existe una preocupación creciente por los informes de consecuencias adversas agudas asociadas a su consumo.

Características Tendencias en los ingresos primerizos

Edad media en el primer consumo Edad media en el ingreso en tratamiento Frecuencia de consumo en el último mes Diario Dos a seis veces

por semana Una vez por semana o menos No consumió en el último mes

NB: Las características corresponden a todos los ingresos en tratamiento con cannabis como droga principal. Las tendencias corresponden a los ingresos primerizos con cannabis como droga principal. Los países cubiertos varían según el indicador.

Droga estimulante predominante por prevalencia del último año entre jóvenes adultos (15-34)

Variación geográfica en las pautas de consumo de estimulantes

La cocaína, las anfetaminas y el éxtasis son los estimulantes ilícitos más consumidos en Europa, mientras que algunas sustancias menos conocidas, incluidas las piperazinas (por ejemplo, BZP, bencilpiperazina) y las catinonas sintéticas (por ejemplo, mefedrona y MDPV), también pueden consumirse ilícitamente por sus efectos estimulantes. Los niveles elevados de consumo de estimulantes tienden a asociarse a entornos específicos de danza, música y vida nocturna, donde estas drogas se consumen a menudo en combinación con alcohol.

Los datos de encuestas ilustran las diferencias geográficas en las pautas de consumo de estimulantes en Europa. La cocaína es más prevalente en el sur y el oeste de Europa, las anfetaminas en los países centrales y septentrionales, y el éxtasis —aunque en niveles de prevalencia bajos— en los países del sur y del este (Figura 2.3). Los datos del análisis de aguas residuales llevado a cabo en un estudio europeo multicéntrico también muestran una diferencia en las pautas regionales de consumo. Se encontraron concentraciones relativamente altas de anfetamina en muestras de aguas residuales de varias ciudades del norte y noroeste de Europa, mientras que los niveles más altos de metanfetamina se encontraron en ciudades de la República Checa y Eslovaquia (Figura 2.4).

Anfetaminas en aguas residuales de ciudades europeas seleccionadas

Anfetamina Metanfetamina

mg/1000 habitantes/día

NB: Cantidades medias diarias de anfetaminas en miligramos por 1000 habitantes, a partir de muestreos durante un período de una semana en 2013. Fuente: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

Informe Europeo sobre Drogas 2014: Tendencias y novedades

Prevalencia del consumo de cocaína en el último año entre jóvenes adultos (15-34): tendencias seleccionadas (izquierda) y datos más recientes (derecha)

NB: Tendencias para los diez países con mayor prevalencia y tres o más encuestas.

| Cocaína: la prevalencia sigue disminuyendo

La cocaína en polvo se esnifa o aspira principalmente, pero también se inyecta a veces, mientras que el crack se fuma generalmente. Entre los consumidores habituales puede hacerse una amplia distinción entre consumidores más integrados socialmente, que pueden consumir la droga en un contexto recreativo, y consumidores de drogas más marginados, que consumen cocaína, a menudo junto con opioides, como parte de un problema crónico de drogas. El consumo habitual de cocaína se ha asociado a problemas cardiovasculares, neurológicos y de salud mental, y a un riesgo elevado de accidente y dependencia. La inyección de cocaína y el consumo de crack se asocian a los riesgos sanitarios más altos, incluida la transmisión de enfermedades infecciosas.

La cocaína es la droga estimulante ilícita más consumida en Europa, aunque la mayoría de los consumidores se encuentran en un número restringido de países. Se estima que alrededor de 2,2 millones de jóvenes adultos de 15 a 34 años (1,7 % de este grupo de edad) consumieron cocaína en el último año.

La cocaína es la droga estimulante ilícita más consumida en Europa

| Continuo descenso de la demanda de tratamiento por cocaína

Solo cuatro países disponen de estimaciones relativamente recientes del consumo intensivo o problemático de cocaína, y estas son difíciles de comparar, pues las definiciones empleadas difieren. En 2012, entre la

población adulta, Alemania estimó la «dependencia de cocaína» en un 0,20 %, Italia produjo una estimación del 0,26 % para quienes «necesitan tratamiento por consumo de cocaína», y en 2011, España estimó el «consumo de cocaína de alto riesgo» en un 0,4 %.

Para 2010/11, el Reino Unido estimó el consumo de crack entre la población adulta de Inglaterra en un 0,49 %, si bien la mayoría de estos eran también consumidores de opioides.

La cocaína fue citada como droga principal por el 14 % de todos los clientes notificados que ingresaron en tratamiento especializado por drogas en 2012 (55 000), y por el 18 % de quienes ingresaron en tratamiento por primera vez (26 000). Existen diferencias entre países, y alrededor del 90 % de todos los clientes por cocaína son notificados por solo cinco países (Alemania, España, Italia, Países Bajos, Reino Unido). Juntos, estos cinco países representan algo más de la mitad de la población de la UE.

El número de clientes que ingresan en tratamiento por primera vez en su vida por consumo primario de cocaína ha disminuido en los últimos años, desde un máximo de 38 000 en 2008 hasta 26 000 en 2012. Gran parte de este descenso puede atribuirse a una caída en las cifras notificadas desde Italia. En 2012, solo un pequeño

Características

@ ® Edad media en el primer consumo Edad media en el ingreso en tratamiento

Frecuencia de consumo en el último mes HB Diario

HE De dos a seis veces por semana

24 % 24 % 22 % 30 % 1 % 7 %

26 % 2 % 64 %

(8) Una vez por semana o menos ' ~ No consumió en el último mes

Vía de administración HMB Inyección

EE Fumada/inhalada MB Ingestión⁴⁴/bebida

{> Otra

número (2 300) de personas que ingresan por primera vez en tratamiento en Europa notificaron consumo primario de crack, correspondiendo al Reino Unido alrededor de dos tercios de estos, y a España y los Países Bajos la mayor parte del resto.

La cocaína es también responsable de ingresos hospitalarios agudos y de muertes. La droga puede ser además un factor en alguna mortalidad atribuida a problemas cardiovasculares. Si bien los datos en este ámbito son limitados, 19 países notificaron muertes relacionadas con la cocaína en 2012, con más de 500 casos identificados.

19 países notificaron muertes relacionadas con la cocaína en 2012, con más de 500 casos CoC-yalabel-vel

Tendencias en los ingresos por primera vez

~~ 30000

Se, ~ 25000

~ 15000

~ 10000

~ 5000

M1 España HMM Reino Unido Hl Italia MMM Países Bajos Ml Alemania

Otros países

NB: Las características corresponden a todos los ingresos en tratamiento con cocaína/crack como droga principal. Las tendencias corresponden a los ingresos por primera vez con cocaína/crack como droga principal. Los países cubiertos varían según el indicador.

Informe Europeo sobre Drogas 2014: Tendencias y novedades

mulantes, las muertes relacionadas con las anfetaminas pueden ser difíciles de identificar.

Sin embargo, anualmente se notifican cifras pequeñas, generalmente por países donde los niveles de prevalencia son altos.

Porcentaje <0,5 MM 0,5-10 MM 11-15 Moisés Sin datos

Se estima que 1,2 millones (0,9 %) de adultos jóvenes (15-34) consumieron anfetaminas durante el último año. Entre 2007 y 2012, las estimaciones de prevalencia anual para adultos jóvenes se mantuvieron relativamente bajas y estables en la mayoría de los países europeos, con niveles de prevalencia de 2,5 % o menos en todos los países que informaron. Entre los 12 países con encuestas desde 2011, 11 notificaron niveles decrecientes de prevalencia de anfetaminas (Figura 2.6).

| Consumo de anfetaminas: un fenómeno multifacético

Tanto la República Checa como Eslovaquia notifican patrones arraigados de más largo plazo de consumo de metanfetamina, con las estimaciones más recientes de consumo problemático entre adultos (15-64) en torno al 0,42 % para la República Checa (2012) y al 0,21 % en Eslovaquia (2007). Recientemente, también se han notificado indicios de consumo problemático de metanfetamina entre consumidores de drogas de alto riesgo en algunas regiones de Alemania y en Grecia, Chipre, Letonia y Turquía. Esto incluye señales preocupantes procedentes de países del sur de Europa sobre el consumo fumado de metanfetamina en cristal entre subpoblaciones de inyectores de opioides. Además, se han detectado nuevas tendencias de inyección entre pequeños grupos de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en algunas grandes ciudades europeas.

Alrededor del 6 % de los clientes que ingresan en tratamiento especializado por drogas en Europa en 2012 notifican las anfetaminas como su droga principal (aproximadamente 25 000 clientes, de los cuales 10 000 ingresaron en tratamiento por primera vez en su vida). Los consumidores primarios de anfetaminas representan una proporción considerable de los ingresos por primera vez notificados solo en Alemania, Letonia y Polonia, mientras que la metanfeta⁷mina es citada como droga principal

por una gran proporción de clientes por primera vez en la República Checa y Eslovaquia. Los aumentos recientes

en los ingresos por primera vez por anfetaminas se explican principalmente por Alemania y por los aumentos de clientes por primera vez de metanfetamina en la República Checa y Eslovaquia.

Características

@ @ Edad media en el primer consumo Edad media en el 29 % 71 % ingreso en tratamiento

% Frecuencia de consumo en el último mes HB Diario

HE De dos a seis veces por semana

(9) Una vez por semana o menos

' ~ No consumió en el último mes

Vía de administración HB Inyección HE Fumada/inhalada % EM Ingestión/bebida M8 Esnifada {> Otra

19 % 24 % 1 % 23 % 24 %

Tendencias en los ingresos por primera vez

~ 6000

(8) Alemania MEM República Checa HE Reino Unido Otros países MM Países Bajos MI Eslovaquia

NB: Las características corresponden a todos los ingresos en tratamiento con anfetaminas como droga principal. Las tendencias corresponden a los ingresos por primera vez con anfetaminas como droga principal. Los países cubiertos varían según el indicador.

Informe Europeo sobre Drogas 2014: Tendencias y novedades

Prevalencia del consumo de éxtasis en el último año entre adultos jóvenes (15-34): tendencias seleccionadas (izquierda) y datos más recientes (derecha)

Porcentaje

9 9 8 8 6 6 5 5 4 4 3 3 2 2 1 1) o + ite) © ie foe} cop} =) a N £9) + Lo oO
be foo} [o>) lo} Las! N QD QD (o>) QD nD aD =) io) io) So i So Oo [al
(=) i=i a a a a [o>) (o>) (o>) cop} cop} Oo Oo Oo Oo oO Oo Oo Oo Wei
fo} oO (2) oO a Po = a ial a N N N N N N N N N N N N

Y. Bulgaria 7S, Países Bajos ZS. Reino Unido (Inglaterra y Gales) S, Es-
tonia Y España ZS. República Checa 7S, Finlandia 7, Hungría 7 Alema-
nia Y. Eslovaquia

NB: Tendencias para diez países con la mayor prevalencia y tres o más
encuestas.

Consumo de éxtasis: tendencias bajas y estables en la población general

El éxtasis suele referirse a la sustancia sintética MDMA.

La droga se consume comúnmente en forma de comprimido, pero tam-
bién está disponible en forma de cristal o polvo; generalmente se ingiere
o se esnifa. El consumo de éxtasis se ha vinculado históricamente a la
escena de la música dance electrónica, y se concentra entre adultos jóve-
nes, particularmente varones jóvenes. Los problemas asociados al con-
sumo de esta droga incluyen hipertermia aguda y problemas de salud
mental. Se notifican muertes relacionadas con el éxtasis, pero son raras.

