



EMCDDA — Observatorio Europeo
de las Drogas y las Toxicomanías

ES

ISSN 2314-9088

Informe Europeo sobre Drogas

tendencias y novedades

2018

Informe Europeo sobre Drogas 2018: tendencias y novedades

EMCDDA

2018

DE QUÉ TRATA

Informe anual del Observatorio Europeo de las Drogas y las Adicciones correspondiente a 2018. 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 2018.

FICHA

Temas

legislacion, ciencia

Época

Actualidad (2000 en adelante)

Derechos

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

Fuente del original

EUDA

Edición

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

ÍNDICE

Capítulo 1 22

Capítulo 2 58

Capítulo 3 86

Informe Europeo sobre Drogas 2018: tendencias y novedades

Observatorio Europeo de las Drogas y las Adicciones

EUDA, 2018.

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

Centro Europeo de Vigilancia de las Drogas y las Toxicomanías

Informe

Europeo

sobre Drogas

Tendencias y novedades

Centro Europeo de Vigilancia de las Drogas y las Toxicomanías

Informe Europeo sobre Drogas

Tendencias y novedades

| Aviso legal

Esta publicación del Centro Europeo de Vigilancia 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.

Este informe está disponible en búlgaro, español, checo, danés, alemán, estonio, griego, inglés, francés, croata, italiano, letón, lituano, húngaro, neerlandés, polaco, portugués, rumano, eslovaco, esloveno, finés, sueco, 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, 2018

Impreso ISBN 978-92-9497-283-5 ISSN 1977-9860
doi:10.2810/688395 TD-AT-18-001-EN-C PDF ISBN 978-92-9497-272-
9 ISSN 2314-9086 doi:10.2810/800331 TD-AT-18-001-EN-N

© Centro Europeo de Vigilancia de las Drogas y las Toxicomanías, 2018
Se autoriza la reproducción siempre que se cite la fuente.

Cita recomendada: Centro Europeo de Vigilancia de las Drogas y las Toxicomanías (2018), Informe Europeo sobre Drogas 2018: Tendencias y novedades, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo.

Centro Europeo de Vigilancia de las Drogas y las Toxicomanías

Praça 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

Comprender los problemas de drogas en Europa y desarrollar respuestas eficaces

La oferta de drogas y el mercado

Prevalencia y tendencias del consumo² de drogas

Tablas de datos nacionales

| Prefacio

Nos complace presentar el análisis anual del EMCDDA sobre el fenómeno de las drogas en Europa. El Informe Europeo sobre Drogas 2018: Tendencias y novedades ofrece una visión oportuna de los problemas de drogas en Europa y de las respuestas a los mismos. Nuestro informe insignia se basa en una revisión exhaustiva de los datos europeos y nacionales que pone de relieve patrones y cuestiones emergentes. Este año se acompaña en línea de 30 Informes Nacionales sobre Drogas y de recursos que contienen conjuntos completos de datos y gráficos, lo que permite una visión general de cada país.

Nuestro informe está concebido para dotar a nuestras partes interesadas de una visión general completa. También proporcionará una alerta temprana de las nuevas tendencias en materia de drogas, ayudará a identificar prioridades para la planificación estratégica nacional y local, permitirá comparaciones entre países y apoyará las evaluaciones mediante el suministro de datos sobre tendencias. El informe se complementa con nuestra reciente publicación trienal, Respuestas sanitarias y sociales a los problemas de drogas: una guía europea (2017).

Informe

Europeo

sobre Drogas

Informe sobre los mercados de drogas de la UE

Respuestas sanitarias y sociales de los países 2015

Este año, para una amplia gama de sustancias, estamos viendo algunas señales preocupantes de niveles crecientes de producción de drogas que ahora tienen lugar dentro de Europa, más cerca de los mercados de consumo.

Los avances tecnológicos facilitan este desarrollo y también conectan a los productores y consumidores europeos de drogas con los mercados globales a través de la web superficial y la darknet. Observamos también que el aumento de la producción de cocaína en América del Sur está teniendo ahora un impacto en el mercado europeo, lo que conlleva tanto un mayor riesgo de problemas de salud para los usuarios como desafíos más complejos para las fuerzas del orden, a medida que los traficantes modifican y cambian las rutas de suministro.

Las pruebas emergentes de la mayor disponibilidad y consumo de cocaína crack en Europa son también motivo de preocupación y requieren seguimiento.

Informe Europeo sobre Drogas 2018: Tendencias y novedades

Las nuevas sustancias psicoactivas disponibles en los mercados de drogas europeos siguen causando problemas de salud pública y suponiendo un desafío para los responsables políticos. La reciente legislación de la UE ha reforzado el intercambio de información sobre las nuevas sustancias que aparecen en el mercado y ha reducido el tiempo necesario para que estas sustancias sean evaluadas en cuanto a riesgos y controladas en toda Europa.

Los opioides sintéticos y los cannabinoides altamente potentes están causando problemas en diversos contextos y, en el caso de los derivados del fentanilo, ponen en mayor peligro a quienes consumen drogas y a los intervinientes de primera línea. Abordar este desafío ha renovado el enfoque en el papel del antídoto opioide naloxona en las estrategias de respuesta a las sobredosis y en el nivel de acceso a la misma que tienen los consumidores de drogas.

Consideramos que las amenazas que las drogas plantean a la salud pública y a la seguridad en Europa siguen requiriendo una respuesta multidisciplinar de alto nivel. El nuevo plan de acción de la UE adoptado en 2017 proporciona el marco para la necesaria cooperación europea.

Nuestro informe y el análisis que presenta son testimonio del sólido apoyo que recibimos de nuestros socios nacionales e institucionales. Las aportaciones de nuestros puntos focales nacionales de Reitox y de los

expertos nacionales nos permiten construir una visión única de la situación de las drogas en Europa. Agradecemos también a nuestros socios a nivel europeo, en particular a la Comisión Europea, Europol, el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades y la Agencia Europea de Medicamentos. Además, agradecemos a las redes especializadas que han colaborado con nosotros para que podamos incorporar datos punteros e innovadores a nuestro informe en los ámbitos del análisis de aguas residuales, las encuestas escolares y las urgencias hospitalarias relacionadas con las drogas.

Laura d'Arrigo

Presidenta del Consejo de Administración del EMCDDA

Alexis Goosdeel

Director del EMCDDA

| Nota introductoria y agradecimientos

Este informe se basa en la información proporcionada al EMCDDA por los Estados miembros de la UE, el país candidato Turquía y Noruega en un proceso anual de presentación de informes.

El propósito del presente informe es ofrecer una visión general y un resumen de la situación europea en materia de drogas y de las respuestas a la misma. Los datos estadísticos que aquí se presentan se refieren a 2016 (o al último año disponible). El análisis de tendencias se basa únicamente en aquellos países que proporcionan datos suficientes para describir cambios durante el período especificado. El lector debe ser también consciente de que el seguimiento de patrones y tendencias en un comportamiento oculto y estigmatizado como el consumo de drogas es 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 nivel europeo, deben reconocerse las dificultades metodológicas en este ámbito. Por consiguiente, se requiere cautela en la interpretación, en particular cuando se comparan países sobre 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 allí sobre los métodos y datos utilizados para las estimaciones a nivel europeo, donde puede emplearse la interpolación.

El EMCDDA desea agradecer lo siguiente por su ayuda en la elaboración de este informe: a los responsables de los puntos focales nacionales de Reitox y a su personal;

a los servicios y expertos de cada Estado miembro que recopilaron los datos brutos para este informe;

| a los miembros del Consejo de Administración y del Comité Científico del EMCDDA; al Parlamento Europeo, al Consejo de la Unión Europea —en particular a su Grupo Horizontal sobre Drogas— y a la Comisión Europea; al Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC), a la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) y a Europol;

al Grupo Pompidou del Consejo de Europa, a la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, a la Oficina Regional para Europa de la OMS, a Interpol, a la Organización Mundial de Aduanas, al Proyecto Europeo de Encuestas Escolares sobre Alcohol y Otras Drogas (ESPAD), al Grupo Central de Análisis de Aguas Residuales de Europa (SCORE), a la Red Europea de Urgencias por Drogas (Euro-DEN Plus);

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

Puntos focales nacionales de Reitox

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

al EMCDDA. Los datos de contacto de los puntos focales nacionales pueden encontrarse en el sitio web del EMCDDA.

Los desarrollos en los países europeos están tanto influidos por las tendencias globales en materia de drogas como inciden en ellas

Comentarios

Comprender los problemas de drogas en Europa y desarrollar respuestas eficaces

En este comentario exploramos algunos de los factores clave que parecen influir tanto en los patrones de consumo de drogas que vemos en Europa en 2018 como en los problemas sanitarios, sociales y de seguridad asociados a ellos. Un punto de partida para esta discusión es la observación general de que hoy, según los estándares históricos, no solo el problema de las drogas en Europa parece atravesar una fase particularmente dinámica, sino que, en general, los datos disponibles sugieren que la disponibilidad de drogas es alta y en algunas áreas incluso está aumentando. Esto presenta un conjunto de importantes desafíos nuevos para las respuestas nacionales y europeas existentes al consumo de drogas y a los problemas relacionados con las drogas, algunas de cuyas implicaciones se analizan a continuación.

Indicios de un aumento de la producción de drogas en Europa

Los desarrollos en los países europeos están tanto influidos por las tendencias globales en materia de drogas como inciden en ellas. Para algunas drogas estimulantes sintéticas como el MDMA, Europa es un importante productor, que exporta productos y conocimientos técnicos a otras partes del mundo.

En el caso del cannabis, la producción europea ha desplazado en cierta medida la importación y parece haber tenido impacto en los modelos de negocio de los productores externos. Una consecuencia de ello puede verse en la mayor potencia de la resina de cannabis que ahora se trafica hacia Europa.

En el caso de la cocaína y la heroína, las otras dos principales drogas ilícitas de origen vegetal, la producción sigue centrada en países latinoamericanos.

americanos y asiáticos, respectivamente. Los datos globales sugieren que, para ambas sustancias, la producción ha ido en aumento.

Cómo afecta esto a Europa merece escrutinio. En el caso de la heroína, a pesar de la pureza relativamente alta de la droga a nivel de calle, el consumo general sigue siendo estable y las tasas de iniciación al consumo parecen ser bajas. En el caso de la cocaína, por el contrario, varios indicadores muestran ahora una tendencia al alza. Esto se analiza con más detalle a continuación. Sin embargo, para ambas sustancias, los datos de incautaciones sugieren algunos cambios recientes en la cadena de producción que pueden tener importantes implicaciones futuras. El procesamiento secundario y la extracción de cocaína a partir de «materiales portadores» siguen observándose en Europa, al igual que la importación de grandes volúmenes de la droga ocultos en contenedores de transporte marítimo. En el caso de la heroína, una novedad es que se han detectado y desmantelado laboratorios que convierten morfina en heroína en varios países europeos. El motor de ello es probablemente la mayor disponibilidad y el costo considerablemente menor en Europa del anhídrido acético, un precursor químico clave para la producción de heroína, en un momento en que las cosechas de adormidera están aumentando. Este desarrollo ilustra no solo la naturaleza globalmente interconectada de las redes modernas de producción de drogas, sino también la necesidad de enmarcar las respuestas de control de drogas, como los controles de precursores, dentro de una perspectiva global.

Informe Europeo sobre Drogas 2018: Tendencias y novedades

De manera similar, si bien los esfuerzos europeos e internacionales para restringir la producción y disponibilidad de nuevas sustancias psicoactivas parecen estar teniendo ahora cierto impacto, también ha habido informes de tableteo y fabricación de estas sustancias dentro de las fronteras europeas. Hasta la fecha, estos desarrollos en la producción de nuevas drogas parecen limitados. Sin embargo, los cambios en esta área tienen el potencial de impactar rápidamente en los problemas de drogas y, por lo tanto, se requiere vigilancia para garantizar que Europa esté preparada para responder mejor a las posibles amenazas futuras en esta área.

La venta de drogas en internet representa otro buen ejemplo de cómo el cambio puede ocurrir rápidamente, planteando desafíos para las políticas y modelos de respuesta existentes y para el monitoreo de drogas. Un reciente informe conjunto del EMCDDA y Europol analizó el papel que desempeñan los proveedores y consumidores europeos en este mercado global. Se estimó que los proveedores de la UE eran responsables de casi la mitad de las ventas de drogas en la «darknet» entre 2011 y 2015. Las ventas en línea son actualmente pequeñas en relación con el mercado ilícito de drogas en general, pero parecen estar creciendo. Si bien la atención se centra a menudo en la darknet, también es evidente que, para las nuevas sustancias psicoactivas y los medicamentos mal utilizados, las redes sociales y la web superficial pueden ser igualmente importantes. Particularmente preocupante aquí es la aparición de nuevas sustancias relacionadas con las benzodiazepinas.

