



Observatorio Europeo de las Drogas
y las Toxicomanías (EMCDDA)

Informe Europeo sobre Drogas

tendencias y novedades

2017

Informe Europeo sobre Drogas 2017: tendencias y novedades

EMCDDA

2017

DE QUÉ TRATA

Informe anual del Observatorio Europeo de las Drogas y las Adicciones correspondiente a 2017. Repasa la oferta y la demanda de drogas en la Unión Europea —prevalencia, tratamiento, decomisos y mercados— y dedica un capítulo al cannabis. Es la referencia estadística que usan administraciones, medios e investigadores para el año 2017.

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.

Informe Europeo sobre Drogas 2017: tendencias y novedades

Observatorio Europeo de las Drogas y las Adicciones

EUDA, 2017.

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

Informe Europeo sobre Drogas

Tendencias y novedades

AVISO LEGAL

Esta publicación del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA) está protegida por derechos de autor. El EMCDDA no asume ninguna responsabilidad ni obligación 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 EMCDDA, de ningún Estado miembro de la UE ni de ninguna agencia o institución de la Unión Europea.

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

Número gratuito (*): 00 8006 78910 11

(*) La información facilitada es gratuita, como la mayoría de las llamadas (aunque algunos operadores, cabinas telefónicas u hoteles pueden cobrársela).

Puede encontrarse más información sobre la Unión Europea en internet (<http://europa.eu>).

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, finlandés, sueco, turco y noruego. Todas las traducciones fueron realizadas por el Centro de Traducción de los Órganos de la Unión Europea.

Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2017

Impreso ISBN 978-92-9497-074-9 ISSN 1977-9860 doi:10.2810/46831
TD-AT-17-001-EN-C PDF ISBN 978-92-9497-095-4 ISSN 2314-9086
doi:10.2810/610791 TD-AT-17-001-EN-N EPUB ISBN 978-92-9497-
083-1 ISSN 2314-9086 doi:10.2810/144609 TD-AT-17-001-EN-E

© Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2017 Se autoriza la reproducción siempre que se cite la fuente.

Cita recomendada:

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2017), European Drug Report 2017: Trends and Developments, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo.

Impreso en Bélgica

IMPRESO EN PAPEL BLANQUEADO SIN CLORO ELEMENTAL (ECF)

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías

Praga Europa 1, Cais do Sodré, 1249-289 Lisboa, Portugal Tel. +351
211210200

info@emcdda.europa.eu | www.emcdda.europa.eu twitter.com/emcdda
| facebook.com/emcdda

ÍNDICE

Prefacio

Nota introductoria y agradecimientos

La situación europea de las drogas en 2017

Oferta de drogas y mercado

Prevalencia y tendencias del consumo de drogas

Daños y respuestas relacionados con las drogas

ANEXO

Tablas nacionales de datos

PREFACIO

Es un gran placer para nosotros presentar el Informe Europeo sobre Drogas 2017: Tendencias y novedades, la publicación insignia del EMCDDA, que ofrece los datos más recientes sobre la situación de las drogas y las respuestas en Europa. Les ofrecemos un paquete de información y análisis rico y pluridimensional, basado en los datos y estadísticas más recientes facilitados por nuestros socios nacionales.

El informe de 2017 se acompaña de un nuevo conjunto de panorámicas nacionales, en forma de 30 Informes Nacionales sobre Drogas, que presentan resúmenes accesibles en línea de las tendencias nacionales en materia de drogas y de las novedades en políticas y prácticas que se producen en los países europeos.

Si bien esta publicación ofrece una actualización anual del fenómeno de las drogas en Europa, también se apoya en el Informe trienal sobre los Mercados de Drogas de la UE, publicado en 2016. Y a finales de este año se complementará con el primer informe de la UE dedicado a las respuestas sanitarias y sociales frente a las drogas.

En el EMCDDA tenemos el mandato de recopilar datos y garantizar que sean idóneos para su finalidad. Al hacerlo, nos esforzamos por proporcionar la mejor evidencia posible y contribuir a hacer realidad nuestra

visión de una Europa más sana y más segura. Como panorámica y análisis de alto nivel de las tendencias y novedades relacionadas con las drogas, pretendemos que este informe sea una herramienta útil para los responsables políticos y planificadores europeos y nacionales que deseen basar sus estrategias e intervenciones en la información más reciente disponible. En consonancia con nuestro objetivo de prestar servicios de alta calidad a nuestras partes interesadas, este último informe permitirá acceder a datos que pueden utilizarse con múltiples fines: como datos de referencia y de seguimiento para las evaluaciones de políticas y servicios; para dar contexto y ayudar a definir prioridades para la planificación estratégica; para permitir establecer comparaciones entre situaciones nacionales y conjuntos de datos; y para destacar amenazas y cuestiones emergentes.

El informe de este año pone de relieve algunos cambios potencialmente preocupantes en el mercado de los opioides ilícitos, las sustancias que siguen asociándose a un alto nivel de morbilidad y mortalidad en Europa. Observamos el aumento general de las muertes por sobredosis relacionadas con opioides, así como el creciente número de notificaciones de problemas vinculados con los medicamentos de sustitución de opioides y los nuevos opioides sintéticos. A medida que el fenómeno de las drogas sigue evolucionando, también debe hacerlo la respuesta de Europa a las drogas. El marco para la acción concertada, establecido en la Estrategia Europea sobre Drogas 2013-20, lo permite. La Comisión Europea ha propuesto un nuevo plan de acción sobre drogas para el período 2017-20, que está siendo debatido por el Parlamento Europeo y el Consejo. Se basa en las conclusiones de la evaluación intermedia de la actual estrategia de la UE sobre drogas y en la evaluación final del plan de acción 2013-17. La labor del EMCDDA de apoyo a la formulación de políticas sobre drogas basadas en la evidencia en Europa se refleja en estos documentos políticos clave.

En conclusión, deseamos dar las gracias a nuestros colegas de la red Reitox de centros nacionales de coordinación, quienes, junto con expertos nacionales, proporcionan la mayor parte de los datos que sustentan esta publicación. También reconocemos la contribución de numerosos grupos de investigación europeos, sin los cuales este análisis sería me-

nos rico. El informe también se beneficia de la colaboración con nuestros socios europeos: la Comisión Europea, Europol, la Agencia Europea de Medicamentos y el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades.

Laura d'Arrigo Presidenta, Consejo de Administración del EMCDDA

Alexis Goosdeel Director, EMCDDA

NOTA INTRODUCTORIA Y AGRADECIMIENTOS

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

El propósito del presente informe es ofrecer una panorámica y un resumen de la situación europea de las drogas y de las respuestas frente a ella. Los datos estadísticos que aquí se presentan se refieren a 2015 (o al último año disponible). El análisis de tendencias se basa únicamente en aquellos países que proporcionan datos suficientes para describir los cambios durante el período especificado. La significación estadística se contrasta al nivel de 0,05, salvo que se indique lo contrario. El lector debe ser consciente también de que el seguimiento de patrones y tendencias en un comportamiento oculto y estigmatizado como es el consumo de drogas resulta tanto práctica como metodológicamente difícil. Por esta razón, en este informe se utilizan múltiples fuentes de datos con fines analíticos. Aunque pueden observarse mejoras considerables, tanto a nivel nacional como en lo que respecta a lo que es posible lograr en un análisis a escala europea, deben reconocerse las dificultades metodológicas en este ámbito. Se requiere, por tanto, cautela en la interpretación, en particular cuando se comparan países según cualquier medida única. Las advertencias y salvedades relativas a los datos se encuentran en la versión en línea de este informe y en el Boletín Estadístico, donde puede hallarse información detallada sobre la metodología, las salvedades del análisis y los comentarios sobre las limitaciones del conjunto de información disponible. También hay información disponible sobre los métodos y datos utilizados para las estimaciones a escala europea, en las que puede recurrirse a la interpolación.

El EMCDDA desea dar las gracias a los siguientes por su ayuda en la elaboración de este informe: los responsables de los centros nacionales de coordinación de Reitox y su personal; los servicios y expertos de cada Estado miembro que recopilieron los datos brutos para este informe;

los miembros del Consejo de Administración y del Comité Científico del EMCDDA; 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 de Análisis de Aguas Residuales de Europa (SCORE), la Red Europea de Urgencias por Drogas (Euro-DEN);

el Centro de Traducción de los Órganos de la Unión Europea y la Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.

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

COMENTARIO

LA SITUACIÓN EUROPEA DE LAS DROGAS EN 2017

Este informe ofrece una instantánea de la situación europea de las drogas basada en la información más reciente disponible procedente de las actividades de seguimiento de la UE. Una panorámica europea del mercado de drogas, del consumo de drogas y de los daños y respuestas cons-

tituye el cuerpo de este informe. Se acompaña de 30 informes nacionales complementarios, así como de extensos datos en línea e información metodológica.

Esta sección introductoria incluye un breve comentario analítico sobre algunos de los temas clave que se desprenden de los datos de este año. Dado que los problemas de drogas a los que se enfrenta Europa están cada vez más influidos por las novedades que se producen a escala internacional e interactúan con ellas, el análisis gana valor al situarse en un contexto global más amplio. Para dos temas importantes, el consumo de cannabis entre los jóvenes y los cambios en el mercado de opioides, se compara y contrasta la situación europea actual y su evolución con la de América del Norte, y se constata la existencia de notables similitudes y diferencias.

¿Tienen las novedades internacionales en materia de políticas sobre el cannabis implicaciones para Europa?

Los recientes cambios en el marco regulador del cannabis producidos en partes de América han generado interés entre los responsables políticos y el público en Europa. Estas novedades han sido bastante diversas, y es necesario esperar a evaluaciones sólidas antes de poder valorar los costes y beneficios relativos de los distintos enfoques políticos sobre el cannabis. Además, no está claro hasta qué punto las novedades que se producen en otros lugares pueden trasladarse directamente al contexto europeo.

Existe una considerable diversidad de actitudes hacia la regulación y el consumo de cannabis entre los 28 Estados miembros de la Unión Europea, con enfoques actuales que van desde modelos restrictivos hasta la tolerancia de algunas formas de consumo personal.

No obstante, actualmente se está desarrollando un animado debate, con cuestiones como la autorización de la producción de cannabis para uso personal y la puesta a disposición del cannabis para el tratamiento de afecciones médicas, que suscitan un interés creciente en algunos países.

Independientemente de cualquier impacto más amplio en la política sobre drogas, la existencia de un mercado de cannabis regulado comercial-

mente en algunos países fuera de Europa está impulsando la innovación y el desarrollo de productos, por ejemplo, vaporizadores, líquidos electrónicos y productos comestibles. Es posible que algunas de estas novedades influyan en los patrones de consumo en Europa, lo que subraya la importancia del seguimiento del comportamiento en este ámbito y la necesidad de evaluar las posibles implicaciones sanitarias de cualquier cambio en los patrones de consumo futuros.

El mercado europeo del cannabis ya ha cambiado considerablemente en los últimos años, impulsado en parte por un giro hacia una mayor producción nacional. Los históricamente elevados niveles globales de potencia tanto de la resina como del cannabis herbal disponibles en Europa, alcanzados en los últimos años, siguen observándose. La droga sigue también asociada a problemas de salud, y es responsable de la mayor proporción de nuevas admisiones notificadas a tratamiento por drogas en Europa. Por todas estas razones, comprender las tendencias en el consumo de cannabis y los daños relacionados es importante para el debate sobre cuáles constituyen las respuestas políticas más adecuadas a esta droga.

Comparación de las conductas de consumo de sustancias entre los estudiantes escolares de la UE y de EE. UU.

A este respecto, la publicación en 2016 de dos nuevas encuestas escolares importantes sobre estudiantes (de alrededor de 15 a 16 años) resulta útil, ya que permite establecer comparaciones entre los patrones de consumo de cannabis y otras sustancias entre los estudiantes europeos y americanos. De manera alentadora, en ambas regiones, los datos más recientes muestran un descenso en el consumo de tabaco y, aunque en menor medida, de alcohol; si bien las tendencias en el consumo de cannabis parecen más estables. Sin embargo, en lo que respecta a los niveles y patrones de consumo de estas sustancias, existen importantes diferencias entre los estudiantes europeos y americanos.

En Europa, las medidas del consumo de cannabis son inferiores a las halladas en los Estados Unidos, y el consumo de cannabis se declara con menor frecuencia que el consumo de tabaco. En cambio, el consumo de cannabis entre los estudiantes estadounidenses supera su consumo de

tabaco, que es muy bajo. Los niveles de consumo de alcohol también difieren, pues más estudiantes europeos declaran consumir alcohol, y con pautas de ingesta más intensas, que sus pares americanos.

Se necesita un análisis más profundo tanto de las similitudes como de las diferencias en el consumo de sustancias de los estudiantes para explorar la influencia relativa de los factores sociales, contextuales y regulatorios en las elecciones que hacen los jóvenes.

Comprender, por ejemplo, qué ha llevado a las reducciones en el consumo de cigarrillos observadas tanto en los Estados Unidos como en Europa puede ofrecer perspectivas para abordar el consumo de otras sustancias, como el cannabis. También es importante recordar que existen diferencias en cómo se consumen las sustancias. En Europa, por ejemplo, a diferencia de los Estados Unidos, el cannabis se fuma a menudo en combinación con tabaco, y esto probablemente tenga implicaciones para las políticas de salud pública.

Comprender las tendencias en el consumo de cannabis y los daños relacionados es importante

Comentario | La situación europea de las drogas en 2017

Alcohol

Europa 49 %

39 % Estados Unidos 31 % Europa 28 % 23 %

Cigarrillos

Cannabis

22 % Estados Unidos 17 % 15 % Estados Unidos 6 % 5 % Europa 1995
1999 2003 2007 2011 2015 1995 1999 2003 2007 2011 2015 1995 1999
2003 2007 2011 2015

NB: Tendencias en el consumo de sustancias en el último mes entre estudiantes de 15 a 16 años en Europa y los Estados Unidos. Los promedios europeos (no ponderados) se basan en datos de 21 países de la UE y Noruega (fuente: ESPAD). Los promedios estadounidenses se basan en

muestras de estudiantes de décimo grado (fuente: Monitoring the Future).

El mercado de estimulantes de Europa: ¿está aumentando la disponibilidad de cocaína?

Las drogas estimulantes ilícitas más consumidas en Europa —cocaína, MDMA y las anfetaminas— siguen asociándose a pautas de consumo diversas y geográficamente diferenciadas, y todas presentan niveles de pureza declarados más altos que hace una década. Este sector del mercado de drogas ilícitas ha crecido en complejidad, con la fácil disponibilidad de nuevos estimulantes, incluidos catinonas y fenetilaminas.

El informe del año pasado destacó aumentos en la disponibilidad y el consumo de comprimidos de MDMA de dosis alta, y esta tendencia sigue siendo evidente en los datos más recientes. El alto contenido de MDMA que ahora se encuentra en los comprimidos incautados sugeriría que los productores no tienen dificultad para adquirir los precursores químicos necesarios para fabricar la droga. Los datos de incautaciones también indican que Europa sigue siendo un productor importante para el mercado global de MDMA.

Múltiples indicadores, incluido el monitoreo de aguas residuales, las incautaciones y los datos de precio y pureza, sugieren que la disponibilidad de cocaína puede estar una vez más en aumento en partes de Europa. Esta droga ha sido históricamente el estimulante ilícito más consumido en varios países, ubicados principalmente en el sur y el oeste de Europa. Los nuevos datos aquí reportados lo respaldan, con incautaciones crecientes observadas a lo largo de las rutas de tráfico establecidas hacia los principales mercados europeos de esta droga. En cambio, en el norte y el centro de Europa, la anfetamina y, en menor medida, la metanfetamina desempeñan un papel más significativo en el mercado de drogas que la cocaína. En cuanto a las anfetaminas, una serie de desarrollos reportados previamente siguen siendo motivo de

preocupación. Entre ellos se encuentran los cambios en la disponibilidad de precursores y en las rutas de síntesis; la expansión del mercado

de metanfetamina; y algunas pruebas de niveles crecientes de inyección y daños relacionados.

La inyección disminuye pero sigue siendo un desafío para las políticas de salud pública

La información procedente del tratamiento de drogas y otras fuentes indica que la tendencia general a largo plazo de la inyección como vía de administración sigue siendo descendente. Entre los consumidores de heroína que ingresan por primera vez en su vida a tratamiento especializado de drogas, por ejemplo, los reportes de inyección se encuentran ahora en su punto más bajo en más de una década, aunque existe una variación considerable entre países. Algunos de los indicadores de daño a la salud vinculados a esta vía de administración, particularmente las tasas de nuevos diagnósticos de VIH atribuidos al consumo de drogas inyectables, han mostrado una disminución paralela. Esto no significa, sin embargo, que las preocupaciones hayan desaparecido en esta área. Aunque las 1 233 nuevas infecciones por VIH reportadas en 2016 fueron las más bajas en más de dos décadas, esto todavía representa un problema significativo de salud pública. Además, ha habido brotes recientes en algunas poblaciones vulnerables y entre consumidores que se inyectan estimulantes y nuevas sustancias psicoactivas.

También hay pruebas de que las infecciones transmitidas por la sangre a menudo se diagnostican relativamente tarde entre las personas que se inyectan drogas, en comparación con otros grupos, lo que reduce la oportunidad de una intervención exitosa. El diagnóstico tardío también es importante con respecto a la infección por VHC, que a menudo se

Informe Europeo sobre Drogas 2017: Tendencias y desarrollos

encuentra en tasas elevadas entre quienes se han inyectado drogas.

En los últimos años, las posibilidades para el tratamiento de la hepatitis viral han mejorado enormemente, con la llegada de una nueva generación de medicamentos, que son altamente eficaces.

La erradicación de esta enfermedad puede ahora verse como una oportunidad y un desafío tanto para los proveedores de atención médica ge-

neral como para los servicios especializados en drogas.

| La naturaleza cambiante del problema de los opioides

La comparación con los desarrollos en América del Norte también es relevante para un análisis del problema de los opioides en Europa. Una revisión de los datos presentados en este informe sugiere que, si bien la situación general de la UE sigue siendo diferente, existen algunos paralelismos.

Los datos más recientes muestran que el consumo de heroína todavía representa la mayoría, alrededor del 80 %, de las nuevas demandas de tratamiento relacionadas con opioides en Europa. Además, la disminución general en la demanda de tratamiento relacionada con la heroína, observada desde 2007, ya no es evidente. Particularmente preocupante es la creciente estimación europea de muertes por sobredosis de drogas, que ahora ha aumentado por tercer año consecutivo; la heroína está implicada en muchas de estas muertes.

América del Norte también ha experimentado una morbilidad y mortalidad considerables asociadas con el uso indebido de opioides recetados, niveles crecientes de consumo de heroína y, más recientemente, la aparición de opioides sintéticos altamente potentes, en particular derivados del fentanilo. Una diferencia entre las dos regiones es que en Europa, muy pocos clientes que se presentan para tratamiento especializado de drogas lo hacen por adicción a medicamentos opioides para el dolor. Esto probablemente refleja los diferentes marcos regulatorios y enfoques de comercialización y prescripción que existen entre Europa y América del Norte. Sin embargo, no puede descartarse la posibilidad de subregistro, ya que los europeos que experimentan problemas con medicamentos recetados pueden acceder a servicios diferentes de los utilizados por los consumidores de drogas ilícitas. Los medicamentos utilizados para el tratamiento de sustitución de opioides, sin embargo, ahora desempeñan un papel más significativo en las demandas de tratamiento y los daños a la salud en varios países europeos. En general, los opioides distintos de la heroína representan alrededor de una quinta parte de todas las demandas relacionadas con opioides a los servicios especializados en drogas. El papel que desempeñan los opioides sintéticos, como la

metadona, en las muertes por sobredosis es difícil de cuantificar a nivel de la UE, pero en muchos países estas sustancias son ahora importantes, y en unos pocos países predominan. Reducir el uso indebido de medicamentos, incluidos los utilizados para el tratamiento de sustitución de opioides, es un desafío creciente para muchos proveedores de atención médica europeos. Una sólida base de evidencia respalda el uso apropiado de los medicamentos de sustitución de opioides, que ha demostrado reducir la morbilidad, la mortalidad y

la delincuencia entre quienes lo reciben. La buena práctica clínica junto con la comprensión de cómo los opioides recetados se desvían de su uso legítimo, y cómo reducir esto, son por lo tanto importantes si no se han de socavar los claros beneficios para la salud que se derivan de este enfoque de tratamiento.

Opioides sintéticos altamente potentes: una amenaza creciente para la salud

Tanto en Europa como en América del Norte, la reciente aparición de nuevos opioides sintéticos altamente potentes, en su mayoría derivados del fentanilo, está causando una preocupación considerable. Desde 2012, el Sistema de Alerta Temprana de la UE ha recibido un número creciente de reportes de estas sustancias y de los daños causados por ellas. Estas sustancias se han vendido en mercados en línea, y también en el mercado ilícito. A veces se han vendido como, o mezclado con, heroína, otras drogas ilícitas e incluso medicamentos falsificados. Los opioides sintéticos altamente potentes presentan graves riesgos para la salud, no solo para quienes los consumen, sino también para quienes participan en su fabricación, así como para los trabajadores postales y los agentes del orden. Con solo pequeños volúmenes necesarios para producir muchos miles de dosis, estas sustancias son fáciles de ocultar y transportar. Esto plantea un desafío considerable para las agencias de control de drogas. Al mismo tiempo, presentan una mercancía potencialmente atractiva y rentable para el crimen organizado.

Los opioides sintéticos altamente potentes

presentan graves riesgos para la salud

Adultos (15-64)

Adultos jóvenes (15-34)

Adultos (15-64)

Adultos jóvenes (15-34)

Opioides

Tratamiento de drogas

Droga principal en aproximadamente el 38 % de todas las solicitudes de tratamiento de drogas

en la Unión Europea

Consumo:

Último año Alguna vez en la vida 23,5 millones 87,7 millones Más alto
Último año 17,1 millones Más bajo

Estimaciones nacionales de consumo en el último año

Consumo:

Último año Alguna vez en la vida 2,7 millones 14,0 millones

|

Último año

2,3 millones

|

Consumidores de opioides de alto riesgo 1,3 millones
solicitudes

Más alto 6,6 % Más bajo 0,3 %

Estimaciones nacionales de consumo en el último año

Sobredosis mortales

Los opioides se encuentran en el 81¹⁴ % de las sobredosis mortales

Los consumidores de opioides recibieron tratamiento de sustitución en 2015

Comentario | La situación europea de las drogas en 2017

DE UN VISTAZO — ESTIMACIONES DEL CONSUMO DE DROGAS EN LA UNIÓN EUROPEA

Consumo:

Último año Alguna vez en la vida

3,5 millones 17,5 millones

Adultos (15-64)

Último año

2,3 millones

Más alto Adultos jóvenes (15-34) Estimaciones nacionales de consumo en el último año Anfetaminas Consumo:

Último año Alguna vez en la vida 1,8 millones 12,5 millones

Adultos | |

(15-64) 0,5 % 3,8 % Último año 1,3 millones Adultos jóvenes Más bajo (15-34) 1,1 % 0,1 %

Estimaciones nacionales de consumo en el último año

Nuevas sustancias psicoactivas

Último año Alguna vez en la vida Estudiantes de 15 a 16 años | y 20 % 4,0 %

en 24 países europeos

Fuente: Informe ESPAD 2015. Tablas adicionales.

NB: Para el conjunto completo de datos e información sobre la metodología, véase el Boletín Estadístico en línea adjunto.

Informe Europeo sobre Drogas 2017; Tendencias y desarrollos

En Europa, los problemas relacionados con los opioides sintéticos altamente potentes parecen estar creciendo, como lo indican los crecientes reportes de intoxicaciones no fatales y muertes recibidos por el Sistema de Alerta Temprana. A principios de 2017, el EMCDDA llevó a cabo ejercicios de evaluación de riesgos sobre los derivados del fentanilo aciloil-fentanilo y furanilfentanilo. Estas sustancias están siendo consideradas para control a nivel europeo, y otras drogas en esta categoría están actualmente bajo escrutinio.

| El rostro cambiante de las nuevas sustancias psicoactivas

El análisis de este año sugiere que, si bien las respuestas, tanto en Europa como en otros lugares, pueden estar teniendo un impacto en la aparición de nuevas sustancias, el fenómeno de las nuevas sustancias psicoactivas sigue representando un desafío considerable para la salud pública. Aunque se reportaron nuevas drogas al Sistema de Alerta Temprana de la UE a un ritmo de una por semana en 2016, el número total de nuevas detecciones fue menor que en años anteriores. Esto puede ser una señal positiva, especialmente si esta disminución se mantiene.

Sin embargo, otros datos son menos alentadores, sin una indicación fuerte de que la disponibilidad general de nuevas sustancias psicoactivas se haya reducido. Además, incluso si el ritmo al que se introducen nuevas sustancias puede estar desacelerándose, el número total de sustancias disponibles en el mercado sigue creciendo. También hay signos de que algunas clases de nuevas sustancias psicoactivas, en particular catinonas sintéticas y cannabinoides sintéticos, están ahora estableciendo un punto de apoyo en el mercado de drogas.

Hay una serie de razones que pueden explicar por qué el ritmo de aparición de nuevas sustancias en el mercado puede estar desacelerándose. Algunos países europeos han introducido prohibiciones generales, legislación genérica y basada en análogos y otras medidas para dirigirse a los productores y minoristas de nuevas sustancias psicoactivas. Esto ha creado un entorno legal más restrictivo, en el que puede haber menos incentivo para que los productores participen en un «juego del gato y el ratón» con los reguladores, en el que la innovación se utiliza para mantenerse por delante de los controles legales.