Se estima que 1,3 millones de adultos jóvenes (15-34) consumieron éxta-
sis en el último año (1,0 % de este grupo de edad), con estimaciones na-
cionales que van desde menos del 0,1 % hasta el 3,1 %. En Europa, el
consumo de la droga típicamente alcanzó su máximo a principios y me-
diados de la década de 2000, antes de disminuir (Figura 2.7). Entre
2007 y 2012, la mayoría de los países han notificado tendencias estables
o decrecientes en el consumo de éxtasis. Con la excepción de

ae — 2 €, > Te

SO ww

Porcentaje <0,5 MM 051-10 MM 11-20 MM >20 Sin datos

Bulgaria, que presenta una tendencia al alza en la prevalencia desde
2005, este descenso sigue siendo evidente para los 12 países que notifi-
caron encuestas desde 2011. Pocos⁴⁹ consumidores ingresaron en trata-

miento por problemas relacionados con el éxtasis en 2012: el éxtasis fue mencionado como droga principal por menos del 1 % (alrededor de 550 clientes) de los ingresos por primera vez en tratamiento notificados en Europa.

| Catimonas sintéticas: la inyección, una preocupación

Las catimonas sintéticas, como la mefedrona y la MPDV, se han labrado ahora un espacio en el mercado de estimulantes ilícitos en algunos países. La limitada información disponible sugiere que los niveles de prevalencia siguen siendo bajos. Las encuestas repetidas que incluyen catimonas solo están disponibles para el Reino Unido (Inglaterra y Gales). En la encuesta más reciente (2012/13), el consumo de mefedrona en el último año entre adultos de 16 a 59 años se estimó en un 0,5 %, un descenso desde el 1,1 % en 2011/12 y el 1,4 % en 2010/11. Los resultados de una encuesta no representativa de asiduos a clubes en el Reino Unido también muestran un descenso en el consumo de mefedrona en el último año (del 19,5 % en 2011 al 13,8 % en 2012).

La inyección de catimonas, incluida la mefedrona, la MDPV y la pentadrona, sigue siendo una preocupación y se ha notificado entre poblaciones diversas, incluidos inyectores de opioides, clientes en tratamiento por drogas, reclusos y pequeñas poblaciones de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. Se ha notificado un aumento de la demanda de tratamiento asociada a problemas de consumo de catimonas sintéticas en Hungría, Rumanía y el Reino Unido. En Rumanía, una proporción mayor de ingresos por primera vez en tratamiento notificó nuevas sustancias psicoactivas como droga principal (37 %) que heroína (21 %). Se estima que 1 900 consumidores de mefedrona ingresaron en tratamiento en el Reino Unido en 2011/12, con más de la mitad de ellos menores de 18 años.

Bajo nivel de consumo de alucinógenos, GHB y ketamina

En el mercado ilícito de drogas en Europa está disponible una serie de sustancias psicoactivas con propiedades alucinógenas, anestésicas y depresoras: estas pueden consumirse solas, junto con otras drogas más comunes o en lugar de ellas.

Los niveles generales de prevalencia del consumo de setas alucinógenas y de LSD (dietilamida del ácido lisérgico) en Europa han sido generalmente bajos y estables durante varios años.

Entre los adultos jóvenes (15-34), las encuestas nacionales notifican estimaciones de prevalencia en el último año para el consumo de setas alucinógenas que van del 0 % al 0,8 %, y para el LSD del 0 % al 0,7 %.

Desde mediados de la década de 1990, se ha notificado consumo recreativo de ketamina y gamma-hidroxibutirato (GHB) entre subgrupos de consumidores de drogas en Europa. Crece el reconocimiento de los problemas de salud relacionados con estas sustancias, por ejemplo, el daño a la vejiga asociado al consumo prolongado de ketamina. La pérdida de conciencia, el síndrome de abstinencia y la dependencia son riesgos vinculados al consumo de GHB, y Bélgica y los Países Bajos notifican algunas solicitudes de tratamiento.

Donde existen, las estimaciones nacionales de la prevalencia del consumo de GHB y ketamina en poblaciones adultas y escolares siguen siendo bajas. Dinamarca declara una prevalencia del consumo de ketamina en el último año del 0,3 % entre adultos jóvenes (15-34), mientras que en el Reino Unido el 0,8 % de los jóvenes de 16 a 24 años declara haber consumido ketamina en el último año, lo que supone un descenso desde un máximo del 2,1 % en 2010. Las encuestas dirigidas a contextos de vida nocturna suelen declarar niveles de prevalencia más elevados. Entre los encuestados británicos de una encuesta autoseleccionada por Internet de 2013 identificados como asiduos de discotecas, el 31 % declaró haber consumido ketamina en el último año y el 2 % declaró haber consumido GHB en el último año.

En el mercado ilícito de drogas europeo se halla disponible una serie de sustancias psicoactivas con efectos alucinógenos y anestésicos

Estimaciones nacionales de la prevalencia en el último año del consumo problemático de opioides

Casos por 1 000 habitantes de 15 a 64 años

Reino Unido (2010/11) ————— Letonia (2010)

Malta (2012)

Luxemburgo (2007)

Austria (2011) Italia (2012) Eslovenia (2011) Croacia (2010)

Alemania (2011) Noruega (2008)

Grecia (2012)

Lituania (2007) República Checa (2012) Eslovaquia (2008)

Chipre (2012)

España (2011) Países Bajos (2012) Polonia (2009)

Hungría (2010/11) Turquía (2011) 0 2 4 6 8 10

Nota: Datos presentados como estimaciones puntuales e intervalos de incertidumbre.

| Opioides: 1,3 millones de consumidores problemáticos

El consumo ilícito de opioides sigue siendo responsable de una proporción desproporcionadamente elevada de la morbilidad y la mortalidad derivadas del consumo de drogas en Europa. El principal opioide consumido en Europa es la heroína, que puede fumarse, esnifarse o inyectarse. En el mercado ilícito también se halla disponible una serie de otros opioides sintéticos, como la buprenorfina, la metadona y el fentanilo. El consumo de opioides suele ser más elevado entre las poblaciones marginadas de las zonas urbanas.

Europa ha experimentado distintas oleadas de adicción a la heroína: la primera afectó a muchos países de Europa occidental desde mediados de los años setenta en adelante, y una segunda oleada afectó a Europa central y oriental a mediados y finales de los años noventa. Aunque las tendencias han variado a lo largo del último decenio, en conjunto, el reclutamiento de nuevos consumidores de heroína parece hallarse ahora en declive.

La prevalencia anual media del consumo problemático de opioides entre adultos (15-64) se estima en torno al 0,4 %, lo que equivale a 1,3 millo-

nes de consumidores problemáticos de opioides en Europa en 2012. A escala nacional, las estimaciones de prevalencia del consumo problemático de opioides varían entre menos de un caso y alrededor de ocho casos por 1 000 habitantes de 15 a 64 años (Figura 2.8).

Tasa por 1 000 <2,50 2,51-5,0 >5,0 Nota: Los datos de Finlandia son de 2005 y los de Irlanda de 2006.

Sin datos

| Heroína: continúan los descensos de la demanda de tratamiento

Los clientes que consumen opioides, principalmente heroína, como droga principal representan el 46 % de todos los consumidores de drogas que iniciaron un tratamiento especializado en 2012 en Europa (180 000 clientes), y alrededor del 26 % de quienes inician tratamiento por primera vez. El número total de nuevos clientes por heroína está disminuyendo en Europa, casi reduciéndose a la mitad desde un máximo de 59 000 en 2007 hasta 31 000 en 2012. En conjunto, parece que el reclutamiento de nuevos consumidores de heroína ha disminuido y que ello está repercutiendo ahora en la demanda de tratamiento.

| Opioides distintos de la heroína: preocupación creciente

En 2012, en la mayoría de los países europeos (17) más del 10 % de los clientes que iniciaban tratamiento especializado por primera vez por opioides consumían indebidamente opioides distintos de la heroína (Figura 2.9). Entre ellos se incluían la metadona, la buprenorfina y el fentanilo. En algunos países, estas drogas representan ahora la forma más común de consumo de opioides. En Estonia, la mayoría de quienes inician tratamiento por opioides consumían fentanilo ilícito, mientras que en Finlandia se declara que la mayoría de los clientes por opioides son consumidores indebidos primarios de buprenorfina.

Personas que inician tratamiento por primera vez por opioides distintos de la heroína: tendencias en cifras (izquierda) y como porcentaje de todos los que inician tratamiento por primera vez con opioides como droga principal (derecha)

~ 5000

~ 4000

~ 3000

~ 2000

~ 1000

Reino Unido Francia Otros países España Italia República Checa Austria

Porcentaje <10 10-24 25-50 >50 Sin datos

Características Tendencias de quienes inician tratamiento por primera vez

60000 Edad media en el primer consumo Edad media en el inicio del tratamiento

21% 79%

30000 26% 53%

Frecuencia de consumo en el último mes Diario Dos a seis veces por semana Una vez por semana o menos No consumió en el último mes

Vía de administración

2% Inyectada

Fumada/inhalada

Ingerida/bebida

Esnifada

Nota: Las características corresponden a todos los que inician tratamiento con heroína como droga principal. Las tendencias corresponden a quienes inician tratamiento por primera vez con heroína como droga principal. Los países incluidos varían según el indicador.

42% Otra

Informe Europeo sobre Drogas 2014: Tendencias y novedades

Prevalencia de la inyección en el último mes entre quienes inician tratamiento: tendencias entre los nuevos ingresos (izquierda) y tasas nacionales entre todos los ingresos (derecha)

40

30

20

10

0

Opioides Anfetaminas Todas las drogas Cocaína

Porcentaje 0-10 11-20 >20 Sin datos

| Consumo de drogas inyectadas: descenso a largo plazo

Los consumidores de drogas inyectadas figuran entre quienes corren mayor riesgo de experimentar problemas de salud derivados de su consumo de drogas, como infecciones transmitidas por la sangre o sobredosis. La inyección se asocia comúnmente al consumo de opioides, aunque en algunos países la inyección de anfetaminas constituye un problema importante.

Doce países disponen de estimaciones recientes de la prevalencia del consumo de drogas inyectadas, que oscilan entre menos de un caso y aproximadamente seis casos por 1 000 habitantes de 15 a 64 años.

Entre los clientes que inician tratamiento especializado, el 38 % de los clientes por opioides y el 23 % de los clientes por anfetaminas declaran inyectarse la droga. Los niveles de inyección entre los clientes por opioides varían entre países, desde menos del 6 % en los Países Bajos hasta el 100 % en Lituania.

Un análisis de las tendencias temporales entre los clientes que inician tratamiento por primera vez en Europa⁵⁵ indica que la inyección como vía

principal de administración ha disminuido desde 2006 (Figura 2.10). La proporción de nuevos clientes que declaran haberse inyectado anfetaminas, cocaína u opioides en el último mes también ha disminuido en el mismo período.

Casos de VIH de nuevo diagnóstico relacionados con el consumo de drogas inyectadas: tendencias (izquierda) y datos más recientes (derecha)

Número total en la Unión Europea, Turquía y Noruega

Casos por millón de habitantes

7 142

40

20

Estonia Letonia Grecia Lituania Rumanía

Casos por millón de habitantes <5,0 5,1-100 >100

Luxemburgo Bulgaria Portugal Austria España

Nota: Infecciones por VIH de nuevo diagnóstico entre consumidores de drogas inyectadas en los 10 países que declararon las tasas más elevadas en 2012 (fuente: ECDC).

| VIH: los brotes inciden en la tendencia de la UE

La inyección de drogas sigue desempeñando un papel importante en la transmisión de enfermedades infecciosas transmitidas por la sangre, como la hepatitis C y, en algunos países, el VIH/sida. Las últimas cifras muestran que el descenso a largo plazo del número de nuevos diagnósticos de VIH en Europa podría verse interrumpido como consecuencia de brotes entre consumidores de drogas inyectadas en Grecia y Rumanía (Figura 2.11). En 2012, la tasa media de nuevos diagnósticos de VIH notificados atribuidos al consumo de drogas inyectadas fue de 3,09 por millón de habitantes. Aunque las cifras están sujetas a revisión, en 2012 se notificaron 1 788 casos nuevos, ligeramente más que en 2011 (1 732), lo que continúa la tendencia ascendente observada desde 2010.

Mientras que en 2010 Grecia y Rumanía contribuían con poco más del 2 % del número total de nuevos diagnósticos notificados, en 2012 esta cifra había aumentado hasta el 37 %. En otros países como España y Portugal, que han atravesado períodos con tasas elevadas de infección en el pasado, las tendencias de las tasas de nuevos diagnósticos notificados siguen disminuyendo. La situación es menos positiva, sin embargo, en Estonia, donde la tasa de nuevos diagnósticos sigue siendo elevada, y en Letonia, donde las tasas anuales han ido aumentando desde 2009.