Desde 2015 se han notificado catorce nuevas benzodiazepinas al Sistema Europeo de Alerta Temprana. Estas sustancias no son medicamentos autorizados en la Unión Europea y se sabe muy poco de su toxicología; sin embargo, es probable que los riesgos aumenten cuando se consumen junto con drogas ilícitas o alcohol. La disponibilidad tanto de benzodiazepinas consolidadas como de las nuevas en el mercado de drogas ilícitas parece estar aumentando en algunos países, y es sabido que estas sustancias desempeñan un papel importante, aunque a menudo pasado por alto, en las muertes por sobredosis de opioides. Resultan especialmente preocupantes los recientes indicios de que el consumo de estas sustancias podría estar creciendo entre los jóvenes, y esta es un área que requiere mayor investigación, consideración política y esfuerzos de prevención.

El consumo de benzodiazepinas entre consumidores de drogas de alto riesgo es un tema que se explora en un suplemento en línea de este informe.

Las consecuencias del aumento del suministro de cocaína

El aumento de la producción de cocaína en América Latina parece estar dejándose sentir ahora en el mercado europeo. En algunos países, el análisis de aguas residuales ha proporcionado una alerta temprana del aumento de la disponibilidad y el consumo de la droga, que ahora se reflejan también en otras fuentes de datos. Si bien los precios de la cocaína se han mantenido estables, la pureza de la droga se encuentra actualmente en el nivel más alto en más de una década en Europa.

Históricamente, la mayor parte de la cocaína que entraba en Europa lo hacía a través de la península ibérica. Las recientes incautaciones cuantiosas en otros lugares sugieren que la importancia relativa de esta ruta puede haber disminuido ligeramente, y que ahora la cocaína se trafica cada vez más hacia Europa a través de grandes puertos de contenedores.

Resulta notable a este respecto que, en 2016, Bélgica superara a España como el país con el mayor volumen de cocaína incautada.

En conjunto, las implicaciones para la salud pública del consumo de cocaína son difíciles de medir, ya que su papel tanto en los problemas agudos como en los daños sanitarios a largo plazo es difícil de monitorizar y a menudo puede pasar desapercibido. Cabe esperar, no obstante, que los problemas aumenten si crece la prevalencia del consumo y, en particular, los patrones de consumo de alto riesgo. Una de las señales de que esto podría estar ocurriendo es el aumento observado en el número de primeros ingresos a tratamiento especializado relacionados con la cocaína, aunque estos no han vuelto a los altos niveles vistos por última vez hace una década. De manera preocupante, aunque sigue siendo poco frecuente, también se observa cierto aumento del consumo notificado de crack, y existe la inquietud de que esto pueda estar empezando a afectar a más países. En conjunto, sigue existiendo la necesidad de comprender mejor qué constituye un tratamiento eficaz para los consumidores de cocaína, incluida la mejor manera de responder a los problemas de cocaína que pueden coexistir con la dependencia de opioides.

Comentario | Comprender los problemas de drogas de Europa y desarrollar respuestas eficaces

Las nuevas sustancias psicoactivas siguen suponiendo un desafío para la salud pública

La importancia de estar preparados para nuevos desafíos queda de manifiesto por el éxito del Sistema Europeo de Alerta Temprana para las nuevas sustancias psicoactivas. Este sistema ha sido reconocido internacionalmente por dotar a Europa de una capacidad para identificar y responder a la aparición de drogas de la que se carecía en otros lugares. Recientemente se ha adoptado legislación reforzada de la UE en este ámbito, que aumenta la velocidad de notificación, mientras que nuevos proveedores de información siguen incorporándose al sistema. Las nuevas sustancias psicoactivas representan un desafío en evolución para la política de drogas.

En conjunto, el sistema monitoriza unas 670 sustancias, y cada año se notifica la presencia de alrededor de 400 de ellas. La lista de sustancias que aparecen en el mercado de drogas sigue creciendo, y cada semana se notifica en Europa aproximadamente una nueva sustancia psicoactiva adicional. Aunque el número de nuevas sustancias que hacen su debut ha disminuido respecto al máximo alcanzado en 2015, las implicaciones negativas para la salud pública del consumo de estas drogas siguen siendo elevadas.

La aparición en Europa de opioides sintéticos y cannabinoides sintéticos vinculados a muertes e intoxicaciones agudas llevó al EMCDDA a evaluar un número sin precedentes de sustancias por sus riesgos para la salud pública. Este proceso puede desencadenar una respuesta legislativa acelerada en toda la Unión Europea. También se proporcionaron datos a la Organización Mundial de la Salud en 2017, y algunas de estas sustancias se están considerando ahora para el control internacional. En 2017 se investigaron cinco derivados del fentanilo. Estas sustancias estaban disponibles en varias formas novedosas, incluidos aerosoles nasales. A veces también se encontraban mezcladas con otras drogas, como heroína, cocaína o medicamentos falsificados, con la consecuencia de que los consumidores a menudo no sabían que estaban consumiendo la sustancia. La aparición de estas potentes drogas, a menudo adquiridas por internet, plantea importantes desafíos tanto para los servicios sanitarios como para los de aplicación de la ley.

Las sustancias son fáciles de transportar y ocultar, y pequeños volúmenes suelen representar muchos cientos de miles de posibles dosis callejeras. Desde una perspectiva sanitaria, se suman a la ya considerable carga atribuida a otras muertes por opioides. En Estados Unidos, los derivados del fentanilo contribuyen ahora de manera importante a la actual crisis de opioides y, en un breve período de tiempo, se han convertido en las sustancias más asociadas a la mortalidad por sobredosis. En Europa no nos enfrentamos a un problema de la misma escala, pero las notificaciones al EMCDDA de muertes y sobredosis no mortales asociadas al fentanilo y a derivados del fentanilo no controlados subrayan la necesidad de mantener la vigilancia.

I Los cannabinoides sintéticos se vinculan cada vez más a problemas de salud

Las notificaciones de daños para la salud vinculados a nuevos cannabinoides sintéticos llevaron a otras cuatro evaluaciones de riesgos por parte del EMCDDA en 2017. Los cannabinoides sintéticos se han asociado a muertes e intoxicaciones agudas. Un reciente informe del EMCDDA llamó la atención sobre los crecientes problemas de salud y seguridad que el consumo de estas sustancias está causando en algunas prisiones europeas. También era evidente que estos problemas pueden pasar a veces desapercibidos, debido a la facilidad con que estas sustancias pueden introducirse de contrabando en las prisiones y a los desafíos que existen para detectar su consumo.

Los cannabinoides sintéticos se comercializaron por primera vez como alternativas legales a los productos naturales de cannabis, pero en muchos sentidos son diferentes. Asociados inicialmente más al consumo recreativo, los cannabinoides sintéticos son ahora consumidos de forma problemática por grupos sociales más marginados, como las personas sin hogar, aunque en conjunto nuestra comprensión de los patrones de consumo de estas drogas sigue siendo limitada. Donde existe información, esta muestra que la prevalencia del consumo de cannabinoides sintéticos es generalmente baja, pero el potencial de estas sustancias para causar daño es considerable. Un indicio de ello puede verse en los recientes datos de Turquía, donde un aumento general de las muertes

inducidas por drogas parece estar impulsado en parte por el consumo de cannabinoides sintéticos.

Opioides sintéticos y [g §§ cannabinoides sintéticos § g vinculados a muertes e intoxicaciones agudas I

Informe Europeo sobre Drogas 2018: Tendencias y desarrollos

El cambiante mercado del cannabis plantea nuevos desafíos políticos

El cannabis sigue siendo la droga ilícita más consumida en Europa. La prominencia de la droga es evidente por su lugar en las incautaciones, las infracciones de la legislación sobre drogas, las estimaciones de prevalencia y las nuevas demandas de tratamiento. Los desarrollos en las Américas, que incluyen la legalización de la droga en algunas jurisdicciones, han llevado al rápido desarrollo de un mercado comercial del cannabis. Esto está dando lugar a la innovación en las formas de la droga disponibles y en los sistemas de administración para su consumo. Entre ellos se incluyen cepas de cannabis de alta potencia, e-líquidos y productos comestibles. El mercado recreativo legal ha venido acompañado de regulaciones que permiten el acceso al cannabis con fines médicos o terapéuticos en algunas jurisdicciones. El EMCDDA está monitorizando estos desarrollos y proporcionando resúmenes políticos explicativos para destacar algunos de los temas que plantean para el debate en Europa. Entre ellos está la posibilidad de que algunas de las nuevas formas de esta droga puedan aparecer en el mercado europeo de drogas.

Los desarrollos en América del Norte han suscitado un renovado interés por el papel que desempeña el cannabis en la conducción bajo los efectos de las drogas. En 2017 el EMCDDA acogió el tercer simposio internacional sobre la conducción bajo los efectos de las drogas. El informe de los expertos internacionales que asistieron a esta reunión destacó las dificultades para desarrollar respuestas políticas eficaces en este ámbito, un tema relevante para los países independientemente del estatus legal de la droga.

Otras cuestiones políticas importantes en este ámbito incluyen qué constituye un tratamiento adecuado para los trastornos relacionados con el cannabis, cómo garantizar sinergias políticas con las estrategias

de reducción del tabaco y qué constituye enfoques eficaces de reducción de daños en esta área. La prevalencia del consumo de cannabis en Europa sigue siendo alta según los estándares históricos, y se han observado aumentos recientes en algunos Estados miembros de la UE. También en un nivel alto, tras haber aumentado notablemente en la última década, se encuentra la potencia de la droga, tanto en forma de hierba como de resina. Además de las cuestiones de salud pública, existen preocupaciones sobre cómo este importante mercado ilegal impacta en la seguridad de la comunidad y puede ayudar a financiar el crimen organizado. Considerando las muchas cuestiones implicadas, definir qué constituye la respuesta más adecuada al consumo de cannabis es una tarea de creciente complejidad e importancia. El EMCDDA está comprometido a mejorar la comprensión de estas cuestiones y a proporcionar la información precisa, científica e imparcial necesaria para un debate informado sobre este desafiante tema político.

Responder a la sobredosis de opioides: el papel de la naloxona

Las muertes por sobredosis de drogas siguen siendo elevadas en Europa, y los opioides están implicados en la mayoría de los casos. La aparición de derivados del fentanilo en el mercado europeo de drogas refuerza los ya considerables argumentos para aumentar el acceso al antagonista de los opioides naloxona.

Hay cada vez más pruebas de que una mayor disponibilidad de esta sustancia, combinada con la formación en el reconocimiento y la respuesta a la sobredosis, puede ayudar a prevenir muertes entre quienes consumen opioides. Por lo tanto, la provisión de naloxona está siendo cada vez más reconocida en muchos países como un elemento importante de su estrategia de reducción de sobredosis. La disponibilidad de derivados del fentanilo aumenta aún más los riesgos en este ámbito, debido a su potencia y a que pueden ser consumidos por personas sin tolerancia a los opioides o poner en riesgo a quienes están expuestos a ellos accidentalmente por su ocupación, como los agentes de la ley. Estos desarrollos apuntan a una necesidad urgente de revisar las políticas actuales sobre naloxona y aumentar la formación y la sensibilización tanto para los consumidores de drogas como para los profesionales que puedan encontrarse con la droga.

Estas revisiones también deben tener en cuenta que las nuevas formulaciones no inyectables, como los aerosoles nasales, pueden facilitar el uso de naloxona en una gama más amplia de entornos.

Prisiones: un entorno importante para implementar respuestas

Responder al consumo de drogas en entornos de justicia penal es uno de los temas abordados en la publicación del EMCDDA Health and social responses to drug problems: a European guide.

La salida de la prisión es un período particularmente de alto riesgo para quienes tienen antecedentes de consumo de opioides. Para abordar esto, varios países han desarrollado programas innovadores que proporcionan naloxona y formación a quienes salen de prisión. Junto con la provisión de naloxona, la derivación a servicios adecuados de tratamiento comunitario y apoyo social se reconocen como respuestas clave en este ámbito. Esto destaca el papel del sistema de justicia penal en general y del entorno penitenciario en particular como un lugar crítico para abordar los problemas de los consumidores de drogas de alto riesgo.

Puede acumularse un dividendo comunitario significativo al evaluar a los consumidores de drogas y abordar sus necesidades sanitarias y sociales antes de su salida de prisión.