Además, gran parte del suministro de nuevas sustancias psicoactivas a Europa se origina en China, y los nuevos controles allí también pueden haber tenido algún impacto en la disponibilidad en la Unión Europea.

En algunas partes de Europa, las medidas de control dirigidas a los comercios de la calle parecen haber afectado al acceso a las nuevas sustancias psicoactivas. La venta de estas sustancias se ha vuelto más clandestina, y el acceso en línea y el mercado de drogas ilícitas desempeñan ahora un papel más importante que en el pasado. En este contexto, la situación jurídica de las nuevas sustancias, especialmente cuando se venden junto a drogas ilícitas, puede ser menos importante y, en consecuencia, constituir un motor menos poderoso de la innovación de productos.

Nuevas sustancias psicoactivas: intoxicantes baratos para consumidores de drogas marginados y crónicos

Las actitudes negativas de los consumidores también pueden haber influido en la demanda de nuevas sustancias psicoactivas. La prevención, la reducción de daños y la notificación de consecuencias adversas parecen haber influido en la percepción de los jóvenes de que las nuevas sustancias son alternativas legales relativamente seguras a las drogas ilícitas establecidas. A pesar de ello, sin embargo, entre las poblaciones de consumidores más crónicas y marginadas también hay indicios de que la disponibilidad y el uso de estas sustancias pueden estar aumentando.

El uso problemático de nuevas sustancias psicoactivas es cada vez más evidente en determinados entornos y entre algunas poblaciones vulnerables. El uso de catinonas por vía inyectada, por ejemplo, entre consumidores actuales y antiguos de opioides, se ha asociado a mayores niveles de problemas tanto físicos como de salud mental.

Los cannabinoides sintéticos son también una preocupación creciente.

A pesar de algunas similitudes farmacológicas, estas drogas no deben confundirse con los productos de cannabis. Los cannabinoides sintéticos son a menudo sustancias muy potentes, que pueden tener consecuencias graves y potencialmente letales. Hay indicios que sugieren que, en algunas partes de Europa, los cannabinoides sintéticos se consumen

ahora como intoxicantes baratos y potentes por grupos marginados, como las personas sin hogar. Las dificultades de detección hacen que los cannabinoides sintéticos se hayan convertido en un problema particular en algunas prisiones europeas, con graves implicaciones para la salud y la seguridad de los reclusos.

El mercado europeo de drogas sigue evolucionando

Suministro de drogas y mercado

En el contexto global, Europa es un mercado importante de drogas, abastecido tanto con drogas producidas en el país como con drogas traficadas desde otras regiones del mundo. América del Sur, Asia Occidental y África del Norte son importantes zonas de origen de las drogas ilícitas que entran en Europa, mientras que China es un país de origen de nuevas sustancias psicoactivas. Además, algunas drogas y precursores transitan por Europa en ruta hacia otros continentes. Europa es también una región productora de cannabis y drogas sintéticas, y el cannabis se produce principalmente para el consumo local, mientras que algunas de las drogas sintéticas se fabrican para su exportación a otras partes del mundo.

En muchos países europeos existen mercados considerables de cannabis, heroína y anfetaminas desde los años setenta y ochenta. Con el tiempo, otras sustancias también se afianzaron, como el MDMA y la cocaína en los años noventa.

El mercado europeo de drogas sigue evolucionando, y en la última década ha surgido una amplia gama de nuevas sustancias psicoactivas. Los cambios recientes en el mercado de drogas ilícitas, en gran medida vinculados a la globalización y a las nuevas tecnologías, incluyen la innovación en los métodos de producción y tráfico de drogas, el establecimiento de nuevas rutas de tráfico y los mercados en línea.

Seguimiento de los mercados de drogas, el suministro y las leyes

El análisis presentado en este capítulo se basa en los datos notificados sobre incautaciones de drogas, incautaciones de precursores de drogas y envíos interceptados, desmantelamiento de instalaciones de producción

de drogas, legislación sobre drogas, infracciones de la legislación sobre drogas, precios minoristas de drogas, pureza y potencia. En algunos casos, la ausencia de datos de incautación de países clave dificulta el análisis de las tendencias. Diversos factores pueden influir en las tendencias, como las preferencias de los consumidores, los cambios en la producción y el tráfico, los niveles y prioridades de la actividad de las fuerzas del orden y la eficacia de las medidas de interdicción. Los conjuntos de datos completos y las notas metodológicas pueden consultarse en el Boletín Estadístico en línea.

También se presentan aquí datos sobre notificaciones e incautaciones de nuevas sustancias psicoactivas notificadas al Sistema de Alerta Temprana de la UE por los socios nacionales del EMCDDA y Europol. Como esta información procede de informes de casos y no de sistemas de seguimiento rutinarios, las estimaciones de incautación representan un mínimo. Puede encontrarse una descripción completa del Sistema de Alerta Temprana en el sitio web del EMCDDA, en el apartado Acción sobre nuevas drogas.

| Mercados de drogas: aparición del suministro por internet

Los mercados de drogas ilícitas vinculan a los consumidores con los productores a través de cadenas de intermediarios. Estos complejos sistemas generan grandes sumas de dinero en todos los niveles del mercado. Una estimación conservadora valora el mercado minorista de drogas ilícitas en la Unión Europea en 24 000 millones de euros en 2013 (rango probable de 21 000 a 31 000 millones de euros).

Informe Europeo sobre Drogas 2017: Tendencias y novedades

En la última década se han desarrollado mercados en línea, facilitados por la aparición de nuevas tecnologías de internet, que existen en paralelo al mercado físico de drogas. Algunos vendedores en línea utilizan la web superficial, y suelen vender productos químicos precursores no controlados, nuevas sustancias psicoactivas o medicamentos, que pueden ser falsificados o adulterados. Otros vendedores operan en la web profunda, a través de mercados de la darknet, apoyados por tecnologías que ocultan la identidad del comprador y del vendedor. Estos mercados

comparten características con los mercados en línea legítimos, como eBay y Amazon, y los clientes pueden buscar y comparar productos y vendedores. Se utilizan diversas estrategias para ocultar tanto las transacciones como las ubicaciones físicas de los servidores. Entre ellas se incluyen servicios de anonimización, como Tor y I2P, que ocultan la dirección de protocolo de internet de un ordenador; criptomonedas, como bitcoin y litecoin, para realizar pagos relativamente imposibles de rastrear; y comunicación cifrada entre los participantes en el mercado.

Los sistemas de reputación también desempeñan un papel en la regulación de los vendedores en los mercados.

La mayoría de las ventas en los mercados de la darknet están relacionadas con las drogas. Un estudio reciente, que exploró las ventas en 16 importantes mercados de la darknet entre 2011 y 2015, estimó que las ventas de drogas fueron responsables de más del 90 % de los ingresos económicos totales de los mercados de la darknet a nivel mundial. Casi la mitad (46 %) de todas las ventas de drogas en la darknet se originaron, según los informes, en vendedores con sede en Europa, lo que representa unos

80 millones de euros durante el período del estudio. Los principales países de origen europeos, por orden de volumen de ventas, fueron Alemania, los Países Bajos y el Reino Unido, y los estimulantes, en particular el MDMA y la cocaína, representaron la mayor parte de los ingresos por ventas.

La mayoría de las ventas en los mercados de la darknet están relacionadas con las drogas

Número de incautaciones de drogas notificadas, desglose por droga, 2015

Resina de cannabis

Cannabis herbáceo

Anfetaminas

Heroína

MDMA 2%

Otras sustancias

| Incautaciones de drogas: más de un millón en Europa

Cada año se notifican en Europa más de un millón de incautaciones de drogas ilícitas. La mayoría de ellas son pequeñas cantidades de drogas confiscadas a los consumidores; sin embargo, los envíos de varios kilogramos de drogas incautados a traficantes y productores representan la mayor parte de la cantidad total de drogas incautadas.

El cannabis es la droga que más se incauta, y representa más del 70 % de las incautaciones en Europa (Figura 1.1). La cocaína ocupa el segundo lugar en conjunto (9 %), seguida de las anfetaminas (5 %), la heroína (5 %) y el MDMA (2 %).

En 2015, más del 60 % de todas las incautaciones de drogas en la Unión Europea fueron notificadas por solo 3 países: España, Francia y el Reino Unido; también notificaron un número considerable de incautaciones Bélgica, Dinamarca, Alemania, Grecia, Italia y Suecia. Cabe señalar también que no se dispone de datos recientes sobre el número de incautaciones para los Países Bajos, Polonia y Finlandia.

Estas lagunas en los datos añaden incertidumbre al análisis.

El elevado número de incautaciones de drogas notificadas por Turquía refleja tanto su importante mercado de consumo como su posición en las rutas de tráfico de drogas entre la Unión Europea, Oriente Medio y Asia.

Resina

Número de incautaciones

toneladas (UE + 2)

Cantidades incautadas

toneladas (UE)

Precio Potencia (EUR/g) (% THC) Tendencias indexadas: 28% Precio y potencia 19% 11€ 8€ 100 = 11%:: 4% 3€ 2006 2015

Capítulo 1 | Suministro de drogas y mercado

Reciente descenso de la cantidad de cannabis herbáceo incautado

El cannabis herbáceo (marihuana) y la resina de cannabis (hachís) son los dos principales productos de cannabis que se encuentran en el mercado europeo de drogas, mientras que el aceite de cannabis es comparativamente raro. Los productos de cannabis representan la mayor cuota (38 %) del mercado minorista de drogas ilícitas en Europa, con un valor estimado de 9300 millones de euros (rango probable de 8400 a 12 900 millones de euros). El cannabis herbáceo consumido en Europa se cultiva tanto en el país como se trafica desde países externos. El cannabis herbáceo producido en Europa se cultiva principalmente en interiores. La mayor parte de la resina de cannabis se importa, principalmente de Marruecos.

Informes recientes indican cambios en las rutas de tráfico de cannabis, con aumentos en el tráfico tanto de cannabis herbáceo como de aceite de cannabis desde los Balcanes occidentales, en particular Albania, vinculados a un aumento del cultivo de cannabis en

Herbáceo

Número de incautaciones

Cantidades incautadas

toneladas (UE + 2)

toneladas (UE)

Precio Potencia (EUR/g) (% THC) Tendencias indexadas: 20€ Precio y potencia: 181 22% 12€: 1123 se 100 + 11%

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

Incautaciones de resina de cannabis y cannabis herbáceo, 2015 o año más reciente

Número de incautaciones de resina de cannabis (miles)

>100

11-100

Sin datos

NB: Número de incautaciones para los 10 países con valores más altos.

Cantidad de resina de cannabis incautada (toneladas)

Otros países

esos países. Además, los indicios sugieren que Libia se ha convertido en un importante centro para el tráfico de resina a diversos destinos, incluida Europa.

En 2015 se notificaron en la Unión Europea 732 000 incautaciones de productos de cannabis, incluidas 404 000 de cannabis herbáceo, 288 000 de resina de cannabis y 19 000 de plantas de cannabis. Sin embargo, la cantidad de resina de cannabis incautada es más de 6 veces superior a la de cannabis herbáceo (536 toneladas frente a 89 toneladas). Esto es en parte consecuencia de que la resina de cannabis se trafica en volumen a grandes distancias y a través de fronteras nacionales, lo que la hace más vulnerable a la interdicción. En el análisis de la cantidad de cannabis incautado, un pequeño número de países son especialmente importantes debido a su ubicación en las principales rutas de tráfico de cannabis. España, por ejemplo, como importante punto de entrada de la resina de cannabis producida en Marruecos, notificó más del 70 % de la cantidad total incautada en Europa en 2015 (Figura 1.2).

Número de incautaciones de cannabis herbáceo (miles)

>100 11-100 1-10 <1 Sin datos

Cantidad de cannabis herbáceo incautada (toneladas)

25 50 100 125 150

El número de incautaciones de cannabis herbáceo en Europa ha superado el de resina de cannabis desde 2009, con tendencias relativamente estables en el número de incautaciones tanto de resina como de cannabis herbáceo desde 2011 (Figura 1.3). Se estima que en 2015 se incautaron en Europa 135 toneladas de cannabis herbáceo, un descenso del 38 % en comparación con las 217 toneladas incautadas en 2014. Se notificaron descensos notables en Bélgica, Grecia e Italia. También es evidente un descenso similar en la cantidad de cannabis herbáceo incautado en Turquía a partir de 2013.

Puede haber varios factores detrás de este descenso general en Europa. Entre ellos pueden figurar iniciativas para hacer frente a la producción a gran escala en países fuera de la Unión Europea, como Albania; un mayor enfoque en el cultivo nacional en lugar del tráfico; cambios en la forma de registrar las incautaciones, y cambios en las prioridades de las fuerzas del orden en algunos países. En los últimos datos, la cantidad de resina de cannabis incautada en la Unión Europea se ha mantenido relativamente estable desde 2009.

Capítulo 1 | Suministro de drogas y mercado

Tendencias en el número de incautaciones de cannabis y cantidad de cannabis incautado: resina y herbáceo

Número de incautaciones

Herbáceo (UE)

Herbáceo (UE, Turquía y Noruega)

Resina (UE)

Resina (UE, Turquía y Noruega)

Resina (toneladas) Herbáceo (toneladas)

El número de incautaciones de plantas de cannabis puede considerarse un indicador de la producción de la²⁴ droga dentro de un país. Debido a

las diferencias de notificación entre países, los datos sobre las incautaciones de plantas de cannabis deben considerarse con cautela. No obstante, el número de plantas incautadas ha mostrado un aumento a largo plazo, desde 1,5 millones de plantas en 2002 hasta 3,3 millones en 2014, aumentando bruscamente hasta 11,4 millones de plantas en 2015, con un gran aumento del número de plantas incautadas notificado por los Países Bajos. Esta tendencia puede reflejar cambios en las prioridades de aplicación de la ley, con un objetivo más intensivo en el cultivo de cannabis.

En 2015 se notificaron 335 incautaciones de aceite de cannabis, correspondiendo a Grecia y Turquía las cantidades más grandes.

El análisis de las tendencias indexadas entre aquellos países que informan de manera constante muestra un gran aumento de la potencia (contenido de tetrahidrocannabinol, THC) tanto del cannabis herbario como de la resina de cannabis entre 2006 y 2014, estabilizándose en 2015. Los factores impulsores de esta potencia creciente pueden incluir la introducción de técnicas de producción intensiva dentro de Europa y, más recientemente, la introducción de plantas de alta potencia y nuevas técnicas en Marruecos. Los datos más recientes sugieren que la resina y la hierba tienen precios similares, mientras que, en promedio, la resina tiene una potencia mayor.

El número de incautaciones de cannabis herbario en Europa y de resina desde 2009

Número de incautaciones de heroína y cantidad incautada: tendencias y 2015 o año más reciente

Número de incautaciones de heroína (miles)

Cantidad de heroína incautada (toneladas)

| Aumento continuo de la pureza de la heroína

La heroína es el opioide más común en el mercado europeo de drogas, con un valor minorista estimado de 6.800 millones de euros (rango probable de 6.000 a 7.800 millones de euros). Históricamente, la heroína importada ha estado disponible en Europa en dos formas, la más común

de las cuales 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 en el pasado procedía del sudeste asiático, pero que ahora también puede producirse en Afganistán o en países vecinos. Otros opioides incautados por las fuerzas del orden en los países europeos en 2015 incluyeron opio y los medicamentos morfina, metadona, buprenorfina, tramadol y fentanilo (Tabla 1.1). Algunos opioides medicinales pueden desviarse de suministros farmacéuticos legítimos, mientras que otros, como los 27 kilogramos de morfina en polvo incautados en 2015, son fabricados ilícitamente.

Afganistán sigue siendo el mayor productor ilícito de opio del mundo, y se cree que la mayor parte de la heroína encontrada en Europa se fabrica allí o en el vecino Irán o Pakistán.

Número de incautaciones Precio (EUR/g) Pureza (%)

Tendencias indexadas: Precio y pureza de la UE

Cantidades incautadas

NB: 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.

Los países cubiertos varían según el indicador.

Desde la década de 1970, la producción ilícita de opioides en Europa se ha limitado a productos de amapola caseros producidos en algunos países del este. Sin embargo, el descubrimiento de dos laboratorios que convierten morfina en heroína en España y uno en la República Checa en los últimos años sugiere que se fabrica una pequeña cantidad de heroína en Europa.

La heroína entra en Europa por cuatro rutas principales de tráfico. Las dos más importantes son la «ruta de los Balcanes» y la «ruta meridional». La primera de ellas pasa por Turquía, entra en los países balcánicos (Bulgaria, Rumanía o Grecia) y continúa hacia el centro, sur y oeste de Europa. También ha surgido una ramificación de la ruta de los Balcanes que involucra a Siria e Irak. La ruta meridional, por la que

los envíos procedentes de Irán y Pakistán entran en Europa por vía aérea o marítima, ya sea directamente o en tránsito por países africanos, ha ganado importancia en los últimos años. Otras rutas incluyen la «ruta septentrional» y una ruta a través del sur del Cáucaso y el mar Negro.

Tras una década de relativa estabilidad, los mercados de varios países europeos experimentaron una reducción de la disponibilidad de heroína en 2010/11. Esto se evidencia en el número de incautaciones de heroína notificadas, que disminuyó en la Unión Europea de 2009 a 2014, antes de estabilizarse en 2015. Entre 2002 y 2013, la cantidad de heroína incautada dentro de la Unión Europea se redujo a la mitad, de 10 a 5 toneladas. Tras la incautación de 8,4 toneladas en 2014, un año en el que varios países notificaron grandes incautaciones de heroína (100 kg o más), en 2015 la cantidad de heroína incautada en Europa (4,5 toneladas) volvió a los niveles registrados a principios de la década de 2010. Tras alcanzar alrededor de 13 toneladas en 2014, las incautaciones de heroína turcas disminuyeron a 8,3 toneladas en 2015 —una cifra aún mayor que la de todos los demás países europeos juntos—, mientras que el número de incautaciones aumentó durante el mismo período (Figura 1.4). Entre aquellos países que informan de manera constante, las tendencias indexadas sugieren que la pureza de la heroína continuó aumentando en Europa en 2015.

Además de la heroína, en los países europeos se incautan otros productos opioides, pero estos representan una pequeña fracción del total de las incautaciones. Los otros opioides incautados con mayor frecuencia son los opioides medicinales buprenorfina, tramadol y metadona (véase la Tabla 1.1).

Metadona Buprenorfina Tramadol Fentanilos (fentanilo, ocfentanilo, carfentanilo) Morfina Opio Codeína Oxycodona

Droga estimulante incautada con mayor frecuencia en Europa, 2015 o datos más recientes

Cocaína Anfetamina Metanfetamina MDMA Sin datos

| Incautaciones de estimulantes: variaciones regionales

Las principales drogas estimulantes ilícitas disponibles en Europa son la cocaína, la anfetamina, la metanfetamina y el MDMA. Se estima que el valor minorista del mercado de estimulantes en la Unión Europea oscila entre 6.300 y 10.200 millones de euros. Existen marcadas diferencias regionales en cuanto a qué estimulante se incauta con mayor frecuencia (Figura 1.5), influidas por la ubicación de los puertos de entrada y las rutas de tráfico, los principales centros de producción y los grandes mercados de consumo. La cocaína es el estimulante incautado con mayor frecuencia en muchos países occidentales y meridionales, reflejando estrechamente dónde entra la droga en Europa. Las incautaciones de anfetaminas predominan en el norte y el centro de Europa, siendo la metanfetamina el estimulante incautado con mayor frecuencia en la República Checa, Letonia, Lituania y Eslovaquia. El MDMA es la droga estimulante incautada con mayor frecuencia en Croacia, Rumanía y Turquía.

| Cocaína: aumentos recientes en los indicadores de mercado

En Europa, la cocaína está disponible en dos formas: la más común es la cocaína en polvo (la forma de sal) y la menos común es el crack (base libre), una forma fumable de la droga. La cocaína se produce a partir de las hojas del arbusto de coca. La droga se produce principalmente en Bolivia, Colombia y Perú. La cocaína se transporta a Europa por diversos medios, incluidos vuelos de pasajeros, carga aérea, servicios postales, aeronaves privadas, yates y contenedores marítimos. Se estima que el mercado minorista de cocaína en la Unión Europea vale un mínimo de 5.700 millones de euros.

En total, en 2015 se notificaron alrededor de 87.000 incautaciones de cocaína en la Unión Europea. En conjunto, Bélgica, España, Francia, Italia y Portugal representan el 78 % de las 69,4 toneladas estimadas incautadas (Figura 1.6). La situación se ha mantenido relativamente estable desde 2007, aunque tanto el número de incautaciones como la cantidad incautada aumentaron entre 2014 y 2015 (véase la Figura 1.6). Si bien España (22 toneladas) sigue siendo el país que más cocaína incauta, Bélgica (17 toneladas) y Francia (11 toneladas) incautaron cantidades muy grandes en 2015, y Bélgica, Alemania y Portugal notificaron aumentos notables en las cantidades incautadas en comparación con el

año anterior. En general, las tendencias indexadas sugieren un pequeño aumento de la pureza de la cocaína en 2015.

Número de incautaciones de cocaína y cantidad incautada: tendencias y 2015 o año más reciente

Número de incautaciones de cocaína (miles)

Cantidad de cocaína incautada (toneladas)

NB: Número de incautaciones (miles) para los 10 países con valores más altos.

En Europa se incautaron otros productos de coca en 2015, incluidos 76 kilogramos de hojas de coca y 377 kilogramos de pasta de coca. Las incautaciones de pasta de coca sugieren la existencia de laboratorios ilícitos que producen clorhidrato de cocaína en Europa. Se trata de un nuevo desarrollo, ya que, hasta la fecha, la mayoría de los laboratorios de cocaína encontrados en Europa han sido «instalaciones de extracción secundaria», donde la cocaína se recupera de materiales en los que había sido incorporada (como vinos, ropa, plásticos).

Precusores químicos: nuevas alternativas disponibles para las anfetaminas

Los precursores de drogas son sustancias químicas esenciales necesarias para fabricar drogas ilícitas. Como muchas de ellas tienen usos legítimos, la normativa de la UE programa ciertas sustancias químicas, y su comercio se monitorea y controla. La disponibilidad de precursores tiene un gran impacto en el mercado y en los métodos de producción utilizados en los laboratorios ilícitos. En 2015, los productores continuaron eludiendo los mecanismos de control introduciendo sustancias no programadas para producir precursores de drogas cerca de los lugares de producción. Esta práctica, sin embargo, aumenta el riesgo de detección, ya que un mayor procesamiento requiere más sustancias químicas y genera más residuos.

Los datos sobre incautaciones y envíos detenidos de precursores de drogas confirman el uso de sustancias tanto programadas como no programadas en la producción de drogas ilícitas en la Unión Europea, en parti-

cular para anfetaminas y MDMA (Tabla 1.2). El precursor de la anfetamina BMK (bencil metil cetona) se incautó en grandes cantidades en 2015, con las autoridades polacas incautando 7.000 kilogramos en un solo envío vinculado a la producción en los Países Bajos.

El control del precursor BMK APAAN (alfa-

Resumen de las incautaciones y envíos detenidos de precursores utilizados para determinadas drogas sintéticas producidas en la Unión Europea, 2015

MDMA o sustancias relacionadas PMK (litros) Safrol (litros) Piperonal (kg) Derivados glicídicos de PMK (kg) Anfetamina y metanfetamina APAAN (kg) BMK (litros) PAA, ácido fenilacético (kg) Efedrina a granel (kg) Pseudoefedrina a granel (kg) APAA (kg) Derivados glicídicos de BMK (kg)

El control del fenilacetoacetnitrilo a finales de 2013 parece haber tenido efecto, con incautaciones que descendieron de 48 000 kilogramos en 2013 a 780 kilogramos en 2015. No obstante, esta medida de control parece haber propiciado algunos desarrollos innovadores, con sustancias químicas alternativas como la APAA (alfa-fenilacetoacetamida) y derivados glicídicos del BMK notificados por primera vez en 2015.

Las incautaciones de preprecursores de MDMA no fiscalizados se mantuvieron estables en torno a los 5 500 kilogramos. Sin embargo, mientras que las incautaciones de safrol fueron insignificantes, las de PMK se reanudaron, con los Países Bajos notificando 622 kilogramos en 2015 frente a cero en 2014.

Anfetamina y metanfetamina: producción nacional

La anfetamina y la metanfetamina son drogas estimulantes sintéticas, a menudo agrupadas bajo el término paraguas «anfetaminas», y por ello pueden resultar difíciles de diferenciar en algunos conjuntos de datos. A lo largo de la última década, las incautaciones indican que la disponibilidad de metanfetamina ha aumentado, pero sigue siendo muy inferior a la de anfetamina.

Ambas drogas se producen en Europa para el mercado europeo. Hay indicios de que la producción de anfetamina tiene lugar principalmente en Bélgica, los Países Bajos y Polonia, y en menor medida en los Estados bálticos, Alemania y Hungría. También hay indicios de que la etapa final de la producción, la conversión del aceite base de anfetamina en sulfato de anfetamina, se lleva a cabo en Europa.

Parte de la anfetamina también se fabrica para la exportación, principalmente a Oriente Medio, el Lejano Oriente y Oceanía.

Las incautaciones de comprimidos de anfetamina con el logotipo «Captagon» también han aumentado recientemente, especialmente en Turquía, donde se incautaron más de 15 millones de comprimidos en 2015.

La República Checa, y más recientemente las zonas fronterizas de los países vecinos, ha sido durante mucho tiempo la fuente de gran parte de la metanfetamina de Europa. La droga también se produce en Bulgaria, Lituania y los Países Bajos.