La mortalidad relacionada con el VIH es la causa indirecta de muerte mejor documentada entre los consumidores de drogas

Informe Europeo sobre Drogas 2014: Tendencias y novedades

| Hepatitis y otras infecciones: problemas de salud importantes

La hepatitis viral, y en particular la infección causada por el virus de la hepatitis C (VHC), presenta una elevada prevalencia entre los consumidores de drogas inyectadas de toda Europa. Los niveles de anticuerpos contra el VHC entre muestras nacionales de consumidores de drogas inyectadas en 2011-12 variaron entre el 19 % y el 84 %, y siete de los 11 países con datos nacionales declararon una tasa de prevalencia superior al 50 % (Figura 2.12). Entre los países con datos nacionales de tendencia para el período 2007-12, Noruega declaró un descenso de la prevalencia del VHC entre consumidores de drogas inyectadas, mientras que otros siete observaron un aumento.

Como promedio en los 18 países de los que se dispone de datos para el período 2011-12, el consumo de drogas inyectadas representa el 64 % de todos los diagnósticos de VHC y el 50 % de los diagnósticos agudos notificados (cuando se conoce la categoría de riesgo). En cuanto a la hepatitis B, los consumidores de drogas inyectadas representan el 9 % de todos los diagnósticos y el 21 % de los diagnósticos agudos notificados.

El consumo de drogas puede ser un factor de riesgo de otras enfermedades infecciosas, como la hepatitis A y D, las enfermedades de transmisión sexual, la tuberculosis, el tétanos y el botulismo. En Europa también se notifican esporádicamente brotes de infección por ántrax, probablemente causados por heroína contaminada. Por ejemplo, entre ju-

nio de 2012 y marzo de 2013 se notificaron 15 casos de ántrax relacionados con drogas, de los cuales siete resultaron mortales.

Prevalencia de anticuerpos contra el VHC entre consumidores de drogas inyectadas, 2011/2012

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 %

Suecia

Portugal Letonia Bulgaria

Noruega

Grecia

Alemania

Chipre Austria Turquía Bélgica Reino Unido Malta Eslovaquia Lituania Eslovenia Hungría República Checa Países Bajos

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 %

muestras con cobertura nacional muestras con cobertura subnacional

está aumentando

Muertes por sobredosis: reducción general, pero aumentos en algunos países

El consumo de drogas es una de las principales causas de mortalidad entre los jóvenes en Europa, tanto directamente por sobredosis (muertes inducidas por drogas) como indirectamente por enfermedades relacionadas con las drogas, accidentes, violencia y suicidio. La mayoría de los estudios sobre cohortes de consumidores problemáticos de drogas muestran tasas de mortalidad del orden del 1-2 % anual, y se ha estimado que entre 10 000 y 20 000 consumidores de opioides mueren cada año en Europa. En conjunto, los consumidores de opioides tienen al menos 10 veces más probabilidades de morir que sus pares de la misma edad y sexo.

Para las consumidoras de opioides, en algunos países, el riesgo de morir puede llegar a ser hasta 30 veces superior al de sus pares.

La sobredosis de drogas sigue siendo la principal causa de muerte entre los consumidores problemáticos de drogas. La heroína o sus metabolitos están presentes en la mayoría de las sobredosis mortales notificadas, a menudo en combinación con otras sustancias como el alcohol o las benzodiazepinas. Además de la heroína, en los informes toxicológicos se encuentran con regularidad otros opioides. Entre ellos figuran la metadona, la buprenorfina, los fentanilos y el tramadol, y algunos países informan de que tales sustancias son responsables de una parte sustancial de las muertes por sobredosis.

En dos países, el número de sobredosis relacionadas con la metadona supera el de las relacionadas con la heroína. En la mayoría

de los casos en que se identifica metadona, la víctima no se encuentra en tratamiento de sustitución en el momento de la muerte, sino que ha consumido metadona desviada en un contexto de policonsumo.

Si bien las muertes relacionadas con las drogas entre los muy jóvenes generan una considerable preocupación, solo el 10 % de las muertes por sobredosis notificadas en Europa se producen entre personas menores de 25 años. Típicamente, quienes mueren por sobredosis de drogas tienen treinta y tantos años o más, y su edad media en el momento de la muerte está aumentando, lo que sugiere una cohorte envejecida de consumidores problemáticos de opioides.

La mayoría de las muertes por sobredosis (78 %) se notifican entre hombres.

Para 2012, la tasa media de mortalidad por sobredosis en Europa se estima en 17 muertes por millón de habitantes de 15 a 64 años. Las tasas nacionales de mortalidad varían considerablemente y están influidas por factores como las pautas de consumo de drogas, en particular el consumo por inyección, las características de las poblaciones consumidoras de drogas y las prácticas de notificación. Se notificaron tasas superiores a 40

Tasas de mortalidad inducida por drogas entre adultos (15-64): tendencias seleccionadas (izquierda) y datos más recientes (derecha)

Casos por millón de habitantes

(o) (o) 2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010
2011 2012

7, Estonia 7, Norway 7 Ireland JS. Sweden SA, Finland 7, Denmark JS.
United Kingdom J, Lithuania

7S, Austria / Luxembourg

NB: Tendencias en los diez países que notificaron las tasas más altas en
2011 o 2012.

muertes por millón en seis países, con las tasas más altas notificadas en
Noruega (76 por millón) y Estonia (191 por millón) (Figura 2.13). Las
muertes por sobredosis en Estonia han aumentado bruscamente e ilus-
tran el impacto que las distintas pautas de consumo de drogas pueden
tener en las cifras nacionales — en Estonia, las muertes por sobredosis
están relacionadas mayoritariamente con el consumo de fentanilos, que
son opioides sintéticos muy potentes.

ISA ee OOm OD eG ICO MOb Casos por millón de habitantes

La mayoría de los países notificaron una tendencia creciente de las
muertes por sobredosis desde 2003 hasta 2008/09, cuando los niveles
generales se estabilizaron primero y luego comenzaron a descender. En
conjunto, se notificaron alrededor de 6 100 muertes por sobredosis en
2012. Esta cifra es similar a la notificada en 2011 y representa un des-
censo respecto de los

7 100 casos de 2009. No obstante, la situación varía según el país, y al-
gunos siguen notificando aumentos.

Características

Edad media en el momento de la muerte

Muertes con presencia de opioides

Mm <25 Mg 25-39 Mm 40-64 > >64

Tendencias de las muertes por sobredosis

~ 5000 ~ 3000

Otros países © ~~ United Kingdom {ll Germany HM Italy MM Spain
MMM France

Informe Europeo sobre Drogas 2014: Tendencias y novedades

Publicaciones del OEDT

Injection of synthetic cathinones, Perspectives on drugs.

Wastewater analysis and drugs: results from a European multi-city study, Perspectives on drugs.

Characteristics of frequent and high-risk cannabis users, Perspectives on drugs.

Emergency health consequences of cocaine use in Europe, Perspectives on drugs.

Trends in heroin use in Europe — what do treatment demand data tell us?, Perspectives on drugs.

Driving under the influence of drugs, alcohol and medicines in Europe: findings from the DRUID project, Thematic paper.

Fentanyl in Europe, EMCDDA Trendspotter study.

Prevalence of daily cannabis use in the European Union and Norway, Thematic paper.

Mortality related to drug use in Europe, Selected issue.

Problem amphetamine and methamphetamine use in Europe, Selected issue.

Trends in injecting drug use in Europe, Selected issue.

Polydrug use: patterns and responses, Selected issue.

A cannabis reader: global issues and local

experiences, volume 2, part I: Epidemiology, and part II:

Health effects of cannabis use, Monographs.

Publicaciones conjuntas del OEDT y el ESPAD

Summary of the 2011 ESPAD report.

Publicaciones conjuntas del OEDT y el ECDC

HIV in injecting drug users in the EU/EEA, following a reported increase of cases in Greece and Romania.

Todas las publicaciones están disponibles en

AW AU AY iatexe(ol-M-10 lao) oX-M-1IVA LU lel (ere) aCe ats)

En este capítulo se revisan las intervenciones

diseñadas para prevenir, tratar y reducir los daños

relacionados con el consumo de drogas

Chaps

Respuestas sanitarias y sociales a los problemas relacionados con las drogas

En este capítulo se revisan las intervenciones diseñadas para prevenir, tratar y reducir los daños relacionados con el consumo de drogas.

El capítulo examina si los países han adoptado enfoques comunes, en qué medida están informados por la evidencia y si la prestación de servicios se ajusta a las necesidades estimadas.

Seguimiento de las respuestas sanitarias y sociales

::: Este capítulo se basa en las evaluaciones nacionales anuales proporcionadas por los puntos focales del OEDT. Estas se complementan con datos sobre la demanda de tratamiento, el tratamiento de sustitución con opioides y el suministro de agujas y jeringuillas. Las valoraciones de expertos proporcionan información complementaria sobre la disponibilidad de servicios cuando no se dispone de conjuntos de datos más formalizados. El capítulo también se nutre de revisiones de la evidencia científica disponible sobre la eficacia de las intervenciones de salud pública.

Puede encontrarse información de apoyo en el sitio web del OEDT, en los perfiles de respuestas sanitarias y sociales, en el Informe Europeo sobre Drogas: Datos y estadísticas y en el portal de buenas prácticas.

Prevención del consumo de drogas para grupos vulnerables de jóvenes

Se emplea una serie de estrategias de prevención para hacer frente al consumo de drogas y a los problemas relacionados con él. Los enfoques ambientales y universales se dirigen a poblaciones enteras, la prevención selectiva se dirige a grupos vulnerables que pueden presentar un mayor riesgo de desarrollar problemas de consumo de drogas, y la prevención indicada se centra en individuos en riesgo. En el informe de este año, la atención se centra en la prevención selectiva, un enfoque para el que existe una evidencia creciente de eficacia en los programas centrados en el establecimiento de normas, la reestructuración ambiental, la motivación, las habilidades y la toma de decisiones. Muchos programas, sin embargo, siguen basándose en la provisión de información, la sensibilización y

Informe Europeo sobre Drogas 2014: Tendencias y novedades

Disponibilidad de intervenciones específicas de prevención del consumo de drogas para determinados grupos vulnerables (valoraciones de expertos, 2012)

Estudiantes con problemas sociales y académicos

MM Completa/amplia MM Limitada/rara No disponible Sin datos

el asesoramiento; enfoques en los que la evidencia de eficacia es escasa.

Dos grupos destinatarios importantes para las intervenciones de prevención selectiva son los estudiantes con problemas académicos y sociales y los jóvenes infractores (Figura 3.1). Las evaluaciones de expertos sugirieron un aumento de la provisión general para ambos grupos entre 2007 y 2010, aunque no se observaron cambios adicionales en 2013.

En cuanto a las intervenciones dirigidas a estudiantes, la evidencia sugiere que las estrategias que mejoran el clima escolar pueden conducir a reducciones del consumo de sustancias. Los enfoques en este ámbito in-

cluyen la formación del profesorado y medidas para mejorar la participación de los estudiantes y promover un ethos escolar positivo. Otros enfoques de prevención centrados en los estudiantes tienen como objetivo aumentar el autocontrol y desarrollar competencias sociales, mientras que los enfoques centrados en la familia tienen como objetivo mejorar las habilidades parentales.

En cuanto a los jóvenes infractores, la mayoría de los países notifican ahora la introducción de medidas alternativas a las sanciones penales. Un programa destacable en este ámbito es FreD, un conjunto de intervenciones basadas en manuales, que se ha implementado ya en 15 Estados miembros de la UE. Las evaluaciones de este programa han mostrado un descenso de las tasas de reincidencia delictiva.

Jóvenes infractores

‘Seed? ars

~— 4

Reducir los daños en entornos de ocio nocturno: la necesidad de un enfoque integrado

La asociación entre los entornos de ocio nocturno y algunas pautas de consumo de drogas y alcohol de alto riesgo es bien conocida.

A pesar de ello, solo un número limitado de países europeos notifica la implementación de estrategias de prevención en este ámbito (Figura 3.2), y las valoraciones de expertos sugieren un descenso general de las actividades entre 2010 y 2013.

A escala europea, las normas elaboradas por Club Health y Safer Nightlife ofrecen orientación para la implementación de programas de prevención en entornos recreativos. En lo que respecta a la reducción de daños, se han obtenido resultados positivos con enfoques de prevención ambientales e integrados, que incluyen componentes como el servicio responsable, la formación del personal de barra y de seguridad y la cooperación con las fuerzas del orden.