El cannabis sigue siendo la droga ilícita más consumida en Europa

Comentario | Comprender los problemas de drogas de Europa y desarrollar respuestas eficaces

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

Cannabis

Adultos (15-64)

Consumo en el último año 24,0 millones

Consumo alguna vez en la vida

87,6 millones

26,3%

Adultos jóvenes (15-34)

Consumo en el último año 17,2 millones

MB 14,1%

Estimaciones nacionales de consumo en el último año

Más baja Más alta

3,5 % 21,5 %

Adultos (15-64)

Consumo en el último año 2,6 millones

0,8 %

Consumo alguna vez en la vida 13,5 millones

Adultos jóvenes (15-34)

Consumo en el último año 2,2 millones

1,8 %

Estimaciones nacionales de consumo en el último año

¡Más baja! Más alta

0,2% 7,4%

Cocaína

Adultos (15-64)

Consumo en el último año 3,5 millones

1,1 %

Consumo alguna vez en la vida 17,0 millones

. 1 %

Adultos jóvenes (15-34)

Consumo en el último año 2,3 millones

Estimaciones nacionales de consumo en el último año

Más baja

0,2 %

Más alta

Anfetaminas

Adultos (15-64)

Consumo en el último año 1,7 millones

Consumo alguna vez en la vida 11,9 millones

Adultos jóvenes (15-34)

Consumo en el último año 1,2 millones

1,0 %

Estimaciones nacionales de consumo en el último año

Más baja Más alta

0% I 3,6%

Opioides

Consumidores de opioides de alto riesgo 1,3 millones

Nuevas sustancias psicoactivas

Estudiantes de 15 a 16 años en 24 países europeos

Solicitudes de tratamiento por drogas

Sobredosis mortales

Consumo en el último año 3,0%

Consumo alguna vez en la vida 1,0 %

Principal droga en alrededor del 36 % de todas las solicitudes de tratamiento por drogas en la Unión Europea

los consumidores de opioides recibieron tratamiento de sustitución en 2016

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

Informe Europeo sobre Drogas 2018: Tendencias y novedades

Un ejemplo de ello es el valor potencial que puede derivarse de ampliar las pruebas y el tratamiento de las enfermedades infecciosas entre la población penitenciaria. Esto ha cobrado particular importancia como resultado del compromiso de la Unión Europea de eliminar el virus de la hepatitis C.

La inyección de drogas es la forma predominante de transmisión de esta infección. Ahora se dispone de nuevas terapias eficaces, pero garantizar que los infectados tengan acceso a ellas sigue siendo un desafío. Las prisiones y los servicios de tratamiento de drogas son importantes para identificar a los infectados por el VHC. En 2018, el OEDT apoyará una nueva iniciativa para aumentar la concienciación y fomentar el acceso a las pruebas y el tratamiento de la hepatitis C con el fin de abordar este importante problema relacionado con las drogas.

I Velar por que el seguimiento siga siendo sensible a la evolución de los problemas de drogas

Aunque los datos sobre la disponibilidad de nuevas sustancias psicoactivas están mejorando, sigue siendo muy difícil estimar la demanda de estas sustancias en Europa.

Estas dificultades se amplifican cuando consideramos el uso indebido de medicamentos desviados, falsificados o sin licencia.

Una observación importante aquí es que nuestras herramientas de seguimiento existentes pueden ser insensibles a algunos cambios importantes que se producen en las pautas de consumo de drogas. Se necesita una mayor inversión en enfoques de seguimiento establecidos y nuevos,

como el análisis de aguas residuales, las encuestas basadas en la web y los estudios de detección de tendencias, para mantener el ritmo de estos cambios. El OEDT publicó recientemente las conclusiones de una evaluación anual de residuos de drogas en aguas residuales recogidas en ciudades de 19 países europeos, que demostró la utilidad de estas fuentes de información complementarias para proporcionar una ventana más oportuna sobre las tendencias de las drogas que la que ofrecen las fuentes de datos más tradicionales.

Además de apoyar la recopilación de datos dentro de Europa, la Unión Europea también trabaja para ayudar a terceros países a desarrollar su capacidad de seguimiento. Las iniciativas en este sentido incluyen proyectos de asistencia técnica financiados por la Comisión Europea para los países candidatos, candidatos potenciales y vecinos de la UE. Estas actividades son importantes no solo porque los problemas de drogas complican los problemas de salud y seguridad que experimentan los países que limitan con la UE, sino también porque la evolución de estos países interactúa con los problemas de drogas que afrontamos en nuestros propios Estados miembros, y repercute en ellos. El análisis presentado en el Informe Europeo sobre Drogas de este año reconoce, por tanto, explícitamente que, para comprender los retos actuales y futuros que el consumo de drogas plantea a la agenda política de salud y seguridad de Europa, también es necesario comprender las dimensiones globales de esta cuestión.

En el contexto global, Europa es un mercado importante para las drogas

Capítulo 1

El suministro de drogas y el mercado

En el contexto global, Europa es un mercado importante para las drogas, abastecido tanto por la producción nacional como por el tráfico procedente de 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 de camino a otros continentes. Europa es también una región productora de cannabis y drogas sintéticas; la producción de cannabis se destina mayoritariamente al consumo local, mientras que algunas 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, también se afianzaron otras sustancias, como el MDMA y la cocaína en los años noventa.

El mercado europeo de drogas sigue evolucionando, con una amplia gama de nuevas sustancias psicoactivas que han surgido en la última década. 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 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, instalaciones de producción de drogas desmanteladas, leyes sobre drogas, infracciones de la legislación sobre drogas, precios minoristas de las 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 usuarios, 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 completos de datos 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 OEDT y Europol. Dado que esta información procede de informes de casos y no de sistemas de seguimiento rutinarios, las estimaciones de incautaciones representan un

mínimo. Puede encontrarse una descripción completa del Sistema de Alerta Temprana en el sitio web del OEDT, en el apartado Acción sobre nuevas drogas.

Informe Europeo sobre Drogas 2018: Tendencias y novedades

Los mercados de drogas ilícitas en Europa: complejos y multinivel

Los mercados de drogas ilícitas son sistemas complejos de producción y distribución que generan grandes sumas de dinero en distintos niveles. La naturaleza del mercado dificulta su seguimiento. Sin embargo, una estimación conservadora valora el mercado minorista de drogas ilícitas de la Unión Europea en 24 000 millones de euros en 2013, correspondiendo la mayor cuota al cannabis (38 %), seguido de la heroína (28 %) y la cocaína (24 %).

Aunque los mercados fuera de línea siguen siendo predominantes, en los últimos años los mercados en línea han ido cobrando importancia como plataformas para la comercialización y distribución de drogas ilícitas.

Esto ha brindado nuevas oportunidades para el seguimiento de un sector de la actividad del mercado. Un análisis reciente del OEDT y Euro-pol identificó más de 100 mercados globales de la darknet, donde vendedores y compradores utilizan diversas tecnologías para ocultar su identidad. Se estima que dos tercios de todas las compras realizadas en estos mercados estaban relacionadas con drogas. Los proveedores con base en la UE fueron responsables de alrededor del 46 % de los ingresos por drogas en estos mercados entre 2011 y 2015, la mayor parte de los cuales correspondió a vendedores ubicados en Alemania, los Países Bajos y el Reino Unido.

Las drogas estimulantes constituyen la mayoría de todas las ventas europeas de drogas en la darknet. Los mercados de la darknet facilitan principalmente ventas de bajo volumen o directas al consumidor, aunque un análisis de uno de los mercados, Alphabay, encontró que, en comparación con otras drogas, una mayor proporción de las compras de MDMA parecía realizarse con la intención de revender.

Más de un millón de incautaciones de drogas ilícitas

Las incautaciones de drogas ilícitas por parte de las fuerzas del orden son un indicador importante de los mercados de drogas, con más de 1 millón de incautaciones de drogas ilícitas notificadas en 2016 en Europa. La mayoría de las incautaciones notificadas corresponden a pequeñas cantidades de drogas confiscadas a los usuarios. Sin embargo, los alijos 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 incautada con más frecuencia, representando más del 70 % del número total de incautaciones en Europa (Figura 1.1). Los tres países que notifican el mayor número de incautaciones, que en conjunto representan más del 60 % de todas las incautaciones de drogas en la Unión Europea, son España, el Reino Unido y Francia.

Número de incautaciones de drogas notificadas, desglosado por droga, 2016

Cannabis herbal

Resina de cannabis

Cocaína y crack

Anfetaminas

Heroína

MDMA 3 %

Otras

sustancias

Plantas de cannabis 2%

Sin embargo, no se dispone de datos sobre el número de incautaciones para los Países Bajos y Polonia, mientras que los datos de 2015 son los más recientes disponibles para Alemania, Irlanda y Eslovenia, lo que añade cierto grado de incertidumbre al análisis.

Cannabis: dominan las incautaciones de resina, pero aumenta la cantidad

de hierba

El cannabis herbal («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 la Unión Europea, con un valor mínimo estimado de 9300 millones de euros (rango probable de 8400 a 12 900 millones de euros). El cannabis herbal consumido en Europa se cultiva tanto dentro de Europa como se trafica desde países externos. El cannabis herbal producido en Europa se cultiva mayoritariamente en interiores. La resina de cannabis, aunque se produce cada vez más en Europa, se importa en su mayor parte, principalmente de Marruecos, y hay informes que indican que Libia se ha convertido en un importante centro de tráfico de resina. Además, los Balcanes occidentales son una fuente tanto de cannabis herbal como de aceite de cannabis.

En 2016 se notificaron en la Unión Europea 763 000 incautaciones de productos de cannabis, incluidas 420 000 incautaciones de cannabis herbal, 317 000 de resina de cannabis y 22 000 de plantas de cannabis. El número de incautaciones de cannabis herbal ha superado al de resina de cannabis desde 2009, con tendencias relativamente estables tanto en las incautaciones de resina como de cannabis herbal desde 2011 (Figura 1.2). Sin embargo, la cantidad de resina de cannabis incautada es más de 3 veces superior a la de cannabis herbal (424 frente a 124 toneladas). Esto es en parte consecuencia de que la mayor parte de la resina de cannabis se trafica en volumen a lo largo de 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 reviste especial importancia 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 Marrue-

cos, notificó las tres cuartas partes (76 %) de la cantidad total incautada en la Unión Europea en 2016 (Figura 1.3).

Un aumento de las cantidades de cannabis herbal incautadas en 2016 está vinculado en parte a los aumentos notificados en España, Grecia e Italia. También Turquía notificó la incautación de una mayor cantidad de cannabis herbal en 2016 (111 toneladas) en comparación con 2015.

Las incautaciones de plantas de cannabis pueden considerarse un indicador de la producción de la droga dentro de un país.

Sin embargo, las diferencias entre países, tanto en las prácticas de notificación como en las prioridades y recursos de las fuerzas del orden, aconsejan prudencia en la interpretación de las incautaciones de plantas de cannabis. El número de plantas incautadas en Europa alcanzó un máximo de 11,5 millones en 2015, debido a la intensa interdicción en los Países Bajos ese año, antes de descender a 3,3 millones de plantas en 2016, un nivel similar al de años anteriores. En 2016 se notificaron 1200 incautaciones de aceite de cannabis, casi cuatro veces más que en 2015, correspondiendo las mayores cantidades a Turquía (53 litros) y Dinamarca (14 litros).

Incautaciones

Número

317 000 eu

Cantidades

424 eu

332 000 EU + 2

463 eu + 2

Incautaciones

Número

420 000 eu

Cantidades

124 eu

454 000 EU + 2

235 eu + 2

Precio

Potencia

Precio

Potencia

(EUR/g)

(96 THC)

(EUR/g)

(96 THC)

Tendencias indexadas

Tendencias indexadas

Precio y potencia

Precio y potencia

|

__>210

! -: 123

9-13 €

100 ■ “.

8-12€

NB: EU + 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 ²⁵ indicador.

Informe Europeo sobre Drogas 2018: Tendencias y novedades

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

Número de incautaciones

/ Hierba (UE)

m S Hierba (UE, Turquía y Noruega) / Resina (UE)

Resina (UE, Turquía y Noruega)

Resina (toneladas)

Hierba (toneladas)

Turquía I Italia |

I Reino Unido Francia España

Portugal

Otros países

| Turquía | España

Reino Unido Grecia Francia

Italia H Otros países

Incautaciones de resina de cannabis y cannabis herbal, 2016 o año más reciente

Número de incautaciones de cannabis herbal (miles)

Número de incautaciones de resina de cannabis (miles)

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

Cantidad de resina de cannabis incautada (toneladas)

España Otros países

Cantidad de cannabis herbal incautado (toneladas)

Análisis de las tendencias indexadas entre los países que informan de manera consistente muestra un gran aumento de la potencia (contenido de tetrahidrocannabinol, THC) tanto del cannabis herbario como de la resina de cannabis desde 2006. La potencia de ambas formas aumentó hasta 2013, desde cuyo momento la potencia del cannabis herbario se ha estabilizado mientras que la de la resina ha seguido aumentando. Los factores impulsores de este aumento de la potencia en la resina pueden incluir la introducción de técnicas de producción intensivas dentro de Europa, la introducción de plantas de alta potencia y nuevas técnicas en Marruecos, y nuevos productos de resina a base de plantas multi-cepa o híbridas. Si bien en promedio la resina tiene una potencia mayor que la hierba, los datos sugieren que tienen precios similares.