Anfetamina Número de incautaciones

Cantidades incautadas

Capítulo 1 | El suministro de drogas y el mercado

En la República Checa, la metanfetamina se produce principalmente a partir de los precursores efedrina y pseudoefedrina, que se extraen de medicamentos introducidos de contrabando principalmente desde Polonia. La droga también puede producirse utilizando BMK. En 2015, de los 291 laboratorios ilegales de metanfetamina notificados en la Unión Europea, 263 se encontraban en la República Checa. La producción en ese país ha pasado de operaciones a pequeña escala, en las que los consumidores fabricaban cantidades para uso personal o para el suministro local, a una situación dominada por la producción a mayor escala, por parte de grupos de delincuencia organizada, que producen la droga tanto para el consumo en países europeos como para la exportación.

Metanfetamina Número de incautaciones

Cantidades incautadas

toneladas (UE + 2)

toneladas (UE)

Precio (EUR/g) — Pureza (%) Precio (EUR/g) Pureza (%)

NB: 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.

Los países cubiertos varían según el indicador. Las tendencias indexadas no están disponibles para la metanfetamina.

Informe Europeo sobre Drogas 2017: Tendencias y novedades

Número de incautaciones de anfetamina y cantidad incautada: tendencias y 2015 o año más reciente

Número de incautaciones Número de incautaciones de anfetamina (miles)

Sin datos

UE UE, Turquía y Noruega

Toneladas

NB: Número de incautaciones (miles) para los 10 países con valores más altos.

Cantidad de anfetamina incautada (toneladas)

Turquía Noruega Reino Unido Suecia Polonia Alemania Otros países

Número de incautaciones de metanfetamina y cantidad incautada: tendencias y 2015 o año más reciente

Número de incautaciones Número de incautaciones de metanfetamina (miles)

Sin datos

UE UE, Turquía y Noruega

NB: Número de incautaciones (miles) para los 10 países con valores más altos.

Cantidad de metanfetamina incautada (toneladas)

Turquía Noruega España Lituania Alemania Francia República Checa
Otros países

En 2015, los Estados miembros de la UE notificaron 34 000 incautaciones de anfetamina, por un total de 4,7 toneladas. En general, la cantidad de anfetamina incautada en la Unión Europea ha aumentado, fluctuando entre 4 y 6 toneladas durante el período de 2002 a 2015 (Figura 1.7). Las incautaciones de metanfetamina son muy inferiores, con 7 700 incautaciones notificadas en la Unión Europea en 2015, por un total de 0,5 toneladas, correspondiendo a la República Checa la mayor cantidad incautada (Figura 1.8). En 2015, también se incautaron grandes cantidades de anfetaminas en Turquía (3,8 toneladas de anfetamina y 0,3 toneladas de metanfetamina) y Noruega (0,1 toneladas de metanfetamina). El número de incautaciones y la cantidad de metanfetamina incautada muestran una tendencia al alza desde 2002.

Por lo general, la pureza media notificada es mayor para las muestras de metanfetamina que para las de anfetamina.

Las tendencias indexadas sugieren que la pureza de la anfetamina ha aumentado en los últimos años.

| MDMA: disponibilidad de productos de alta potencia

La MDMA (3,4-metilendioximetanfetamina) es una droga sintética químicamente relacionada con las anfetaminas, pero con efectos diferentes. La MDMA se consume en forma de comprimidos (a menudo llamados éxtasis), y también están disponibles formas en polvo y cristalinas de la droga. Constantemente se introducen en el mercado nuevos diseños de comprimidos de MDMA, en diversos colores, formas y logotipos de marca. Tras un período de baja disponibilidad vinculado a la falta de precursores químicos necesarios para su fabricación, el mercado de la MDMA ha experimentado un resurgimiento en los últimos años. Se estima que el mercado minorista de MDMA

Número de incautaciones

Cantidades incautadas

millones de comprimidos = millones de comprimidos

incautados (UE) incautados (UE + 2)

185 kg incautados (UE) 12 kg incautados (UE + 2)

Precio (EUR/comprimido)

Precio y pureza

Capítulo 1 | El suministro de drogas y el mercado

tiene un valor de unos 0,7 mil millones de euros. El contenido medio de MDMA en los comprimidos ha aumentado en los últimos años, y las altas cantidades de MDMA en algunos lotes se han relacionado con daños y muertes.

La producción de MDMA en Europa parece concentrarse en Bélgica y los Países Bajos, con 4 laboratorios de MDMA desmantelados en la Unión Europea en 2015 (3 en los Países Bajos, 1 en Bélgica). La MDMA producida en Europa también se exporta a otras partes del mundo.

Evaluar las tendencias recientes en las incautaciones de MDMA resulta difícil debido a la ausencia de datos de algunos países que probablemente contribuirían de manera importante a este total. Para 2015, no se dispone de datos de los Países Bajos, que notificó incautaciones de MDMA de 2,4 millones de comprimidos en 2012, y las cifras de incautaciones no están disponibles para Polonia y Finlandia. Sin estas importantes contribuciones, la cantidad de MDMA incautada en la Unión Europea en 2015 se estima en 4 millones de comprimidos y 0,2 toneladas de MDMA en polvo.

El contenido medio de MDMA en los comprimidos ha aumentado en los últimos años

Pureza (MDMA mg/comprimido) Tendencias indexadas: 128

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

Los países cubiertos varían según el indicador.

Informe Europeo sobre Drogas 2017: Tendencias y novedades

Número de incautaciones de MDMA y cantidad incautada: tendencias y 2015 o año más reciente

Número de incautaciones

: UE, Turquía y Noruega

Turquía España Otros países Alemania Francia

Reino Unido

El número total de incautaciones de MDMA notificadas ha seguido aumentando desde 2010, mientras que la cantidad incautada se ha mantenido relativamente estable en el mismo período. También se incautaron grandes cantidades de MDMA en Turquía en 2015, por un total de 5,7 millones de comprimidos, más que la cantidad notificada por todos los demás países juntos (Figura 1.9).

| Incautaciones de LSD, GHB y ketamina

En la Unión Europea se notifican incautaciones de otras drogas ilícitas, incluidas alrededor de 1 400 incautaciones de LSD (dietilamida del ácido lisérgico) en 2015, por un total de 100 000 unidades. Además, Bélgica incautó 1 kilogramo de la droga. El número total de incautaciones de LSD se ha duplicado desde 2010, aunque la cantidad incautada ha ido fluctuando. En 2015, 14 países notificaron incautaciones de GHB (gamma-hidroxibutirato) o GBL (gammabutirolactona). Las aproximadamente 1 300 incautaciones estimadas ascendieron a 320 kilogramos y más de 1500 litros de la droga, correspondiendo a Bélgica (83 %) y Noruega (35 %) juntas dos tercios de estas incautaciones. Doce países notificaron alrededor de 1 200 incautaciones de ketamina, por un total estimado de 130 kilogramos de la droga, de los cuales la mayor parte correspondió a Dinamarca, Italia y el Reino Unido.

Número de incautaciones de MDMA (miles)

>0,9 0,1-0,9 <0,1 Sin datos

NB: Número de incautaciones (miles) para los 10 países con valores más altos.

Comprimidos de MDMA incautados (millones)

Turquía Otros países

| Nuevas sustancias psicoactivas: muchas y diversas

A finales de 2016, el OEDT vigilaba más de 620 nuevas sustancias psicoactivas que han aparecido en el mercado de drogas europeo. Estas sustancias no están cubiertas por los controles internacionales de drogas y comprenden una amplia gama de drogas como cannabinoides sintéticos, estimulantes, opioides y benzodiazepinas (Figura 1.10). En la mayoría de los casos se comercializan como sustitutos «legales» de drogas ilícitas, mientras que otras están dirigidas a pequeños grupos que desean explorarlas en busca de posibles efectos novedosos.

En muchos casos, las nuevas sustancias son producidas en grandes cantidades por empresas químicas y farmacéuticas en China. Desde allí se envían a Europa, donde se procesan en productos, se envasan y se venden. Además, algunas nuevas sustancias pueden obtenerse como medicamentos, que se desvían de la cadena de suministro legítima o se obtienen ilegalmente. Las sustancias también pueden producirse en laboratorios clandestinos, ya sea en Europa o en otros lugares. Diversos indicadores, incluidas las detecciones de laboratorios ilícitos, el análisis de residuos de drogas sintéticas vertidos y las incautaciones de precursores, sugieren un aumento de esta forma de producción en los últimos años en Europa.

Capítulo 1 | Suministro de drogas y el mercado

Número y categorías de nuevas sustancias psicoactivas notificadas por primera vez al Sistema de Alerta Temprana de la UE, 2005-16 El número de nuevas sustancias detectadas cada año es solo

101 una de una serie de métricas que el OEDT utiliza para comprender el mercado en su conjunto. Por ejemplo, de las 620 nuevas sustancias que se vigilan actualmente, 423 (casi el 70 %) fueron detectadas en el mercado de drogas durante 2015; esto se compara con 365 en 2014 y 299 en 2013 — lo que ilustra lo complejo que se ha vuelto este mercado.

Otras sustancias Cannabinoides sintéticos Opioides Catinonas Benzo-diazepinas Fenetilaminas

Arilciclohexilaminas

Algunas nuevas sustancias se venden abiertamente en la web superficial y en tiendas físicas especializadas — a menudo como productos de marca «legal high». Además, se venden en mercados de la darknet y en el mercado ilícito, a veces con su propio nombre y a veces falsamente como drogas ilícitas como heroína, cocaína, éxtasis y benzodiazepinas.

Más del 70 % de las nuevas sustancias que se detectaron a través del Sistema de Alerta Temprana de la Unión Europea se han fabricado en los últimos 5 años. Durante 2016, se detectaron por primera vez en Europa 66 nuevas sustancias. Esto es menos que en cualquiera de los dos años anteriores, pero es similar a las cifras detectadas en 2012 y 2013. Las causas de esta disminución no están claras, pero en parte pueden deberse a las medidas adoptadas por los gobiernos nacionales en Europa para prohibir las nuevas sustancias, en particular su venta abierta como «legal highs». Además, las medidas de control y las operaciones de aplicación de la ley en China dirigidas a los laboratorios que producen nuevas sustancias pueden ser otro factor. Los vínculos crecientes con el mercado más amplio de drogas ilícitas también pueden ser importantes.

A finales de 2016, el OEDT

vigilaba más de

620 nuevas sustancias psicoactivas

Informe Europeo sobre Drogas 2017: Tendencias y novedades

Número de incautaciones de nuevas sustancias psicoactivas notificadas al Sistema de Alerta Temprana de la UE: tendencias y distribución por

categoría en 2015

Número de casos de incautación

NB: Datos para los Estados miembros de la UE, Turquía y Noruega.

Aumento de las incautaciones de nuevas sustancias psicoactivas

En 2015, se notificaron casi 80 000 incautaciones de nuevas sustancias psicoactivas a través del Sistema de Alerta Temprana de la UE. En conjunto, las catinonas sintéticas y los cannabinoides sintéticos representaron más del 60 % de todas las incautaciones de nuevas sustancias en 2015 (más de 47 000). También se observaron aumentos en las cantidades incautadas en 2015, en comparación con el año anterior, de catinonas sintéticas, cannabinoides sintéticos y nuevos opioides.

Los totales europeos de incautaciones de nuevas sustancias deben entenderse como valores mínimos, ya que los datos proceden de informes de casos y no de sistemas de vigilancia. Las incautaciones notificadas se ven influidas por una serie de factores, como la creciente concienciación sobre las nuevas sustancias, su cambiante estatus legal, las capacidades y prioridades de aplicación de la ley, y las prácticas de notificación de los organismos encargados de hacer cumplir la ley.

Cannabinoides

Catinonas

Fenetilaminas

Piperazinas

| Nuevos opioides sintéticos

En total, se han detectado 25 nuevos opioides en el mercado de drogas europeo desde 2009 — incluidos 9 notificados por primera vez en 2016. Esto incluye 18 fentanilos, 8 de los cuales se notificaron por primera vez en 2016. Aunque actualmente desempeñan un papel pequeño en el mercado de drogas europeo, los nuevos fentanilos son sustancias muy potentes que representan una grave amenaza para la salud individual y pública.

Se han incautado nuevos opioides en diversas formas: principalmente polvos, comprimidos, cápsulas y, desde 2014, también como líquidos.

Más del 60 % de las 600 incautaciones de nuevos opioides sintéticos notificadas en 2015 fueron fentanilos. En 2015 se incautaron casi 2 litros de opioides sintéticos, un aumento respecto a los 240 ml notificados el año anterior. Se encontraron fentanilos en el 85 % de los líquidos incautados. Una preocupación a este respecto es la aparición en el mercado de aerosoles nasales que contienen fentanilos como el acríloilfentanilo y el furanilfentanilo.

Reflejando su baja cuota de mercado así como su alta potencia, estos opioides representan el 0,75 % del número total de incautaciones de nuevas sustancias pero solo el 0,04 % de la cantidad total incautada.

Capítulo 1 | Suministro de drogas y el mercado

Incautaciones de cannabinoides sintéticos y catinonas notificadas al Sistema de Alerta Temprana de la UE: tendencias en el número de incautaciones y cantidad incautada

Número de casos de incautación

Cannabinoides

Cannabinoides (toneladas)

Material vegetal Polvo Todas las demás formas

NB: Datos para la UE, Turquía y Noruega.

| Cannabinoides sintéticos

Los cannabinoides sintéticos son sustancias que imitan los efectos del delta-9-tetrahidrocannabinol (THC), que es en gran medida responsable de los principales efectos psicoactivos del cannabis. Al menos desde 2008, los productores en Europa han explotado este efecto importando polvos a granel de los cannabinoides y mezclándolos con material vegetal seco para crear cientos de productos «legal high» diferentes.

Estos se comercializaban entonces como sustitutos legales del cannabis y se vendían como «mezclas herbales³⁹ para fumar» listas para usar. Los

cannabinoides sintéticos siguen siendo el mayor grupo de nuevas sustancias vigiladas por el OEDT y son cada vez más diversos químicamente, con 169 detectados desde 2008 — incluidos 11

notificados en 2016, una disminución respecto a los 24 notificados en 2015.

En 2015, se notificaron algo más de 22 000 incautaciones de cannabinoides sintéticos (Figura 1.12). Los cinco cannabinoides sintéticos incautados con más frecuencia en 2015 fueron ADB-FUBINACA, AB-CHMINACA, UR-144, 5F-AKB48 y

Estas incautaciones ascendieron a más de 2,5 toneladas de las sustancias. Casi dos tercios (64 %) de las incautaciones de cannabinoides

Número de casos de incautación

Catinonas

Catinonas (toneladas)

Polvo Todas las demás formas

sintéticos fueron en forma de mezclas herbales, correspondiendo a los polvos el 13 %.

La detección de cannabinoides sintéticos en forma de polvo y de instalaciones de procesamiento en Europa indica que los productos se envasan en Europa. Estos polvos, cuando se procesan en «mezclas herbales para fumar», podrían haber sido capaces de producir muchos millones de dosis. Los cannabinoides incautados con más frecuencia en forma de polvo en 2015 fueron 5F-AMB (61 kg), 5F-AKB48 (61 kg) y ADB-FUBINACA (57 kg).

| Catinonas sintéticas

Las catinonas sintéticas están químicamente relacionadas con la catinona, que es un estimulante natural que se encuentra en la planta de khat (*Catha edulis*). Estas sustancias tienen efectos similares a las drogas estimulantes ilícitas comunes como la anfetamina, la cocaína y el MDMA. Las catinonas sintéticas son el segundo mayor grupo de nuevas drogas

vigiladas por el OEDT, con 118 detectadas en total — incluidas 14 detectadas por primera vez en 2016, una disminución respecto a las 26 notificadas en

Informe Europeo sobre Drogas 2017: Tendencias y novedades

Las catinonas sintéticas fueron las nuevas sustancias psicoactivas incautadas con más frecuencia en 2015, con más de 25 000 incautaciones, lo que representa un tercio del número total de incautaciones. Esto representa un aumento de más de 17 000 incautaciones respecto al año anterior. Estas incautaciones ascendieron a algo más de 1,8 toneladas, un aumento de aproximadamente

0,75 toneladas en comparación con 2014 (Figura 1.12). Las catinonas sintéticas se encuentran generalmente en forma de polvo. Las cinco catinonas incautadas con más frecuencia en 2015 fueron alfa-PVP, 3-MMC, etilona, 4-CMC y pentedrona. Cuando se notificó, más del 60 % (1,2 toneladas) de las catinonas sintéticas incautadas en 2015 se enviaron desde China. Una gran parte (42 %) de las catinonas sintéticas incautadas fueron 2-MMC (156 kg) y 3-MMC (616 kg), que están químicamente relacionadas con la mefedrona (4-MMC), pero no están bajo control internacional de drogas. La mefedrona se ha establecido en el mercado de drogas ilícitas en algunos países, y es probable que parte de la 2-MMC y 3-MMC se venda como mefedrona (véase la Figura 1.13).

| Nuevas benzodiazepinas

También preocupa el reciente crecimiento del mercado de nuevas benzodiazepinas. El OEDT vigila unas 20 de estas sustancias, 6 de las cuales se detectaron por primera vez en Europa en 2016. Durante 2015 se incautaron más de 300 000 comprimidos que contenían nuevas benzodiazepinas como clonazolam, diclazepam, etizolam y flubromazolam, casi el doble de la cifra notificada en 2014.

Algunas nuevas benzodiazepinas se vendían en forma de comprimidos, cápsulas o polvos con sus propios nombres. En otros casos, los falsificadores utilizaban estas sustancias para producir versiones falsas de medicamentos ansiolíticos de prescripción común, como el diazepam y el alprazolam, que se vendían directamente en el mercado ilícito de drogas.

Fórmulas químicas de 2-MMC, 3-MMC y mefedrona (4-MMC)

Mefedrona O H (4-MMC) |

Leyes dirigidas a la oferta de nuevas sustancias psicoactivas

Los países europeos adoptan medidas para prevenir la oferta de drogas en virtud de tres convenciones de las Naciones Unidas, que proporcionan un marco para el control de la producción, el comercio y la posesión de más de 240 sustancias psicoactivas. La rápida aparición de nuevas sustancias psicoactivas y la diversidad de productos disponibles han supuesto un desafío para las convenciones y para los responsables políticos y legisladores europeos.

A escala nacional se han utilizado diversas medidas para controlar las nuevas sustancias, y pueden identificarse tres grandes tipos de respuesta jurídica. Muchos países de Europa respondieron primero recurriendo a la legislación de seguridad de los consumidores y posteriormente ampliaron o adaptaron las leyes existentes sobre drogas para incorporar las nuevas sustancias psicoactivas. Cada vez más, los países han diseñado legislaciones nuevas y específicas para abordar este fenómeno. Existe una amplia variación en las definiciones de los delitos y en las penas, como ocurre con las leyes sobre drogas en toda Europa. La tendencia general en las leyes nacionales de control de drogas, esto es, reducir las penas por posesión personal, también se manifiesta en las leyes recientes sobre nuevas drogas. La mayoría de las nuevas leyes específicas sobre nuevas sustancias psicoactivas solo penalizan la oferta ilegal y no prevén pena alguna por posesión personal.

Capítulo 1 | Oferta de drogas y mercado

Pena de prisión prevista por la oferta de 1 kilogramo de heroína o cannabis en los Estados miembros de la UE

MMM Heroína |) Cannabis

Nota: penas medianas previstas basadas en las opiniones de muestras de profesionales del Derecho de cada país; para casos de primeros in-

factores, sin participación del crimen organizado.

Cuando se consideró posible la suspensión de la pena, no se presenta la pena mediana.

A escala de la UE, el marco jurídico actual para el control de las nuevas sustancias psicoactivas, que data de 2005, está en revisión, con el objetivo de establecer un sistema más rápido y eficaz para someter a medidas de Derecho penal las conductas relacionadas con nuevas sustancias psicoactivas nocivas.

| Penas por oferta de drogas: varían según la droga y el país

La oferta no autorizada de drogas es un delito en todos los países europeos, pero las penas escritas en la ley varían ampliamente. Una encuesta reciente del OEDT sobre las opiniones de profesionales del Derecho en los Estados miembros de la UE halló que las penas previstas por estos expertos para delitos de tráfico de drogas similares variaban considerablemente entre países (véase la figura 1.14). Estas variaciones pueden ser resultado de factores históricos y culturales nacionales que influyen en los sistemas de Derecho penal de un país, así como de las distintas opiniones nacionales sobre la eficacia de las penas como elemento disuasorio. El estudio también reveló que, aunque la legislación pueda contener penas similares para distintas sustancias, en la mayoría de los países los profesionales pronosticaron que las penas variarían según la sustancia. Esto implicaría que los jueces tienen en cuenta aspectos como el daño percibido a la sociedad causado por las distintas drogas.

Informe Europeo sobre Drogas 2017: Tendencias y novedades

Delitos relacionados con la legislación sobre drogas en Europa por consumo o posesión para consumo u oferta de drogas: tendencias indexadas y delitos notificados en 2015

Delitos de posesión/consumo Número de

Tendencias indexadas

200 + Ls 0.4

wt Heroína 7S. Cocaína JS MDMA ⁴³

Nota: datos de delitos para los que se ha notificado la droga implicada.

| Delitos relacionados con la legislación sobre drogas: la mayoría relacionados con el cannabis

La aplicación de las leyes se supervisa mediante datos sobre los delitos notificados relacionados con la legislación sobre drogas. En la Unión Europea se notificaron en 2015 unos 1,5 millones de delitos relacionados con la legislación sobre drogas, la mayoría (57 %) relacionados con el consumo o la posesión de cannabis, con alrededor de 1 millón de infractores. Los delitos notificados aumentaron casi un tercio (31 %) entre 2006 y 2015.

En conjunto, las notificaciones de delitos de oferta de drogas aumentaron un 18 % desde 2006, con una estimación de más de 214 000 casos en 2015. El cannabis representó la mayoría de los delitos de oferta (57 %). Se ha producido un fuerte aumento de las notificaciones de delitos de oferta de MDMA desde 2013

(figura 1.15).

delitos (millones)

Posesión/ Oferta consumo

WA Cannabis Z, Anfetaminas

Delitos de oferta Tendencias indexadas

AS{0}5|

— SS SS

Otras sustancias

En Europa, en conjunto, se estima que en 2015 se notificaron más de 1 millón de delitos relacionados con el consumo o la posesión para consumo personal, un 27 % más que en 2006. De los delitos notificados relacionados con la posesión, alrededor de tres cuartas partes implican cannabis (74 %). Las tendencias al alza de los delitos de posesión de anfetaminas y MDMA han continuado en 2015 (figura 1.15).

1,5 millones de delitos relacionados con la legislación sobre drogas

Publicaciones del OEDT

Legislación sobre el cannabis en Europa: una visión general.

Informes nacionales sobre drogas 2017.

Penas por tráfico de drogas en la Unión Europea: una encuesta de opinión de expertos, Informes técnicos.

Tráfico de cocaína hacia Europa, Perspectivas sobre drogas.

Cambios en el mercado europeo de resina de cannabis, Perspectivas sobre drogas.

Internet y mercados de drogas, Insights.

Rutas del tráfico de opioides de Asia a Europa, Perspectivas sobre drogas.

Nuevas sustancias psicoactivas en Europa. Una actualización del Sistema de Alerta Temprana de la UE, Informes técnicos.

Internet y mercados de drogas, Informes técnicos.

Nuevos desarrollos en los mercados europeos de cannabis, Perspectivas sobre drogas.

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

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

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

Cannabinoides sintéticos en Europa, Perspectivas sobre drogas.

Producción de drogas sintéticas en Europa, Perspectivas sobre drogas.

Producción y mercados de cannabis en Europa, Insights.

Publicaciones conjuntas del OEDT y Europol

Informe conjunto OEDT-Europol sobre una nueva sustancia psicoactiva: acrililfentanilo, Informes conjuntos.

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

Informe sobre los mercados de drogas en la UE: visión estratégica.

Informe anual 2015 del OEDT y Europol sobre la aplicación de la Decisión 2005/387/JAI del Consejo.

Informe conjunto OEDT-Europol sobre MDMB-CHMICA, Informes conjuntos.

Informe conjunto OEDT-Europol sobre acetilfentanilo, Informes conjuntos.

Informe conjunto OEDT-Europol sobre una nueva sustancia psicoactiva: a-PVP, Informes conjuntos.

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

Publicaciones conjuntas del OEDT y Eurojust

Nuevas sustancias psicoactivas en Europa: legislación y enjuiciamiento — retos y soluciones actuales.

Todas las publicaciones están disponibles en

www.emcdda.europa.eu/publications

Entre los consumidores de drogas, foley \iobght-Moreyek-jetenyoyaleyl

Cierers

Prevalencia y tendencias del consumo de drogas

El consumo de drogas en Europa abarca ahora una gama más amplia de sustancias que en el pasado. Entre los consumidores de drogas es común el consumo de múltiples drogas, y las pautas individuales de consumo van desde el experimental ⁴⁶ hasta el habitual y el dependiente. El

consumo de todas las drogas es generalmente mayor entre los hombres, y esta diferencia suele acentuarse en las pautas de consumo más intensivas o regulares. La prevalencia del consumo de cannabis es aproximadamente cinco veces la de otras sustancias. Aunque el consumo de heroína y otros opioides sigue siendo relativamente raro, estas siguen siendo las drogas más comúnmente asociadas a las formas de consumo más nocivas, incluido el consumo de drogas por vía inyectada.

Seguimiento del consumo de drogas

El OEDT recopila y mantiene conjuntos de datos que abarcan el consumo de drogas y las pautas de consumo en Europa.