Una preocupación particular es el riesgo que supone que los jóvenes regresen a casa desde los locales de ocio nocturno conduciendo tras haber consumido alcohol y drogas. Una revisión reciente encontró que las campañas mediáticas específicas, junto con la oferta de transporte nocturno gratuito, pueden reducir el número de accidentes de tráfico causados por la conducción bajo los efectos del alcohol. Sin embargo, las intervenciones dirigidas a la conducción bajo los efectos de las drogas son poco frecuentes.

Disponibilidad de intervenciones de prevención del consumo de drogas en entornos de ocio nocturno (valoraciones de expertos, 2012)

ao ——— 4 soa, ‘+ a "ah.

EM Completa/amplia MM Limitada/rara ~ ~ No disponible

q an € 7% en (9) Sin datos disponibles

——_ ws

| Prevenir la propagación de enfermedades infecciosas

Los consumidores de drogas, y en particular los consumidores de drogas por inyección, corren el riesgo de contraer enfermedades infecciosas mediante el uso compartido del material de consumo de drogas y mediante relaciones sexuales sin protección. Prevenir la transmisión del VIH, las hepatitis víricas y otras infecciones es, por tanto, un objetivo importante de las políticas europeas en materia de drogas. Para los consumidores de opioides por inyección, está hoy bien demostrado que el tratamiento de sustitución reduce las conductas de riesgo notificadas, y algunos estudios sugieren que el efecto protector aumenta cuando se combina con programas de agujas y jeringuillas.

El número de jeringuillas distribuidas a través de programas especializados ha aumentado en Europa (26 países), pasando de 42,9 millones de jeringuillas en 2007 a 46,0 millones en 2012.

A escala nacional, se observa un panorama divergente, con alrededor de la mitad de los países notificando un aumento de la provisión y la otra

mitad un descenso (Figura 3.3). Los aumentos pueden explicarse por la ampliación de la provisión, a veces desde una base baja.

Los descensos pueden explicarse por un descenso de la disponibilidad de servicios o por una reducción del número de clientes. Entre los 12 países con estimaciones recientes del número de consumidores por inyección, el número medio de jeringuillas distribuidas por consumidor de drogas por inyección a través de programas especializados en 2012 osciló entre cero en Chipre y más de 300 en España y Noruega (Figura 3.4).

Capítulo 3 | Respuestas sanitarias y sociales a los problemas relacionados con las drogas

Cambio en el número de jeringuillas distribuidas a través de programas especializados entre 2007 y 2012

o a =]

—100 -50

Grecia: || 526%

Letonia:

Hungría Croacia

Reino Unido (Irlanda del Norte) Malta

Austria

Francia Finlandia;

República Checa i Estonia:

Lituania i

Bélgica; (comunidad flamenca) |

Noruega i Reino Unido (Escocia)

Bélgica: (comunidad francesa):

Polonia

oO oO

Los consumidores de drogas, y en particular los consumidores de drogas por inyección, corren el riesgo de contraer enfermedades infecciosas mediante el uso compartido del material de consumo de drogas y del gelit-JeMeleyey mel e-lert-Le M-1-¥1¢

Informe Europeo sobre Drogas 2014: Tendencias y novedades

Número de jeringuillas proporcionadas a través de programas especializados por

consumidor de drogas por inyección (estimación) Recientemente se han notificado brotes de nuevas infecciones por VIH entre consumidores de drogas por inyección en Grecia y Rumanía, Número de jeringuillas como se señala en el capítulo 2. Esto motivó una evaluación de riesgos Se Be bee CRS Ste Sa a ye CO para determinar si otros países podrían ser vulnerables Noruega: a a a nuevos brotes de VIH. En la figura 3.5 se ofrece una visión general de algunos indicadores de alto nivel del riesgo potencial. Sobre “~ a7 la base de este sencillo análisis, alrededor de un tercio de los países Croacia. pueden considerarse con algunos factores de riesgo presentes,

lo que sugiere la necesidad de mantener la vigilancia y de

ae i considerar el aumento de la cobertura de las medidas de prevención del VIH i nn ie «| TSASUITES: acs oe Las medidas de prevención dirigidas a la transmisión de la República Checa I; hepatitis C son similares a las del VIH. A nivel de políticas, eee: un número creciente de países ha adoptado o está:: preparando estrategias específicas para la hepatitis C. Las iniciativas dirigidas Hungría ~ a al análisis y el asesoramiento de los consumidores de drogas por inyección sobre eau + la hepatitis C siguen siendo limitadas. A pesar de la creciente evidencia de la: i eficacia del tratamiento antiviral de la hepatitis C para los consumidores de Bélgica

+ drogas por inyección infectados, los niveles de provisión siguen siendo bajos.

Chipre

NB: Datos presentados como estimaciones puntuales e intervalos de incertidumbre.

Indicadores resumen del riesgo potencial elevado de infecciones por VIH entre consumidores de drogas por inyección Prevalencia y tendencias del VIH

Prevalencia y tendencias del consumo de drogas por inyección (riesgo de transmisión) Cobertura del tratamiento de sustitución (<30 %) Cobertura de agujas y jeringuillas (<100 jeringuillas por consumidor de drogas por inyección)

República Checa Lituania Luxemburgo Países Bajos Portugal

Reino Unido

Bulgaria

Ninguno de los siguientes factores de riesgo identificado: aumento de los casos notificados de VIH o de la prevalencia del VIH o del VHC; aumento del riesgo de transmisión; baja cobertura de intervenciones.

{TM) Posibles factores de riesgo presentes: aumento subnacional de la prevalencia o del riesgo de transmisión del VIH o del VHC; aumento constante pero no significativo a nivel nacional.

Mil Factor de riesgo presente: aumento significativo de los casos notificados de VIH o de la prevalencia del VIH o del VHC; aumento del riesgo de transmisión; baja cobertura de intervención.

{M1 Información no disponible para el ECDC o el EMCDDA.

Adaptado de Eurosurveillance 2013;18(48):pii=20648.

Porcentaje de clientes que acceden a los servicios especializados de tratamiento de drogas, por droga principal

% 60 ~: oe 50 a ee ee ee 50 a ee eee⁶⁸ ee eee

L Otras drogas

| Prevención de sobredosis y muertes relacionadas con las drogas

Reducir las sobredosis mortales y otras muertes relacionadas con las drogas sigue siendo un reto importante para la política de salud pública en Europa. Las respuestas específicas en este ámbito se centran bien en prevenir la aparición de sobredosis, bien en mejorar la probabilidad de sobrevivir a una sobredosis. El tratamiento de drogas, en particular el tratamiento de sustitución de opiáceos, previene las sobredosis y reduce el riesgo de mortalidad de los consumidores de drogas.

La formación en la respuesta a las sobredosis con la distribución del antagonista opiáceo naloxona puede salvar vidas en situaciones de sobredosis. Un tipo de intervención que pretende tanto reducir la aparición de sobredosis como aumentar la probabilidad de sobrevivir a una sobredosis es el uso de instalaciones de consumo supervisado. Seis Estados miembros de la UE y Noruega ofrecen actualmente este tipo de instalaciones — 73 en total.

En los últimos tres años se han cerrado varias instalaciones en los Países Bajos, debido al descenso de la demanda, mientras que se han abierto cuatro nuevas instalaciones en Dinamarca y una en Grecia.

| Más de un millón de europeos en tratamiento de drogas

Se estima que al menos 1,3 millones de personas recibieron tratamiento por consumo de drogas ilícitas en Europa durante 2012. Los consumidores de opiáceos representan el grupo más numeroso en tratamiento, mientras que los datos sobre ingresos en tratamiento (Figura 3.6) sugieren que los consumidores de cannabis y cocaína son el segundo y tercer grupo más numeroso que accede a los servicios de tratamiento, aunque se observan diferencias entre países.

La mayor parte del tratamiento se proporciona en régimen ambulatorio, como centros especializados, centros de atención sanitaria general, in-

cluidas las consultas de médicos generales, e instalaciones de bajo umbral. Una proporción considerable del tratamiento de drogas también se proporciona en régimen residencial, como centros especializados de tratamiento residencial, comunidades terapéuticas y centros residenciales hospitalarios (por ejemplo, hospitales psiquiátricos). Un enfoque nuevo e innovador del tratamiento es la prestación de servicios a través de Internet, que permite a quienes buscan ayuda con un problema de drogas acceder a programas de tratamiento desde su propio domicilio.

El tratamiento de sustitución, típicamente combinado con intervenciones psicosociales, es el tratamiento más común para la dependencia de opiáceos en Europa. La evidencia disponible respalda este enfoque combinado para mantener a los pacientes en tratamiento, así como para reducir el consumo ilícito de opiáceos, los daños relacionados con las drogas y la mortalidad. Las intervenciones psicosociales son la principal modalidad de tratamiento utilizada para los consumidores dependientes de estimulantes, y los estudios sugieren que tanto la terapia cognitivo-conductual como el manejo de contingencias se asocian con resultados positivos.

Un número creciente de países ofrece ahora tratamientos específicos para el cannabis, y la evidencia disponible respalda el uso de una combinación de terapia cognitivo-conductual, entrevista motivacional y enfoques de manejo de contingencias. Algunas pruebas respaldan el uso de la terapia familiar multidimensional para jóvenes consumidores de cannabis.

Reducir las sobredosis mortales y otras muertes relacionadas con las drogas sigue siendo un reto importante para la política de salud pública en Europa

Informe Europeo sobre Drogas 2014: Tendencias y novedades

PGUR Ess.

Medicación de sustitución de opiáceos predominante a nivel nacional (izquierda) y como proporción de los clientes en sustitución en Europa (derecha)

‘> Metadona §@) Buprenorfina Ml Metadona = buprenorfina

Tratamiento de sustitución: la principal modalidad de tratamiento ambulatorio

La metadona es la medicación de sustitución más comúnmente prescrita, recibida por hasta dos tercios de los clientes en sustitución, mientras que la buprenorfina se prescribe a la mayoría de los clientes restantes (alrededor del 20 %), y es la principal medicación de sustitución en seis países (Figura 3.7). Alrededor del 6 % de todos los tratamientos de sustitución en Europa se basan en la prescripción de otras sustancias, como la morfina de liberación lenta o la diacetilmorfina (heroína).

Se estima que 734 000 consumidores de opiáceos recibieron tratamiento de sustitución en Europa en 2012. Esta cifra es relativamente estable en comparación con 2011 (726 000), pero superior a la estimación de 630 000 para 2007 (Figura 3.8). En 2012, cinco países notificaron aumentos de más del 25 % en el número de clientes respecto a la estimación del año anterior. El mayor aumento porcentual se observó en Turquía (250 %), seguida de Grecia (45 %) y Letonia (28 %). Sin embargo, los aumentos porcentuales en estos tres países se produjeron en el contexto de cifras base relativamente bajas. En cambio, durante el mismo período, Rumanía (–30 %) notificó el mayor descenso porcentual en el número estimado de clientes.

Metadona = buprenorfina 13%

Buprenorfina 20 %

Tendencias en el número de clientes en tratamiento de sustitución de opiáceos

800 000 i

MME Reino Unido) Otros países ME Francia Ml Italia | España ME Alemania

Metadona 67%

ee eye) FIGURAS 16

Porcentaje de consumidores problemáticos de opiáceos que reciben tratamiento de sustitución Porcentaje de consumidores problemáticos de opiáceos que reciben tratamiento de drogas (estimación) (estimación)

(O) 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 % %

Luxemburgo —|— — — 80 Malta +L:

Italia —} 70 Austria: on 60 Eslovenia +f i Reino Unido (Inglaterra) 4 i: a Países Bajos + Grecia fe 40 Noruega! see cae: anaes © ina j i i i i 30 Croacia:: — Alemania:: —: 50 República Checa:: | i: i i: i Chipre a co eee ener See eee See 10 Hungría ~! i ++ Polonia +::: i i i i i > > g g Ss 2 S 8 = g os:: /::: s s & 5 SI 8 & = Eslovaquia:: i i i i i 90 = < 2 6 & 5 3 So le a ioe Gee aoe eae Seam 5 8B ° ie} 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 % 2 =

NB: Datos presentados como estimaciones puntuales e intervalos de incertidumbre.