Aprehensiones de heroína: descenso de la cantidad

La heroína es el opioide más común en el mercado de drogas de la UE, con un valor minorista mínimo estimado de 6.800 millones de euros (rango probable de 6.000 a 7.800 millones de euros) en 2013.

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 provenía del Sudeste Asiático, pero que ahora también puede producirse en Afganistán o en países vecinos. Otros opioides disponibles en los mercados ilícitos incluyen el opio y los medicamentos morfina, metadona, buprenorfina, tramadol y diversos derivados del fentanilo.

Algunos opioides pueden desviarse de suministros farmacéuticos legítimos, mientras que otros se fabrican ilegalmente.

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

La producción ilícita de opioides en Europa se ha limitado hasta hace poco a productos de adormidera caseros producidos en algunos países del este. El descubrimiento de varios laboratorios para convertir morfina en heroína en los Países Bajos, España y la República Checa en los

últimos años sugiere que algo de heroína se fabrica en Europa. Este cambio puede reflejar que los proveedores buscan reducir costos realizando las últimas etapas de la producción de heroína en Europa, donde los precursores como el anhídrido acético se pueden obtener a precios más bajos que en los países productores de opio.

Fabricar la droga cerca del mercado consumidor también puede tener como objetivo reducir los riesgos de interdicción.

Aprehensiones

Número

38 000 eu ■ 47 000 eu + 2

Cantidad

4,3 eu

9,9 EU + 2

Precio

Pureza

(EUR/g)

(96)

140 €

Tendencias indexadas

Precio y pureza

1 IOC ^97

35-65 €

^^^ ^83 1196

22 € 1

NB: EU + 2 se refiere a los Estados miembros de la UE, Turquía y Noruega. Precio y pureza de la «heroína marrón»: valores medios naciona-

les — mínimo, máximo y rango intercuartílico. Los países cubiertos varían según el indicador.

Informe Europeo sobre Drogas 2018: Tendencias y desarrollos

Número de aprehensiones de heroína y cantidad aprehendida: tendencias y 2016 o año más reciente

Número de aprehensiones

/ EU / EU, Turquía y Noruega

Toneladas

0.

Turquía Grecia

Reino Unido IZli

Italia

Francia I

■ Bulgaria Otros países

Número de aprehensiones de heroína (miles) H >5 <1

Sin datos

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

Cantidad de heroína aprehendida (toneladas)

Turquía I Otros países I

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 atraviesa 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 desde 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 Cáucaso meridional y el mar Negro.

Los mercados de drogas de varios países europeos experimentaron una reducción de la disponibilidad de heroína en 2010/11, evidenciada por un descenso general de las aprehensiones de 2009 a 2014, antes de estabilizarse en 2015 y 2016. Entre 2002 y 2014, la cantidad de heroína aprehendida dentro de la Unión Europea se redujo a la mitad, de 10 a 5 toneladas, y se ha estabilizado en los últimos años, con 4,3 toneladas registradas en

Aprehensiones de opioides distintos de la heroína en 2016

Opioide

Número

Cantidad

Número

Kilogramos

Litros

Comprimidos

de países

Metadona

Buprenorfina

Tramadol

Derivados del fentanilo

Morfina

Codeína

Oxicodona

o) Parches o blotters.

Droga estimulante aprehendida con mayor frecuencia en Europa, 2016 o datos más recientes

2016. Turquía sigue aprehendiendo más heroína que todos los demás países europeos combinados (Figura 1.4), aunque la cantidad de heroína aprehendida en Turquía cayó de 8,3 toneladas en 2015 a 5,6 toneladas en 2016. Entre los países que informan de manera consistente, las tendencias indexadas sugieren que, tras un período de rápido aumento desde un punto bajo en 2012, la pureza de la heroína en Europa disminuyó en 2016 en comparación con 2015, mientras que el precio ha declinado durante la última década.

Además de la heroína, en los países europeos se aprehenden otros productos opioides, pero estos representan una pequeña fracción del total de las aprehensiones. Los otros opioides aprehendidos con mayor frecuencia son los opioides medicinales tramadol, buprenorfina y metadona (véase la Tabla 1.1). En 2016 hubo un gran aumento en el número de comprimidos de tramadol aprehendidos, y los derivados del fentanilo también se aprehendieron en cantidades mucho mayores.

El mercado de estimulantes de Europa: diferencias regionales

Las principales drogas estimulantes ilícitas disponibles en Europa son la cocaína, la anfetamina, la metanfetamina y el MDMA.

El valor minorista del mercado de estimulantes en la Unión Europea se estimó entre 6.300 y 10.200 millones de euros en 2013. Existen marcadas diferencias regionales en cuanto a qué estimulante se aprehende 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 consumidores. La cocaína es el estimulante aprehendido con mayor frecuencia en muchos países occidentales y meridionales, mientras que las aprehensiones de anfetaminas y MDMA predominan en el norte y el este de Europa.

Mercado de la cocaína: resurgimiento continuado

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. Producida a partir de las hojas del arbusto de coca, la cocaína se cultiva 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. El mercado minorista de cocaína en la Unión Europea se estimó en un valor mínimo de 5.700 millones de euros en 2013.

La heroína es el opioide más común en el mercado de drogas de la UE

Informe Europeo sobre Drogas 2018: Tendencias y desarrollos

Número de aprehensiones de cocaína y cantidad aprehendida: tendencias y 2016 o año más reciente

Número de aprehensiones

Toneladas

I Portugal I Francia

■ Italia i Bélgica

Reino Unido ■ España

Otros países

Número de cocaína

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

Cantidad de cocaína aprehendida (toneladas)

En total, se notificaron alrededor de 98 000 aprehensiones de cocaína en la Unión Europea en 2016, por un total de 70,9 toneladas.

En comparación con el año anterior, hubo un pequeño aumento en la cantidad de cocaína aprehendida en 2016, y un aumento más marcado

en el número de aprehensiones (véase la Figura 1.6). Con aprehensiones de alrededor de 30 toneladas

de cocaína o el 43 % del total estimado de la UE en 2016, Bélgica desplazó a España (15,6 toneladas) como el país que notificó las mayores aprehensiones anuales de la droga. Francia (8,5 toneladas) y el Reino Unido (5,7 toneladas) también notificaron aprehensiones totales superiores a 5 toneladas de la droga.

En general, las tendencias indexadas sugieren que la tendencia al alza en

Aprehensiones

Número

98 000 eu

Cantidad

70,9 eu

100 000 EU + 2

71,8 EU + 2

Precio

(EUR/g)

105 €

57-76 €

Pureza

Tendencias indexadas

Precio y pureza

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

Países cubiertos por el indicador.

la pureza de la cocaína, evidente desde 2010, ha continuado en 2016, llevando la pureza de la cocaína al nivel más alto visto en la última década.

En Europa se aprehendieron otros productos de coca en 2016, incluidos 569 kilogramos de líquido que contenía cocaína y 3 kilogramos de hojas de coca. Además, la aprehensión de 79 kilogramos de pasta de coca en España y otros 7 kilogramos en Italia sugiere la existencia de laboratorios ilícitos que producen clorhidrato de cocaína en Europa.

Este desarrollo indica un cambio en las tácticas de producción de algunas organizaciones criminales, ya que anteriormente la mayoría de los laboratorios de cocaína encontrados en Europa han sido «instalaciones de extracción secundarias», donde la cocaína se recupera de materiales en los que había sido incorporada (como vinos, ropa, plásticos).

Producción de drogas: desarrollos en precursores químicos

Los precursores de drogas son sustancias químicas necesarias para fabricar drogas ilícitas. Como muchas de ellas tienen usos legítimos, no están prohibidas, pero su comercio se monitorea y controla mediante reglamentos de la UE, que programan ciertas sustancias químicas (es decir, las añaden a la lista de sustancias controladas). La disponibilidad de precursores tiene un gran impacto en el mercado de drogas sintéticas y en los métodos de producción utilizados en los laboratorios ilícitos. Las técnicas de producción evolucionan constantemente para eludir los controles, y los cambios suelen incluir el uso de sustancias químicas no programadas para producir drogas sintéticas o sus precursores, como el N-t-BOC-MDMA (N-tertbutiloxicarbonil-MDMA) detectado recientemente. El procesamiento adicional requiere más sustancias químicas y genera más residuos, lo que potencialmente conduce a daños ambientales.

Los datos sobre aprehensiones y envíos detenidos de precursores de drogas confirman el uso de sustancias químicas tanto programadas como no programadas en la producción de drogas ilícitas en la Unión Europea, en particular para anfetaminas y MDMA (Tabla 1.2). La programación del precursor BMK (bencil metil cetona) APAAN (alfafenila-

cetoacetoniitrilo) a fines de 2013 sigue teniendo un impacto, con aprehensiones que cayeron de 48 000 kilogramos en 2013 a alrededor de 600 kilogramos en 2016. Las aprehensiones de sustancias químicas alternativas APAA (alfa-fenilacetoacetamida) y derivados glicídicos de BMK, que también pueden convertirse fácilmente en BMK, notificadas por primera vez en 2015, aumentaron bruscamente en 2016.

Resumen de aprehensiones y envíos detenidos de precursores programados por la UE y sustancias químicas no programadas utilizadas para determinadas drogas sintéticas producidas en la Unión Europea, 2016

Aprehensiones

Envíos detenidos

Programado /no programado

Número

Cantidad

Número

Cantidad

Número

Cantidad

MDMA o sustancias relacionadas

PMK (litros)

Safrol (litros)

Piperonal (kg)

Derivados glicídicos de PMK (kg)

N-t-BOC-MDMA (kg)

Anfetamina y metanfetamina

Efedrina a granel (kg)

BMK (litros)

Pseudoefedrina a granel (kg)

APAAN (kg)

PAA, ácido fenilacético (kg)

APAA (kg)

Derivados glicídicos de BMK (kg)

Informe Europeo sobre Drogas 2018: Tendencias y desarrollos

Las aprehensiones tanto de PMK (piperonil metil cetona) como de sustancias químicas no programadas para la fabricación de MDMA aumentaron en 2016. Las aprehensiones de PMK en Francia, de derivados glicídicos de PMK en Bulgaria y los envíos detenidos de precursores en España indican que las rutas de tráfico se están diversificando.

I Anfetamina y metanfetamina: las aprehensiones se mantienen estables

La anfetamina y la metanfetamina son drogas estimulantes sintéticas, a menudo agrupadas bajo el término paraguas «anfetaminas», y por lo tanto pueden ser difíciles de diferenciar en algunos conjuntos de datos. Durante la última década, las aprehensiones indican que la disponibilidad de metanfetamina ha aumentado, pero sigue siendo mucho menor que 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 y Alemania. Algunos de estos países han informado del desmantelamiento de laboratorios en los que tiene lugar la etapa final de producción, la conversión de aceite base de anfetamina en sulfato de anfetamina. Esto indica un cambio en la ubicación de esta etapa del proceso de fabricación, que se cree está vinculado a una preferencia entre algunos grupos por traficar líquidos en lugar del producto terminado para evitar la interdicción.

También se fabrica algo de anfetamina para la exportación, principalmente al Medio Oriente, el Lejano Oriente y Oceanía.

Las aprehensiones de comprimidos de anfetamina con el logotipo «Captagon» también han aumentado recientemente, especialmente en Turquía, donde se aprehendieron más de 13 millones de comprimidos en 2016.

Aprehensiones

Aprehensiones

Número

Número

34 000 eu

39 000 eu + 2

9 000 eu

14 000 EU + 2

Cantidades

9,5 EU + 2

Cantidades

0,5 eu

0,8 EU + 2

Precio

Pureza

Precio

Pureza

(EUR/g)

(%)

(EUR/g)

(%)

170 €

10-23 € 8 €

Tendencias indexadas

Precio y pureza

25-58%

20-31%

14 % 1

19-71 €

22% T

15 € \

NB: EU + 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.

Número de incautaciones de anfetamina y cantidad incautada: tendencias y 2016 o año más reciente

Número de incautaciones

35 000 'U**f-

2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013
2014 2015 2016 / EU.* EU, Turquía y Noruega

Toneladas

Turquía España Suecia Polonia

Reino Unido Alemania 2 Otros países

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

Cantidad de anfetamina incautada (toneladas)

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. En la República Checa, la metanfetamina se produce principalmente a partir del precursor pseudoefedrina, que se extrae de medicamentos importados principalmente de Polonia o, cada vez más, de otros lugares a través de Polonia. La droga también puede producirse utilizando BMK. En 2016, de los 291 laboratorios ilegales de metanfetamina notificados en la Unión Europea, 261 se encontraban en la República Checa. Predominan los laboratorios de pequeña escala que abastecen el mercado nacional; sin embargo, también se notificaron instalaciones de producción a gran escala en las que grupos de delincuencia organizada producían metanfetamina para otros países europeos.