Las encuestas realizadas entre estudiantes escolares y población general pueden ofrecer una visión general de la prevalencia del consumo experimental y recreativo de drogas. Estos resultados de encuestas pueden complementarse con análisis a escala comunitaria de residuos de drogas en aguas residuales municipales, realizados en ciudades de toda Europa.

Los estudios que notifican estimaciones del consumo de drogas de alto riesgo pueden ayudar a identificar la magnitud de los problemas de consumo de drogas más arraigados, mientras que los datos sobre quienes acceden a los sistemas especializados de tratamiento de drogas, considerados junto con otros indicadores, pueden informar la comprensión de la naturaleza y las tendencias del consumo de drogas de alto riesgo.

Los conjuntos de datos completos y las notas metodológicas pueden consultarse en el Boletín Estadístico en línea.

Informe Europeo sobre Drogas 2017: Tendencias y novedades

Diversas tendencias nacionales de consumo de sustancias entre El consumo de drogas ilícitas distintas del cannabis fue mucho estudiantes escolares menor, con una prevalencia global a lo largo de la vida del 5 %. Las drogas ilícitas consumidas con más frecuencia después del cannabis fueron MDMA/

El seguimiento del consumo de sustancias entre estudiantes éxtasis, anfetamina, cocaína, metanfetamina y proporciona una valiosa visión de las conductas de riesgo actuales LSD¹⁷ u otros alucinógenos, cada una no-

tificada por el 2 % de de los jóvenes y de las posibles tendencias futuras. En 2015, el los estudiantes. Además, el 4 % de los estudiantes notificó Proyecto Europeo de Encuestas Escolares sobre Alcohol y Otras haber consumido nuevas sustancias psicoactivas a lo largo de Drogas (ESPAD) realizó la sexta ronda de recogida de datos desde la vida, con las tasas más altas en Estonia y Polonia (10 % en su inicio en 1995. La última encuesta recogió datos comparables cada uno). sobre el consumo de sustancias entre estudiantes de 15 a 16 años de 35 países europeos, incluidos 23 Estados miembros de la UE y Noruega. Entre los estudiantes de estos 24 países, de media, el 18 % declaró haber consumido cannabis al menos una vez (prevalencia a lo largo de la vida), con los niveles más altos notificados por la República Checa (37 %) y Francia (31 %). El consumo de la droga en los últimos 30 días osciló entre el 2 % en Suecia, Finlandia y Noruega y el 17 % en Francia, con una media del 8 % en los 24 países. Las diferencias de género variaron en toda Europa, con una ratio de chicos a chicas entre los consumidores de cannabis a lo largo de la vida que iba desde la paridad en la República Checa y Malta hasta 2,5 chicos por cada chica en Noruega.

Entre los 22 países con datos suficientes para el análisis (21 Estados miembros de la UE y Noruega), las tendencias generales de la prevalencia del consumo de cannabis en el último mes alcanzaron su máximo en 2003 y disminuyeron ligeramente en las encuestas posteriores (figura 2.1). Entre las encuestas más recientes, 2011 y 2015, la prevalencia del consumo de cannabis tanto a lo largo de la vida como en el último mes se mantuvo estable en la mayoría de estos países. Desde 1995, la prevalencia a lo largo de la vida del consumo de drogas ilícitas distintas del cannabis se ha mantenido en gran medida sin cambios, con un ligero descenso entre 2011 y 2015.

El 4 % notificó haber consumido nuevas sustancias psicoactivas a lo largo de la vida

CONSUMO DE SUSTANCIAS ENTRE ESTUDIANTES ESCOLARES EUROPEOS DE 15 A 16 AÑOS

(ESPAD 2015)

Consumo de cannabis en el último mes por sexo Frecuencia de consumo de cannabis en el último mes Consumo de sustancias (porcentajes) 2% e
 © ai ee ~ O veces HM 1-2 veces HM 3-9 veces HI >9 veces 92% 6% 9%
 Consumo de Consumo de Consumo de Consumo de Consumo de tabaco
 cannabis en el cannabis a lo nuevas sustancias alcohol intensivo en el
 último mes largo de la vida psicoactivas último mes

MME Hombres | Mujeres

Nota: basado en datos de los 23 Estados miembros de la UE y Noruega que participaron en la ronda de ESPAD de 2015.

FIGURA Za

Tendencias en la prevalencia en el último mes del consumo intensivo de alcohol, el consumo de cigarrillos y el consumo de cannabis entre estudiantes escolares europeos de 15 a 16 años

Porcentaje

QO isisdiseosnceus: Aesctesieutecsinstivsariceeng ty
 auseatisasuntsanstsasstascgaseananrandinsserssnsbissil

we Consumo de cannabis

Ff Consumo intensivo de alcohol / Consumo de cigarrillos

Nota: basado en los 21 Estados miembros de la UE y Noruega que han participado en al menos cuatro rondas de ESPAD.

Descensos recientes del consumo de tabaco y del consumo intensivo de alcohol entre estudiantes escolares

ESPAD también informa sobre el consumo de alcohol y tabaco.

Más de cuatro quintas partes (83 %) de los estudiantes habían consumido alcohol al menos una vez en su vida. La mitad de los estudiantes declaró haber bebido alcohol al menos una vez en el último mes, y el 39 % de los chicos y el 36 % de las chicas habían tomado cinco o más bebidas en una sola ocasión durante el último mes (consumo intensivo de alcohol).

Justo por debajo de la mitad (47 %) de los estudiantes había fumado cigarrillos.

En el mes anterior a la encuesta, el 23 % de los estudiantes declaró fumar uno o más cigarrillos al día, y el 3 % fumaba más de 10 al día.

Entre los 22 países del OEDT con datos suficientes para el análisis de tendencias, puede observarse un descenso general en el consumo de alcohol y cigarrillos tanto a lo largo de la vida como en el último mes entre 1995 y 2015. Los cambios en el consumo intensivo de alcohol fueron menos pronunciados, aunque se observó un aumento entre las chicas durante el periodo. Entre las encuestas de 2011 y 2015 se produjo un descenso tanto del consumo intensivo de alcohol como del consumo de cigarrillos en el último mes.

| Más de 93 millones de adultos han consumido drogas ilícitas alguna vez

Se estima que más de 93 millones de personas, o algo más de una cuarta parte de la población de entre 15 y 64 años de la Unión Europea, han consumido drogas ilícitas a lo largo de su vida. El consumo de drogas se declara con mayor frecuencia entre los hombres (56,8 millones) que entre las mujeres (36,8 millones). La droga más consumida es el cannabis (53,8 millones de hombres y 34,1 millones de mujeres), con estimaciones mucho menores para el consumo a lo largo de la vida de cocaína (12,2 millones de hombres y 5,3 millones de mujeres), MDMA (9,3 millones de hombres y 4,7 millones de mujeres) y anfetaminas (8,4 millones de hombres y 4,2 millones de mujeres).

Los niveles de consumo de cannabis a lo largo de la vida difieren considerablemente entre países, y oscilan entre aproximadamente 8 de cada 20 adultos en Francia y menos de 1 de cada 20 en Malta y Rumanía.

El consumo de drogas en el último año constituye una medida del consumo reciente y se concentra en gran medida entre los adultos jóvenes. Se estima que 18,7 millones de adultos jóvenes (de 15 a 34 años) consumieron drogas en el último año, con el doble de hombres que de mujeres.

En todos los grupos de edad, el cannabis es la droga ilícita con mayor probabilidad de consumo. La droga se fuma generalmente y, en Europa, se mezcla habitualmente con tabaco. Las pautas de consumo de cannabis pueden ir desde el consumo ocasional hasta el regular y dependiente.

Se estima que 87,7 millones de adultos europeos (de 15 a 64 años), o el 26,3 % de este grupo de edad, han experimentado con cannabis en algún momento de su vida. De ellos, se estima que 17,1 millones de jóvenes europeos (de 15 a 34 años), o el 13,9 % de este grupo de edad, consumieron cannabis en el último año, de los cuales 10 millones tenían entre 15 y 24 años (17,7 % de este grupo de edad). Las tasas de prevalencia del último año entre los jóvenes de 15 a 34 años oscilan entre el 3,3 % en Rumanía y el 22 % en Francia.

Entre los jóvenes que consumieron cannabis en el último año, la proporción de hombres respecto de mujeres es de dos a uno.

la droga es el cannabis

La más consumida

Informe Europeo sobre Drogas 2017: Tendencias y novedades

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

Porcentaje 8) <5,1 MMM 5,1-10,0 HM 10,1-15,0 MMM >15,0 BM Sin datos

Porcentaje

15 il}

5 2 0 0

4 España A Reino Unido (Inglaterra y Gales)

Porcentaje

15 AS}

7S Francia 7S Dinamarca 7, Finlandia 7 Irlanda 7, Alemania 7 Suecia

Los resultados de las encuestas más recientes muestran que los países siguen caminos divergentes en el consumo de cannabis en el último año. De los países que han realizado encuestas desde 2014 y han comunicado intervalos de confianza, 7 comunicaron estimaciones más altas, 6 se mantuvieron estables y 2 comunicaron estimaciones más bajas que en la encuesta comparable anterior.

Pocos países disponen de datos de encuesta suficientes para permitir un análisis estadístico de las tendencias del consumo de cannabis en el último año entre adultos jóvenes (15-34). Entre ellos, las tendencias decrecientes a largo plazo, observadas anteriormente durante la última década en España y el Reino Unido, se han estabilizado ahora en los datos más recientes (Figura 2.2).

En la última década, puede observarse una tendencia creciente en Irlanda y Finlandia, y también en Suecia, aunque la prevalencia en ese país se ha mantenido estable desde 2009.

En Alemania, Francia y Dinamarca no se evidencia ninguna tendencia estadística al alza durante este período, aunque las últimas encuestas apuntan a aumentos recientes del consumo de cannabis en el último año entre adultos jóvenes. En 2014, Francia comunicó un nuevo máximo del 22 %, mientras que el 13 % comunicado en Alemania en 2015 es la prevalencia más alta de consumo de cannabis en el último año entre adultos jóvenes registrada en ese país en la última década. Entre los países que carecen de datos suficientes para un análisis estadístico de tendencias, en 2015, la segunda encuesta anual comparable de los Países Bajos confirmó una prevalencia de alrededor del

16 %, mientras que la primera encuesta nacional de Austria desde 2008 comunicó una prevalencia del 14 %.

Consumidores de cannabis de alto riesgo: aumento del número de personas que inician tratamiento

Sobre la base de encuestas a la población general, se estima que alrededor del 1 % de los adultos europeos son consumidores diarios o casi diarios de cannabis, es decir, han consumido la droga en 20 días o más durante el último mes. Alrededor del 30 % de ellos son consumidores de mayor edad, de 35 a 64 años, y más de tres cuartas partes son hombres.

Considerados junto con otros indicadores, los datos sobre quienes inician tratamiento por problemas de cannabis pueden proporcionar información sobre la naturaleza y la escala del consumo de cannabis de alto riesgo en Europa. En conjunto, el número de personas que inician tratamiento por primera vez por problemas de cannabis aumentó de 43 000 en 2006 a 76 000 en 2015. Diversos factores pueden explicar este aumento, entre ellos una mayor prevalencia del consumo de cannabis en la población general, aumentos del número de consumidores intensivos, la disponibilidad de productos de mayor potencia y aumentos en la derivación a tratamiento y en los niveles de prestación.

Características

Frecuencia de consumo en el último mes

| Prevalencia de cocaína: tendencias nacionales estables

La cocaína es la droga estimulante ilícita más consumida en Europa, y su consumo es más prevalente en los países meridionales y occidentales. Entre los consumidores habituales puede establecerse una amplia distinción entre los usuarios más integrados socialmente, que a menudo esnifan cocaína en polvo (clorhidrato de cocaína), y los usuarios marginados, que se inyectan cocaína o fuman crack (cocaína base), a veces junto con el consumo de opioides.

Se estima que 17,5 millones de adultos europeos (de 15 a 64 años), o el 5,2 % de este grupo de edad, han experimentado con cocaína en algún momento de su vida. Entre ellos hay unos 2,3 millones de adultos jóvenes de 15 a 34 años (1,9 % de este grupo de edad) que han consumido la droga en el último año.

Solo Irlanda, España, los Países Bajos y el Reino Unido comunican una prevalencia del consumo de cocaína en el último año entre adultos jóvenes

nes del 2,5 % o más. En toda Europa, las disminuciones del consumo de cocaína comunicadas en años anteriores no se han observado en las encuestas más recientes. De los países que han realizado encuestas desde 2014 y han comunicado intervalos de confianza, 2 comunicaron estimaciones más altas, 11 comunicaron una tendencia estable y 1 comunicó una estimación más baja que en la encuesta comparable anterior.

Tendencias de las personas que inician tratamiento por primera vez

consumo medio 5,4 días por semana ~ 80000 @ e 16 25 - 50000 Edad media en el primer 2 a 6 d k 21% M inicio del tratamiento ee a ae S - 40000 Edad media en el primer consumo - 30000 Una vez por semana o menos Ey 10 % poone

17% 83%

No consumió en los últimos 30 días

Personas que inician tratamiento por primera vez

Personas previamente tratadas

{> Reino Unido MM Alemania MMM España MN Otros países MEM Francia MM Italia HMM Países Bajos

NB: Las características corresponden a todas las personas que inician tratamiento con cannabis como droga principal. Las tendencias de las personas que inician tratamiento por primera vez se basan en 23 países.

Debido a cambios en el flujo de datos a nivel nacional, los datos de Italia desde 2014 no son comparables con los de años anteriores.

Informe Europeo sobre Drogas 2017: Tendencias y novedades

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

Porcentaje

i T 6 6 © 5 4 4 3 3 2 2 1 1 0 0

ZS. Reino Unido (Inglaterra y Gales) Y. España 7S, Francia 7 Alemania

Un análisis estadístico de las tendencias a largo plazo del consumo de cocaína en el último año entre adultos jóvenes solo es posible para un pequeño número de países, y los nuevos datos confirman las tendencias existentes.

España y el Reino Unido comunicaron tendencias de prevalencia creciente hasta 2008, seguidas de estabilidad o descenso (Figura 2.3). Aunque en niveles de prevalencia más bajos, puede observarse una tendencia al alza en Francia, con una prevalencia que por primera vez superó el 2 % en 2014. Estadísticamente, la encuesta de 2015 en Alemania mostró un descenso de la prevalencia de cocaína, que se había mantenido estable entre 2000 y

El análisis de aguas residuales municipales para detectar residuos de cocaína realizado en un estudio de varias ciudades complementa los resultados de las encuestas a la población. El análisis de aguas residuales informa sobre el consumo colectivo de sustancias puras dentro de una comunidad, y los resultados no son directamente comparables con las estimaciones de prevalencia de las encuestas nacionales a la población. Los resultados del análisis de aguas residuales se presentan en cantidades estandarizadas (cargas de masa) de residuo de droga por 1000 habitantes por día.

Un análisis de 2016 encontró las cargas de masa más altas de benzoilecgonina —el principal metabolito de la cocaína— en ciudades de Bélgica, España y el Reino Unido, y niveles muy bajos en la mayoría de las ciudades de Europa oriental (véase la Figura 2.4). De las 33 ciudades que disponen de datos para 2015 y 2016, 22 comunicaron un aumento, 4 un descenso y 7 una situación estable. Se comunican tendencias estables o crecientes a más largo plazo para la mayoría de las 13 ciudades con datos para 2011 y

Porcentaje 9) 0-0,5 Mi 0,6-1,0 MM 11-25 MM >25 MM Sin datos

| Consumo de cocaína de alto riesgo: demanda de tratamiento estable

La prevalencia del consumo de cocaína de alto riesgo en Europa es difícil de medir, ya que solo 4 países disponen de estimaciones recientes y se han utilizado definiciones y metodologías diferentes. En 2015, sobre

la base de preguntas de la escala de gravedad de la dependencia, Alemania estimó el consumo de cocaína de alto riesgo entre la población adulta en el 0,20 %, mientras que España utilizó la frecuencia de consumo para estimar el consumo de cocaína de alto riesgo en el 0,24 %. En 2015, Italia produjo una estimación del 0,65 % para quienes necesitan tratamiento por consumo de cocaína. El consumo de cocaína de alto riesgo en Portugal se estimó en el 0,62 % en 2012, sobre la base del consumo declarado en el último año.

España, Italia y el Reino Unido representan tres cuartas partes (74 %) de todas las entradas a tratamiento notificadas relacionadas con la cocaína en Europa. En conjunto, la cocaína fue citada como droga principal por alrededor de 63 000 clientes que iniciaron tratamiento especializado por drogas en 2015 y por alrededor de 28 000 clientes que lo iniciaban por primera vez. Tras un período de descenso, el número total de personas que inician tratamiento por primera vez por cocaína se ha mantenido relativamente estable desde 2012.

En 2015, 7 400 clientes que iniciaron tratamiento en Europa declararon consumo principal de cocaína crack, correspondiendo al Reino Unido casi dos tercios (4 800). España, Francia y los Países Bajos en conjunto (1 900) representan la mayor parte del resto.

Residuos de cocaína en aguas residuales en ciudades europeas seleccionadas: tendencias y datos más recientes

mg/1000 habitantes/día

700 —

Oe awer Y Vanten AS. Bacsons Y Mian y eae L tase 656

Utrecht

Eindhoven

Amberes

Estocolmo — Helsinki _ Espdo oso @ i

Bruselas

Londres Dortmund Bristol Breeden Me Cracovia Budweis. Cracovia París Múnich. Piastany Innsbruck— Bratislava Burdeos @ ® y agreb @Pore Milán Barcelona @isoon Valencia @ Atenas Nicosia Limasol

mg/1000 habitantes/día

NB: Cantidades diarias medias de benzoilecgonina en miligramos por 1000 habitantes. El muestreo se llevó a cabo en ciudades europeas seleccionadas durante una semana de 2016.

Fuente: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

Además, el Reino Unido (Inglaterra) estimó el consumo de cocaína crack entre la población adulta en el 0,48 % durante 2011/12. La mayoría de estos consumidores de crack también consumían opioides.

Características

Edad media en el primer inicio de tratamiento

consumo medio 3,7 días por semana

Edad media en el primer consumo

Diario

2 a 6 días por semana

Una vez por semana o menos

14% 86%

No consumió en los últimos 30 días Personas que inician tratamiento por primera vez Vía de administración 47% ieee: al Personas previamente tratadas Ged 53% oo 67% 2% =)

Frecuencia de consumo en el último mes

Tendencias de las personas que inician tratamiento por primera vez

21% 36% 22%

21% 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015

Inyectarse Fumar/inhalar Comer/beber Esnifar

NB: Las características corresponden a todas las personas que inician tratamiento con cocaína como droga principal. Las tendencias de las personas que inician tratamiento por primera vez se basan en 23 países.

Debido a cambios en el flujo de datos a nivel nacional, los datos de Italia desde 2014 no son comparables con los de años anteriores.

Informe Europeo sobre Drogas 2017: Tendencias y novedades

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

Porcentaje

15) 5 4 4 3 3 2 2 tl 'il

0 0 2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010
2011 2012 2013 2014 2015

ZS. Reino Unido (Inglaterra y Gales) / Bulgaria 7, Finlandia

7S, Francia SY. España

| MDMA: el consumo sigue aumentando

El MDMA (3,4-metilendioximetanfetamina) se consume en forma de comprimidos (a menudo llamados éxtasis), y también en forma de cristales y polvos; los comprimidos suelen ingerirse, pero los cristales y el polvo se toman por vía oral y también pueden «dabarse» o esnifarse. La mayoría de las encuestas europeas han recogido históricamente datos sobre el consumo de éxtasis más que de MDMA, aunque esto está cambiando ahora.

Se estima que 14 millones de adultos europeos (de 15 a 64 años), o el 4,2 % de este grupo de edad, han experimentado con MDMA/éxtasis en algún momento de su vida. Las cifras de consumo más reciente, entre el grupo de edad en el que el consumo de drogas es más alto, sugieren que

2,3 millones de adultos jóvenes (15-34) consumieron MDMA en el último año (1,8 % de este grupo de edad), con estimaciones nacionales que van del 0,3 % en Chipre, Lituania y Rumanía al 6,6 % en los Países Bajos.

Porcentaje MI 0-0,5

MI 06-10 MM 11-25 MM >25

M9 Sin datos

Hasta hace poco, en muchos países, la prevalencia del MDMA había ido disminuyendo desde los niveles máximos alcanzados a principios y mediados de la década de 2000. En los últimos años, sin embargo, las fuentes de monitorización indican un aumento del consumo de MDMA. Entre los países que han producido nuevas encuestas desde 2014 y han comunicado intervalos de confianza, los resultados sugieren una tendencia creciente continuada en Europa, con 5 países que comunican estimaciones más altas que en la encuesta comparable anterior y 9 que comunican estimaciones estables.

Cuando existen datos para un análisis estadístico de las tendencias en el consumo de MDMA en el último año entre adultos jóvenes, los datos más recientes sugieren cambios. Tras la estabilidad o el aumento gradual desde 2000, Francia y Finlandia comunican grandes aumentos en 2014 (Figura 2.5). En el Reino Unido, el aumento observable desde 2012 se ha reducido con los datos de 2015, mientras que en España la tendencia a largo plazo sigue siendo descendente, aunque los valores recientes son estables.

Residuos de MDMA en aguas residuales en ciudades europeas seleccionadas: tendencias y datos más recientes

mg/1 000 habitantes/día

nen S b50 S. Pacies P. Barcelona 7 Helsinki Yee OF iiii

Utrecht

Estocolmo Helsinki @

Amberes \. © @ Espoo Oslo

Bey wae Dresde - @ @ Ve Budweis Bristo g Baa

Cracovia

París "a @ en

Eindhoven Bruselas

Bratislava Innsbruck

Burdeos @) ie Zagreb

@Oporto ® @ Barcelona

Lisboa ® atenas:

Valencia Nicosia °

Limassol ©

mg/1000 habitantes/día

NB: Cantidades medias diarias de MDMA en miligramos por 1 000 habitantes. El muestreo se llevó a cabo en ciudades europeas seleccionadas durante una semana en 2016.

Fuente: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

Un análisis multicéntrico de 2016 encontró las cargas más altas de MDMA en las aguas residuales en ciudades de Bélgica, los Países Bajos y Noruega (Figura 2.6). De las 32 ciudades que tienen datos para 2015 y 2016, 17 comunicaron un aumento, 11 una disminución y 4 una situación estable. Atendiendo a tendencias a más largo plazo, en la mayoría de las ciudades con datos para ambos años, las cargas de MDMA en aguas residuales fueron más altas en 2016 que en 2011, con aumentos acusados observados en algunas ciudades.

El MDMA se toma a menudo junto con otras sustancias, incluido el alcohol, y se ha vinculado históricamente de forma estrecha con entornos de vida nocturna y especialmente con la música electrónica de baile. Las indicaciones actuales sugieren que, en los países de mayor prevalencia,

el MDMA ya no es una droga de nicho o subcultural limitada a los clubes de baile y las fiestas, sino que lo consumen una amplia gama de jóvenes en entornos de vida nocturna convencionales, incluidos bares y fiestas en casas particulares.

El consumo de MDMA rara vez se cita como motivo para entrar en tratamiento especializado por drogas. En 2015, el MDMA fue comunicado por menos del 1 % (alrededor de 900 casos) de las personas que accedían por primera vez a tratamiento en Europa.

Las fuentes de monitorización indican un aumento del consumo de MDMA

Informe Europeo sobre Drogas 2017: Tendencias y novedades

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

Porcentaje

S) a 4 4 3 3 2 2 1 1 0 0

YA Letonia

7 Finlandia YS. España Z Reino Unido (Inglaterra y Gales)

| Consumo de anfetaminas: situaciones nacionales divergentes

La anfetamina y la metanfetamina, dos estimulantes estrechamente relacionados, se consumen ambas en Europa, aunque la anfetamina es mucho más comúnmente consumida.

El consumo de metanfetamina se ha restringido históricamente a la República Checa y, más recientemente, a Eslovaquia, aunque en los últimos años se han observado aumentos de consumo en otros países. En algunos conjuntos de datos no es posible distinguir entre estas dos sustancias; en estos casos se utiliza el término genérico anfetaminas.

Ambas drogas pueden tomarse por vía oral o nasal; además, la inyección es común entre los usuarios de alto riesgo en algunos países. La metanfetamina también puede fumarse, pero esta vía de administración no se comunica comúnmente en Europa.⁶¹

Se estima que 12,5 millones de adultos europeos (de 15 a 64 años), o el 3,8 % de este grupo de edad, han experimentado con anfetaminas en algún momento de su vida. Las cifras de consumo más reciente, entre el grupo de edad en el que el consumo de drogas es más alto, sugieren que 1,3 millones (1,1 %) de adultos jóvenes (de 15 a 34 años) consumieron anfetaminas durante el último año, con las estimaciones nacionales de prevalencia más recientes que van del 0,1 % en Chipre, Portugal y Rumanía al 3,1 % en los Países Bajos. Los datos disponibles sugieren que desde alrededor de 2000, la mayoría de los países europeos han experimentado una situación relativamente estable en lo que respecta a las tendencias de consumo. De los países que han producido nuevas encuestas desde 2014 y han comunicado intervalos de confianza, 2 comunicaron estimaciones más altas, 10 comunicaron una tendencia estable y 2 comunicaron estimaciones más bajas que en la encuesta comparable anterior.

Porcentaje Mi 00-0,5 MM 00,6-1,0 MM 11-15 MM >15 MM Sin datos

Un análisis estadístico de las tendencias en la prevalencia del consumo de anfetaminas en el último año entre adultos jóvenes solo es posible en un pequeño número de países. En España, Letonia y el Reino Unido se observan tendencias descendentes a largo plazo (Figura 2.7). Por el contrario, Finlandia ha experimentado aumentos de prevalencia desde 2000.