MME Tratamiento de sustitución de opiáceos |) Otras formas de tratamiento

Cobertura del tratamiento: más de la mitad de los consumidores de opiáceos están en tratamiento de sustitución

La cobertura del tratamiento de sustitución de opiáceos — la proporción de quienes lo necesitan que reciben la intervención — se estima en más del 50 % de los consumidores problemáticos de opiáceos de Europa. Esta estimación debe tratarse con cautela por razones metodológicas, pero en muchos países la mayoría de los consumidores de opiáceos están, o han estado, en contacto con los servicios de tratamiento. Sin embargo, a nivel nacional siguen existiendo grandes diferencias en las tasas de cobertura, y las tasas estimadas más bajas (en torno al 10 % o menos) se notifican en Letonia, Eslovaquia y Polonia (Figura 3.9).

El tratamiento sin medicación de sustitución se proporciona a los consumidores de opiáceos en todos los países europeos. En los diez países que proporcionan datos suficientes, la cobertura de los enfoques de tratamiento que no implican medicación de sustitución se sitúa general-

mente en el intervalo del 3 % al 17 % de todos los consumidores problemáticos de opiáceos, y alcanza más del 50 % en Hungría (Figura 3.10).

Informe Europeo sobre Drogas 2014: Tendencias y novedades

FIGURAS tl

Enfoque terapéutico predominante en los programas residenciales, por número total a nivel nacional (izquierda) y europeo (derecha), 2011

Psicoterapia/otros 7%

Psicoterapia/terapia cognitivo-conductual 14%

Sin datos 3%

12 pasos/Minnesota 3%

Comunidad terapéutica/principios de CT 50%

Combinado 23 %

GH Comunidad terapéutica/principios de CT [MI Combinado \ ~ ~ Psicoterapia/terapia cognitivo-conductual

MM Psicoterapia/otros ME 12 pasos/Minnesota | Sin datos

Tratamiento residencial: predominan los enfoques de comunidad terapéutica En la mayoría de los países europeos, los programas de tratamiento residencial constituyen un elemento importante de las opciones de tratamiento y rehabilitación para los consumidores de drogas. Un reciente estudio del OEDT identificó 2 500 centros de tratamiento residencial en Europa, con más de dos tercios de las instalaciones concentradas en seis países: Alemania, España, Irlanda, Italia, Suecia y el Reino Unido. Las instalaciones residenciales comunitarias forman el grupo más numeroso (2 330), y 17 países informaron que todas sus instalaciones residenciales eran de esta variedad. Además, se identificaron también en toda Europa 170 programas de tratamiento residencial de base hospitalaria.

El enfoque de muchos programas residenciales se centra en la salud, el funcionamiento personal y social y la mejora de la calidad de vida. Los

programas residenciales pueden caracterizarse por cuatro enfoques terapéuticos principales: el modelo de los doce pasos o de Minnesota; el enfoque de comunidad terapéutica; la psicoterapia mediante terapia cognitivo-conductual; y la psicoterapia mediante otros modelos de atención. De estos, el «modelo de comunidad terapéutica» predomina en 15 países (Figura 3.11).

La evidencia sobre la eficacia de las comunidades terapéuticas libres de drogas no es concluyente, en parte debido a las dificultades metodológicas para realizar investigaciones sobre resultados de tratamiento en este ámbito. La mayor parte de la investigación sobre esta cuestión en Europa se limita a estudios observacionales, por lo que las conclusiones son necesariamente provisionales. En general, sin embargo, estos estudios informan de resultados positivos del tratamiento, asociados a una mayor permanencia en el tratamiento y a su finalización. Casi todos los estudios observacionales informan de que los residentes de comunidades terapéuticas muestran reducciones en el consumo de drogas y en las detenciones, así como mejoras en las medidas de calidad de vida.

Aunque, históricamente, los programas de tratamiento residencial han sido exclusivamente libres de drogas, los datos actuales indican que la provisión de medicación de sustitución como componente de los programas de tratamiento residencial para consumidores de opioides está aumentando. Dieciocho de los veinticinco países que informaron notificaron algún nivel de integración de la sustitución de opioides en el tratamiento residencial de drogas (Figura 3.12).

Disponibilidad de sustitución de opioides en los programas residenciales, 2011

Disponibilidad de intervenciones de mercado laboral intermedio para los clientes en tratamiento de drogas (valoraciones de expertos, 2011)

GB Alta disponibilidad Mi Baja disponibilidad No disponible M9) Sin datos

| Reintegración social: centrarse en la empleabilidad

Los servicios de reintegración social apoyan el tratamiento y previenen las recaídas abordando aspectos clave de la exclusión social de los consumidores de drogas. En 2012, cerca de la mitad de los clientes que iniciaron tratamiento especializado de drogas en Europa estaban desempleados (47 %) y casi uno de cada diez carecía de alojamiento estable (9 %). El bajo nivel educativo también era común en este grupo. Aunque la reintegración social de los consumidores de drogas se menciona como objetivo clave de las estrategias nacionales en materia de drogas, la provisión de estas intervenciones varía considerablemente entre países.

Aumentar la empleabilidad de los clientes en tratamiento de drogas puede ayudarles a reintegrarse en la sociedad. Para los individuos, la empleabilidad depende de los conocimientos, las aptitudes y las actitudes que poseen, de la manera en que utilizan esos recursos y del contexto en el que buscan trabajo. Una forma de lograrlo es mediante un sistema de apoyo dirigido a personas desfavorecidas, que tenga por objeto salvar la distancia entre el desempleo de larga duración y el mercado laboral.

Este sistema se denomina a menudo mercado laboral intermedio. A los clientes en tratamiento puede ofrecérseles contratos de trabajo temporales, junto con formación, experiencia laboral, desarrollo personal y actividades de búsqueda de empleo. Los proyectos de empresa social son un tipo de iniciativa que se considera comúnmente bajo este epígrafe. Estas empresas producen bienes o servicios socialmente útiles y

GM Completa/amplia MEM Limitada/rara ~~~ No aplicable MM) Sin datos

emplean a grupos que afrontan desventajas en el mercado laboral. Aunque estas intervenciones están disponibles en la mayoría de los Estados miembros (véase la Figura 3.13), el acceso para las personas en tratamiento de drogas parece ser limitado, y puede verse complicado por las altas tasas de desempleo en la población general.

Los servicios de reintegración social apoyan el tratamiento y previenen las recaídas abordando aspectos clave

de la exclusión social de los consumidores de drogas

Responsabilidad ministerial de la provisión de servicios sanitarios penitenciarios

HE Ministerio de Justicia MEM Ministerio del Interior [o Ministerio de Sanidad MME Ministerio de Defensa MM Sin datos disponibles

La sanidad penitenciaria sigue dependiendo en gran medida de los ministerios de justicia e interior

Los reclusos presentan tasas generales de consumo de drogas superiores a las de la población general y pautas de consumo más nocivas, como ilustran estudios recientes que muestran que entre el 5 % y el 31 % de los reclusos se han inyectado drogas alguna vez. Al ingresar en prisión, la mayoría de los consumidores reducen o abandonan el consumo de drogas.

Las drogas ilícitas, sin embargo, llegan a muchas prisiones, y algunos reclusos continúan o inician el consumo durante el encarcelamiento.

La mayoría de los países han establecido asociaciones interinstitucionales entre los servicios sanitarios penitenciarios y los proveedores de la comunidad. Dichas asociaciones imparten educación sanitaria e intervenciones de tratamiento en prisión y garantizan la continuidad de la atención al ingreso y a la salida de prisión. Por lo general, los servicios sanitarios penitenciarios siguen siendo responsabilidad de los ministerios de justicia o del interior. En algunos países, sin embargo, el ministerio de sanidad tiene ahora la responsabilidad de la prestación del servicio sanitario penitenciario (Figura 3.14), lo que facilita una mayor integración con la provisión general de servicios sanitarios en la comunidad.

Número acumulado de países que han publicado directrices y normas de calidad para las intervenciones sanitarias y sociales en el ámbito de las drogas, por año de publicación

F901 eoewancNmawenues

ot YD OR OO DD So eoao 8 828 8 S₀ OOo OG 8B 8 fG

DOOD: sani

4OO 7) iaQssaneseekhenenndies

JS, Directrices JY. Normas

El tratamiento de sustitución de opioides se proporciona ahora en prisiones en 26 de los 30 países monitorizados por el OEDT, aunque su introducción fue generalmente posterior a la de la provisión comunitaria. También pueden existir restricciones. Por ejemplo, en cuatro países, el tratamiento de sustitución en prisión se limita a quienes ya tenían una prescripción antes del encarcelamiento.

Respuestas basadas en la evidencia: uso de directrices y normas

Las respuestas sanitarias y sociales de Europa a los problemas de drogas se apoyan cada vez más en directrices y normas de calidad, que existen para traducir la evidencia en resultados satisfactorios y sostenibles. En general, puede observarse un proceso por el cual las directrices preceden en varios años a la introducción de las normas de calidad (Figura 3.15).

Directrices nacionales relacionadas con las drogas para intervenciones sanitarias y sociales en el ámbito de las drogas notificadas en Europa hasta 2013

(e)

Tratamiento de sustitución Psicosocial

No especificado Desintoxicación

Reintegración social

Reducción de daños

o RB © «46 NO oO

Número de directrices

Las directrices son declaraciones que incluyen recomendaciones destinadas a optimizar la atención al cliente. Suelen basarse en una revisión

sistemática de la evidencia y en una evaluación de los beneficios y perjuicios de las distintas opciones de atención.

El propósito de las directrices es ayudar a los clientes, cuidadores y proveedores de servicios a tomar decisiones sobre la elección de las intervenciones apropiadas. Durante los últimos 20 años se han publicado más de 150 conjuntos de directrices relacionadas con las drogas, y desde 2011 hay directrices disponibles en todos los Estados miembros. Las directrices abarcan toda la gama de intervenciones sanitarias y sociales en el ámbito de las drogas, aunque hay un mayor número sobre intervenciones sanitarias como el tratamiento de sustitución y la desintoxicación que sobre reducción de daños y reintegración social (Figura 3.16).

Las normas de calidad son principios y conjuntos de reglas basados en la evidencia, que se utilizan para ayudar a implementar las intervenciones recomendadas en las directrices. Pueden referirse a cuestiones de contenido, a procesos o a aspectos estructurales

del aseguramiento de la calidad, como el entorno laboral y la composición del personal. En el ámbito de la prevención del consumo de drogas, se dispone de un conjunto de normas de calidad a escala europea

para apoyar el desarrollo de programas. Estas normas destacan factores como garantizar la pertinencia de las actividades para las poblaciones destinatarias, la adhesión a principios éticos aceptados y la integración y promoción de la base de evidencia científica.

Informe Europeo sobre Drogas 2014: Tendencias y novedades

Publicaciones del OEDT

Tratamiento de la dependencia de la cocaína: revisión de la evidencia actual, Perspectivas sobre drogas.

Respuestas sanitarias y sociales para los consumidores de metanfetamina en Europa, Perspectivas sobre drogas.

Tratamiento de drogas por internet, Perspectivas sobre drogas.

¿Pueden las campañas en los medios de comunicación evitar que los jóvenes consuman drogas?, Perspectivas sobre drogas.

Intervenciones de prevención del consumo de drogas dirigidas a poblaciones de minorías étnicas, Documentos temáticos.

Tratamiento de la hepatitis C para consumidores de drogas inyectables, Perspectivas sobre drogas.

Programas norteamericanos de prevención del consumo de drogas: ¿son viables en las culturas y contextos europeos?, Documentos temáticos.

Prevención de muertes por sobredosis en Europa, Perspectivas sobre drogas.

Reducción de la demanda de drogas: evidencia global para acciones locales, Drogas en el punto de mira.

Directrices para la evaluación de la prevención del consumo de drogas: manual para planificadores y evaluadores de programas (segunda edición), Manuales.

Nuevo tratamiento asistido con heroína, Perspectivas.

Prisiones y drogas en Europa: el problema y las respuestas, Cuestiones seleccionadas.

Reintegración social y empleo: evidencia e intervenciones para los consumidores de drogas en tratamiento, Perspectivas.

Normas europeas de calidad para la prevención del consumo de drogas, Manuales.

Directrices para el tratamiento de la dependencia de drogas: una perspectiva europea, Cuestiones seleccionadas.

Reducción de daños: evidencia, impactos y desafíos, Monografías.

Tratamiento y atención para consumidores de drogas de edad avanzada, Cuestiones seleccionadas.

Intervenciones de tratamiento de drogas por internet, Perspectivas.