En 2016, los Estados miembros de la UE notificaron 34 000 incautaciones de anfetamina, que ascendieron a 5,7 toneladas. En general, la cantidad de anfetamina incautada en la Unión Europea es estable, fluctuando en torno a 5 a 6 toneladas cada año desde 2010 (Figura 1.7). Las incautaciones de metanfetamina son mucho menores, con 9 000 incautaciones notificadas en la Unión Europea en 2016, que ascendieron a 0,5 toneladas, correspondiendo a la República Checa la mayor cantidad incautada (Figura 1.8). El número de incautaciones de metanfetamina ha mostrado una tendencia al alza desde 2002, mientras que la cantidad incautada se ha mantenido relativamente estable desde 2009. En 2016, también se incautaron grandes cantidades de anfetaminas en Turquía, principalmente como «Captagon» (1,3 millones de comprimidos, o unas 3,4 toneladas estimadas de anfetamina), así como 0,25 toneladas de metanfetamina.

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

Número de incautaciones de metanfetamina y cantidad incautada: tendencias y 2016 o año más reciente

Número de incautaciones

2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013
2014 2015 2016 / EU y EU, Turquía y Noruega

Toneladas

Turquía

España

| Noruega Francia

■ Finlandia Alemania

República Checa Otros países

Número de incautaciones de metanfetamina (miles)

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

Cantidad de metanfetamina incautada (toneladas)

Turquía Otros países

MDMA: aumento de la producción y de las incautaciones

El MDMA (3,4-metilendioximetanfetamina) es una droga sintética químicamente relacionada con las anfetaminas, pero con efectos diferentes. El 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. En 2013, se estimó que el mercado minorista de MDMA en la Unión Europea valía

Incautaciones

Número

24 000 eu

31 000 EU + 2

Cantidad

5,3 eu 295 eu

9,1 EU + 2 306 EU + 2

Precio

Pureza

(EUR/comprimido)

(MDMA mg/comprimido)

Tendencias indexadas

Precio y pureza

6-11 €

4 € '

NB: EU + 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.

Número de incautaciones de MDMA y cantidad incautada: tendencias y 2016 o año más reciente

Número de incautaciones 32 000 t...

/ EU EU, Turquía y Noruega

Comprimidos (millones)

I Turquía Francia

España I Alemania

Reino Unido

Otros países

Número de incautaciones de MDMA (miles)

H >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

alrededor de 0,7 mil millones de EUR. Tras un período de baja disponibilidad vinculado a la falta de precursores químicos necesarios para su fabricación, el mercado del MDMA ha experimentado un resurgimiento en los últimos años. El contenido medio de MDMA en los comprimidos ha ido aumentando desde 2009, y las altas cantidades de MDMA en algunos lotes se han relacionado con daños y muertes.

La producción de MDMA en Europa se concentra principalmente en los Países Bajos y Bélgica, con 11 laboratorios de MDMA desmantelados en la Unión Europea en 2016 (10 en los Países Bajos y 1 en Bélgica), más del doble que en 2015. El MDMA producido en Europa también se exporta a otras partes del mundo; por ejemplo, la policía australiana informó de que la mayor cantidad única de MDMA incautada en Australia en 2016 (1,2 toneladas) procedía de Europa.

Evaluar las tendencias recientes en las incautaciones de MDMA es difícil debido a la ausencia de datos de algunos países que probablemente contribuirían de manera importante a este total. Para 2016, no se dispone de datos de los Países Bajos, y los números de incautaciones no están disponibles de Alemania y Polonia. En ausencia de estas importantes contribuciones, la cantidad de MDMA incautada en la Unión Europea aumentó en 2016 y se estima en 5,3 millones de comprimidos y 295 kilogramos de MDMA en polvo.

El número total de incautaciones de MDMA notificadas en la Unión Europea ha seguido aumentando desde 2010, mientras que la cantidad in-

cautada también ha aumentado algo en el mismo período, aunque con fluctuaciones de un año a otro.

También se incautaron grandes cantidades de MDMA en Turquía en 2016, que ascendieron a 3,8 millones de comprimidos (Figura 1.9).

Las tendencias indexadas muestran que el contenido de MDMA de los comprimidos incautados ha aumentado sustancialmente en los últimos años.

Incautaciones de LSD, GHB y ketamina

En la Unión Europea se notifican incautaciones de otras drogas ilícitas, incluidas alrededor de 1 800 incautaciones de LSD (dietilamida del ácido lisérgico) en 2016, que ascendieron a 97 000 unidades.

El número total de incautaciones de LSD casi se ha duplicado desde 2010, aunque la cantidad incautada ha fluctuado.

Catorce países de la UE notificaron alrededor de 1 300 incautaciones de ketamina, por un total estimado de 83 kilogramos de la droga, de los cuales la mayor parte correspondió a Dinamarca, Italia y el Reino Unido. Noruega también notificó un pequeño número de incautaciones de ketamina —50 incautaciones por un total de 0,2 kilogramos—. En 2016, trece países de la UE, además de Noruega y Turquía, notificaron incautaciones de GHB (gammahidroxibutirato) o GBL (gamma-butirolactona).

En conjunto, el total estimado de 1 700 incautaciones

amounted to almost 360 kilograms and 1 400 litres of the drug, with Norway accounting for over a quarter of the total number of seizures.

Número y categorías de nuevas sustancias psicoactivas notificadas por primera vez al Sistema de Alerta Temprana de la UE, 2005-17

Nuevas sustancias psicoactivas: un mercado complejo

A finales de 2017, el OEDT vigilaba más de 670 nuevas sustancias psicoactivas identificadas en Europa.⁴³ Estas sustancias no están sujetas a

los controles internacionales de drogas y abarcan 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 por sus posibles efectos novedosos.

En muchos casos, las nuevas sustancias se producen en grandes cantidades por empresas químicas y farmacéuticas de 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, como la detección 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.

Algunas nuevas sustancias se venden abiertamente en tiendas físicas especializadas y en la web superficial —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.

Casi el 70 % de las nuevas sustancias identificadas a través del Sistema de Alerta Temprana de la Unión Europea se detectaron en los últimos 5 años. Durante 2017 se detectaron por primera vez en Europa 51 nuevas sustancias. Es una cifra inferior a la de cualquiera de los 5 años anteriores y representa un descenso respecto de los niveles máximos de alrededor de 100 nuevas identificaciones anuales alcanzados en 2014 y 2015. Las causas de este descenso no están claras, pero en parte pueden deberse a las medidas adoptadas por los gobiernos nacionales de Europa para prohibir las nuevas sustancias, en particular su venta abierta. 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 un factor importante.

El número de nuevas sustancias detectadas por primera vez cada año es solo una de las series de métricas que el

- Otras sustancias
- Opioides
- Benzodiazepinas Arilciclohexilaminas
- Cannabinoides sintéticos
- Catinonas
- Fenetilaminas

OEDT utiliza para comprender el mercado en su conjunto.

Por ejemplo, para ilustrar la complejidad que ha alcanzado este mercado, más del 50 % (369) de las nuevas sustancias actualmente vigiladas seguían detectándose en el mercado de drogas europeo durante 2016.

Incautaciones de nuevas sustancias psicoactivas: las catinonas y los cannabinoides sintéticos siguen dominando

En 2016 se notificaron casi 71 000 incautaciones de nuevas sustancias psicoactivas a través del Sistema de Alerta Temprana de la UE (Figura 1.11). En conjunto, las catinonas sintéticas y los cannabinoides sintéticos representaron casi el 80 % de todas las incautaciones y el 80 % de todas las cantidades de nuevas sustancias incautadas en 2016. Se observó un descenso general de las cantidades incautadas en 2016 en comparación con el año anterior.

Sin embargo, las cantidades incautadas de catinonas sintéticas, benzodiazepinas y opioides sintéticos aumentaron.

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 diversos factores, como la creciente concienciación sobre las nuevas sustancias, su cambiante

Número de incautaciones de nuevas sustancias psicoactivas notificadas al Sistema de Alerta Temprana de la UE: tendencias y distribución por categoría en 2016

Número de casos de incautación

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

Cannabinoides

Catinonas

Otras

sustancias

Benzodiazepinas

Arilciclohexilaminas

Fenetilaminas

Triptaminas 2 %

Opioides 2%

Piperidinas y

pirrolidinas 1 % Arilalquilaminas 1 %

estatus legal, capacidades y prioridades de aplicación de la ley, y las prácticas de notificación de los organismos encargados de hacer cumplir la ley.

Nuevos opioides sintéticos

En total, se han detectado 38 nuevos opioides en el mercado de drogas europeo desde 2009, incluidos 13 notificados por primera vez en 2017. Esto incluye 28 derivados del fentanilo, 10 de los cuales se notificaron por primera vez en 2017. Aunque actualmente desempeñan un papel pequeño en el mercado de drogas europeo, los nuevos derivados del fentanilo son sustancias muy potentes que plantean una grave amenaza para la salud individual y pública.

Se han incautado nuevos opioides en diversas formas: principalmente como polvos, comprimidos y líquidos. En 2016 se incautaron unos 4,6 litros de opioides sintéticos, un aumento respecto de los 1,8 litros notificados el año anterior. Más del 70 % de las aproximadamente 1 600 incautaciones de nuevos opioides sintéticos notificadas en 2016 correspondieron a derivados del fentanilo. Se encontraron derivados del fentanilo en más del 96 % de los líquidos incautados. Una preocupación a este respecto es la aparición en el mercado de aerosoles nasales que contienen derivados del fentanilo como acríloilfentanilo, furanilfentanilo, 4-fluoroisobutirilfentanilo, tetrahidrofuranilfentanilo y carfentanilo. Los nuevos opioides representaron el 2,3 % del número total de incautaciones de nuevas sustancias incautadas en 2016, frente al 0,8 % notificado para 2015.

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. Los productores europeos importan envíos a granel de polvos de cannabinoides y los mezclan con material vegetal seco. Estos se comercializan como sustitutos «legales» del cannabis y se venden como «mezclas herbales para fumar». Los cannabinoides sintéticos siguen siendo el mayor grupo de nuevas sustancias vigiladas por el OEDT y son cada vez más diversos químicamente, con 179 detectados desde 2008, incluidos 10 notificados en 2017.

European Drug Report 2018: Trends and Developments

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

Número de casos de incautación

Cannabinoides

2,5 2,0

1,5 1,0 0,5

Cannabinoides (toneladas)

Mezclas herbales

Polvo

Todas las demás formas

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

Número de casos de incautación

10 000 -|.

/ Catinonas

Catinonas (toneladas)

2,5 2,0

1,5 1,0 0,5 0,0

Polvo

Todas las demás formas

Los cannabinoides sintéticos fueron de nuevo las nuevas sustancias psicoactivas incautadas con más frecuencia en 2016, con algo más de 32 000 incautaciones notificadas (Figura 1.12). Esto supone un aumento de casi 10 000 incautaciones respecto del año anterior y representa casi la mitad del número total de incautaciones de nuevas sustancias psicoactivas notificadas en 2016. Los cinco cannabinoides sintéticos incautados con más frecuencia en 2016 fueron MDMB-CHMICA, AB-CHMINACA, UR-144, 5F-AKB48 y AMB-FUBINACA.

Las incautaciones de cannabinoides sintéticos ascendieron a casi 1,5 toneladas de las sustancias. Esto representa un descenso significativo respecto de las 2,5 toneladas incautadas en 2015. Las mezclas herbales representaron el 40 % de las cantidades incautadas en 2016, y los polvos casi el 13 %.

La incautación de cannabinoides sintéticos en forma de polvo junto con la detección de instalaciones de procesamiento en Europa indica que los

productos se envasan en Europa.

El polvo incautado, una vez procesado en mezclas herbales para fumar, podría haber sido capaz de producir muchos millones de dosis. Los cannabinoides con las mayores cantidades totales incautadas en forma de polvo en 2016 fueron el derivado 5-fluoropentilo de AM-6527 (54 kg), CUMYL-4CN-BINACA (50 kg), AMB-FUBINACA (27 kg), 5F-MDMB-PINACA (15 kg) y AB-FUBINACA (7 kg).

Catinonas sintéticas

Las catinonas sintéticas están químicamente relacionadas con la catinona, un estimulante natural presente en la planta de khat (*Cotho edulis*). Estas sustancias tienen efectos similares a los de las drogas estimulantes ilícitas comunes, como la anfetamina, la cocaína y el MDMA. Las catinonas sintéticas son el segundo mayor grupo de nuevas sustancias vigiladas por el OEDT, con 130 detectadas en total, incluidas 12 detectadas por primera vez en 2017.

Las catinonas sintéticas fueron el segundo grupo de nuevas sustancias psicoactivas incautadas con más frecuencia en 2016, con más de 23 000 incautaciones, lo que representa casi un tercio del número total de incautaciones. Esto supone un ligero descenso respecto de la cifra del año anterior. Las cinco catinonas incautadas con más frecuencia en 2016 fueron alfa-PVP, 4-CMC,

3- CMC, 4-metil-N,N-dimetilcatinona y 3-MMC.