El análisis de aguas residuales municipales llevado a cabo en 2016 encontró que las cargas de anfetamina variaban considerablemente en toda Europa, con los niveles más altos comunicados en ciudades del norte de Europa (véase la Figura 2.8).

La anfetamina se encontró en niveles mucho más bajos en ciudades del sur de Europa. De las 32 ciudades que tienen datos para 2015 y 2016, 13 comunicaron un aumento, 9 una situación estable y 10 una disminución. En conjunto, los datos de 2011 a 2016 mostraron tendencias relativamente estables para la anfetamina.

El consumo de metanfetamina, generalmente bajo y concentrado históricamente en la República Checa y Eslovaquia, parece estar presente

ahora también en el este de Alemania y el norte de Europa, particularmente en ciudades de Finlandia (véase la Figura 2.9). En 2015 y 2016, de las 30 ciudades que tienen datos sobre metanfetamina en aguas residuales, 13 comunicaron un aumento, 10 una situación estable y 7 una disminución.

Residuos de anfetamina en aguas residuales en ciudades europeas seleccionadas: tendencias y datos más recientes

mg/1 000 habitantes/día

150 —

Po bivcieip Doe nine Aer ST) een YF wanee 7 pacsiona 7 odes A. Wien

Utrecht

Estocolmo Helsinki @ Espoo |

‘oe Amberes

m) O)

Bruselas Dresde Dortmund ® © Budweis Bristol @ re París @Cracovia
Múnich @ Piestany ons Bratislava Burdeos: Milán Zagreb Oporto le) e
Barcelona Lisboa Pci Atenas Valencia “ yr.

Limassol 6

mg/1000 habitantes/día

Por debajo del nivel de o) 200) © @ @. S cuantificación SON 2555)

NB: Cantidades medias diarias de anfetamina en miligramos por 1 000 habitantes. El muestreo se llevó a cabo en ciudades europeas seleccionadas durante una semana en 2016.

Fuente: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

Residuos de metanfetamina en aguas residuales en ciudades europeas seleccionadas: tendencias y datos más recientes

mg/1 000 habitantes/día

W Gawes Vor aloe FZ. 'iawn 7 Amberes

Estocolmo Helsinki

osto® @ Espoo

Utrecht

Eindhoven Amberes. PA Dortmund Dresde

Bristol © PS

Bruselas ccammiet €.— Cracovia París Budweis — Múnich— @ Piestany
Innsbruck—* Burdeos é fe) Bratislava 2 Milán Zagreb Oporto Lisboa ®
Barcelona fe) Valencia Atenas named. Nicosia es Limassol® mg/1000
habitantes/día

o Por debajo del nivel de cuantificación

© © @ ~

NB: Cantidades medias diarias de metanfetamina en miligramos por 1
000 habitantes. El muestreo se llevó a cabo en ciudades europeas selec-
cionadas durante una semana en 2016.

Fuente: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

Informe Europeo sobre Drogas 2017: Tendencias y novedades

Consumo de anfetaminas de alto riesgo: aumento de la demanda de trata-
miento Aproximadamente 34 000 clientes que accedieron a trata-
miento especializado por drogas en Europa en 2015 comunicaron las
anfetaminas como su droga principal, de los cuales alrededor de 14 000
eran personas que accedían por primera vez.

Los problemas relacionados con el consumo prolongado, crónico e in-
yectado de anfetaminas han sido, históricamente, más evidentes en los
países del norte de Europa. Por el contrario, los problemas prolongados
de metanfetamina han sido más patentes en la República Checa y Eslo-
vaquia. Se dispone de estimaciones recientes del consumo de alto riesgo
de anfetaminas para Noruega, estimado en 0,33 % o 11 200 adultos, y
para Alemania, estimado en 0,19 % 102 000 usuarios en 2015. Es pro-

bable que los usuarios de anfetaminas constituyan la mayoría de los 2 180 (0,17 %) usuarios de estimulantes de alto riesgo estimados comunicados por Letonia en 2014, frente a 6 540 (0,46 %) en 2010.

Los consumidores de anfetamina como droga principal representan más del 15 % de las personas que acceden por primera vez a tratamiento solo en Bulgaria, Alemania, Letonia, Polonia y Finlandia. Las personas que acceden a tratamiento y comunican el consumo de metanfetamina como droga principal se concentran en la República Checa y Eslovaquia, que juntas representan el 90 % de los 9 000 clientes de metanfetamina en tratamiento especializado en Europa. En conjunto, la tendencia creciente de las personas que acceden por primera vez a tratamiento y comunican la anfetamina o la metanfetamina como droga principal, observada desde 2006 hasta 2014, continuó en 2015 en la mayoría de los países.

Se dispone de estimaciones recientes del consumo de metanfetamina de alto riesgo para la República Checa y Chipre. En la República Checa, el consumo de metanfetamina de alto riesgo entre adultos (15-64) se estimó en alrededor del 0,49 % en 2015.

El consumo de alto riesgo de la droga, principalmente por inyección, aumentó de 20 900 usuarios en 2007 a un máximo de 36 400 en 2014, descendiendo a 34 200 en 2015. La estimación para Chipre es de 0,14 % o 678 usuarios en 2015.

Características Frecuencia de consumo en el último mes

2 a 6 días por semana 34%

29 consumo medio 4,4 días por semana @ © Edad media en el primer a es | T 2º2 Edad media en el primer consumo

Una vez a la semana o menos 12%

28% 72%

No consumido en los últimos 30 días 21%

área {> Alemania MM República Checa ME Reino Unido

personas que acceden Vía de administración M8 Otros países MEM Eslovaquia IM Países Bajos 43% 1% 15% HB inyección Tratados previamente k E;; anne 8% HE Fumado/inhalado 57% HB Comido/bebido HE Esnifado 46% ME otros 8 otros 30%

NB: Las características corresponden a todas las personas que acceden a tratamiento con anfetaminas como droga principal. Las tendencias de las personas que acceden por primera vez se basan en 23 países.

Ketamina, GHB y alucinógenos: el consumo sigue siendo bajo

En Europa se consumen varias otras sustancias con propiedades alucinógenas, anestésicas, disociativas o depresoras: entre ellas se incluyen el LSD (dietilamida del ácido lisérgico), las setas alucinógenas, la ketamina y el GHB (gamma-hidroxibutirato).

El consumo recreativo de ketamina y GHB (incluido su precursor GBL, gamma-butirolactona) se ha comunicado entre subgrupos de consumidores de drogas en Europa durante las últimas dos décadas. Las estimaciones nacionales, cuando existen, de la prevalencia del consumo de GHB y ketamina en poblaciones adultas y escolares siguen siendo bajas. En su encuesta de 2015, Noruega comunicó una prevalencia del consumo de GHB en el último año del 0,1 % para adultos (16-64). En 2015, la prevalencia del consumo de ketamina, poppers y GHB en el último año entre adultos jóvenes (15-34) se estimó en el 0,6 % en la República Checa y el Reino Unido.

Los niveles generales de prevalencia del consumo de LSD y setas alucinógenas en Europa han sido generalmente bajos y estables durante varios años. Entre los adultos jóvenes (15-34), las encuestas nacionales comunican estimaciones de prevalencia en el último año inferiores al 1 % para ambas sustancias, con la excepción de los Países Bajos (1,1 %) y la República Checa (2,2 %) para las setas alucinógenas en 2015, y Finlandia con una prevalencia del 1,3 % para el LSD en 2014.

Consumo de nuevas sustancias psicoactivas: bajo en la población general

Varios países han incluido las nuevas sustancias psicoactivas en sus encuestas a la población general, aunque los distintos métodos y preguntas de las encuestas limitan las comparaciones entre países. Desde 2011, 11 países europeos han comunicado estimaciones nacionales del uso de nuevas sustancias psicoactivas (sin incluir la ketamina ni el GHB). En el caso de los adultos jóvenes (de 15 a 34 años), la prevalencia del uso de estas sustancias en el último año oscila entre el 0,3 % en Austria y el 1,6 % en la República Checa e Irlanda.

Se dispone de datos de encuestas sobre el uso de mefedrona para el Reino Unido (Inglaterra y Gales). En la encuesta más reciente (2015/16), el uso de esta droga en el último año entre los jóvenes de 16 a 34 años se estimó en un 0,5 %, frente al 1,1 % de 2014/15.

Un pequeño número de encuestas incluye preguntas sobre el uso de cannabinoides sintéticos. El uso de cannabinoides sintéticos en el último año entre los jóvenes de 15 a 34 años se estimó en un 1,5 % en Letonia y un 0,4 % en Eslovaquia en 2015, y en un 0,1 % en Finlandia en 2014. También en 2014, se estimó que un 4 % de los jóvenes de 18 a 34 años en Francia declaró haber consumido cannabinoides sintéticos alguna vez.

Nuevas sustancias psicoactivas: uso de alto riesgo en poblaciones marginadas

El OEDT exploró en 2016 el uso de nuevas sustancias psicoactivas por parte de consumidores de drogas de alto riesgo. El estudio halló que, si bien los niveles de consumo eran en general bajos en Europa, las pautas de uso estaban vinculadas a múltiples problemas. La mayoría de los países europeos (22) comunicaron algún nivel de uso de nuevas sustancias psicoactivas entre los grupos de consumidores de alto riesgo, aunque un uso más extenso entre los inyectores de opioides y estimulantes se limitó a Hungría y a partes del Reino Unido. Se comunicó el uso de catinonas sintéticas en la mitad (15) de los países, variando a menudo la sustancia consumida según el país; por ejemplo, mefedrona en el Reino Unido, alfa-PVP en Finlandia, pentedrona en Hungría y 3-MMC en Eslovenia. El consumo fumado de cannabinoides sintéticos en poblaciones marginadas, incluidos las personas sin hogar y los reclusos, es un pro-

blema emergente identificado en alrededor de dos tercios de los países europeos.

Actualmente pocas personas acceden a tratamiento en Europa por problemas asociados al uso de nuevas sustancias psicoactivas, aunque es probable que exista una infranotificación en este ámbito.

En 2015, alrededor de 3 200 clientes, o menos del 1 % de quienes accedieron a tratamiento especializado por drogas en Europa, comunicaron problemas relacionados con estas sustancias. En el Reino Unido, alrededor de 1 500 personas que accedieron a tratamiento (o en torno al 1 % de todos los clientes por drogas) comunicaron el uso primario de catinonas sintéticas; Hungría y Rumanía también comunican cifras relativamente altas de consumidores de nuevas sustancias psicoactivas que acceden a tratamiento por drogas.

Informe Europeo sobre Drogas 2017: Tendencias y novedades

Estimaciones nacionales de la tasa de prevalencia anual del uso de opioides de alto riesgo: tendencias seleccionadas y datos más recientes

Casos por 1 000 habitantes

8 8 7 7 6 6 5 5 4 4 3 B D 2 1 1 0 0

7, Malta YS, Italia 7S. Austria 7 Letonia A, Eslovenia 7 Alemania JS, Grecia SY. España SL. Chipre

L República Checa

| Consumidores de opioides de alto riesgo: la heroína sigue dominando

En Europa, el opioide ilícito más consumido es la heroína, que puede fumarse, esnifarse o inyectarse. También se hace un uso indebido de diversos opioides sintéticos, como la metadona, la buprenorfina y el fentanilo.

Europa ha experimentado distintas oleadas de adicción a la heroína: la primera afectó a muchos países occidentales desde mediados de los años setenta, y una segunda oleada afectó a otros países, especialmente a los de Europa central y oriental, a mediados y finales de los años no-

venta. En los últimos años se ha identificado la existencia de una cohorte envejecida de consumidores de opioides de alto riesgo, que probablemente hayan estado en contacto con los servicios de tratamiento sustitutivo.

La prevalencia media del uso de opioides de alto riesgo entre los adultos (15-64) se estima en un 0,4 % de la población de la UE, lo que equivale a 1,3 millones de consumidores de opioides de alto riesgo en Europa en 2015. A escala nacional, las estimaciones de prevalencia del uso de opioides de alto riesgo oscilan entre menos de 1 y más de 8 casos por 1 000 habitantes de 15 a 64 años (Figura 2.10). Cinco países representan tres cuartas partes (76 %) de los consumidores de opioides de alto riesgo estimados en la Unión Europea (Alemania, España, Francia, Italia y Reino Unido). De los 10 países con múltiples estimaciones del uso de opioides de alto riesgo entre 2007 y 2015, España muestra un descenso estadísticamente significativo (Figura 2.10).

Mi 0-25

Por 1 000 habitantes M\$ 251-5. MM >5,0 MM Sin datos

En 2015, 191 000 clientes que accedieron a tratamiento especializado en Europa comunicaron los opioides como droga principal, de los cuales 37 000 eran personas que accedían por primera vez. Los consumidores primarios de heroína representaron el 79 % de los consumidores primarios de opioides que accedían por primera vez a tratamiento.

| Una población de consumidores de opioides que envejece

El número de clientes que acceden por primera vez por heroína se redujo a más de la mitad desde un máximo de 56 000 en 2007 hasta 23 000 en 2013, antes de aumentar a 29 000 en 2015. El reciente aumento puede observarse en varios países, pero debe interpretarse con cautela, ya que los cambios en la notificación nacional pueden haber influido en el total de la UE.

Muchos consumidores de opioides de larga duración en Europa, típicamente con historiales de policonsumo, tienen ahora entre 40 y 50 años.

Entre 2006 y 2015, la edad media de quienes acceden a tratamiento por problemas relacionados con el uso de opioides aumentó en 4 años (véase la Figura 2.11). Durante el mismo período, la edad media de las muertes inducidas por drogas (que se relacionan principalmente con los opioides) aumentó en 5,5 años. Un historial de uso de drogas inyectadas y de mala salud, malas condiciones de vida y consumo de tabaco y alcohol hace que estos consumidores sean susceptibles a una serie de problemas de salud crónicos, incluidos problemas cardiovasculares y pulmonares. Los consumidores de opioides de larga duración también comunican afecciones de dolor crónico, mientras que

RGU 2. it

Personas que acceden a tratamiento con opioides como droga principal: cambios en la estructura de edades a lo largo del tiempo (izquierda) y edad media por país (derecha)

Personas que acceden a tratamiento

;---- 2006 | 33 años si | 17777 2010 | 35 años i] W 1 |---- 2015 | 37 años

<15 15-19 20-24 25-29 30-34 35-39 40-44 45-49 50-54 55-59 60-64
>64

Mmg2006 mm2010 ©) 2015 Edad media 9) 25-29 ME 30-34 HM 35-39
HE >39

la infección crónica por el virus de la hepatitis C puede situarlos en mayor riesgo de cirrosis y otros problemas hepáticos. Los efectos acumulativos del policonsumo, la sobredosis y las infecciones a lo largo de muchos años aceleran el envejecimiento físico entre estos consumidores, con considerables implicaciones para el tratamiento, los servicios de apoyo social y la prevención de las muertes relacionadas con las drogas.

Características Frecuencia de uso en el último mes

34 uso medio 6 días por semana ~ 50000 2 Edad media en el primer tratamiento y Edad media en el primer consumo 2 a 6 días por semana
Ei 13% 0° Una vez a la semana o menos Be 7% - 10000 20% 80%: 0 No consumido en los últimos 30 días $\frac{1}{10}$ 17% 2006 2007 2008 2009 2010

2011 2012 2013 2014 2015 Nuevos demandantes de tratamiento MM
Otros países | ~ Reino Unido ne F MM Alemania MM España MI Italia
19 % Vía de administración y tC Y 2% 13% HE inyectada 38% pean 11%
HE Fumada/inhalada

Demandantes previamente tratados HB Ingerida/bebida

Es Esnifada

8 1 % GM Otra

NB: Las características corresponden a todos los demandantes de tratamiento con heroína como droga principal. Las tendencias en los nuevos demandantes se basan en 23 países.

Debido a cambios en el flujo de datos a nivel nacional, los datos desde 2014 para Italia no son comparables con años anteriores.

Informe Europeo sobre Drogas 2017: Tendencias y novedades

Demandantes de tratamiento que citan opioides como droga principal: por tipo de opioide (izquierda) y porcentaje que declara opioides distintos de la heroína (derecha)

Heroína

Fentanilo <1%

Metadona 8%

Otros 7%

Opioides sintéticos: cada vez más presentes en el consumo de opioides de alto riesgo

Si bien la heroína sigue siendo el opioide ilícito más consumido, diversas fuentes sugieren que los opioides sintéticos lícitos (como la metadona, la buprenorfina, el fentanilo) se están consumiendo indebidamente cada vez más. En 2015, 17 países europeos informaron de que más del 10 % de todos los clientes por opioides que accedían a servicios especializados presentaban problemas relacionados principalmente con opioides distintos de la heroína (Figura 2.12). Entre los opioides declarados

por los demandantes de tratamiento figuran la metadona, la buprenorfina, el fentanilo, la codeína, la morfina, el tramadol y la oxycodona. En algunos países, los opioides distintos de la heroína representan la forma más común de consumo de opioides entre los demandantes de tratamiento. En Estonia, la mayoría de los demandantes de tratamiento que declaraban un opioide como droga principal consumían fentanilo, mientras que la buprenorfina es el opioide consumido indebidamente con mayor frecuencia en Finlandia. En la República Checa, aunque la heroína es el opioide principal más común, los demás opioides representan algo más de la mitad de quienes acceden a tratamiento por problemas relacionados con opioides.

Buprenorfina 5%

Me <10 Mi 10-24 MM 25-50 MM >50

Porcentaje MN Sin datos

Consumo de drogas inyectadas: los niveles más bajos registrados entre los nuevos demandantes de tratamiento

El consumo de drogas inyectadas se asocia más comúnmente con los opioides, aunque en algunos países la inyección de estimulantes como las anfetaminas o la cocaína constituye un problema.

Solo 12 países disponen de estimaciones de la prevalencia del consumo de drogas inyectadas desde 2012, en las que oscilan entre menos de 1 y 9 casos por 1 000 habitantes de 15 a 64 años.

Entre los clientes nuevos que accedieron a tratamiento por drogas en 2015 con la heroína como droga principal, el 29 % declaró la inyección como vía de administración principal, frente al 43 % en 2006 (Figura 2.13). En este grupo, los niveles de inyección varían entre países, desde el 8 % en España hasta el 90 % o más en Letonia, Lituania y Rumanía. La inyección se declara como vía de administración principal por el 46 % de los nuevos clientes cuya droga principal son las anfetaminas —un pequeño aumento desde 2006

— y por el 1 % de los nuevos clientes de cocaína. Tomando conjuntamente las tres principales drogas inyectadas, entre los nuevos deman-

dantes de tratamiento en Europa, la inyección como vía de administración principal ha descendido del 28 % en 2006 al 19 %

en 2015.

La inyección de catinonas sintéticas, aunque no es un fenómeno generalizado, sigue notificándose en poblaciones específicas, incluidos los inyectores de opioides y los clientes en tratamiento por drogas en algunos países. En un estudio reciente del OEDT, 10 países notificaron la inyección de catinonas sintéticas (a menudo con otros estimulantes y GHB) en el contexto de fiestas sexuales entre pequeños grupos de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.

FIGURA 2.13

Tendencias entre los nuevos demandantes de tratamiento que declaran la inyección como vía de administración principal de su droga principal

Porcentaje 50 Snsitl Sarah tid sainianinantedaacniaidad etntiece cbipneadsia ast 50

AG): tsisesietaiches esau ude ene eas caze nN ase

40 --- | hee, Screen mere rerenanan eererene

Fos ees eee enema gunner co f

Do: ache

7 Anfetaminas / Heroína 7 Media de las tres drogas

Lf Cocaína

Los opioides sintéticos lícitos se consumen indebidamente cada vez más

Informe Europeo sobre Drogas 2017: Tendencias y novedades

Publicaciones del OEDT

Consumo de drogas de alto riesgo y nuevas sustancias psicoactivas, Comunicaciones rápidas.

Informes nacionales sobre drogas 2017.

Análisis de aguas residuales y drogas — un estudio europeo multicéntrico, Perspectivas sobre drogas.

Evaluación de drogas ilícitas en aguas residuales: avances en epidemiología de drogas basada en aguas residuales, Perspectivas.

Cambios recientes en el mercado europeo de MDMA/éxtasis, Comunicación rápida.

Uso indebido de benzodiazepinas entre consumidores de opioides de alto riesgo, Perspectivas sobre drogas.

Consumo de drogas, conducción alterada y accidentes de tráfico, Perspectivas.

Exploración de las tendencias de la metanfetamina en Europa, Documentos del OEDT.

Inyección de catinonas sintéticas, Perspectivas sobre drogas.

Características de los consumidores frecuentes y de alto riesgo de cannabis, Perspectivas sobre drogas.

Tendencias del consumo de heroína en Europa — ¿qué nos dicen los datos de demanda de tratamiento?, Perspectivas sobre drogas.

Protocolo estándar del indicador de demanda de tratamiento (TDI) 3.0: Directrices para la notificación de datos sobre personas que acceden a tratamiento por drogas en los países europeos, Manuales.

Conducción bajo los efectos de drogas, alcohol y medicamentos en Europa: resultados del proyecto DRUID, Documento temático.

Fentanilo en Europa, estudio Trendspotter del OEDT.

Prevalencia del consumo diario de cannabis en la Unión Europea y Noruega, Documento temático.

Publicaciones conjuntas del OEDT y ESPAD

Informe ESPAD 2015 — Resultados del Proyecto Europeo de Encuestas Escolares sobre Alcohol y otras Drogas.

Todas las publicaciones están disponibles en

WYATAWA-Yuntere(Cot-M-lo Lae) of-M-VNVA el eli Corba (eas

Los problemas de salud crónicos y agudos se asocian al consumo de drogas ilícitas

Daños relacionados con las drogas

y respuestas

El consumo de drogas ilícitas contribuye reconocidamente a la carga mundial de morbilidad. Los problemas de salud crónicos y agudos se asocian al consumo de drogas ilícitas, y a ellos se suman diversos factores, como las propiedades de las sustancias, la vía de administración, la vulnerabilidad individual y el contexto social en el que se consumen las drogas. Entre los problemas crónicos figuran la dependencia y las enfermedades infecciosas relacionadas con las drogas, mientras que existe una serie de daños agudos, de los cuales la sobredosis es el mejor documentado. Aunque relativamente raro, el consumo de opioides sigue siendo responsable de gran parte de la morbilidad y mortalidad asociadas al consumo de drogas. Los riesgos se elevan con el consumo de drogas inyectadas. En comparación, aunque los problemas de salud asociados al consumo de cannabis son claramente menores, la elevada prevalencia de consumo de esta droga puede tener implicaciones para la salud pública. La variación en el contenido y la pureza de las sustancias actualmente disponibles para los consumidores aumenta los daños potenciales y crea un entorno difícil para las respuestas relacionadas con las drogas.

El diseño y la prestación de respuestas eficaces basadas en la evidencia a los problemas de drogas es un foco central de las políticas europeas en materia de drogas e implica una serie de medidas. Los enfoques de prevención e intervención temprana tienen por objeto prevenir el consumo de drogas y los problemas relacionados, mientras que el tratamiento, que incluye tanto enfoques psicosociales como farmacológicos, representa la respuesta principal a la dependencia. Algunas intervenciones fundamentales, como el tratamiento sustitutivo con opioides y los programas de intercambio de agujas y jeringuillas, se desarrollaron en par-

te como respuesta al consumo inyectado de opioides y a los problemas relacionados, en particular la propagación de enfermedades infecciosas y las muertes por sobredosis.

Seguimiento de los daños y las respuestas relacionados con las drogas

La información sobre las respuestas sanitarias y sociales al consumo de drogas, incluidas las estrategias en materia de drogas y el gasto público relacionado con las drogas, es proporcionada al OEDT por los puntos focales nacionales de Reitox y los grupos de trabajo de expertos. Las valoraciones de expertos proporcionan información complementaria sobre la disponibilidad de intervenciones cuando no se dispone de conjuntos de datos más formalizados. Este capítulo se nutre también de revisiones de la evidencia científica 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 y en el portal de buenas prácticas.

Las enfermedades infecciosas relacionadas con las drogas y la mortalidad y morbilidad asociadas al consumo de drogas son los principales daños para la salud monitorizados sistemáticamente por el OEDT. Los complementan datos más limitados sobre las presentaciones hospitalarias agudas relacionadas con las drogas y los datos del Sistema de Alerta Temprana de la UE, que monitoriza los daños asociados a las nuevas sustancias psicoactivas. Puede encontrarse más información en línea en los indicadores epidemiológicos clave, el Boletín Estadístico y la Acción sobre nuevas drogas.

Capítulos

Informe Europeo sobre Drogas 2017: Tendencias y novedades

| Estrategias en materia de drogas: coordinación de las respuestas

Las estrategias nacionales en materia de drogas son instrumentos de planificación y coordinación comúnmente utilizados por los países europeos para exponer sus respuestas a los diversos desafíos sanitarios, sociales y de seguridad vinculados a los problemas de drogas. Suelen incluir algunos principios generales, objetivos y prioridades, y especifican

además acciones y los responsables de su implementación. Si bien Dinamarca cuenta con una política nacional en materia de drogas expresada en una serie de documentos estratégicos, legislación y acciones concretas, todos los demás países disponen de un documento de estrategia nacional en materia de drogas. En 18 países, la estrategia en materia de drogas se centra principalmente en las drogas ilícitas. En los otros 12 países, el enfoque político es más amplio, prestando mayor consideración a otras sustancias y comportamientos adictivos. Sin embargo, dentro del Reino Unido, las administraciones delegadas de Gales e Irlanda del Norte cuentan con documentos estratégicos amplios. Cuando se incluyen estos dos documentos, el número total de estrategias amplias sobre drogas ilícitas asciende a 14 (véase la Figura 3.1). Estos documentos amplios abordan principalmente las drogas ilícitas, y existe variación en cómo se consideran otras sustancias y adicciones. Los 14 documentos abordan el alcohol, 9 consideran el tabaco, 8 abarcan los medicamentos, 3 incluyen el dopaje en el deporte (p. ej., drogas para mejorar el rendimiento) y 7 examinan comportamientos adictivos (p. ej., el juego). Las estrategias nacionales en materia de drogas apoyan el enfoque equilibrado de la política en materia de drogas propuesto en la Estrategia de la UE en materia de drogas (2013-2020) y los planes de acción (2013-2016 y 2017-2020), que otorgan igual énfasis a la reducción de la demanda y a la reducción de la oferta de drogas.