Prevención de trastornos posteriores por consumo de sustancias en niños y adolescentes en situación de riesgo, Documentos temáticos.

Un lector sobre el cannabis: cuestiones globales y experiencias locales, volumen 2, parte III, Prevención y tratamiento, Monografías.

Drogas y grupos vulnerables de jóvenes, Cuestiones seleccionadas.

Publicaciones conjuntas del OEDT y el ECDC

Orientación del ECDC y el OEDT. Prevención y control de las enfermedades infecciosas entre los consumidores de drogas inyectables.

Todas las publicaciones están disponibles en

www.emcdda.europa.eu/publications

olbhaebeMdebasl-MObebiu-vom@\ thule) etsy

Capítulo 4

Políticas en materia de drogas

A escala europea, la legislación de la UE en materia de drogas, junto con las estrategias plurianuales y los planes de acción, proporcionan un marco para la acción coordinada. A escala nacional, corresponde a los gobiernos y parlamentos adoptar los marcos legales, estratégicos, organizativos y presupuestarios necesarios para responder a los problemas relacionados con las drogas.

Monitorización de las políticas en materia de drogas

Entre las dimensiones clave de las políticas que pueden monitorizarse a escala europea figuran: las leyes de drogas y los delitos tipificados en la legislación de drogas, las estrategias y planes de acción nacionales en materia de drogas, los mecanismos de coordinación y evaluación de políticas, así como los presupuestos y el gasto público relacionados con las drogas. Los datos se recopilan a través de dos redes del OEDT: los puntos focales nacionales y los corresponsales jurídicos y de políticas. Los datos y las notas metodológicas sobre los delitos relacionados con la legislación de drogas pueden encontrarse en el Informe Europeo sobre Drogas: Datos y estadísticas, y también se dispone en línea de información exhaustiva sobre las políticas y la legislación europeas en materia de drogas.

El marco internacional para el control de la producción, el comercio y la posesión de más de 240 sustancias psicoactivas se establece en tres Convenciones de las Naciones Unidas. Estas obligan a cada país a tratar el suministro no autorizado como delito penal. Lo mismo se exige para la posesión de drogas para uso personal, pero con sujeción a los «principios constitucionales y los conceptos básicos de su sistema jurídico» de cada país.

Esta cláusula no se ha interpretado de manera uniforme, y ello se refleja en los diferentes enfoques legales de los países europeos y de otros lugares.

Informe Europeo sobre Drogas 2014: Tendencias y novedades

Delitos notificados relacionados con el consumo o la posesión para uso de drogas en Europa, tendencias y desglose por droga

Índice (2006=100) 200 A sapuasatesstaassanasssssltsatasassssassssas
asssssllassscsean asaaauasansstancnaa Batsheasseasazseh j sunurimini-
ianaaamumanm Éxtasis 1% Otras drogas 4%

Anfetaminas 5 %

Cocaína 8%

Heroína 4%

YS. Cannabis Z. Anfetaminas SL. Cocaína 7, Heroína JS. Éxtasis

Cannabis 78%

Posesión para uso: alejamiento de las penas de prisión En la mayoría de los países europeos, la mayor parte de las notificaciones de delitos relacionados con la legislación de drogas se refieren al consumo o a la posesión para uso. En Europa, en conjunto, se estima que en 2012 se notificaron más de un millón de estos delitos, un 17 % más que en 2006. Más de tres cuartas partes de los delitos notificados relacionados con drogas implican cannabis (Figura 4.1).

La posesión de drogas para uso personal —y a veces el consumo de drogas— es un delito penal en la mayoría de los países europeos, donde puede castigarse con pena de prisión. En muchos países europeos, sin embargo, la prisión es poco frecuente y, desde alrededor de 2000, ha habido una tendencia general en toda Europa a reducir la posibilidad de prisión para los delitos relacionados con el uso personal. Algunos países han eliminado por completo la posibilidad de encarcelamiento, y algunos han ido más lejos, de modo que los delitos de posesión personal solo pueden castigarse con sanciones no penales, generalmente una multa.

| Suministro de drogas: gran variación en las penas

El suministro ilícito de drogas es siempre un delito en toda Europa, pero las penas posibles varían considerablemente entre países. En algunos países, los delitos de suministro pueden estar sujetos a un amplio margen de penas (hasta cadena perpetua). Otros países

Delitos notificados relacionados con el suministro de drogas en Europa, tendencias y desglose por droga

Índice (2006=100) 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012
4 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200
Índice (2006=100) 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012
4 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200

Anfetaminas 8% Cannabis 59 %

Cocaína 15%

Heroína 10%

2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012

Z, Anfetaminas SL. Cannabis JS. Cocaína 7, Heroína JS. Éxtasis

diferenciar entre las infracciones de suministro menores y graves, determinadas por factores como la cantidad o el tipo de drogas encontradas, con las correspondientes penas máximas y mínimas.

En general, las denuncias por infracciones de suministro de drogas han aumentado un 28 % desde 2006, alcanzando más de 230 000 casos en 2012. Al igual que ocurre con las infracciones de posesión, el cannabis representó la mayoría. Sin embargo, la cocaína, la heroína y las anfetaminas

minas representaron una proporción mayor de las infracciones de suministro que de posesión personal. Han continuado las tendencias a la baja en las infracciones de suministro de cocaína y heroína (Figura 4.2).

Nuevas sustancias psicoactivas: sistemas de control en evolución

La velocidad con que las sustancias recientemente controladas han sido sustituidas por nuevas sustancias y la diversidad de productos disponibles han supuesto un grave desafío para los legisladores europeos.

A escala nacional, estos desafíos han suscitado una variedad de respuestas jurídicas innovadoras entre los países europeos.

En términos generales, pueden identificarse tres tipos. En primer lugar, los países pueden recurrir a leyes existentes que abarcan cuestiones no relacionadas con las drogas controladas, como la legislación sobre seguridad de los consumidores o la legislación sobre control de medicamentos: en Polonia, más de 1000 puntos de venta al por menor fueron cerrados durante un fin de semana en 2010 utilizando las competencias existentes en materia de protección de la salud. En segundo lugar, los países pueden ampliar o adaptar las leyes o los procedimientos existentes en materia de drogas: en el Reino Unido, en 2011, se introdujeron las Órdenes Temporales de Clasificación de Drogas para controlar el suministro mientras se examinan los riesgos para la salud. En tercer lugar, los países pueden diseñar nueva legislación: en 2013, Portugal y Eslovaquia introdujeron leyes específicamente destinadas a detener la venta no autorizada de determinadas sustancias nuevas.

Esta área del derecho, en rápida evolución, sigue desarrollándose. En novedades recientes, Polonia y Rumanía reforzaron las leyes existentes introduciendo nueva legislación especialmente diseñada; ahora se utilizan en paralelo las antiguas y las nuevas. En 2012, Chipre reformuló sus definiciones genéricas para abarcar sustancias fuera de las definiciones vigentes, mientras que ese mismo año los Países Bajos rechazaron las definiciones genéricas por considerar que no estaban suficientemente focalizadas.

Entre estas distintas respuestas, existe una amplia variación en los criterios para desencadenar una respuesta legislativa y en las sanciones por

incumplimiento. No obstante, parece haber una tendencia hacia que los países se centren en penalizar el suministro más que la posesión de estas sustancias.

Estrategias y planes de acción nacionales en materia de drogas: disponibilidad y alcance

!) Estrategia combinada de drogas lícitas e ilícitas

MM Estrategia sobre drogas ilícitas ME Sin estrategia nacional en materia de drogas

NB: Si bien el Reino Unido cuenta con una estrategia sobre drogas ilícitas, tanto Gales como Irlanda del Norte tienen estrategias combinadas que incluyen el alcohol.

_ Estrategias nacionales en materia de drogas

Constituye ya una práctica establecida que los gobiernos nacionales de Europa adopten estrategias y planes de acción en materia de drogas. Estos documentos, de duración limitada, contienen un conjunto de principios generales, objetivos y prioridades, y especifican acciones y las partes responsables de su implementación. Actualmente, todos los países cuentan con un documento de estrategia o plan de acción nacional en materia de drogas, excepto Austria, que tiene planes provinciales.

Siete países han adoptado estrategias y planes de acción nacionales que abarcan tanto las drogas lícitas como las ilícitas

(Figura 4.3). Muchos países evalúan ahora sistemáticamente sus estrategias y planes de acción en materia de drogas. El objetivo de la evaluación es, por lo general, determinar el nivel de implementación alcanzado, así como los cambios en la situación general de las drogas.

Europa adopte estrategias y planes de acción en materia de drogas

Constituye ya una práctica establecida

Informe Europeo sobre Drogas 2014: Tendencias y novedades

Diversas organizaciones de defensa de políticas en materia de drogas

En los últimos años se ha observado una mayor participación de organizaciones de la sociedad civil, incluidas las agrupaciones de defensa de políticas en materia de drogas, en la elaboración de estrategias sobre drogas. Un reciente estudio del OEDT identificó más de 200 organizaciones dedicadas a la defensa de políticas en materia de drogas en Europa, de las cuales alrededor del 70 % operan a escala nacional y el resto se reparte por igual entre la defensa a escala local o europea.

Casi dos tercios de estas organizaciones tenían objetivos centrados en el desarrollo de la práctica, con un 39 % que abogaba por enfoques de reducción de daños y un 26 % que abogaba por la prevención y la reducción del consumo de drogas. Las organizaciones restantes se centraban en el cambio legislativo, con un 23 % favorable a la reducción de los controles sobre las drogas y un 12 % que abogaba por el refuerzo de los controles.

La mayoría de las organizaciones de defensa llevan a cabo actividades específicas, dirigidas a influir en las actitudes y opiniones del público y de los responsables políticos sobre la prestación de servicios en materia de drogas y los controles sobre las drogas. Utilizan actividades de sensibilización, como la participación en debates públicos o el mantenimiento de sitios de redes sociales, con el fin de influir en las políticas en materia de drogas.

Las organizaciones que promueven la reducción de controles o la reducción de daños abogaban principalmente en nombre de los consumidores de drogas, mientras que las organizaciones que apoyan la reducción del consumo de drogas y el refuerzo de los controles abogaban principalmente en nombre de la sociedad en general y, en particular, de los jóvenes y las familias.

Evaluación económica: fondos para intervenciones afectados por la austeridad

Muchos países europeos siguen afrontando las consecuencias de la reciente recesión económica. El alcance de las medidas de consolidación fiscal o de austeridad y su impacto difieren entre los países europeos. Entre los 18 países con datos suficientes para hacer una comparación, se

notificaron reducciones en sanidad y en orden público y seguridad —los ámbitos del gasto público donde se origina la mayor parte del gasto público relacionado con las drogas.

En general, entre 2009 y 2011, se observaron mayores reducciones del gasto público en el sector sanitario.

Los países europeos también han notificado recortes en los fondos disponibles para programas y servicios relacionados con las drogas, viéndose especialmente afectadas las intervenciones de prevención y la investigación relacionada con las drogas. Varios países notifican además que los intentos de blindar la financiación del tratamiento de las drogodependencias no siempre han tenido éxito.

El análisis económico puede ser un instrumento importante para la evaluación de políticas, aunque la limitada información disponible sobre

Desglose del gasto público relacionado con las drogas entre reducción de la demanda y reducción de la oferta

oO = ~ oO N io} wo fo} " fo} a fo} QD fo} ~ fo} {oo} fo} oO = fo}

Letonia (2008)

Francia (2010)

Portugal (2005)

Italia (2011)

Luxemburgo (2009)

República Checa (2010).

~~ i=) OD Ss: oO i=}

Bélgica (2008)

Finlandia (2011)

Eslovaquia (2006)

Reino Unido (2010) Alemania (2006) Países Bajos (2005) Chipre (2012) Hungría (2007) Suecia (2002)⁸⁶

Porcentaje

HB Reducción de la oferta Reducción de la demanda (Solapamiento de dos estimaciones)

el gasto público relacionado con las drogas en Europa representa un obstáculo importante y dificulta la comparación entre países. Para los 16 países que han elaborado estimaciones desde 2002, el gasto público relacionado con las drogas oscila entre el 0,01 % y el 0,5 % de su producto interior bruto (PIB). A partir de la información disponible, parece que la mayor parte del gasto público relacionado con las drogas se asigna a actividades de reducción de la oferta de drogas (Figura 4.4).