Las incautaciones de estas sustancias ascendieron a casi 1,9 toneladas, lo que convierte a las catinonas sintéticas en las nuevas sustancias psicoactivas más incautadas por cantidad en 2016 (Figura 1.12). Las catinonas sintéticas se encuentran generalmente en forma de polvo. Las catinonas con las mayores cantidades totales incautadas en forma de polvo fueron 4-CMC (890 kg),

4- CEC (247 kg), NEH (186 kg), 3-MMC (126 kg) y mexedrona (50 kg).

Nuevas benzodiazepinas

El OEDT vigila actualmente 23 nuevas benzodiazepinas, 3 de las cuales se detectaron por primera vez en Europa en 2017. Algunas nuevas benzodiazepinas se venden como comprimidos, cápsulas o polvos con sus propios nombres. En otros casos, los falsificadores utilizan estas sustancias para producir versiones falsas de medicamentos ansiolíticos de prescripción común, como el diazepam y el alprazolam, que se venden directamente en el mercado ilícito de drogas. Si bien el número de incautaciones de benzodiazepinas disminuyó en 2016 en comparación con 2015, la cantidad incautada aumentó significativamente. Durante 2016 se incautaron más de medio millón de comprimidos que contenían nuevas benzodiazepinas como diclazepam, etizolam, flubromazolam, flunitrazolam y fonazepam, un aumento de alrededor de dos tercios respecto de la cifra notificada en 2015.

Nuevas sustancias psicoactivas: nuevas respuestas legales

Los países europeos adoptan medidas para prevenir el suministro 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 nivel nacional, se han utilizado diversas medidas para controlar las nuevas sustancias, y pueden identificarse tres grandes tipos de respuesta legal. Muchos países de Europa respondieron primero utilizando la legislación de seguridad del consumidor y posteriormente ampliaron o adaptaron las leyes existentes sobre drogas para incorporar las nuevas sustancias psicoactivas. Cada vez más, los países han diseñado nuevas leyes específicas para abordar este fenómeno.

Durante muchos años, la mayoría de los países europeos solo enumeraban las sustancias controladas individualmente. Sin embargo, a medida que aumentaba el número de nuevas sustancias detectadas en Europa, más países han tratado de controlar grupos de sustancias (Figura 1.13). La mayoría de los países han definido los grupos por estructura química (grupos «genéricos»), aunque algunos han definido los grupos por los

Aparición de nuevas sustancias psicoactivas e introducción de controles de grupos genéricos en Europa desde 2005

Países con

efectos. La mayoría de los países que han adoptado el enfoque genérico han añadido las definiciones de grupo a las leyes existentes sobre drogas, pero algunos solo han incluido dichos grupos en legislación específica sobre nuevas sustancias psicoactivas.

A nivel de la UE, se ha revisado el marco legal para responder a las amenazas para la salud pública y social causadas por las nuevas sustancias psicoactivas, que databa de 2005, con el objetivo de establecer un sistema más rápido y eficaz. La nueva legislación mantiene el enfoque de tres pasos para responder a las nuevas sustancias psicoactivas

—alerta temprana, evaluación de riesgos y medidas de control—

al tiempo que refuerza los procesos existentes agilizando y acelerando los procedimientos de recopilación y evaluación de datos e introduciendo plazos más cortos. Tras la evaluación de riesgos, la Comisión puede entonces presentar

una propuesta para someter la sustancia a medidas de control. El Parlamento Europeo y el Consejo tienen derecho, en un plazo de 2 meses y bajo ciertas condiciones, a oponerse a la propuesta de la Comisión. Las autoridades nacionales dispondrán de 6 meses (en lugar de 12) para someter la sustancia a control en su territorio una vez que la decisión entre en vigor.

El OEDT vigila actualmente 23 nuevas|

benzodiazepinas I

Informe Europeo sobre Drogas

2018: Tendencias y novedades

Infracciones de la legislación sobre drogas en Europa relacionadas con el consumo o la posesión para consumo o con el suministro de drogas: tendencias indexadas e infracciones notificadas en 2016

Infracciones de posesión/consumo Infracciones de suministro

Tendencias indexadas

Número de

infracciones (millones) Tendencias indexadas

consumo

/ Heroína / Cocaína / MDMA Cannabis / Anfetaminas Otras sustancias

NB: Datos de infracciones para las que se ha notificado la droga implicada.

Infracciones de la legislación sobre drogas: predomina el cannabis

La aplicación de las leyes se supervisa mediante los datos sobre las infracciones de la legislación sobre drogas notificadas. En la Unión Europea se notificaron en 2016 aproximadamente 1,5 millones de infracciones de la legislación sobre drogas, lo que supone un aumento de un tercio (33 %) desde 2006. La mayoría de estas infracciones (74 %) estaban relacionadas con el consumo o la posesión, sumando alrededor de 1 millón de infracciones en 2016, lo que representa un aumento del 28 % en comparación con 2006. Más de tres cuartas partes de las infracciones por consumo o posesión de drogas implicaban cannabis (77 %). La tendencia al alza de las infracciones por consumo o posesión de MDMA ha continuado en 2016, aunque siguen representando solo el 2 % de las infracciones relacionadas con el consumo (Figura 1.14).

En conjunto, el número de infracciones por suministro de drogas en la Unión Europea ha aumentado un 14 % desde 2006, con una estimación

de más de 200 000 casos en 2016.

El cannabis representó la mayoría de las infracciones por suministro (57 %). Se ha producido un fuerte aumento en las notificaciones de infracciones por suministro de MDMA desde 2013 (Figura 1.14).

Publicaciones del OEDT

Informes nacionales sobre drogas 2018.

Fentanilos y cannabinoides sintéticos: impulsando una mayor complejidad en la situación de las drogas. Una actualización del Sistema de Alerta Temprana de la UE, Comunicaciones rápidas.

Legislación sobre el cannabis en Europa: una visión general.

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

Brigadas antidroga: unidades especializadas en la aplicación de la ley sobre drogas en Europa. Situación en los Estados miembros de la UE, Noruega y Turquía en 2015, Documentos del OEDT.

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

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

Cannabinoides sintéticos en Europa, Perspectivas sobre drogas.

Tráfico de cocaína hacia Europa, Perspectivas sobre drogas.

Internet y mercados de drogas, Perspectivas.

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

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

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, Comunicaciones rápidas.

Producción de drogas sintéticas en Europa, Perspectivas sobre drogas.

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

Publicaciones conjuntas del OEDT y Europol

Informe conjunto del OEDT y Europol sobre una nueva sustancia psicoactiva: (metoxiacetilfentanilo), Informes conjuntos.

Informe conjunto del OEDT y Europol sobre una nueva sustancia psicoactiva: (ciclopropilfentanilo), Informes conjuntos.

Drogas y la darknet: perspectivas para la aplicación de la ley, la investigación y las políticas.

Informe conjunto del OEDT y Europol sobre el 4-fluoroisobutirilfentanilo; 4F-iBF.

Informe conjunto del OEDT y Europol sobre el 5F-MDMB-PINACA; 5F-ADB.

Informe conjunto del OEDT y Europol sobre el AB-CFIMINACA.

Informe conjunto del OEDT y Europol sobre el acriloilfentanilo.

Informe conjunto del OEDT y Europol sobre el ADB-CFIMINACA.

Informe conjunto del OEDT y Europol sobre el carfentanilo.

Informe conjunto del OEDT y Europol sobre el CUMYL-4CN-BINACA.

Informe conjunto del OEDT y Europol sobre el furanilfentanilo.

Informe conjunto del OEDT y Europol sobre el tetrahidrofuranilfentanilo; THF-F.

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

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

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

Informe conjunto del OEDT y Europol sobre el MDMA-CFIMICA.

Informe conjunto del OEDT y Europol sobre el acetilfentanilo.

Informe conjunto del OEDT y Europol sobre la a-PVP.

Publicaciones conjuntas del OEDT y Eurojust

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

Todas las publicaciones están disponibles en www.emcdda.europa.eu/publications

El consumo de drogas en Europa abarca ahora una gama más amplia

Capítulo 2

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, el consumo de múltiples drogas es común y los patrones individuales de consumo van desde el experimental hasta el habitual y el dependiente.

La prevalencia del consumo de cannabis es aproximadamente cinco veces la de otras sustancias.

Si bien el consumo de heroína y otros opioides sigue siendo relativamente raro, estas siguen siendo las drogas más comúnmente asociadas con las formas de consumo más nocivas, incluido el consumo de drogas por vía intravenosa. El consumo de todas las drogas es generalmente mayor entre los hombres, y esta diferencia suele acentuarse en los patrones de consumo más intensivos o regulares.

Seguimiento del consumo de drogas

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

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

Los estudios que informan 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 ingresan en los sistemas especializados de tratamiento de drogas, cuando se consideran junto con otros indicadores, pueden informar la comprensión sobre la naturaleza y las tendencias del consumo de drogas de alto riesgo.

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

Informe Europeo sobre Drogas 2018: Tendencias y novedades

Consumo de sustancias a lo largo de la vida entre estudiantes europeos de 15 a 16 años, por sexo

Porcentaje

25

Tendencias en la prevalencia a lo largo de la vida del consumo de cannabis, inhalantes y medicamentos (sedantes y tranquilizantes sin receta) entre estudiantes europeos de 15 a 16 años

Porcentaje

25

Cannabis

Inhalantes

Hombres

Sedantes y tranquilizantes

Mujeres

Nuevas

sustancias

psicoactivas

NB: Basado en datos de los 23 Estados miembros de la UE y Noruega que participaron en la ronda de 2015 del ESPAD.

/ Consumo de cannabis / Inhalantes / Sedantes y tranquilizantes

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

Consumo de sustancias entre estudiantes escolares: tendencias estables o decrecientes

El seguimiento del consumo de sustancias entre estudiantes proporciona una visión importante de las conductas de riesgo actuales de los jóvenes y de las posibles tendencias futuras. En 2015, el Proyecto Europeo de Encuestas Escolares sobre Alcohol y Otras Drogas (ESPAD) realizó la sexta ronda de recogida de datos desde su creación en 1995. Esta última encuesta recopiló datos comparables 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, en promedio, 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 %), y el 8 % declaró consumo en los últimos 30 días. El consumo de drogas ilícitas distintas del cannabis (MDMA/éxtasis, anfetamina, cocaína, metanfetamina y alucinógenos) fue mucho menor, con una prevalencia global a lo largo de la vida del 5 %.

La encuesta también preguntó sobre el consumo de otras sustancias, como inhalantes, medicamentos y nuevas sustancias psicoactivas.

Entre los participantes de la UE y Noruega, la prevalencia promedio a lo largo de la vida del consumo de inhalantes fue del 8 % (con un rango del 3 % en Bélgica (Flandes) al 25 % en Croacia). El consumo a lo largo de la

vida de sedantes o tranquilizantes sin receta médica fue declarado por un promedio del 6 % de los estudiantes (con un rango del 2 % en Rumanía al 17 % en Polonia), y el consumo a lo largo de la vida de nuevas sustancias psicoactivas fue declarado por un promedio del 4 % de los estudiantes (con un rango del 1 % en Bélgica (Flandes) al 10 % en Estonia y Polonia) (Figura 2.1). Entre los consumidores de nuevas sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses (3,2 % de los participantes), las mezclas de hierbas para fumar fueron el tipo de sustancia más comúnmente consumido (declarado por el 2,6 % de todos los participantes), siendo menos común el consumo de polvos, cristales o comprimidos, líquidos u otras formas de nuevas sustancias psicoactivas.

Entre los 22 países con datos suficientes para el análisis, el consumo global declarado de cannabis a lo largo de la vida alcanzó su punto máximo en 2003, seguido de un ligero descenso en la encuesta de 2007 (Figura 2.2). Desde entonces, la prevalencia ha sido relativamente estable. Hubo un descenso en el consumo declarado de inhalantes a lo largo de la vida entre 2011 (10 %) y 2015 (8 %), pero la tendencia a largo plazo entre 1995 y 2015 ha sido relativamente estable (Figura 2.2). En cuanto a los sedantes y tranquilizantes, el consumo a lo largo de la vida disminuyó ligeramente entre 1995 y 2015, con una prevalencia de consumo consistentemente mayor entre las chicas que entre los chicos durante este período. No se dispone de datos de tendencia sobre nuevas sustancias psicoactivas del ESPAD, ya que las preguntas sobre el consumo de estas drogas se incluyeron por primera vez en 2015.