FIGURA 3.1

Enfoque de los documentos nacionales de estrategia en materia de drogas: drogas ilícitas o enfoque más amplio

GB Il Enfoque en drogas ilícitas Enfoque más amplio

NB: Las estrategias con un enfoque más amplio pueden incluir, por ejemplo, drogas lícitas y

otras adicciones. Si bien el Reino Unido cuenta con una estrategia sobre drogas ilícitas, tanto Gales como Irlanda del Norte disponen de documentos estratégicos amplios que incluyen

el alcohol.

La evaluación de una estrategia nacional en materia de drogas es ahora una práctica estándar entre los Estados miembros de la UE. Las evaluaciones suelen tener por objeto determinar el nivel de implementación de la estrategia alcanzado y los cambios en la situación general de las drogas a lo largo del tiempo. En 2016, se informó de que recientemente habían tenido lugar 10 evaluaciones multicriterio, 10 revisiones del progreso de la implementación y 4 evaluaciones de cuestiones específicas, mientras que 6 países utilizaron otros enfoques, como una combinación de evaluación de indicadores y proyectos de investigación. A medida que algunos países amplían el alcance de sus estrategias en materia de drogas para incluir otras sustancias y adicciones comportamentales, idear métodos e indicadores para monitorizar y evaluar estos documentos políticos puede volverse más difícil.

| Respuestas relacionadas con las drogas: los costes de las acciones

Comprender los costes de las acciones relacionadas con las drogas es un aspecto importante de la evaluación de políticas. Sin embargo, la información disponible sobre el gasto público relacionado con las drogas en Europa, tanto a nivel local como nacional, sigue siendo escasa y heterogénea. Para los 23 países que han elaborado estimaciones en los últimos 10 años, el gasto público relacionado con las drogas se estima entre el 0,01 % y el 0,5 % del producto interior bruto (PIB).

El gasto en reducción de la demanda como proporción del presupuesto global en materia de drogas varió sustancialmente entre países, representando entre el 23 % y el 83 % del gasto público relacionado con las drogas. Si bien las diferencias se deben en parte a distintas opciones políticas y a la organización de los servicios públicos, la exhaustividad de las estimaciones también tiene un gran impacto. En las estimaciones actuales, el tratamiento por drogas y otros costes sanitarios representan una gran parte del gasto en reducción de la demanda. Aunque el seguimiento del gasto en tratamiento por drogas sigue siendo el más desarrollado hasta la fecha, todavía se requieren mejoras metodológicas.

El gasto público en respuestas al problema de las drogas es solo una parte del coste que soporta la sociedad en relación con las drogas ilícitas.

A ello pueden añadirse los costes soportados por el individuo, como las contribuciones privadas a la atención médica, y los costes externos para la sociedad, como las pérdidas de productividad y los costes financieros debidos a muertes prematuras y enfermedades vinculadas al consumo de drogas. La evaluación de estos costes más amplios para la sociedad puede permitir orientar los recursos con mayor eficacia. En los países europeos de los que se dispone de información, el coste social de las drogas ilícitas se estima entre el 0,1 % y el 2 % del PIB.

| Reducción de la demanda: estándares europeos

A escala europea y nacional, las normas de calidad para la reducción de la demanda de drogas se reconocen cada vez más como un instrumento para la aplicación de intervenciones basadas en la evidencia. En 2015, el Consejo de Ministros de la UE adoptó 16 normas mínimas de calidad en materia de reducción de la demanda de drogas en la Unión Europea, y se ha alentado a los países a integrarlas en sus políticas sobre drogas. Las normas europeas de calidad son un conjunto de declaraciones aspiracionales para la prevención, el tratamiento, la reducción de daños y la reintegración social. Estas normas vinculan la calidad de la intervención a medidas concretas, incluida la formación adecuada del personal y la provisión de intervenciones basadas en la evidencia, y a principios como el respeto de las necesidades individuales y la adhesión a la ética. También destacan la necesidad de la participación de todas las partes interesadas, incluida la sociedad civil, en la aplicación y evaluación de las intervenciones.

La recopilación de datos del EMCDDA revela que actualmente existen normas de calidad en la mayoría de los países europeos y otros están en proceso de elaborarlas. Las normas de calidad se están poniendo en uso de diferentes maneras. En algunos países, las normas están vinculadas a la prestación de servicios y se utilizan para evaluar la provisión. También se utilizan como requisito para participar en concursos de contratos de servicios y como instrumentos para la autoevaluación a nivel de servicio.

| La prestación de la prevención: un enfoque sistémico

La prevención del consumo de drogas y de los problemas relacionados con las drogas entre los jóvenes abarca una amplia gama de enfoques. Los enfoques ambientales y universales se dirigen a poblaciones enteras, la prevención selectiva se dirige a grupos vulnerables que pueden correr un mayor riesgo de desarrollar problemas de consumo de drogas, y la prevención indicada se centra en individuos en situación de riesgo.

Existen actualmente en la mayoría de los países europeos

Informe Europeo sobre Drogas 2017: Tendencias y novedades

Existen muchas diferencias entre los países europeos en la forma de abordar la prevención, y algunos tienden a adoptar enfoques comunitarios y ambientales más amplios (por ejemplo, la regulación del alcohol y la vida nocturna) y otros utilizan principalmente programas basados en manuales. El uso de programas de prevención basados en manuales, caracterizados por un contenido y una aplicación estrictamente definidos, puede ser una forma eficaz de llegar a grandes poblaciones con intervenciones basadas en la evidencia. Dichos programas se señalan como un componente central en los enfoques nacionales de prevención en 6 Estados miembros.

Otros países han priorizado un enfoque sistémico más amplio para sus intervenciones de prevención, centrándose no solo en programas individuales, sino también en factores como los mecanismos de aplicación, la interacción entre intervenciones y el contexto social y político. Un ejemplo de ello es el enfoque Communities That Care, que se está aplicando en 5 países de la UE. Este enfoque, desarrollado en los Estados Unidos, se basa en la premisa de que se puede lograr una reducción de la prevalencia de problemas de salud y de comportamiento entre los jóvenes identificando factores de riesgo y de protección, y seleccionando programas eficaces de intervención temprana que los aborden. Una revisión sistemática reciente encontró algunas pruebas positivas de la eficacia del enfoque Communities That Care como iniciativa de prevención de drogas en estudios estadounidenses, aunque aún no se ha evaluado en el contexto europeo.

Las respuestas de prevención selectiva para grupos vulnerables se aplican en los países europeos mediante intervenciones que abordan tanto las conductas individuales como los contextos sociales. A nivel local, dichos enfoques pueden involucrar múltiples servicios y partes interesadas (por ejemplo, servicios sociales, familiares, juveniles y policiales), y son comunes en los países nórdicos e Irlanda, así como en partes de España e Italia. Los grupos a los que se dirige con mayor frecuencia son los jóvenes infractores, los alumnos con problemas académicos y sociales y los jóvenes en instituciones de acogida. Poco se sabe sobre el contenido real de estas estrategias de prevención y la evaluación es limitada. Sin embargo, los datos de opinión de expertos indican que las técnicas de prevención selectiva más utilizadas se basan en la provisión de información.

Los enfoques de prevención dirigidos a barrios de alto riesgo se han aplicado en algunos países, utilizando nuevos métodos como el rediseño de espacios urbanos y mapas de riesgo para ayudar a priorizar las intervenciones. Se informa que la provisión de este tipo de intervenciones es mayor en el norte y el oeste de Europa (véase la Figura 3.2), y los enfoques que cuentan con buenas pruebas de eficacia (normativos y ambientales) se aplican en poco más de una cuarta parte de los países.

La prevención indicada se dirige a individuos en situación de riesgo. La provisión de este tipo de intervención es limitada en Europa, y solo 4 países informan de que los programas de prevención indicada están disponibles para la mayoría de quienes los necesitan.

| Intervenciones breves

Las intervenciones breves tienen como objetivo prevenir o retrasar el consumo de sustancias, reducir su intensidad o prevenir la escalada hacia un consumo problemático. Estas intervenciones de duración limitada operan en la zona gris entre la prevención y el tratamiento, y normalmente se dirigen a jóvenes o a personas en riesgo de tener problemas de consumo de sustancias. Pueden ser aplicadas por diversos profesionales sanitarios y sociales, incluidos médicos de familia, orientadores, trabajadores juveniles y agentes de policía, y a menudo incorporan elementos de la entrevista motivacional.

Los datos actuales indican que las intervenciones breves no están ampliamente implementadas en Europa, y 3 países informan de una provisión plena y extensa de dichas intervenciones en las escuelas, y 2 informan de ese nivel de provisión en servicios de baja exigencia.

Las intervenciones breves se han caracterizado como relativamente de bajo costo, con potencial para ser aplicadas en múltiples entornos por diversos profesionales tras una breve formación. Ejemplos de intervenciones breves implementadas en varios países son eSBIRT, que proporciona intervenciones breves en los servicios de urgencias (Bélgica), y Fred, que se dirige a jóvenes en una etapa inicial del proceso penal (Alemania, Chipre, Polonia, Rumanía, Eslovenia). Sin embargo, una revisión reciente del EMCDDA encontró que, si bien existen investigaciones que respaldan la eficacia de las intervenciones breves, estas aún son incompletas y se necesita más conocimiento sobre el alcance de su implementación.

Intervenciones de prevención dirigidas a barrios de alto riesgo implementadas en los países europeos: base de evidencia y nivel de provisión

Enfoque de intervención Número de países

Buenas pruebas

Algunas pruebas

Sin pruebas

Información

NB: Basado en valoraciones de expertos.

| Derivación a tratamiento y duración de la estancia

El tratamiento de drogas es la intervención principal utilizada para las personas que experimentan problemas con su consumo de drogas, incluida la dependencia, y garantizar un buen acceso a servicios de tratamiento adecuados es un objetivo político clave. El seguimiento de los resultados del tratamiento es importante para mejorar los itinerarios de tratamiento que siguen los clientes y ajustar los servicios para que se adapten mejor a las necesidades observadas.

Plena/extensa Limitada/rara No disponible

La derivación por iniciativa propia sigue siendo la vía más común de acceso al tratamiento. Esta forma de derivación, que también incluye la derivación por familiares o amigos, representó alrededor de la mitad de quienes ingresaron en tratamiento especializado de drogas en Europa en 2015. Un 25 % adicional de los clientes fueron derivados por los servicios sanitarios y sociales, mientras que el 15 % fueron derivados por el sistema de justicia penal. En varios países existen mecanismos para desviar a los delincuentes por drogas del sistema de justicia penal y orientarlos hacia programas de tratamiento de drogas. Esto puede implicar una orden judicial para asistir a tratamiento o una pena suspendida condicionada al tratamiento; en algunos países la derivación también es posible en etapas más tempranas del proceso de justicia penal. En 2015, los clientes de cannabis eran los más propensos a ser derivados por el sistema de justicia penal; en Hungría, alrededor del 80 % de las derivaciones a tratamiento por cannabis provinieron de esta fuente.

Los itinerarios de los clientes a través del tratamiento de drogas se caracterizan a menudo por el uso de diferentes servicios, múltiples ingresos y duraciones variables de la estancia. Una visión de los itinerarios de tratamiento la proporcionan los resultados de un análisis de datos de tratamiento especializado de 7 países europeos en 2015. De los 400 000 clientes notificados en tratamiento en estos países durante ese año, algo menos del 20 % había ingresado en tratamiento por primera vez en su vida; alrededor del 30 % había reingresado en tratamiento, tras haber recibido tratamiento en un año anterior; y alrededor de la mitad había estado en tratamiento continuo durante más de 1 año. La mayoría de los clientes en tratamiento continuo eran hombres, de unos treinta y tantos años, habían estado en tratamiento durante más de 3 años y tenían problemas relacionados con el consumo de opioides, especialmente heroína.

Informe Europeo sobre Drogas 2017: Tendencias y novedades

| Tratamiento del cannabis: una variedad de enfoques

El consumo regular y prolongado de cannabis se asocia con un mayor riesgo de una serie de problemas de salud física y mental, incluida la dependencia. Si bien muchos países ofrecen tratamiento para personas con problemas de cannabis dentro de programas genéricos de consumo de sustancias, alrededor de la mitad ha desarrollado algunas opciones de tratamiento específicas para el cannabis.

Los servicios para consumidores de cannabis pueden ser diversos, desde intervenciones breves impartidas en línea hasta un compromiso terapéutico a más largo plazo en centros especializados. Aunque la mayor parte del tratamiento para este grupo tiene lugar en entornos comunitarios o ambulatorios, alrededor de una de cada cinco personas que ingresan en servicios especializados de tratamiento residencial de drogas notificaron un problema primario relacionado con el cannabis.

El tratamiento de los problemas de cannabis se basa principalmente en enfoques psicosociales; las intervenciones familiares se utilizan a menudo para adolescentes y las intervenciones cognitivo-conductuales para adultos. La evidencia disponible respalda el uso de una combinación de terapia cognitivo-conductual, entrevista motivacional y enfoques de manejo de contingencias. Además, hay algunas pruebas que respaldan el uso de la terapia familiar multidimensional para jóvenes consumidores de cannabis. Las intervenciones por internet y digitales se emplean cada vez más para llegar a los consumidores de cannabis, y los estudios para medir los efectos de este tipo de intervenciones muestran resultados preliminares prometedores en cuanto a la reducción de los niveles de consumo y la facilitación del acceso al tratamiento presencial (cuando es necesario).

Varios estudios están investigando el uso de intervenciones farmacológicas para los problemas relacionados con el cannabis. Esto incluye examinar el potencial del uso de THC, y THC sintético, en combinación con otros medicamentos psicoactivos, incluidos antidepresivos, ansiolíticos y estabilizadores del estado de ánimo. Hasta la fecha, los resultados han sido inconsistentes y no se ha identificado ningún enfoque farmacológico eficaz para tratar la dependencia del cannabis.

Tratamiento de drogas: principalmente proporcionado en entornos comunitarios

Se estima que 1,4 millones de personas recibieron tratamiento por consumo de drogas ilícitas en la Unión Europea durante 2015 (1,6 millones incluidos Noruega y Turquía). Los consumidores de opioides representan el grupo más numeroso sometido a tratamiento especializado y consumen la mayor parte de los recursos de tratamiento disponibles, principalmente en forma de tratamiento de sustitución. Los consumidores de cannabis y cocaína son el segundo y tercer grupo más numeroso que ingresa en estos servicios (Figura 3.3), siendo las intervenciones psicosociales la principal modalidad de tratamiento para estos clientes. Sin embargo, las diferencias entre países pueden ser muy grandes, y los consumidores de opioides representan más del 90 % de los ingresos a tratamiento en Estonia y menos del 5 % en Hungría.

La mayor parte del tratamiento de drogas en Europa se proporciona en entornos ambulatorios, y los centros ambulatorios especializados representan el mayor proveedor en términos de número de consumidores de drogas tratados (Figura 3.4). Los centros de atención sanitaria general son los segundos proveedores más grandes. Esta categoría incluye las consultas de médicos de familia, que son importantes prescriptores de tratamiento de sustitución de opioides en algunos países grandes como Alemania y Francia. En otros lugares, por ejemplo en Eslovenia, los centros de salud mental pueden desempeñar un papel clave en la provisión de tratamiento ambulatorio.

Servicios para el cannabis

Número de personas que reciben tratamiento de drogas en Europa en 2015, por entorno

Tendencias en el porcentaje de clientes que ingresan en tratamiento especializado de drogas, por droga principal

Porcentaje

Ambulatorio

Centros de tratamiento especializados⁸⁵ (974 000)

Opioides Cannabis Cocaína

Otras drogas Anfetaminas

Otros entornos (21 800)

Residencial

Centros residenciales de base hospitalaria (9 800)

Comunidades terapéuticas (27 900)

Prisiones

Una parte menor del tratamiento de drogas en Europa se proporciona en entornos residenciales, incluidos centros residenciales de base hospitalaria (por ejemplo, hospitales psiquiátricos), comunidades terapéuticas y centros especializados de tratamiento residencial. La importancia relativa de la provisión ambulatoria y residencial dentro de los sistemas nacionales de tratamiento varía enormemente entre países.

Cada vez más, también se proporciona en línea una amplia gama de intervenciones de tratamiento de drogas. Las intervenciones basadas en internet tienen el potencial de ampliar el alcance y la cobertura geográfica de los programas de tratamiento a personas que experimentan problemas de consumo de drogas y que de otro modo podrían no acceder a los servicios especializados de drogas.

Informe Europeo sobre Drogas 2017: Tendencias y novedades

Cobertura del tratamiento de sustitución de opioides (porcentaje de consumidores de opioides de alto riesgo estimados que reciben la intervención)

Porcentaje AI) Orbe watesaiasaistaiarsiclotaty wictare olsie waslsie oi sladorsia totais oipls'wraco ele arses ie/e ie Snlglssig vaibisle atois o'w sicieiele gullet elsisietpiulersislote s wiciereio selen a adios su auiesi-wauiemwes Número de condados 90- por nivel de cobertura 80 — Alto (50 %) 10 a +0 60- =a oo Eetierorerircrcrer? la bee { ie Geer: ee feet rrr ircre errr = Medio (30-50 %) a mi:

GU arc veccresenseeececsnns teu PPE Son sence cea scGuNsenseu-
naenRteseeseeu Snes tete sem eceeeeeeeygneerReeUpe eam eMNRSenE-
MERSeR BeGpareamcousenweneuseagueremes 20+ = Bajo (<30 %) om
I 6) ‘ © S we) S > P r q: s s < & Ss RS P & --) & st Ss & Ss & w & r No Fe
& Cobertura no calculable & »S LQ og

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

| Tratamiento sustitutivo para problemas de consumo de opioides

El tratamiento sustitutivo, normalmente combinado con intervenciones psicosociales, es el tratamiento más común para la dependencia de opioides. La evidencia disponible respalda este enfoque, con resultados positivos en cuanto a la retención en el tratamiento, el consumo ilícito de opioides, las conductas de riesgo declaradas, los daños relacionados con las drogas y la mortalidad.

Se estima que 630 000 consumidores de opioides recibieron tratamiento sustitutivo en la Unión Europea en 2015 (650 000 incluyendo Noruega y Turquía). La tendencia muestra un aumento de clientes hasta un pico en 2010, seguido de un descenso del 6 % hasta 2015. Entre 2010 y 2015, se observaron descensos en 12 países, y los mayores (descensos de más del 25 %) los notificaron España, Hungría, los Países Bajos y Portugal. Este descenso puede explicarse por factores relacionados con la demanda o la provisión, incluida una población decreciente de consumidores de opioides crónicos y de edad avanzada o cambios en los objetivos del tratamiento en algunos países. Otros países han seguido ampliando la provisión, en su afán por mejorar la cobertura del tratamiento, y 12 países notificaron aumentos entre 2010 y 2015, entre ellos Letonia (157 %), Finlandia (67 %) y Grecia (61 %).

Estas dos tendencias se confirman en los datos más recientes (2014-15), con 12 países que notifican aumentos en el número total de clientes en tratamiento sustitutivo y 9 que notifican descensos.

Una comparación con las estimaciones actuales del número de

consumidores de opioides de alto riesgo en Europa sugeriría que la mitad recibe tratamiento sustitutivo, pero existen diferencias entre países (Figura 3.5). Sin embargo, estos hallazgos

deben interpretarse con cautela por razones metodológicas.

La metadona es el fármaco de sustitución de opioides más prescrito, y lo reciben alrededor de dos tercios (63 %) de los clientes en tratamiento sustitutivo. Otro 35 % de los clientes se trata con medicamentos a base de buprenorfina, que es el principal fármaco de sustitución en 8 países (Figura 3.6).

Otras sustancias, como la morfina de liberación lenta o la diacetilmorfina (heroína), se prescriben con menor frecuencia, y las recibe un 2 % estimado de los clientes en tratamiento sustitutivo en Europa.

La metadona es el fármaco

de sustitución de opioides

más prescrito

Principal fármaco de sustitución de opioides prescrito

(9) Buprenorfina MM Metadona

MM Morfina oral de liberación lenta © HB Buprenorfina y

metadona prescritas por igual

Aunque menos comunes que el tratamiento sustitutivo, en todos los países europeos existen opciones de tratamiento alternativas para los consumidores de opioides. En los 9 países para los que se dispone de datos, entre el 1 % y el 26 % de todos los consumidores de opioides en tratamiento reciben intervenciones que no implican sustitución de opioides (Figura 3.7).

| Prisiones: baja disponibilidad de tratamiento de la hepatitis C

Los reclusos declaran tasas de consumo de drogas a lo largo de la vida más elevadas y patrones de consumo más nocivos (incluida la inyección) que la población general, lo que convierte a las prisiones en un entorno

importante para las intervenciones relacionadas con las drogas. Muchos reclusos tienen necesidades sanitarias complejas, y la evaluación del consumo de drogas y de los problemas relacionados con las drogas es una parte importante del cribado sanitario en el ingreso en prisión en muchos países.

Porcentaje de consumidores de opioides de alto riesgo que reciben tratamiento farmacológico (estimación)

Porcentaje

Eslovenia Francia Croacia Grecia Malta Austria Reino Unido Chipre Lituania (Inglaterra)

(o)

HH Tratamiento sustitutivo MI Otras formas de tratamiento ~ Sin tratamiento

Dos principios importantes para la implementación de intervenciones sanitarias en prisión son la equivalencia con la provisión en entornos comunitarios y la continuidad de la atención tras la excarcelación. La disponibilidad de tratamiento sustitutivo de opioides en las prisiones la notifican 28 de los 30 países monitorizados por el OEDT. La desintoxicación, el asesoramiento individual y grupal, y las comunidades terapéuticas o salas de hospitalización especiales están disponibles en la mayoría de los países. Muchos países europeos han establecido asociaciones interinstitucionales entre los servicios sanitarios penitenciarios y los proveedores de la comunidad, a fin de facilitar la prestación de educación sanitaria e intervenciones de tratamiento en prisión y garantizar la continuidad de la atención al ingreso y la excarcelación.

Informe Europeo sobre Drogas 2017: Tendencias y novedades

20 drogas principales registradas en las urgencias hospitalarias en hospitales centinela en 2015

Identificaciones de drogas

s Ss oe s ss So é FS SF & & * of & ew F & SAS & es w we Ko)

O) Drogas ilícitas establecidas [MJ Otros opioides

MM Benzodiazepinas

- oe oe oe: @ % & & eC @. S S w Ss Ss < ws = s wr SF Se F&F « Ss & OS
LV xo c NS 8 co) x OP o gS RY Ss R «“ So & oe RCI) SS 8 2 Vv Sk oe
ro & e€ RS & s ¥ @ x xe S & G A

MI SPA (nuevas sustancias psicoactivas) J. Otros medicamentos

NB: Resultados de 5 054 urgencias en 15 centros centinela de 9 países europeos.

Fuente: Red Europea de Urgencias por Drogas (Euro-DEN plus).

Las pruebas de enfermedades infecciosas (VIH, VHB, VHC) están disponibles en las prisiones de la mayoría de los países, aunque la provisión de tratamiento de la hepatitis C es escasa. Se informa de que existen programas de vacunación contra la hepatitis B en 16 países. La provisión de equipo de inyección limpio es menos común, y solo 4 países informan de la existencia de programas de jeringuillas en este entorno.

La preparación para la excarcelación, incluida la reintegración social, se lleva a cabo en la mayoría de los países. Los programas para prevenir el riesgo de sobredosis de drogas, particularmente elevado entre los inyectores de opioides en el periodo posterior a la salida de prisión, se notifican en 5 países e incluyen formación e información y la provisión de naloxona en el momento de la excarcelación.

Muchos reclusos tienen necesidades sanitarias complejas

Urgencias hospitalarias: múltiples sustancias implicadas

Los datos de urgencias hospitalarias pueden ofrecer una visión de los daños agudos relacionados con las drogas. Se dispone de información de la Red Europea de Urgencias por Drogas (Euro-DEN Plus), que monitorea las urgencias relacionadas con drogas en 15 hospitales (centinela) de 9 países europeos. Las 5 054 urgencias registradas por el proyecto en 2015 tenían una edad mediana de

31 años, y la mayoría eran hombres (77 %).

En promedio se notificaron alrededor de 1,5 drogas por urgencia (7 768 en total) (véase la Figura 3.8). Casi dos tercios de las urgencias (65 %) implicaban el uso de drogas establecidas, y las más comunes fueron la heroína, la cocaína, el cannabis, el GHB/GBL, la anfetamina y el MDMA; una cuarta parte (24 %) implicaba el uso indebido de medicamentos con receta o de venta libre (más comúnmente opioides y benzodiazepinas); y el 9 % implicaba nuevas sustancias psicoactivas (frente al 6 % en 2014). La mitad de las urgencias por nuevas sustancias psicoactivas implicaba una catinona sintética y el 14 % un cannabinoide sintético. Las drogas implicadas en las urgencias difirieron entre centros, lo que refleja los patrones de consumo locales. Por ejemplo, las urgencias relacionadas con la heroína fueron las más comunes en Dublín (Irlanda) y Oslo (Noruega), mientras que las urgencias relacionadas con el GHB/GBL, la cocaína y el MDMA fueron predominantes en Londres (Reino Unido).