El gasto público en reducción de la oferta incluye, entre otras cosas, el gasto en infractores de la legislación sobre drogas en prisión.

El OEDT calculó una serie de estimaciones, en las que la estimación baja considera únicamente a aquellos reclusos condenados por una infracción de la legislación sobre drogas y la estimación alta incluye también a los reclusos en prisión preventiva que pueden ser condenados por una infracción de la legislación sobre drogas. Aplicando estos criterios, los países europeos gastaron una cantidad estimada del 0,03 % del PIB, o 3700 millones de EUR, en infractores de la legislación sobre drogas en prisión en 2010.

Incluyendo a los reclusos en prisión preventiva, la estimación asciende al 0,05 % del PIB o 5900 millones de EUR.

Publicaciones del OEDT

Perfiles de políticas en materia de drogas — Austria, Documentos del OEDT.

Perfiles de políticas en materia de drogas — Polonia, Documentos del OEDT.

Organizaciones de defensa de políticas en materia de drogas, Documentos del OEDT.

Perfiles de políticas en materia de drogas: Irlanda.

Reducción de la oferta de drogas y seguridad interior, Documentos del OEDT.

Enfoques jurídicos para el control de nuevas sustancias psicoactivas, Perspectivas sobre drogas.

Modelos para el suministro legal de cannabis: novedades recientes, Perspectivas sobre drogas.

La nueva estrategia de la UE en materia de drogas (2013-20), Perspectivas sobre drogas.

Investigación relacionada con las drogas en Europa: novedades recientes y perspectivas futuras, Documentos temáticos.

Perfiles de políticas en materia de drogas: Portugal.

Infracciones en materia de drogas: condenas y otros resultados, Cuestiones seleccionadas.

Hacia una mejor comprensión del gasto público relacionado con las drogas en Europa, Cuestiones seleccionadas.

Publicaciones conjuntas del OEDT y la Comisión Europea

La Unión Europea y el fenómeno de la droga: preguntas frecuentes.

Todas las publicaciones están disponibles en

AWA Lutes (ell ge) X-M-Pd lb el Cer-La tel gy

Los datos nacionales que aquí se presentan proceden del Informe Europeo sobre Drogas: Datos y estadísticas, donde se pueden consultar más datos, años, notas y metadatos

Bélgica Bulgaria República Checa Dinamarca Alemania Estonia Irlanda
Grecia España Francia Croacia

Italia

Chipre Letonia Lituania Luxemburgo Hungría Malta Países Bajos Austria Polonia Portugal Rumanía Eslovenia Eslovaquia Finlandia Suecia Reino Unido Turquía Noruega Unión Europea

UE, Turquía y Noruega

Estimación del consumo problemático de opioides

Clientes de opioides como % de las admisiones a tratamiento

34,5 (2335) 82,5 (1631 18,2 (1615

175 (663 40,4 (30 841 93,4 (510 51,6 (3 971 775 (4399

297 (14 925)

43,1 (15 641 80,9 (6 357)

55,5 (16 751

279 (278 49,9 (1071

58,8 (163 5,9 (230 75,4 (1.410 ieai al soe 58 (2 110 28,7 (808 70,1 (2637 374 (745 81,1 (519 26,3 (528 61,9 (920 20,1 (248 56,4 (61 737 75,4 (3557 32,6 (2 902) 45,5 (174 345)

45,5 (181804)

Admitidos por primera vez

17,1 (290 84,3 (253 97 (417

7 nie 15,9 (3 343 85,6 (107 32,4 (1058 68,9 (1652 13,2 (3 289 27,11 (2.690 279 (313 39 (5 451 8,4 (41 26,3 (104 66 (140

1,8 (47 Sos Su (a2

35,5 (488

9 (104

94,4 (980

ZED) (25) 64 (189 13,1 (126 ore tL (1K)

33,4 (13 586 67,3 (1695

25,0 (35 567)

25,7 (37 262)

-Nalals) cu alclerelarclmetclemts) elicts

Indicador de demanda de tratamiento, droga principal

% de clientes de opioides que se inyectan (vía principal de administración)

21,7 (480 fe s(O63 85,8 (1370 srs SIs

80,7 (406 42,5 (1633 39,7 (1744 18,1 (2537 14,2 (1836 74,5 (4678 55,7 (8 507

57,2 (159

91,3 (935

60,9 (148 34,5 (20 804 48,7 (1734 77,1 (145 38,2 (50 759)

38,5 (52 638)

Admitidos por primera vez

(count) | % Goun) | count

12,4 (35) 80,3 (196) 84,5 (348) 23 (20) 79,4 (85) 34,4 (353) 36,3 (600)

12,1 (384) 6,8 (172) 42,3 (126) 46,4 (2 185) 575 (23) 80,9 (76) 100 (140)

56,8 (25) 53,9 (48) 9 (19) 33,6 (127) 39,4 (39) 13,1 (80) 86,5 (199) 39,7 (48) 69,6 (87) 74 (74)

30,6 (4.085) 43,1 (730)

31,8 (9574)

32,4 (10 304)

Clientes en tratamiento de sustitución

ly Sail i Wey Si G2 BOs) 239) S55) (S27 i 6) S38 Soil

Informe Europeo sobre Drogas 2014: Tendencias y novedades

- Escolar Población general

Clientes de cocaína como % de las admisiones a tratamiento

% de clientes de cocaína que se inyectan (vía principal de administración) últimos 12 meses, cub ste Admitidos por primera vez Admitidos por primera vez adultos jóvenes (15-64) (15-34) (15-16)

a oe Bélgica 4 15,3 (10st Us.3 (27 74 (72) 2,2 (6) Bulgaria 0,9 0,3 S OS) LG o (o) o (o) República Checa 28} OF) 1 0,2 (Ig 0,2 (10 o (o) o (o) Dinamarca a2 24 2 o@gs 5,8 (84 10,1 (17) o (o) Alemania 3,4 As) 3 6,1 (4 620 Ol Bay = = Estonia = ils) 2 = = = Irlanda 6,8 2,8 S 8,5 (654 gil ey ILS (8) ex) Grecia 0,7 0,2 41 (235 4,2 (101 19,4 (45) S98 España 8,8 SUS) 3 404 (20335 42,5 (10 637 LO (S74) 0,9 (97 Francia Sur ALS) 4 6,4 (2311 41411 9,9 (192) 4,1 (16 Croacia ES) 0,9 2 1,9 (147 43 (48 Sol) De (iL Italia 42 ds 24,2 (7 299 30 (4 187 4,1 (282) 3,4 (134 Chipre 13 0,6 4 U2 2 6,2 (80 Ze Oi()) oo Letonia ES) 0,3 = 0,3 (6 Caw o (o) ex) Lituania 0,9 ONS: 2 = = = Luxemburgo = = = ACIS = 39,4 (13) = Hungría 0,9 0,4 2) 1,6 (62 16 (41 ea @) TESTS Malta 0,4 = 4 13,4 251 28 (74 30,7 (7/5 14,5 (10 Países Bajos Bia 24 Z 26,5 (2 867 21,7 (1 328 Oe OLA (il Austria a 12 = 8,3 (Bo1 10,2 (140 Ga (9) LS @ Polonia OS) ONS, 3 2,4 (69 Ee v/a(CHll 6.14 S22 Portugal 12 0,4 4 1OD(CoT 14,4 (259 3,6 (8 1@ Rumanía 0,3 0,2 2 12s ESTES) o (o) oo Eslovenia 2 12 3 4,8 (25 42(8 40 (10 125 (1 Eslovaquia 0,6 0,4 2 Orrell 0,9 (9 o (o) ex) Finlandia ale 0,6 il = = = Suecia 3,83 f2 1 18 (16 = o (o) = Reino Unido 9,0 3S 4 L2G Cevi.Sit 16,9 (6 887) Zali(237/9) 0,9 (58) Turquía a ~ = iy (2 2 (50) o (o) o (o) Noruega = = 1 0,8 (67 = o (o) = Unión Europea 4,2 al7/ - 14,3(54824) 18,4 (26 150) 3 (1 413) 1,5 (341) UE; Turquía y - - - 13,9(54973) 18,1(26 200) 3 (1413) 1,5 (341)

Noruega

Anexo | Tablas nacionales de datos

= Indicador de demanda de tratamiento, droga principal

% de clientes de anfetaminas que se inyectan (vía principal de administración)

ae Últimos 12 meses

Toda la vida, jóvenes adultos Primer ingreso Primer ingreso

(Ae (15-34) (15-34)

i a ee ECE ean ee

Población escolar Clientes de anfetaminas como % de

Población general población ingresos a tratamiento

Bélgica 5 9,4 (639 74 (125 15,4 (86 9,8 (12) Bulgaria alee is) 6 2,2 (43) 8
(24 0(0 0 (0) República Checa 25 08 2 674(5.999 71(3040) 80,1(4761)
75,2 (2.255) Dinamarca 6,6 14 2 9,5 (358 10,3 (149 3,1(9 0@ Alemania
cal 18 4 13,1(9959) 16,73. 498 s.

Estonia = 25) 8 24 (13 24 (3 75 (9 66,7 (2) Irlanda 45 08 D 0,6 (45 0,8
(25 00 0@ Grecia 0,1 01 2 0,1(7 0102 00 00) España 33 Gt 2 1,2 (595 1,5
(363 0,3(2 00) Francia 17 0,5 4 0,398 0,2 (22 22,5 (18 15,8 (3) Croacia
26 16 p 1,1 (85 2 (22 1201 0 Italia 18 0,4 1 0,1(33 0,2 (22 00 00) Chipre
0,7 0,4 4 = = = Letonia BB 0,6 z 19,8 (426 27,1 (107 60,4 (223 56,3
(54) Lituania i 0,5 3 = 57 (12 = 75 (9) Luxemburgo = = = O77e = 0(0 =
Hungría 18 1D 6 12,3 (476 11,1 (285 2094 16 (45) Malta 04 2 3 0,3(5 0,4
(1 20(1 0) Países Bajos 3,1 e 3 5,9 (633 6,1 (72 186 0,5 (1) Austria 25 0,9
2 Baily 4,3 (59 00 00) Polonia 29 14 4 21761) ~---:22,4 (260 10,1 (60 3,5
(9) Portugal 0,5 0,1 g 0,03 (4 Oia = = Rumanía 0,1 0,0 2 059 044 0@
0@ Eslovenia 0,9 08 5 165 214 00 00) Eslovaquia 0,5 0,3 2 447 (695
49,3 (474 27,8 (244 19,2 (90) Finlandia De 16 1 12,2 (181 9,8 (26 80,4
(135 68 (17) Suecia 5,0 15 1 14,9 (130 2 76,5 (176 = Reino Unido 10,6 11 2
28(3084 3,3 (1329 26,1 (744 19,4 (241) Turquía 0,3 = = = = Norue-
ga 2 = 1 11,9(1057 Dae = Unión Europea 3,4 0,9 - 65(24553) 7,2(10229)
48(6569) 43 (2738) wie and = = - 65(25610) 7,1(10229) 48,5(6772) 43
(2738)

Informe Europeo sobre Drogas 2014: Tendencias y novedades

i Estimaciones de prevalencia Indicador de demanda de tratamiento,
droga principal

Población general Población escolar Clientes de éxtasis como % de in-
gresos a tratamiento

Últimos 12 meses,

Toda la vida, jóvenes adultos

adultos (15-64)

Toda la vida, estudiantes Primer ingreso (15-16) (15-34)