Más de 92 millones de adultos han probado drogas ilícitas

Se estima que más de 92 millones, o algo más de una cuarta parte de las personas de 15 a 64 años en la Unión Europea, han probado drogas ilícitas a lo largo de su vida. La experiencia de consumo de drogas se declara con más frecuencia entre los hombres (56,0 millones) que entre las mujeres (36,3 millones). La droga más comúnmente probada es el cannabis (53,5 millones de hombres y 34,3 millones de mujeres), con estimaciones mucho más bajas notificadas para el consumo a lo largo de la vida de cocaína (11,8 millones de hombres y 5,2 millones de mujeres), MDMA (9,0 millones de hombres y 4,5 millones de mujeres) y anfetaminas (8,0 millones de hombres y 4,0 millones de mujeres).

Los niveles de consumo de cannabis a lo largo de la vida difieren considerablemente entre países, oscilando entre alrededor del 41 % de los adultos en Francia y menos del 5 % en Malta.

El consumo de drogas en el último año proporciona una medida del consumo reciente de drogas y se concentra en gran medida entre los adultos jóvenes. Se estima que 18,9 millones de adultos jóvenes (de 15 a 34 años) consumieron drogas en el último año, con el doble de hombres que de mujeres declarando hacerlo.

puede oscilar entre el ocasional y el regular y dependiente.

Se estima que 87,6 millones de adultos en la Unión Europea (de 15 a 64 años), o el 26,3 % de este grupo de edad, han probado cannabis a lo largo de su vida. De estos, se estima que 17,2 millones de adultos jóvenes (de 15 a 34 años), o el 14,1 % de este grupo de edad, consumieron cannabis en el último año, de los cuales 9,8 millones tenían entre 15 y 24 años (17,4 % de este grupo de edad). Las tasas de prevalencia en el último año entre las personas de 15 a 34 años oscilan entre el 3,5 % en Hungría y el 21,5 % en Francia. Entre los jóvenes que consumieron cannabis en el último año, la proporción de hombres a mujeres es de dos a uno.

Los resultados de las encuestas más recientes muestran que la mayoría de los países notifican estabilidad o aumentos en el consumo de cannabis en el último año entre los adultos jóvenes. De los países que han realizado encuestas desde 2015 y han notificado intervalos de confianza, 8 notificaron estimaciones más altas, 9 se mantuvieron estables y 2 notificaron estimaciones más bajas que en la encuesta comparable anterior.

Consumo de cannabis: en general estable pero con amplia variación nacional

En todos los grupos de edad, el cannabis es la droga ilícita con más probabilidades de consumo. La droga generalmente se fuma y, en Europa, se mezcla comúnmente con tabaco. Los patrones de consumo de cannabis

Características

Edad media en el primer consumo

Edad media en el primer ingreso a tratamiento

Frecuencia de consumo en el último mes

consumo medio 5,5 días por semana

Tendencias en los ingresos por primera vez

Ingresos por primera vez

Ingresos previamente tratados

Países Bajos Otros países Reino Unido

Francia

Alemania

NB: Aparte de las tendencias, los datos corresponden a todos los ingresos a tratamiento con cannabis como droga principal. Las tendencias en los ingresos por primera vez se basan en 25 países.

Solo se incluyen en el gráfico de tendencias los países con datos para al menos 9 de los 11 años. Los valores faltantes se interpolan a partir de los años adyacentes.

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 2018: Tendencias y novedades

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

/ España / Reino Unido (Inglaterra y Gales)

Porcentaje

20 20

/ Irlanda / Finlandia / Bulgaria / Suecia / Rumanía

Pocos países disponen de datos de encuestas suficientes para permitir un análisis estadístico de las tendencias en el consumo de cannabis en el último año entre adultos jóvenes (15-34). Entre estos, 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 2.3).

En la última década, se han observado tendencias crecientes en la prevalencia del consumo de cannabis durante el último año entre adultos jóvenes en varios países. Entre ellos se incluyen Irlanda y Finlandia, donde los datos más recientes indican niveles que se aproximan a la media de la UE del 14,1 % y, aunque con niveles recientes más bajos, Bulgaria, Rumanía y Suecia. Entre los países que comunican datos de encuestas recientes, una tercera encuesta anual comparable en los Países Bajos en 2016 confirmó una prevalencia justo por debajo del 16 %. En Dinamarca, una encuesta de 2017 comunicó uno de los pocos descensos: 15,4 %, frente a la estimación de 17,6 % de 2013.

Consumo de cannabis de alto riesgo: una tendencia creciente

Sobre la base de encuestas a la población general, se estima que alrededor del 1 % de los adultos europeos consumen cannabis a diario o casi a diario, es decir, han consumido la droga en 20 días o más durante el último mes. Alrededor del 37 % de estos son consumidores de mayor edad, de 35 a 64 años, y alrededor de tres cuartas partes son varones.

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 2016, más de 150 000 personas iniciaron tratamiento por drogas en Europa por problemas relacionados con el consumo de cannabis; de ellas, alrededor de 83 000 iniciaban tratamiento por primera vez en su vida. En los 25 países con datos disponibles, el número total de personas que iniciaron tratamiento por primera vez por problemas de cannabis aumentó un 76 % entre 2006 y 2016, y la mayoría (18) de los países comunicaron un aumento durante este período. Múltiples factores pueden estar detrás de este aumento, entre ellos una mayor prevalencia del consumo de cannabis entre la población general, au-

mentos en el número de consumidores intensivos, la disponibilidad de productos de mayor potencia, cambios en la percepción del riesgo, aumentos en los niveles de provisión de tratamiento y de derivación a tratamiento, en particular desde el sistema de justicia penal. En conjunto, el 50 % de los consumidores primarios de cannabis que iniciaron tratamiento por primera vez en 2016 comunicaron consumo diario de la droga en el último mes. La proporción de consumidores diarios, sin embargo, varía ampliamente entre países, desde el 10 % o menos en Letonia, Hungría y Rumanía hasta el 60 % o más en España, Francia, los Países Bajos y Turquía.

/ Reino Unido (Inglaterra y Gales) / España / Francia / Italia

datos recientes

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

Porcentaje

Consumo de cocaína: estable en conjunto, pero con signos de aumento

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 hacerse 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. En muchos conjuntos de datos no es posible distinguir entre las dos formas de cocaína (cocaína en polvo o crack), y el término consumo de cocaína abarca ambas formas.

Se estima que 17,0 millones de adultos europeos (de 15 a 64 años), o el 5,1 % de este grupo de edad, han probado la cocaína a lo largo de su vida. Entre ellos hay alrededor de 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 Dinamarca, Irlanda, España, los Países Bajos y el Reino Unido comunican una prevalencia del consumo de cocaína durante el último año

entre adultos jóvenes del 2,5 % o más. En toda Europa, los descensos en el consumo de cocaína comunicados en años anteriores no se han observado en las encuestas más recientes. De los países que han realizado encuestas desde 2015 y han comunicado intervalos de confianza, 3 comunicaron estimaciones más altas, 14 comunicaron una tendencia estable y 1 comunicó una estimación más baja que en la encuesta comparable anterior.

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 2.4). Si bien Italia ha experimentado un descenso desde un máximo en 2005, la encuesta más reciente sugiere que el nivel puede haberse estabilizado ahora. Se observó una tendencia al alza en 2014 en Francia, cuando la prevalencia superó el 2 % por primera vez.

Un análisis estadístico de las tendencias a largo plazo en el consumo de cocaína durante el último año entre adultos jóvenes solo es posible para un pequeño

Informe Europeo sobre Drogas 2018: Tendencias y novedades

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

mg/1 000 habitantes/día 1000 —

/ Barcelona / Londres / Ámsterdam / Bruselas / Milán París / Zagreb / Oslo / Atenas

mg/1000 habitantes/día

NB: Cantidades medias diarias de benzoilecgonina en miligramos por 1 000 habitantes. El muestreo se llevó a cabo en ciudades europeas seleccionadas durante una semana en cada año desde 2011 hasta 2017.

Fuente: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

El análisis de aguas residuales municipales para detectar residuos de cocaína, realizado en un estudio multicéntrico, complementa los resultados de las encuestas de 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 de población. Los resultados del análisis de aguas residuales se presentan en cantidades estandarizadas (cargas máscas) de residuo de droga por 1 000 habitantes por día.

Un análisis de 2017 encontró las cargas máscas más altas de benzoilecgonina —el principal metabolito de la cocaína— en ciudades de Bélgica, España, los Países Bajos y el Reino Unido, y niveles muy bajos en la mayoría de las ciudades de Europa oriental estudiadas (véase la Figura 2.5). De las 31 ciudades que tienen datos para 2016 y 2017, 19 comunicaron un aumento, 6 un descenso y 6 una situación estable. Se comunican tendencias crecientes a más largo plazo para muchas de las 13 ciudades con datos para 2011 y 2017.

Consumo de cocaína de alto riesgo: más personas que buscan tratamiento

La prevalencia del consumo de cocaína de alto riesgo entre los adultos en Europa es difícil de calibrar, ya que solo 4 países tienen estimaciones recientes, y se han utilizado definiciones y metodologías diferentes. En España, una nueva encuesta utilizó la alta frecuencia de consumo para estimar el consumo de cocaína de alto riesgo en el 0,43 % entre las personas de 14 a 18 años en 2016/17. 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 %. En 2015, Italia produjo una estimación del 0,65 % de la población adulta para quienes necesitan tratamiento por consumo de cocaína. Para Portugal, un estudio que utilizó métodos estadísticos indirectos estimó el consumo de cocaína de alto riesgo en el 0,98 % de la población adulta en 2015.

España, Italia y el Reino Unido representan casi tres cuartas partes (73 %) de todos los ingresos notificados en tratamiento especializado rela-

cionados con la cocaína en Europa. En conjunto, la cocaína fue citada como droga principal por más de 67 000 clientes que iniciaron tratamiento especializado por drogas en 2016 y por alrededor de 30 000 clientes que lo iniciaban por primera vez.

Tras un período de descenso, el número total de personas que iniciaron tratamiento por primera vez por cocaína aumentó más de una quinta parte entre 2014 y 2016. Si bien gran parte de este aumento se explica por Italia y el Reino Unido, casi todos los países comunicaron aumentos durante el mismo período.

La mayoría de quienes inician tratamiento especializado por problemas relacionados con el consumo de cocaína son consumidores primarios de cocaína en polvo (51 000, o el 10 % de todos los clientes por drogas en 2016).

La mayoría de los clientes primarios de cocaína buscan tratamiento por el consumo de la droga por sí sola (31 % de todos los clientes de cocaína en polvo) o en combinación con cannabis (26 %), alcohol (31 %) u otras sustancias (12 %). Se informa que este grupo está en general bien integrado socialmente, con condiciones de vida estables y empleo regular. Otro grupo, integrado por usuarios más marginados, inicia tratamiento por consumo primario de cocaína crack (8 300 clientes, o el 2 % de todos los clientes por drogas en 2016), muchos de los cuales pueden estar consumiendo heroína como droga secundaria. Se comunican aumentos recientes en el número de clientes de cocaína crack en Italia y el Reino Unido.

El consumo de cocaína en combinación con heroína u otros opioides es comunicado por 53 000 clientes que iniciaron tratamiento especializado por drogas en Europa en 2016. Esta cifra representa el 15 % de todos los ingresos en tratamiento para los que se dispone de información tanto de la droga principal como de la secundaria.

Características

Edad media en el primer consumo

Edad media en el primer ingreso en tratamiento

Personas que ingresan por primera vez

Personas que ingresan previamente tratadas

Frecuencia de consumo en el último mes

consumo medio 4,1 días por semana

Diario

2 a 6 días por semana

Una vez por semana o menos

No consumió en los últimos 30 días

Vía de administración

196 5%

o 25% ^ 2 %

Inyección

Fumada/inhalada

Ingerida/bebida

Esnifada

Tendencias en los ingresos por primera vez

Alemania Países Bajos

Italia Reino Unido

| Otros países España

NB: Aparte de las tendencias, los datos corresponden a todos los ingresos en tratamiento con cocaína como droga principal. Las tendencias en los ingresos por primera vez se basan en 25 países.

En el gráfico de tendencias solo se incluyen los países con datos para al menos 9 de los 11 años. Los valores faltantes se interpolan a partir de los años adyacentes.

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 2018: Tendencias y novedades

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

Porcentaje

/ Irlanda / Bulgaria / Reino Unido (Inglaterra y Gales) / España

MDMA: el consumo parece estar estabilizándose

El MDMA (3,4-metilendioximetanfetamina) se consume en forma de comprimidos (a menudo llamados éxtasis), y también como cristales y polvos; los comprimidos suelen tragarse, pero los cristales y el polvo pueden tomarse por vía oral y también pueden esnifarse.

Se estima que 13,5 millones de adultos europeos (de 15 a 64 años), o el 4,1 % de este grupo de edad, han probado el MDMA/éxtasis a lo largo 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 2,2 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 0,2 % en Portugal y Rumanía al 7,4 % en los Países Bajos.