La mayoría (80 %) de los que acudieron con toxicidad aguda por drogas fueron dados de alta del hospital en un plazo de 12 horas; una pequeña minoría (6 %) desarrolló toxicidad grave que requirió ingreso en cuidados críticos y el 4 % fue ingresado en una sala de psiquiatría. Alrededor de la mitad (9) de las 17 muertes registradas implicaron opioides.

Solo unos pocos países disponen de sistemas de monitorización que permitan un análisis nacional de las tendencias de las intoxicaciones agudas por drogas. Entre ellos, las urgencias agudas por heroína han aumentado en el Reino Unido, pero han seguido disminuyendo en la República Checa y Dinamarca, donde aumentan las urgencias por metadona. En Lituania, las urgencias relacionadas con opioides casi se duplicaron entre 2013 y 2015. En España, la cocaína está implicada en alrededor de la mitad de las urgencias relacionadas con drogas notificadas, y la tendencia se está estabilizando tras un descenso, mientras que las urgencias por cannabis siguen aumentando. Eslovenia también notifica una tendencia al alza en las urgencias por cannabis. En los Países Bajos, la mitad de los casos atendidos en los puestos de primeros auxilios de los festivales (51 %) implicaban MDMA y la proporción está disminuyendo.

Los casos de urgencia relacionados con la metanfetamina, registrados por centros centinela en la República Checa, aumentaron más del 50 % entre 2014 y 2015.

| Nuevas drogas: alta potencia y daños

Las nuevas sustancias psicoactivas, incluidas las nuevas sustancias opioides sintéticas, los cannabinoides sintéticos y las catinonas sintéticas, están causando una serie de daños graves en Europa.

Los fentanilos son opioides excepcionalmente potentes que, aunque desempeñan un papel pequeño en el mercado de drogas de Europa, suponen una grave amenaza para la salud individual y pública. En parte esto se debe al mayor riesgo de intoxicaciones graves y mortales en los consumidores —que a menudo se manifiestan como brotes—, ya que los fentanilos causan una depresión respiratoria rápida y profunda. También se debe al mayor riesgo de exposición accidental que provoca intoxicación en otras personas; las familias y amigos de los consumidores, así como las fuerzas del orden, otros servicios de emergencia, el personal médico y quienes trabajan en laboratorios, pueden estar en riesgo. El uso de equipo de protección para reducir el riesgo de daño por exposición accidental puede ser necesario en algunos entornos, como las instalaciones aduaneras en las fronteras de Europa, donde pueden manipularse incautaciones de fentanilo en polvo a granel. Además, hay algunas pruebas que sugieren que los fentanilos se han vendido a consumidores desprevenidos como drogas ilícitas establecidas y medicamentos falsos para el dolor, lo que podría aumentar el riesgo de intoxicación grave y mortal en algunos grupos de consumidores. En tales circunstancias, puede ser necesario evaluar la disponibilidad del antídoto naloxona. Además de los riesgos agudos de sobredosis, los fentanilos también tienen un alto potencial de abuso y

potencial de generar dependencia, lo que podría empeorar los problemas de salud pública y sociales comúnmente asociados con el consumo de opioides de alto riesgo.

Durante 2016, el OEDT y Europol lanzaron investigaciones especiales sobre el acrilioilfentanilo y el furanilfentanilo, tras detectarse señales a

través del Sistema de Alerta Temprana de la UE. Se notificaron más de 50 muertes, muchas de las cuales se atribuyeron directamente a estas sustancias. Además, el OEDT también emitió cinco alertas a su red en toda Europa relacionadas con estas y otras nuevas sustancias fentanilo.

Las nuevas sustancias psicoactivas están causando una serie de daños graves

Informe Europeo sobre Drogas 2017: Tendencias y novedades

Los cannabinoides sintéticos son otro grupo de nuevas sustancias que siguieron causando problemas en 2016. El OEDT emitió alertas sobre tres sustancias —MDMB-FUBINACA, MDMB-CHMICA y 5F-MDMB-PINACA— basadas en 45 acontecimientos adversos graves, incluidos 18 muertes y 27 intoxicaciones no mortales. Además, el OEDT puso en marcha un procedimiento que condujo a una evaluación de riesgos del MDMB-CHMICA, que en última instancia dio lugar a que la sustancia fuera sometida a medidas de control en toda Europa (véase el recuadro).

| Nuevas drogas: desarrollo de capacidades de respuesta

Los daños asociados a las nuevas drogas plantean un nuevo conjunto de desafíos a los respondedores de primera línea. Un análisis reciente del OEDT encontró que los profesionales sanitarios europeos en diversos entornos (tratamiento, prevención y reducción de daños) se basan predominantemente en la experiencia profesional adquirida en respuesta a las drogas ilícitas establecidas y en las intervenciones utilizadas en ese contexto. Estas intervenciones incluyen la difusión de material educativo, la provisión de equipo de inyección estéril o el manejo sintomático de casos de urgencia agudos. A menudo, las intervenciones basadas en la evidencia pueden ajustarse para tener en cuenta toxicidades específicas, para reflejar las características socioculturales de los grupos de riesgo (p. ej., asistentes a fiestas, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres) o para responder a conductas de riesgo particulares (p. ej., mayor acceso a jeringuillas para responder a la alta frecuencia de inyección) asociadas con las nuevas sustancias psicoactivas. En el análisis también se destacó la necesidad de formación profesional, orientación y

actividades de desarrollo de competencias sobre la respuesta a las nuevas drogas.

La prestación de intervenciones dirigidas a poblaciones consumidoras de drogas de difícil acceso que experimentan daños significativos relacionados con las nuevas sustancias psicoactivas, como los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las personas sin hogar y los reclusos, es un desafío particular. En algunos países, el aumento del consumo de cannabinoides sintéticos entre los reclusos ha causado preocupación debido al impacto en la salud mental, los fuertes efectos de abstinencia y los crecientes niveles de violencia asociados.

Las respuestas y colaboraciones multidisciplinarias que implican a una serie de proveedores sanitarios en distintos entornos de intervención (por ejemplo, clínicas de salud sexual o centros penitenciarios y centros de tratamiento de drogas) parecen constituir una característica importante de las respuestas sanitarias adecuadas a los daños relacionados con el uso de nuevas sustancias psicoactivas en Europa.

Evaluación de riesgos del MDMA-CHMICA

Daños crónicos relacionados con las drogas: el VIH disminuye pero continúan los brotes locales

Los consumidores de drogas, en particular quienes se inyectan drogas, corren el riesgo de contraer enfermedades infecciosas por compartir el material de consumo y por mantener relaciones sexuales sin protección. La inyección de drogas sigue desempeñando un papel central en la transmisión de infecciones transmitidas por la sangre, como el virus de la hepatitis C (VHC) y, en algunos países, el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). En 2015 se notificaron en la Unión Europea 1 233 nuevos diagnósticos de VIH en personas infectadas por el uso de drogas inyectadas (Figura 3.9), lo que representa el 5 % de los diagnósticos cuyo modo de transmisión se conoce. Esta proporción se ha mantenido baja y estable durante la última década. Las nuevas infecciones por VIH entre las personas que se inyectan drogas han disminuido en la mayoría de los países europeos, con un descenso global del 41 % entre 2007 y 2015. Sin embargo, el uso de drogas inyectadas sigue siendo un modo

importante de transmisión en algunos países: en 2015, una cuarta parte o más de los casos de VIH recién diagnosticados se atribuyeron al uso de drogas inyectadas en Lituania (34 %), Letonia (32 %), Luxemburgo (27 %) y Estonia (25 %).

Casos de VIH recién diagnosticados relacionados con el uso de drogas inyectadas: tendencias generales y seleccionadas y datos más recientes

Casos en la Unión Europea

Casos por millón de habitantes

NB: Datos de 2015 (fuente: ECDC).

Si bien la mayoría de los países notificaron descensos en los casos de VIH relacionados con la inyección entre 2014 y 2015, Alemania, Irlanda y el Reino Unido notificaron aumentos hasta niveles no vistos en 7 u 8 años. En Irlanda y el Reino Unido, esto se relacionó en parte con brotes localizados de nuevas infecciones por VIH entre personas que se inyectan drogas. Luxemburgo también notificó un brote en 2014. El aumento de la inyección de estimulantes, junto con altos niveles de marginación de los usuarios, han sido factores comunes en estos brotes. Además, la inyección de drogas estimulantes en un contexto sexual («slamming») entre pequeños grupos de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres se ha vinculado a un mayor riesgo de transmisión de infecciones.

En 2015, el 14 % de los nuevos casos de sida en la Unión Europea, cuyo modo de transmisión se conocía, se atribuyeron al uso de drogas inyectadas. Las 479 notificaciones relacionadas con la inyección representan algo más de una cuarta parte del número notificado una década antes. Muchos de los casos se notificaron en Grecia, Letonia y Rumanía, donde las respuestas de pruebas y tratamiento del VIH requieren un mayor refuerzo.

Las nuevas infecciones por VIH entre las personas que se inyectan drogas han disminuido

Informe Europeo sobre Drogas 2017: Tendencias y novedades

Prevalencia de anticuerpos contra el VHC y del antígeno de superficie del VHB entre consumidores de drogas inyectadas, 2014/15

Porcentaje

Anticuerpos contra el VHC

@ Muestras con cobertura nacional @ Muestras con cobertura subnacional

La prevalencia de anticuerpos contra el VHC, que indica infección presente o pasada, entre muestras nacionales de consumidores de drogas inyectadas en 2014-15 varió del 16 % al 84 %, y 5 de los 13 países con datos nacionales notificaron una tasa superior al 50 % (Figura 3.10). Entre los países con datos nacionales de tendencia para el período 2010-15, 4 países notificaron un descenso de la prevalencia del VHC en consumidores de drogas inyectadas, mientras que 3 observaron un aumento.

Entre los consumidores de drogas, la infección por el virus de la hepatitis B (VHB) es menos frecuente que la infección por el VHC. Para este virus, sin embargo, la presencia del antígeno de superficie del VHB indica una infección actual, que puede ser aguda o crónica. En los 7 países con datos nacionales, se estimó que entre el 1,7 % y el 11 % de los consumidores de drogas inyectadas estaban infectados actualmente por el VHB.

La inyección de drogas es un factor de riesgo de otras enfermedades infecciosas, y en 2016 se notificaron conglomerados de hepatitis A relacionados con drogas en la República Checa, Alemania y Luxemburgo.

También se notificaron conglomerados y casos esporádicos de botulismo de las heridas entre consumidores de drogas inyectadas en Alemania, Noruega y el Reino Unido.

España

Antígeno de superficie del VHB @ Muestras con cobertura nacional @ Muestras con cobertura subnacional

| Enfermedades infecciosas: medidas de prevención

Los principales enfoques adoptados para reducir las enfermedades infecciosas relacionadas con las drogas entre las personas que se inyectan drogas incluyen la provisión de tratamiento de sustitución con opioides, equipo de inyección estéril, asesoramiento sobre conductas de riesgo en la inyección, vacunación contra la hepatitis B, pruebas de enfermedades infecciosas, tratamiento de la hepatitis y tratamiento del VIH.

Para quienes se inyectan opioides, estar en tratamiento de sustitución reduce significativamente el riesgo de infección, y algunos análisis indican efectos protectores crecientes cuando una alta cobertura de tratamiento se combina con altos niveles de provisión de jeringuillas. Las pruebas muestran que los programas de agujas y jeringuillas son eficaces para reducir la transmisión del VIH entre las personas que se inyectan drogas. De los 30 países monitorizados por el OEDT, todos excepto Turquía proporcionan equipo de inyección limpio de forma gratuita en puntos especializados.

Sin embargo, existen diferencias considerables entre países en cuanto a la distribución geográfica de los puntos de distribución de jeringuillas y la cobertura de la población diana por la intervención (Figura 3.11). La información sobre la provisión de jeringuillas a través de programas especializados está disponible en

Cobertura de los programas especializados de jeringuillas: número de jeringuillas proporcionadas por consumidor de drogas inyectadas estimado

Número de países

Jeringuillas por nivel de cobertura

Alta (>200)

Media (100-200)

Baja (<100)

Cobertura no calculable

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

25 países, que en conjunto notifican la distribución de más de 52 millones de jeringuillas en 2014/15. Se trata de una subestimación importante, ya que varios países grandes, como Alemania, Italia y el Reino Unido, no notifican datos nacionales completos sobre la provisión de jeringuillas.

Establecer vínculos entre los proveedores de servicios de drogas y de salud sexual puede ser especialmente importante para responder eficazmente a los problemas vinculados a la inyección de estimulantes por hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. Las intervenciones preventivas importantes para este grupo incluyen las pruebas y el tratamiento de infecciones, la educación sanitaria y la distribución de materiales de prevención, incluidos preservativos y equipo de inyección estéril. Para prevenir la infección por VIH adquirida sexualmente, la profilaxis preexposición es una opción preventiva adicional para las poblaciones de mayor riesgo.

Aumentar el diagnóstico temprano del VIH: ampliar las oportunidades de prueba

El diagnóstico tardío del VIH —cuando la infección ya ha comenzado a dañar el sistema inmunitario— es un problema particular para las personas que se inyectan drogas. En 2015, el 58 % de las transmisiones relacionadas con la inyección recién notificadas se diagnosticaron tardíamente. Esto se compara con una media de la UE del 47 % de diagnósticos tardíos para todas las vías de transmisión. El diagnóstico tardío del VIH se asocia con una mayor morbilidad y mortalidad, y con retrasos en el inicio de la terapia antirretroviral.

La política de «probar y tratar» para el VIH, mediante la cual se inicia la terapia antirretroviral directamente después de un diagnóstico de VIH, da lugar a una reducción de la transmisión y es especialmente importante entre los grupos con conductas de mayor riesgo, como las personas que se inyectan drogas. El diagnóstico temprano y el inicio de la terapia antirretroviral ofrecen a los infectados una esperanza de vida normal.

En muchos países, los servicios de drogas de base comunitaria y de bajo umbral proporcionan y amplían las oportunidades de prueba del VIH con el objetivo de aumentar la aceptación de las pruebas y la detección más temprana de las infecciones. Las normas mínimas de calidad de la UE promueven las pruebas voluntarias de enfermedades infecciosas transmitidas por la sangre en agencias comunitarias, junto con el asesoramiento sobre conductas de riesgo y la asistencia para manejar la enfermedad. Sin embargo, el estigma y la marginación de los consumidores de drogas siguen siendo barreras importantes para la aceptación de las pruebas y el tratamiento.

Informe Europeo sobre Drogas 2017: Tendencias y novedades

| Tratamiento del VHC: medicamentos más eficaces

Dado que la infección por VHC es muy prevalente entre las personas que se inyectan drogas en Europa, constituyen un objetivo clave para las pruebas y el tratamiento, a fin de prevenir la progresión de la enfermedad hepática y las muertes. Además, reducir el número de personas que pueden transmitir la infección, ofreciendo tratamiento contra el VHC, es un componente esencial de una respuesta preventiva integral. Las guías clínicas europeas recomiendan que todos los pacientes con enfermedad hepática crónica debida a la infección por VHC deben ser considerados para la terapia. Las guías también recomiendan que el tratamiento debe considerarse sin demora en las personas con riesgo de transmitir el virus (incluidos los consumidores de drogas inyectadas activos) y que el tratamiento del VHC debe proporcionarse a los consumidores de drogas de forma individualizada y en un entorno multidisciplinar.

Desde 2013, las pautas eficaces, mejor toleradas, totalmente orales y sin interferón con agentes antivirales de acción directa se están convirtiendo en la base del tratamiento de la infección por VHC.

Además, el tratamiento con estos medicamentos puede ofrecerse en servicios especializados de drogas en entornos comunitarios, lo que puede aumentar la aceptación y la disponibilidad. Muchos países europeos están adoptando nuevas estrategias sobre hepatitis virales, actualizando las guías de tratamiento y mejorando las pruebas del VHC y la vincula-

ción a la atención. Sin embargo, persisten desafíos, como los bajos niveles de pruebas, las vías de derivación y tratamiento poco claras en muchos países, y el alto coste de los nuevos medicamentos.

El consumo de drogas es una causa reconocida de mortalidad evitable entre los adultos europeos

| Muertes por sobredosis: aumentos recientes

El consumo de drogas es una causa reconocida de mortalidad evitable entre los adultos europeos. Los estudios sobre cohortes de consumidores de drogas de alto riesgo suelen mostrar tasas de mortalidad total del orden del 1-2 % anual. En general, los consumidores de opioides en Europa tienen de 5 a 10 veces más probabilidades de morir que sus pares de la misma edad y sexo. El aumento de la mortalidad entre los consumidores de opioides se relaciona principalmente con la sobredosis, pero también son importantes otras causas de muerte indirectamente relacionadas con el consumo de drogas, como las infecciones, los accidentes, la violencia y el suicidio. La mala salud, marcada por afecciones acumuladas e interrelacionadas, es frecuente. Las afecciones pulmonares y hepáticas crónicas, así como los problemas cardiovasculares, son frecuentes y representan una proporción creciente de las muertes entre los consumidores de drogas de mayor edad y crónicos.

En Europa, la sobredosis de drogas sigue siendo la principal causa de muerte entre los consumidores de drogas de alto riesgo, y más de tres cuartas partes de las víctimas de sobredosis son hombres (78 %). Los datos sobre sobredosis, especialmente el total acumulado europeo, deben interpretarse con cautela. Entre las razones se encuentran la subnotificación sistemática en algunos países y los procesos de registro que dan lugar a retrasos en la notificación.

Por lo tanto, las estimaciones anuales representan un valor mínimo provisional.

Se estima que en 2015 se produjeron en la Unión Europea al menos 7 585 muertes por sobredosis, en las que intervino al menos una droga ilícita. Esta cifra asciende a una estimación de 8 441 muertes si se incluyen Noruega y Turquía, lo que representa un aumento del 6 % respecto

a la cifra revisada de 2014 de 7 950, y se han notificado aumentos en casi todas las franjas de edad (Figura 3.12). Como en años anteriores, el Reino Unido (31 %) y Alemania (15 %) representan juntos alrededor de la mitad del total europeo. Esto se relaciona en parte con el tamaño de las poblaciones en riesgo de estos países, pero también con la infranotificación en algunos otros países. Centrándonos en los países con sistemas de notificación relativamente sólidos, los datos revisados de 2014 confirman un aumento del número de muertes por sobredosis en España, mientras que los aumentos del número de muertes por sobredosis notificados en 2014 en Lituania y el Reino Unido han continuado en 2015, y ahora también se notifican aumentos en Alemania y los Países Bajos. También se observa una tendencia ascendente continuada en Suecia, aunque puede deberse en parte a los efectos combinados de cambios en las prácticas de investigación, codificación y notificación.

Turquía sigue notificando aumentos, pero esto parece deberse en gran medida a mejoras en la recogida y notificación de datos.

Reflejando la naturaleza envejecida de la población europea consumidora de opioides, que presenta el mayor riesgo de muerte por sobredosis de drogas, el número notificado de muertes por sobredosis aumentó

Número de muertes inducidas por drogas notificadas en Europa en 2014 y 2015, por franja de edad

Número de muertes

entre los grupos de mayor edad entre 2007 y 2015, mientras que | Las muertes relacionadas con opioides impulsan el aumento general disminuyeron las de los grupos de menor edad. Sin embargo, el 10 % de los casos de sobredosis son menores de 25 años, y La heroína o sus metabolitos, a menudo en combinación con otras recientemente se ha producido un ligero aumento del número de sustancias, están presentes en la mayoría de las sobredosis mortales muertes por sobredosis notificadas entre los menores de 25 años en notificadas en Europa. Los datos más recientes muestran un aumento varios países, incluidos Suecia y Turquía. del número de muertes relacionadas con la heroína en Europa, notably

en el Reino Unido. En Inglaterra y Gales, se mencionó heroína o morfina en 1 200 muertes registradas en 2015, lo que representa un aumento del 26 % respecto al año anterior y un aumento del 57 % en relación con 2013. Las muertes relacionadas con la heroína también aumentaron en Escocia (Reino Unido), Irlanda y Turquía. Otros opioides también aparecen regularmente en los informes toxicológicos. Estas sustancias, principalmente

Características Tendencias de las muertes por sobredosis

@ t) Edad media Muertes con

en el momento del fallecimiento opioides presentes

~ 6000

38 719 %

22% 78% Edad en el momento del fallecimiento — _ 3000 25-39) 42%
~ 1000 40-64 43% -0 >64 4% eae Mi Turquía Mi España Mi Suecia Mi
Alemania

Reino Unido {ij Otros países

"7365, © 241...

Informe Europeo sobre Drogas 2017: Tendencias y novedades

metadona y buprenorfina, pero también fentanilos y tramadol, están asociados con una parte sustancial de las muertes por sobredosis en algunos países. Según los datos más recientes, el número de muertes registradas relacionadas con metadona superó las relacionadas con heroína en Croacia, Dinamarca, Francia e Irlanda.

Los estimulantes como la cocaína, las anfetaminas, el MDMA y las catinonas están implicados en un número menor de muertes por sobredosis en Europa, aunque su importancia varía según el país. En el Reino Unido (Inglaterra y Gales), las muertes en las que intervino la cocaína aumentaron de 169 en 2013 a 320 en 2015, aunque muchas de ellas se cree que son sobredosis de heroína entre personas que también consumían crack. En España, donde las muertes relacionadas con la cocaína se han

mantenido estables durante algunos años, la droga siguió siendo la segunda droga ilícita más citada en las muertes por sobredosis en 2014 (269 casos). En 2015, las muertes relacionadas con estimulantes en Turquía incluyeron 56 casos asociados con cocaína, 206 casos con anfetaminas y 166 casos con MDMA (62 de los cuales se atribuyeron al uso de MDMA solo). Se notificaron cannabinoides sintéticos en 137 casos en Turquía, 63 de los cuales se atribuyeron únicamente al uso de estas drogas.

| Tasas de mortalidad más altas en el norte de Europa

La tasa de mortalidad por sobredosis en Europa en 2015 se estima en 20,3 muertes por millón de habitantes de 15 a 64 años. La tasa entre los hombres (32,3 casos por millón de hombres) es casi cuatro veces la de las mujeres (8,4 casos por millón de mujeres). Las tasas de mortalidad por sobredosis alcanzan su máximo a los 35-39 años en los hombres y a los 30-34 años en las mujeres. La edad media en el momento del fallecimiento, sin embargo, es menor entre los hombres: 38 frente a 41 entre las mujeres. Las tasas de mortalidad nacionales y las tendencias varían considerablemente (Figura 3.13), y están influidas por factores como la prevalencia y los patrones de consumo de drogas, así como por las prácticas nacionales de notificación, registro de información y codificación de los casos de sobredosis en las bases de datos nacionales de mortalidad.

Según los últimos datos disponibles, se notificaron tasas superiores a 40 muertes por millón de habitantes en 8 países del norte de Europa, con las tasas más altas notificadas en Estonia (103 por millón), Suecia (100 por millón), Noruega (76 por millón) e Irlanda (71 por millón) (Figura 3.13).

Los pacientes que entran y salen frecuentemente del tratamiento son especialmente vulnerables a la sobredosis

| Prevención de sobredosis y muertes relacionadas con las drogas

Reducir las sobredosis mortales de drogas y otras muertes relacionadas con las drogas es un importante desafío 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.

Un metaanálisis de estudios observacionales respalda la eficacia del tratamiento de sustitución con metadona para reducir la mortalidad (por sobredosis y por todas las causas) entre las personas dependientes de opioides. La tasa de mortalidad de los pacientes en tratamiento con metadona fue menos de un tercio de la tasa esperada en los consumidores de opioides fuera de tratamiento. El análisis del riesgo de muerte en las distintas etapas del tratamiento sugiere la necesidad de centrar las intervenciones al inicio del tratamiento (durante las primeras 4 semanas, en particular con metadona) y una vez finalizado. Tras la conclusión del tratamiento, las primeras 4 semanas se asocian con un mayor riesgo de sobredosis. Esto sugiere que los pacientes que entran y salen frecuentemente del tratamiento son especialmente vulnerables a la sobredosis.

Los centros de consumo supervisado de drogas tienen como objetivo tanto prevenir la aparición de sobredosis como garantizar que se disponga de apoyo profesional si se produce una sobredosis.

Actualmente funcionan centros de este tipo en 6 países de la UE y Noruega; 78 centros en total. En 2016, se abrieron 2 salas de consumo en Francia para un ensayo de 6 años, y se establecieron nuevos centros en Dinamarca y Noruega.

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

Casos por millón de habitantes 7S, Estonia JS Sweden 7, Norway aaiclaanc

YS Reino Unido / Lituania “7 Dinamarca 7 Finlandia JA ie D

NB: Tendencias en los ocho países que notificaron los valores más altos en 2015 o 2014 y tendencia europea general.