Feouny found | coum) — — | Bélgica = = 4 0,5 (36) 1,1 (19) Bulgaria 2,0
28) 4 = = República Checa 3,6 A) 3 0,1 (6) 0,1 (3) Dinamarca 28 0,7 1
0,3 (13) 0,5 (7) Alemania Ad OM 2 = = Estonia = ZS} Se) = = Irlanda 6,9
0,9 2 0,6 (46) 1(2 Grecia 0,4 0,4 2 0,2 (10) 0,2 (4 España 3,6 14 2 0,2
(103) 0,3(78 Francia 24 0,4 3 0,5 (186) One Croacia DS) 0,5 2) 0,4 (31)
0,4 (4 Italia ds} 0,1 1 0,2 (61) 0262 Chipre 0,9 0,3 3 0,2 (2) 0,2 (1 Leto-
nia DW 0,8 3 0,2 (4) Omi Lituania ples Ors 2 = = Luxemburgo = = =
= Hungría 24 1,0 4 LS (7) 1,3 G4 Malta 07 = 3 1,1 (20) 2G Países Bajos
6,2 3,1 3 0,6 (66) 0,9 (58 Austria 23) 1,0 = 0,7 (24) OSs Polonia ial 0,3 2
0,2 (7) 0,2 (2 Portugal 13 0,6 s) 0,1 (4) 0,2 (4 Rumanía 07 04 2) 0,2 (3)
oZAe Eslovenia Pall 0,8 2 0,4 (2) LI@ Eslovaquia ILS) 0,9 4 = = Finlan-
dia 18 all il 0,1 (2) 0,4 (1 Suecia Pall 0,2 1 = = Reino Unido isis) 24 4 0,2
(270) 0,4 (166 Turquía 0,1 0,1 = 1,1 (53) 16 (41 Noruega = = ol = =
Unión Europea shal 1,0 = 0,2 (953) 0,3 (493) eos aoe = = = 0,3 (1006)
0,4 (534)

Anexo | Tablas nacionales de datos

ime Estimaciones de prevalencia Indicador de demanda de tratamiento,
droga principal

Población general Población escolar Clientes de cannabis como % de in-
gresos a tratamiento

Últimos 12 meses,

Toda la vida, adultos jóvenes adultos Toda la vida, estudiantes Primer
ingreso (15-64) (15-34) (15-16) ingresos a Bélgica 143 12 Gil 2 (2 12 49,4
(839) Bulgaria US Sc esl 3,4 (67 a7 (aly) República Checa ANE) lhe) 42
12s (iL 175 (747) Dinamarca 35,6 176 18 63,4 (2 397 72,6 (1 048) Alema-
nia Pew dale ig 34,4 (26 208 04,5 (11 431) Estonia = Tis 24 2,9 (16 8
(10) Irlanda 25,3 LOyS 18 28,8 (2 216 45,8 (1 498) Grecia Sue) G2 8 15,7

(889 24,6 (589) España 274 17,0 28 25,6 (12 873 38,9 (9 736) Francia 321 WES 3g 44,1 (16 020 62,5 (6 206) Croacia 15,6 10,5 18 12,7 (1001 % ,3 (630) Italia Paley, 8,0 14 AIPA AS 26 (3 629) Chipre QS) 42 W B88 (Ss2 SIROTE SS) Letonia TS) iS 25 14,6 (614 26,8 (106) Lituania 10,5 Sill 20 = 33 (7) Luxemburgo = = = Si (WZ = Hungría Si) oy, dg) 65,9 (2 560 74,9 (1927) Malta Sus) AES) 10 8,4 (157 LOD Ci) Países Bajos 2 A337/ 26 476 (5 143 07,8 (3 542) Austria 14,2 6,6 = 253) (GUY) 45,4 (623) Polonia 122 ea 28 35,6 (1 003 53,6 (623) Portugal 9,4 Sill 14 ISiS(S25 25,4 (457) Rumanía 16 0,6 7 a) (2? 18,1 (182) Eslovenia 15,8 10,3 28 10,4 (54 26,5 (SO) Eslovaquia 10,5 US 2 21,6 432 32 (308) Finlandia 18,3 dea ial 18 (267 42,6 (118) Suecia 14,9 6,9 7 is (IS a Reino Unido 30,0 10,5 24 22,4 (24 498 37,1 (15 107) Turquía 0,7 0,4 = 15,8 (744 22590) Noruega ig mS)) sl C2 (eleealil = Unión Europea PT) le? = 27,9 (106 981) 42,2 (59 901) oe and 4 = = 27,6 (109 436) 41,8 (60 456)

Informe Europeo sobre Drogas 2014: Tendencias y novedades

iT.\ =) sae)

Jeringuillas distribuidas a través de

Diagnósticos de VIH entre consumidores de drogas inyectadas

Muertes inducidas por drogas

Consumo de drogas inyectadas

(15-64 años) (ECDC) programas especializados estimación de la población (recuento) población (recuento) por 1000 habitantes Bélgica 174 (127 2,5-4,8 937 924 Bulgaria 43 (24 5,5 (40 = 466 603 República Checa SS) (2s} 0,6 (6) 5.825.38) 9 362 334 Dinamarca 46,3 (168 2(11 = = Alemania 16,8 (908 1(81 = = Estonia 190,8 (170 OS.7 (72) 4,3-10,8 2 228 082 Irlanda VOSS 2,8 (13 = 274 475 Grecia = 42,9 (484) OSS 406 898 España 11,4 G60 4,4 (166) OAS 0.241 POSOH3S Francia 6,7 (283 2S = 13 800 000 Croacia 16,1 (46 0,2(1 O.S.—OS 296 544 Italia 10,1 (390 3,4 (208 = = Chipre 127 0(0 0,2-0,4 0 Letonia 12,4 (17 46 (94 = 311 188 Lituania 34,7 (70 20,6 (62 = 196 446 Luxemburgo 22,1(8 76 (4 45-6.85 ZADISDD.

Hungría 3,5 (24 0(0 0,8 420 812 Malta 16,2 (4 0(0 = 376 104 Países Ba-
jos MO) (US 0,4 (7 Orie O22 237 400 Austria 28,1 (160 45 (68 = 4625
121 Polonia Sera 1142 = 98 000 Portugal 4,2 (29 5:3(06 = 1341710 Ru-
mania 2 (28 8 (170 = 1074 394 Eslovenia 18,4 (26 0,5 (1 = 993 426 Eslo-
vaquia 6,2 (24 O.2 (i = 11691 Finlandia 58 (205 LS = 3 539 009 Suecia
62,6 (383 ia @Ke)) = Hews) Reino Unido 38,3 (1598 1,8 (111 BOD) 9
349 940 Turquía 3,1 (154 0,1 (6) = = Noruega Va Oi(250) 2271 DoS Al
3011000 Unión Europea 17,1 (5 686) Sno) (ha/i7id)) = - ag and = 3,1
(1788) = =

lelTETitaiayg incautado

Número de leTETitaiayg Número de felTeTitaiayg Número de incauta-
ciones incautado incautaciones incautado incautaciones incautado

Anexo | Tablas nacionales de datos

Anfetaminas | éxtasis

A Fi Número de uantity incautado Fi incautaciones

País | kg recuento Peg recuento | kg recuento | comprimidos (kg) | re-
cuento |

Bélgica Bulgaria República Checa Dinamarca Alemania Estonia Irlanda
Grecia España Francia Croacia

Italia

Chipre Letonia Lituania Luxemburgo Hungría Malta Países Bajos Aus-
tria Polonia Portugal Rumanía Eslovenia Eslovaquia Finlandia Suecia
Reino Unido Turquía Noruega Unión Europea

UE, Turquía y Noruega

2D Ors

ere Oil

5) ike)

AMS sos)

Al WKS)

2g 0,3

30) 0,2 35)

Soi di Gule) Sle)

Le) ig)

26 874 (-) 6 164 (30 1782 (0,01) 72 654 (- Sino 9210 (0,01 48 195 (6
3253 (04 175 381 (3) 156 337 (-) Rai

9 051 (20 102 (0,1 847 (- 54(0 ee

12 437 (0,8 1080 (-

2 442 200 (61 8.998 (-

31 092 (0,01) 867 (7

12 861 (0,02 960 (—

529 (-

23 623 (-

38 630 (3)

473 000 (- 2961 553 (357 6579 (2

3 979 497 (130)

6 947 629 (489)

Informe Europeo sobre Drogas 2014: Tendencias y novedades

INCAUTACIONES (continuación)

=. Cannabis herbal Plantas de cannabis

- e Número de - 4 Número de a. Número de

Pig recuento | ig recuento | plantas (ig) | recuento

Bélgica 1338 4500 5 635 19672 330 675 at Bulgaria 15967 4 1319 127
13.072 (2517) Pe República Checa 21 24 563 558 90091 259 Dinamarca

1334 9 239 mēē 1287 ~ (1401) as Alemania 2386 6 490 4942 28 744 97
829 (-) 2204 Estonia) 48 D5) 466 (ep) 12 Irlanda 1185 ey 1020 1843
116010 542 Grecia 44 145 22 383 6 262 34.040) 831 España 325563 179
993 10 457 150 206 — (39 932) 1677 Francia 51 118 = C270) = UsLSOT
(e) = Croacia ee 343 1070 4.098 6 703 (4 a Italia 21893 6 184 21496
4.660 ean 1216 Chipre 01 20 100 863 385 (-) 39 Letonia 117 64 74 414
aes 4 Lituania 424 23 % 242 Te ~ Luxemburgo il 83 60 774 Boe) 9 Hun-
gría 3 103 ii 2092 Tee) 193 Malta 16 % a 50 46 (-) 5 Países Bajos 2200 2
12.600 z 1.400 000 (-) Z Austria 174 1192 812 ee Ge 210 Polonia 39 *
1489 z 61585(z Portugal 18 304 3.298 49 554 7 788 (-) 397 Rumanía 7
1.492 335 262 3 125 (300) 30 Eslovenia 3 66 706 3.350 111660 174 Eslo-
vaquia 1 7 177 1242 2927 (-) 38 Finlandia 714 1870 S 5 036 18 150 (66)
3.339 Suecia 1091 6761 641 7611 2 “ Reino Unido 13.432 17360 13 243
148 746 555 625 15846 Turquía 27 413 6881 124 673 57744 S 3646 No-
ruega 1605 10985 314 4 402 Sa 364 Unión Europea 457 424 239 942
104.535 394891 6906 153 (44730) 29048 Reet ane 486 442 257 808
229 522 457037 6906 153 (44863) 33 058

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías Informe Euro-
peo sobre Drogas 2014: Tendencias y novedades Luxemburgo: Oficina
de Publicaciones de la Unión Europea 2014 — 80 pp. — 21x 29,7 cm

doi:10.2810/32306

Publicaciones gratuitas a través de EU Bookshop
(<http://bookshop.europa.eu>)

en las representaciones o delegaciones de la Unión Europea. Puede ob-
tener sus datos de contacto en Internet (<http://ec.europa.eu>) o envian-
do un fax al +352 2929-42758

Publicaciones de pago

a través de EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>)

Suscripciones de pago

(por ejemplo, la serie anual del Diario Oficial de la Unión Europea y los
informes de asuntos ante el Tribunal de Justicia de la Unión Europea)

a través de uno de los agentes de ventas de la Oficina de Publicaciones de la Unión Europea (http://publications.europa.eu/others/agents/index_en.htm)

Acerca de este informe

El informe Tendencias y novedades presenta

una visión general de alto nivel del fenómeno de la droga en Europa, que abarca la oferta, el consumo y los problemas de salud pública, así como las políticas y respuestas en materia de drogas. Junto con los Datos y estadísticas en línea, las Panorámicas nacionales y las Perspectivas sobre las drogas, forma el paquete del Informe Europeo sobre Drogas 2014.

Acerca del OEDT

El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) es la fuente central y la autoridad confirmada en cuestiones relacionadas con las drogas en Europa.

Durante más de 20 años, ha estado recopilando, analizando y difundiendo información científicamente sólida sobre las drogas y la drogadicción y sus consecuencias, proporcionando a sus audiencias una imagen basada en la evidencia del fenómeno de la droga a nivel europeo.

Las publicaciones del EMCDDA son una fuente primordial de información para un amplio abanico de públicos, entre los que se incluyen: los responsables políticos y sus asesores; los profesionales e investigadores que trabajan en el ámbito de las drogas; y, en un sentido más amplio, los medios de comunicación y el público general. Con sede en Lisboa, el EMCDDA es una de las agencias descentralizadas de la Unión Europea.

a Publications Office

Colofón

Edición digital preparada por Pevgrow para su Biblioteca de cannabis.

Texto original: EMCDDA, *European Drug Report 2014: Trends and Developments*, 2014. Original publicado en acceso abierto; conserva la atribución de su fuente.

Fuente del original: EUDA.

Esta edición conserva el texto del original. Las tablas y gráficos no se reproducen: el texto de partida no permite rehacerlos sin inventar sus cifras.

Esta traducción se distribuye bajo licencia CC BY 4.0. Puedes copiarla, adaptarla y redistribuirla citando «Biblioteca Pevgrow».

Generado el 2026-10-25.