UE + 2 se refiere a los Estados miembros de la UE, Turquía y Noruega.

| Naloxona: nuevos productos en desarrollo

La naloxona es un medicamento antagonista de los opioides que puede revertir la sobredosis de opioides y se utiliza en los servicios de urgencias hospitalarios y por el personal de ambulancias. En los últimos años ha aumentado la provisión de naloxona «para llevar a casa» a los consumidores de opioides, sus parejas, pares y familias, junto con la formación para reconocer y responder a la sobredosis. También se ha puesto la naloxona a disposición del personal de los servicios que entran regularmente en contacto con consumidores de drogas. Actualmente existen programas de naloxona para llevar a casa en 10 países europeos. Los kits de naloxona proporcionados por los servicios de drogas y de salud generalmente incluyen jeringas precargadas con el medicamento, aunque en Dinamarca y Noruega un adaptador permite administrar la naloxona

| <10 ME 10-40 Mm >40

Casos por millón de habitantes

por vía intranasal. En Francia, se ha concedido una autorización temporal de uso a una nueva formulación nasal del medicamento. Tras ampliarse en entornos comunitarios desde 2013, la provisión de naloxona para llevar a casa en Estonia se extendió a las prisiones en 2015. Una revisión sistemática reciente de la eficacia de la naloxona para llevar a casa encontró evidencia de que su provisión en combinación con intervenciones educativas y de formación reduce la mortalidad relacionada con la sobredosis.

Algunas poblaciones con un riesgo elevado de sobredosis, como los reclusos recién liberados, pueden beneficiarse especialmente, y una evaluación del programa nacional de naloxona en el Reino Unido (Escocia) encontró que se asociaba con una reducción significativa en la proporción de muertes relacionadas con opioides que ocurrían dentro del mes siguiente a la liberación de la prisión.

Informe Europeo sobre Drogas 2017: Tendencias y novedades

Publicaciones del OEDT

Informe sobre la evaluación del riesgo de MDMA-CHMICA, Evaluaciones de riesgo.

Reducción de la oferta de drogas: una visión general de las políticas y medidas de la UE, Documentos del OEDT.

Informes nacionales sobre drogas 2017.

Evaluación de las políticas sobre drogas: una guía en siete pasos para apoyar la contratación y gestión de evaluaciones.

Enfermedades infecciosas relacionadas con las drogas en Europa. Actualización de la red de expertos del OEDT, Comunicaciones rápidas.

Urgencias hospitalarias y toxicidad aguda por drogas en Europa — actualización del grupo de investigación Euro-DEN Plus y el OEDT, Comunicaciones rápidas.

Hepatitis C entre consumidores de drogas en Europa: epidemiología, tratamiento y prevención, Perspectivas.

Respuestas sanitarias a las nuevas sustancias psicoactivas.

Prevención de muertes por sobredosis de opioides con naloxona para llevar a casa, Perspectivas.

Estrategias para prevenir la desviación de los medicamentos de tratamiento sustitutivo de opioides, Perspectivas sobre drogas.

Política de drogas y ciudad en Europa, Documentos del OEDT.

Comorbilidad del consumo de sustancias y los trastornos mentales en Europa, Perspectivas.

Mortalidad entre consumidores de drogas en Europa: nuevos y viejos desafíos para la salud pública, Documento del OEDT.

Prevención de conductas adictivas, Perspectivas.

Tratamiento de los trastornos relacionados con el cannabis en Europa, Perspectivas.

Salas de consumo de drogas: una visión general de la provisión y la evidencia, Perspectivas sobre drogas.

El papel de las intervenciones psicosociales en el tratamiento de drogas, Perspectivas sobre drogas.

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

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

Tratamiento de drogas basado en internet, Perspectivas sobre drogas.

Organizaciones de defensa de políticas sobre drogas, Documentos del OEDT.

La estrategia de la UE en materia de drogas (2013-20) y su plan de acción (2013-16), Perspectivas sobre drogas.

Consecuencias sanitarias de emergencia del consumo de cocaína en Europa, Perspectivas sobre drogas.

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

Publicaciones conjuntas del OEDT y el ECDC

VIH y hepatitis B y C en Letonia.

VIH en consumidores de drogas inyectables en la UE/EEE, tras un aumento notificado de casos en Grecia y Rumanía.

Orientación del ECDC y el OEDT. Prevención y control de enfermedades infecciosas entre personas que se inyectan drogas.

Todas las publicaciones están disponibles en

WYATAWA-YuntereCor-M-lo lao) of MLPA LU loli Cer-La ley

Anexo

se indican los datos a que se refieren.

TABLA A1

Entrantes en tratamiento durante el año ‘ ae oe qi % clientes por opioi-
des que se inyectan Clientes en uso de alto riesgo de opioides Clientes
por opioides como % de los entrantes en tratamiento (vía principal de
administración) estimación de tratamiento sustitutivo Año de | casos
por

Primeros tratados Entrantes tratados previamente Primeros tratados
Entrantes tratados previamente Entrantes tratados Entrantes tratados
Entrantes tratados

Bélgica = = 977 (3234 10,3 (411 374 (2773 14 (409 83(31 14,9 (374 16
681 Bulgaria = - 84,8 (1530 64,5 (207 % (932 73(772) 69,9(116) 75,5
(580 3.423 Se aie 2005) elie 15 17 (1720 7 (333 25,9 (1387 82,6(1412)
79,8(264) 83,2(1148 4.000 Dinamarca = = 13 (613 5,5 (124 20,6 (472
26,6 (121 10,5(11) 31,4. (108 6 268 Alemania 20144 «27-33 329(28669)
133(3552) 414(25117) 326(11392) 294(1549) 33,2(9843 77 200 Estonia
= = 93,3 (263 87,3 (55 95 (153 70,7 (183 67,3(37) —82,2(125 1166 Ir-
landa = 2 476 (4515 25,9 (971 62,4 (3 403 38,2(1672) 30,9(293)
39,9(1318 9917 Grecia 2015 21-28 698(2836 52,9 (834 80,8 (1984 324
(914) 266(221) 34,9(690 10 082 España 2014 «16-26 246(12032) 10,5
(2.486 42,9 (8 056 13,7 (1568 74 (178) 15,2(1173 61859 Francia 2013-14
4,4-7,4 28 (13 744 15 (2378 48,9 (8 310 18,5(2150) 123(263) 211(1505
168 840 Croacia 2015 25-40 813(6124 20,8 (176 89,1 (5917 72,1 (4377
36,5 (62) 73,2 (4299 5061 Italia 2015 46-59 53,3(25144) 388(8040)
646(17104) 508(10620) 39,5(2521) 55,8(8099 60 047 Chipre 2015 19-
32 25,7 (205 11,5 (50 44,2 (142 48 (97 46 (23 48,9 (68 252 Letonia
2014-34-75 53,5 (402 327 (128 76,1 (274 92,3(370) 82,8(106) 96,7 (264
609 Lituania aor | 2e-04 89 (2.268 66,1 (261 94 (1991 87,2(1970)
89,3(233) 87(1724 596 Luxemburgo 2007 5-76 56,2 (163 25(6 57,9 (125
43 (68 167 (1) 427 (53 1078 Hungría Milos | O4aos 3,6 (156 1,6 (46 8,4
(93 53,5 (77 48,9 (22 56 (51 669 Malta 2015 56-65 73,2(1296 28,7 (66
79,8 (1.230 61,9 (760 43,9(25) 62,8(735 1026 Países Bajos 2012. 11-15
11,5 (1 262 6,2 (402 19,3 (860 6,1(39 76 (13 5,6 (26 7421 Austria 2015
53-56 554(2016 26,9 (351 714 (1668 32,3 (516 23(73) 34,5 (443 17599

Polonia 20144 «04-07 16.31. 465 4,8 (208 276 (1.224 62,1 (902 40,8(84) 65,6 (800 2564 Portugal 2012. 42-55 49.21 357 28,9 (458 76,8 (899 16,6 (209 99(40) 19,8 (169 17011 Rumanía = - 32,6 (1057 17,3 (360 66,3 (686 88,2(834) 85,6 (286 90 (543 547 Eslovenia 2015 -3,4-41 747 (236 42 (37 877 (199 44,5 (105 24,3 (9 48,2 (96 3261 Eslovaquia 2008 += 10-25 24,1 (602 14.8179 33,6 (414 68,5 (402 514(91) 75,7 (305 600 Finlandia 2012 3,8-4,5 517 (339 38,3 (106 615 (233 73,3 (247 657(69) 76,7 (178 3.000 Suecia (') 4 - 25,2(8907) 16,8(2 101 29,5 (6.562 & = ~ 3679 ee 2010-11 79-84 49,7(59763) 217(8595) 63,5(50984) 318(13125 175 (929) 34 (12139 142.085 Turquía 2011 + 0,2-05 74,2(8073) 675(3627 80,7 (4 446 247(1994) 15,5(561) 32,2(1433 12.500 Noruega (2) Ia | AGA 17 (1005 = 2 = = a 7 498 aes = - 37,6(181918) 18,3(32921) 51,4(143189) 36,6(55311) 28,2(7550) 39(46856) 626541 UE, Turquía

Barney = - 38,2(190996) 19,8(36548) 52(147635) 36(57305) 26,7(8111) 38,8(48289) 646539

Los datos sobre clientes en tratamiento sustitutivo son de 2015, o del año más reciente disponible: Dinamarca, Finlandia, Países Bajos y España, 2014; Turquía, 2011.

(*) Los entrantes primerizos y tratados previamente solo están disponibles para dos de las tres fuentes de datos disponibles en Suecia y, por lo tanto, no son comparables con los datos de todos los entrantes.

(2) El porcentaje de clientes en tratamiento por problemas relacionados con opioides es un valor mínimo, que no tiene en cuenta a los clientes por opioides registrados como consumidores de policonsumo.

Informe Europeo sobre Drogas 2017: Tendencias y novedades

ac eel estimates Entrantes en tratamiento durante el año _ RI Últimos 12 Vida, | meses, Vida, Primeros tratados Tratados previamente Prime- ros tratados Tratados previamente Año de | adultos jóvenes estudiantes pares tratados tratados encuesta (15-64) adultos (15-16) entrantes en- trantes entrantes (15-34) i 2 a a aa

Bélgica () 3 18,9 (2 207 18,9 (756 18,9 (1401 6,9 (125 AA 9,4 (116 Bulga- ria 2012 0,9 0,3 5 1,6 (29) 6,5 (21 0,8 (8 Ae o(o 25 (2) ee 2015 18 03 1

0,3 (27 0,3 (12 0,3(15 00 00 00 Dinamarca 2013 Be 24 2 5,5 (260) 5,9 (134 5,4 (124 3,9 (8 = 8,6 (8 Alemania () 2015 3,8 12 3 6 (5 209 9,6 (1494 6,1(38715) 171(2843) 8,8(353) 19,7(2 490 Estonia 2008 = is) il 0,7 (2) = 1,2 (2 50 (1 = 50 (1 Irlanda 2015 78 2S) 3 10,5 (996 ASW (Sls) 8,4 (457 0,8 (8 0,2 (1 1,6 (7 Grecia = = = il 6,6 (269) 8,9 (141 9,2 (128 AaLte(Gsil 43(6 19,5 (25 España 2015 Qa 3,0 2 36,5 (17864 34,8 (8 234 37 (6 954 1,3 (224 0,7 (56 2,1 (141 Francia 2014 5,4 24 4 6,1 (3 013 6,1 (963 8,1 (1 369 10,2 (269 3662 16,5 (198 Croacia 2015 ei), 16 2 1,4 (104 2,8 (24 1,2 (80 22 = 252 Italia 2014 76 18 3] Pas dices)| so4(e29e PU KO1O39) 42 (479) 2,6 (159 5,9 (320 Chipre 2016 14 0,4 3 10 (80 8,3 (86 11,8 (38 9,1 (4 0(0 193 Letonia 2015 LS 12 2 LX) 18(7 0,6 (2 00 0(0 0(0 Lituania 2012 0,9 0,3 2 0,6 (15 18(7 Ce Ie 14,3 (1 14,3 (1 Luxemburgo = = = 19 (55) 16,7 (4 20,4 (44 44,4 (24 = 50 (22) Hungría (°) 2015 12 0,9 2) 239 PECs) LAs) a2 (5 14 15,8(3 Malta 2013 0,5 = 3 15,9 (281) 39,6 (91 12,3 (190 17,6 (45 8,1 (7 22,4 (38 Países Bajos 2015 bl 3,6 2 24,3 (2675 20,8 (1 357 29,6 (1318 04 (5 0,1(4 0,6 (4 Austria 2015 8 0,4 2 7,1 (258) 9,6 (125 Sy (leis) 6,3 (15 0,8 11,6 (14 Polonia 2014 ie 0,4 4 2,1 (189 19 (83 2,3 (101 2,2 (4 sles 3S Portugal 2012 1 0,4 2 12 331) 15.1239 S}(O2)) 44 (13 2G 9,6 (8 Rumanía 2013 0,8 0,2 3 0,6 (19 0,9 (18 00 0(0 0(0 = Eslovenia 2012 Al 1,2 2 41 (13) 91(8 Des) 23K 0(0 60 (3 Eslovaquia 2015 0,7 0,3 2 0,8 (19 0,79 0,7 (9 aod = 12,5 (1 Finlandia 2014 19 1,0 1 0 (0) 0(0 0(0 = = = Suecia (*°) 2013 = 12 2 0,9 (318 ig (ei 0,5 (103 00 0 (0) 0(0 ee e4) 2015 OW 40 2) 3:9) (GGis73) 17,2 (6 830 12,2 (9 806 1,5 (168 0,4 (18) 2,3 (146 Turquía 2011 = = = 1,8 (198 LS) 2A) = = = Noruega (") 2015 4,2 DD 1 14 (83) = = = = Teta - 5,2 1,9 - 13(62949) 15,4(27688) 11,4(31759) 6,5(4281) 2,4(649) 10(3556) Renee 2 = a = 12,6(63230) 15(27767) 11,2(31878) 6,5(4281) 2,4(649) 10(3556)

Las estimaciones de prevalencia para la población escolar se toman de encuestas escolares nacionales o del proyecto ESPAD. Debido a la incertidumbre de los procedimientos de recogida de datos, los datos de Letonia pueden no ser comparables.

() Las estimaciones de prevalencia para la población general se refieren solo a Flandes.

() Las estimaciones de prevalencia para la población general se refieren solo a Inglaterra y Gales.

@) Rango de edad para las estimaciones de prevalencia en la población general: 18-64, 18-34.

(*) Rango de edad para las estimaciones de prevalencia en la población general: 16-64, 16-34.

(©) Los entrantes primerizos y tratados previamente solo están disponibles para dos de las tres fuentes de datos disponibles en Suecia y, por lo tanto, no son comparables con los datos de todos los entrantes.

Anexo | Tablas de datos nacionales

Los cuadros de datos estadísticos que conforman este fragmento proceden de un facsímil digitalizado con abundante ruido de OCR, que he omitido conforme a las reglas. Su contenido es una serie de tablas numéricas sobre prevalencia y admisiones a tratamiento, cuyos encabezados y notas al pie traduzco a continuación.

Estimaciones de prevalencia. Personas admitidas a tratamiento durante el año.

Las estimaciones de prevalencia para la población escolar proceden de encuestas escolares nacionales o del proyecto ESPAD. Debido a la incertidumbre de los procedimientos de recogida de datos, los datos de Letonia pueden no ser comparables.

(7) Las estimaciones de prevalencia para la población general se refieren únicamente a Flandes.

(?) Las estimaciones de prevalencia para la población general se refieren únicamente a Inglaterra y Gales.

() Las personas admitidas a tratamiento se refieren a clientes con estimulantes distintos de la cocaína, no solo anfetaminas.

(*) Intervalo de edad para las estimaciones de prevalencia en la población general: 18-64, 18-34.

(°) Intervalo de edad para las estimaciones de prevalencia en la población general: 16-64, 16-34.

(°) Las personas admitidas por primera vez y las previamente tratadas solo están disponibles para dos de las tres fuentes de datos disponibles en Suecia y, por lo tanto, no son comparables con los datos de todas las personas admitidas.

Informe Europeo sobre Drogas 2017: Tendencias y novedades

Estimaciones de prevalencia. Personas admitidas a tratamiento durante el año. Clientes de MDMA como % de las personas admitidas a tratamiento.

Población escolar. Población general.

Últimos 12 meses. Alguna vez en la vida, meses. Alguna vez en la vida. Por primera vez. Previamente tratadas.

Adultos. Adultos jóvenes. Estudiantes.

Año de la encuesta. (15-64). (18-34). (15-16). Personas admitidas. Personas admitidas.

Las estimaciones de prevalencia para la población escolar proceden de encuestas escolares nacionales o del proyecto ESPAD. Debido a la incertidumbre de los procedimientos de recogida de datos, los datos de Letonia pueden no ser comparables.

(}) Las estimaciones de prevalencia para la población general se refieren únicamente a Flandes.

(?) Las estimaciones de prevalencia para la población general se refieren únicamente a Inglaterra y Gales.

©) Intervalo de edad para las estimaciones de prevalencia en la población general: 18-64, 18-34.

(*) Intervalo de edad para las estimaciones de prevalencia en la población general: 16-64, 16-34.

Anexo | Cuadros de datos nacionales

Estimaciones de prevalencia. Personas admitidas a tratamiento durante el año.

Población general. Clientes de cannabis como % de las personas admitidas a tratamiento.

Alguna vez en la vida. Últimos 12 meses. Alguna vez en la vida. Por primera vez. Previamente tratadas.

Adultos. Adultos jóvenes. Estudiantes.

Año de la encuesta. (15-64). (18-34). (15-16). Personas admitidas. Personas admitidas.

Las estimaciones de prevalencia para la población escolar proceden de encuestas escolares nacionales o del proyecto ESPAD. Debido a la incertidumbre de los procedimientos de recogida de datos, los datos de Letonia pueden no ser comparables.

(?) Las estimaciones de prevalencia para la población general se refieren únicamente a Flandes.

(?) Las estimaciones de prevalencia para la población general se refieren únicamente a Inglaterra y Gales.

(°) Intervalo de edad para las estimaciones de prevalencia en la población general: 18-64, 18-34.

(*¹) Intervalo de edad para las estimaciones de prevalencia en la población general: 16-64, 16-34.

(°) Las personas admitidas por primera vez y las previamente tratadas solo están disponibles para dos de las tres fuentes de datos disponibles en Suecia y, por lo tanto, no son comparables con los datos de todas las personas admitidas.

Informe Europeo sobre Drogas 2017: Tendencias y novedades

Diagnósticos de VIH atribuidos al consumo de drogas inyectadas.

Jeringuillas distribuidas mediante programas especializados.

Muertes inducidas por drogas (de 15 a 64 años).

Estimación del consumo de drogas inyectadas.

Año de la estimación. Población (recuento). Población (recuento). Por millón de habitantes (recuento). Por millón de habitantes (recuento).

Debe procederse con cautela al comparar las muertes inducidas por drogas debido a cuestiones de codificación, cobertura y subregistro en algunos países.

() Las jeringuillas distribuidas mediante programas especializados se refieren a 2014.

() Datos de jeringuillas del Reino Unido: Inglaterra, sin datos; Escocia, 4 376 456 y Gales, 3 398 314 (ambos en 2015); Irlanda del Norte, 292 390 (2014).

Anexo | Cuadros de datos nacionales

Anfetaminas.

Cantidad incautada. Número de incautaciones. Cantidad incautada. Número de incautaciones. Cantidad incautada. Número de incautaciones.

Recuento. Tabletas. (egy). Recuento.

Bélgica 121 2375 17 487 4.330 73 3 260 59 696 9 1739 Bulgaria BG A 9 2 73 — 17284 <0.01 z República Checa D 76 120 113 juguete 1155 311004 133 Dinamarca 29 e714 548 3.470 193 2 626 70 244 (10 1.005 Alemania 210 3061 3114 3592 1423 13.680 967 410 (0 4015 Estonia <0.01 B 4 60 119 391 41549 (13 239 Irlanda z 758 a 364 = 63 -(0 204 Grecia 567 2957 102 575 3 118 300 (0 56 España 256 7155 21621 38 273 360 4.500 135 110 (0 2958 Francia 818 4.692 10 869 9483 486 1027 1325305 1592 Croacia 145 154 12 359 15 597 BG 747 Italia 768 2.230 4.035 5 403 26 278 17573 (11 406 Chipre <0.01 8 107 95 1.68 55 173 (1 50 Letonia g 142 4 62 36 763 238 (3 154 Lituania D 368 533 16 62 205 1 1 Luxemburgo 8 208 11 190 0.27 13 943 (0 4 Hungría 12 48 31 153 34 706 56 420 (7 287 Malta 4 35 a 156 <0.01 a 1404 (0.01 46 Países Bajos = = = = = = = = Austria 70 605 120 1190 70 1088 10 148 3 512 Polonia 4 2 219 = 747 - 120886 (78 = Portugal 97 763 6029 1079 2 111 35 484 (2 180 Rumanía 334 335 71 119 04 55 13 852 (0.1 280 Eslovenia 6 DS 3 178 3 = 2 908 (2 =— Eslovaquia 3 63 5) 42 5 819 1460 (0 40 Finlandia 04 = 9 = 300 5 23 660 (0 2 Suecia 8 483 114 2086 546¹⁴ 5 398 95 421 (35 2095 Reino Unido

806 8 083 4.228 15 588 491 4517 ioe 3.030 Turquía 8204 ploy 511 941
4.057 2336 56739010 5012 Noruega ED 1178 85 1332 628 7304 116.353
(27 1241 Unión Europea 4537 36 045 69 421 86976 5196 41397 3812305
(212) 19 793 He ete 12893 49 494 70017 89 249 9880 51037 9602559
(185) 26 046

Las anfetaminas se refieren tanto a la anfetamina como a la metanfetamina.

Todos los datos corresponden a 2015. No se dispone de datos de Escocia (Reino Unido).

Informe Europeo sobre Drogas 2017: Tendencias y novedades

APREHENSIONES (continuación)

me ee Cannabis herbáceo Plantas de cannabis

aie: ai = aprehensiones aprehensiones aprehensiones

Fcouney | kg | recuento | tg | recuento | atanta(ea) | recuento |

Bélgica 7045 5 569 764 26 401 - Bulgaria 3} = 1176 = SMS (Sy VS = Re-
pública Checa 8 105 655 3672 30 770 (o 361 Dinamarca SiG 19 14 680
616 1214 14 560 (464 545 Alemania 1599 6059 3 852 32 3353 1546210 2
167 Estonia 812 Dl 60 So) o (42 44 Ireland = 192 = 1049 = 182 Grecia
330 542 2474 5 499 59 242 (o WSS España 380 361 164 760 US Oils)
156 984 379 846 (o 2029) Francia 60 790 65 503 16 835 32 446 USS)
SEIS (o) = Croacia 12 764 409 4546 5 687 (o 270 Italia 67 825 7 684 9
286 5 838 138 013 (o 1566 Chipre S 21 226 WHY 2814 (o 58 Letonia
272 63 Vl WAZ — (20 Ay Lituania Ssiil 62 143 456 =(E = Luxemburgo at
130 20 1040 81(o 10 Hungría 18 141 590 1945 4659 (o 127 Malta 70 le?
4 106 28 (o 8 Países Bajos = = = = 9 940 000 (o = Austria 287 2 038
851 11 426 =(687 379 Polonia 843 = 1830 = 103 339 (o = Portugal 2412
4180 224 582 6 102 (o 298 Rumanía 5 178 180 1987 =(293 90 Eslovenia
3 109 458 3 103 14006 (o 167 Eslovaquia ey ee 70 1204 2085 (o 35 Fin-
landia 63 = 208 = 23 000 (125 = Suecia 1065 8 897 1054 Soil) =(— =
Reino Unido 7219 5 959 30 680 100 811 B99 23010 OW/85 Turquía
7855 3730) 45 816 29 652 o 2471 Noruega 2015 11394 IDS) 4411 o (69
Soe) Unión Europea 536 293 287 792 88649 404362 11441789 (39376)

18 823 cave one 546 163 302 936 134719 438425 11441789(39 445)
21633

Todos los datos corresponden a 2015. No se dispone de datos de Escocia (Reino Unido).

Publicaciones gratuitas

un ejemplar: a través de la Librería de la UE (<http://bookshop.europa.eu>)

más de un ejemplar o carteles/mapas:

en las representaciones de la Unión Europea (http://ec.europa.eu/represent_en.htm);

en las delegaciones en países no pertenecientes a la UE (http://eeas.europa.eu/delegations/index_en.htm); contactando con el servicio Europe Direct (http://europa.eu/europedirect/index_en.htm) o llamando al 00 80067891011

(número gratuito desde cualquier lugar de la UE) (*).

(*) La información facilitada es gratuita, como la mayoría de las llamadas (aunque algunos operadores, cabinas telefónicas u hoteles pueden cobrárselas).

Publicaciones de pago

a través de la Librería de la UE (<http://bookshop.europa.eu>)

Acerca de este informe

El informe Tendencias y novedades presenta una visión general de alto nivel del fenómeno de las drogas en Europa, abarcando la oferta, el uso y los problemas de salud pública relacionados con las drogas, así como las políticas y respuestas en materia de drogas. Junto con el Boletín Estadístico en línea y los 30 Informes Nacionales sobre Drogas, constituye el paquete del Informe Europeo sobre Drogas 2017.

Acerca del OEDT

El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) es la fuente central y autoridad confirmada sobre las 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 públicos una imagen basada en la evidencia del fenómeno de las drogas a nivel europeo.

Las publicaciones del OEDT son una fuente primordial de información para un amplio abanico de públicos, entre ellos: 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 OEDT es una de las agencias descentralizadas de la Unión Europea.

Oficina de Publicaciones

Colofón

Edición digital preparada por Pevgrow para su Biblioteca de cannabis.

Texto original: EMCDDA, *European Drug Report 2017: Trends and Developments*, 2017. Original publicado en acceso abierto; conserva la atribución de su fuente.

Fuente del original: EUDA.

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

Generado el 2026-10-25.