Hasta hace poco, en muchos países, la prevalencia del MDMA había estado en descenso desde los niveles máximos alcanzados a principios y mediados de la década de 2000. En los últimos años, sin embargo, las fuentes de seguimiento sugieren una estabilización o un aumento del consumo de MDMA en algunos países. Entre los países que han realizado nuevas encuestas desde 2015 y han comunicado intervalos de confianza, 5 comunicaron estimaciones más altas que en la encuesta comparable anterior, 12 comunicaron estimaciones estables y 1 comunicó una estimación más baja.

Cuando existen datos para un análisis estadístico de las tendencias en el consumo de MDMA durante el último año entre adultos jóvenes, los datos más recientes sugieren cambios (Figura 2.6). En el Reino Unido, tras

una tendencia descendente, el aumento observable entre 2012 y 2014 se ha invertido en los datos más

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

mg/1 000 habitantes/día

/ Barcelona / París / Zagreb / Helsinki

/ Lisboa / Bristol / Bruselas / Milán

Atenas

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 cada año desde 2011 hasta 2017.

Fuente: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

recientes. En España, la tendencia a largo plazo sigue siendo descendente, aunque los valores recientes son estables. Los datos más recientes muestran un marcado aumento de la prevalencia en Irlanda desde 2011, y una tendencia al alza continua en Bulgaria. Los datos de la encuesta de 2016 en los Países Bajos confirman los altos niveles comunicados en las dos encuestas anuales anteriores.

Un análisis multicéntrico de 2017 halló las mayores cargas másicas de MDMA en las aguas residuales en ciudades de Bélgica, los Países Bajos y Alemania (véase la figura 2.7). De las 33 ciudades con datos de 2016 y 2017, 11 notificaron un aumento, 7 una situación estable y 15 un descenso. Atendiendo a tendencias más prolongadas, en la mayoría de las ciudades con datos tanto de 2011 como de 2017 (12 ciudades), las cargas de MDMA en aguas residuales fueron superiores en 2017 que en 2011. No obstante, los acusados aumentos observados durante el período 2011-2016 parecen estar estabilizándose en 2017 en la mayoría de las ciudades.

El MDMA se consume a menudo junto con otras sustancias, incluido el alcohol. 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 un amplio espectro de jóvenes en entornos convencionales de la vida nocturna, incluidos bares y fiestas privadas.

El consumo de MDMA rara vez se cita como motivo para entrar en tratamiento especializado por drogas. En 2016, el MDMA fue notificado por menos del 1 % (alrededor de 1 000 casos) de las personas que accedían por primera vez a tratamiento en Europa, principalmente en España, Francia, el Reino Unido y Turquía.

Las fuentes de seguimiento sugieren | estabilización o aumento del consumo

Informe Europeo sobre Drogas 2018: Tendencias y novedades

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

Porcentaje

0 _ 0

/ Finlandia / Dinamarca / España / Reino Unido (Inglaterra y Gales)

Anfetaminas: variación en el consumo pero tendencias estables

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

Ambas drogas pueden tomarse por vía oral o nasal; además, el consumo por inyección constituye una parte significativa del problema de drogas

en algunos países. La metanfetamina también puede fumarse, pero esta vía de administración no se notifica comúnmente en Europa.

Se estima que 11,9 millones de adultos europeos (de 15 a 64 años), o el 3,6 % de este grupo de edad, han probado las anfetaminas a lo largo de su vida. Las cifras de consumo más reciente, entre el grupo de edad en el que el consumo de drogas es más elevado, sugieren que 1,2 millones (1,0 %) de adultos jóvenes (de 15 a 34 años) consumieron anfetaminas durante el último año, con las estimaciones nacionales de prevalencia más recientes oscilando entre menos del 0,1 % en Portugal y el 3,6 % 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 el consumo de anfetaminas. De los países que han realizado nuevas encuestas desde 2015 y han notificado intervalos de confianza, 2 notificaron estimaciones superiores, 13

notificaron una tendencia estable y 2 notificaron estimaciones inferiores a las de la encuesta comparable anterior.

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. Se observan tendencias descendentes a largo plazo en Dinamarca, España y el Reino Unido (figura 2.8). Por el contrario, la prevalencia del consumo de anfetaminas entre adultos jóvenes en Finlandia aumentó entre 2000 y 2014.

El análisis de aguas residuales municipales llevado a cabo en 2017 halló que las cargas másicas de anfetamina variaban considerablemente en toda Europa, con los niveles más elevados notificados en ciudades del norte y el este de Europa (véase la figura 2.9). Se halló anfetamina en niveles mucho más bajos en ciudades del sur de Europa.

De las 33 ciudades con datos de 2016 y 2017, 9 notificaron un aumento, 11 una situación estable y 13 un descenso. En conjunto, los datos de 2011 a 2017 mostraron un panorama diverso, pero con tendencias relativamente estables en la mayoría de las ciudades por lo que respecta a la anfetamina.

El consumo de metanfetamina, generalmente bajo y concentrado históricamente en la República Checa y Eslovaquia, parece estar presente ahora también en Chipre, el este de Alemania, España y el norte de Europa (véase la figura 2.10). En 2016 y 2017, de las 34 ciudades con datos sobre metanfetamina en aguas residuales, 12 notificaron un aumento, 10 una situación estable y 12 un descenso.

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

mg/1 000 habitantes/día

/ Dortmund / Ámsterdam / Oslo / Zagreb

Bristol / Bruselas / Helsinki Barcelona / Lisboa

Ámsterdam

Espoo

Helsinki Amberes

Vilnius

Hamburgo | Berlín

Cracovia

Budweis _ _ _ Brno

Hamburgo

Innsbruck

Oporto Lisboa

Milán Zagreb

Liubliana

Piestany Bratislava

Barcelona

Valencia

mg/1 000 habitantes/día

Limassol

o Por debajo del nivel de cuantificación

NB: Cantidades medias diarias de anfetamina en miligramos por 1 000 habitantes. El muestreo se llevó a cabo en ciudades europeas seleccionadas a lo largo de una semana en cada año desde 2011 hasta 2017.

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

/ Budweis / Oslo Barcelona / Ámsterdam

/ Milán / Bruselas

Innsbruck,

Burdeos

Oporto

Milán / Zagreb Liubliana

Lisboa

Valencia

mg/1 000 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 seleccionadas a lo largo de una semana en cada año desde 2011 hasta 2017.

Fuente: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

Informe Europeo sobre Drogas 2018: Tendencias y novedades

Consumo de anfetaminas de alto riesgo: la demanda de tratamiento sigue siendo elevada

Los problemas relacionados con el consumo prolongado, crónico e inyectado de anfetaminas han sido, históricamente, más evidentes en los países del norte de Europa. Por el contrario, los problemas relacionados con la metanfetamina han sido más patentes en la República Checa y Eslovaquia. Se dispone de estimaciones recientes del consumo de anfetaminas de alto riesgo para Noruega, estimado en el 0,33 % o 11 200 adultos (en 2013), y para Alemania, estimado en el 0,19 % o 102 000 adultos en 2015.

Es probable que los consumidores de anfetaminas constituyan la mayoría de los estimados 2 230 (0,18 %) consumidores de estimulantes de alto riesgo notificados por Letonia en 2016, frente a los 6 540 (0,46 %) de 2010. 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 0,50 % en 2016 (correspondiente a 34 300 consumidores). Esto representa un aumento respecto a los 20 900 consumidores de 2007, aunque las cifras han sido relativamente estables en los últimos años. La estimación para Chipre fue del 0,02 % o 105 consumidores en 2016.

Aproximadamente 35 000 clientes que accedieron a tratamiento especializado por drogas en Europa en 2016 notificaron las anfetaminas como su droga principal, de los cuales alrededor de 15 000 eran clientes que accedían por primera vez. Los consumidores primarios de anfetamina representan más del 15 % de las personas que acceden por primera vez a tratamiento en Alemania, Letonia, Polonia y Finlandia. Las personas que acceden a tratamiento y notifican un consumo primario de metanfetamina se concentran en la República Checa y Eslovaquia, que juntas representan casi el 90 % de los 9 200 clientes de metanfetamina que acceden a tratamiento especializado en Europa.

Características

Edad media de la primera vez que se consume

Edad media de la primera vez que se accede a tratamiento

Frecuencia de consumo en el último mes

consumo medio 4,4 días por semana

Tendencias en las personas que acceden por primera vez

Personas que acceden por primera vez

Personas que ya habían recibido tratamiento

Vía de administración

Inyección

Fumada/inhalada

Ingerida/bebida

Aspirada

Países Bajos Eslovaquia Otros países

Reino Unido República Checa] Alemania

NB: Salvo en lo relativo a las tendencias, los datos corresponden a todas las personas que acceden a tratamiento con anfetaminas como droga principal. Las tendencias en las personas que acceden por primera vez se basan en 25 países.

En el gráfico de tendencias solo se incluyen los países con datos de al menos 9 de los 11 años. Los valores faltantes se interpolan a partir de los años adyacentes.

Ketamina, GHB y alucinógenos: el consumo sigue siendo bajo

En Europa se consumen otras varias 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 (gammahidroxibutirato).

El consumo recreativo de ketamina y GHB (incluido su precursor GBL, gamma-butirolactona) se ha notificado entre subgrupos de consumido-

res de drogas en Europa durante las dos últimas 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 2016, Noruega notificó una prevalencia del consumo de GHB en el último año del 0,1 % para adultos (16-64). En 2016, la prevalencia del consumo de ketamina en el último año entre adultos jóvenes (15-34) se estimó en el 0,1 % en la República Checa y Rumanía y en el 0,8 % en el Reino Unido.

Los niveles generales de prevalencia del consumo de LSD y de setas alucinógenas en Europa han sido generalmente bajos y estables durante varios años. Entre los adultos jóvenes (15-34), las encuestas nacionales notifican estimaciones de prevalencia en el último año inferiores al 1 % para ambas sustancias en 2016 o en el año de la encuesta más reciente, con la excepción de los Países Bajos (1,9 %), Finlandia (1,9 %) y la República Checa (3,1 %) para las setas alucinógenas, y Finlandia (1,3 %) y la República Checa (1,4 %) para el LSD.

Si bien los niveles de consumo de nuevas sustancias psicoactivas son en general bajos en Europa, en un estudio del OEDT de 2016 más de dos tercios de los países notificaron su consumo por parte de consumidores de drogas de alto riesgo. En particular, el consumo de catinonas sintéticas por parte de personas que se inyectan opioides y estimulantes se ha vinculado con problemas sanitarios y sociales. Además, el consumo fumado de cannabinoides sintéticos en poblaciones marginadas, incluidos las personas sin hogar y los reclusos, se ha identificado como un problema en muchos países europeos.

En conjunto, actualmente pocas personas acceden a tratamiento en Europa por problemas asociados al consumo de nuevas sustancias psicoactivas; no obstante, estas sustancias son significativas para algunos países. En los datos más recientes, el consumo de cannabinoides sintéticos se notificó como el motivo principal para acceder a tratamiento especializado por drogas para el 17 % de los clientes en Turquía y para el 7 % en Hungría; los problemas relacionados con el consumo primario de catinonas sintéticas fueron citados por el 0,3 % de las personas que accedieron a tratamiento en el Reino Unido.

En el Reino Unido, el consumo de cannabinoides sintéticos entre los reclusos es motivo de especial preocupación. Una encuesta realizada en 2016 en prisiones del Reino Unido halló que el 33 % de los 625 internos notificaron el consumo de «Spice» en el último mes; en comparación, el 14 % notificó consumo de cannabis en el último mes.

Consumo de nuevas sustancias psicoactivas: consumo de alto riesgo en poblaciones marginadas

Varios países han incluido las nuevas sustancias psicoactivas en sus encuestas de población general, aunque las diferencias de métodos y de preguntas de las encuestas limitan las comparaciones entre países. Desde 2011, 13 países europeos han notificado estimaciones nacionales del consumo de nuevas sustancias psicoactivas (sin incluir la ketamina y el GHB). Para los adultos jóvenes (de 15 a 34 años), la prevalencia del consumo de estas sustancias en el último año osciló entre el 0,2 % en Italia y Noruega y el 1,7 % en Rumanía. Se dispone de datos de encuesta sobre el consumo de mefedrona para el Reino Unido (Inglaterra y Gales). En la encuesta más reciente (2016/17), el consumo de esta droga en el último año entre las personas de 16 a 34 años se estimó en el 0,3 %, frente al 1,1 % de 2014/15. En sus encuestas más recientes, el consumo de cannabinoides sintéticos en el último año entre las personas de 15 a 34 años osciló entre el 0,2 % en España y el 1,5 % en Letonia.

Informe Europeo sobre Drogas 2018: Tendencias y novedades

tendencias seleccionadas y datos más recientes

Estimaciones nacionales de la tasa de prevalencia anual del consumo de opioides de alto riesgo:

Casos por 1 000 habitantes

0 _ 0

/ Irlanda

/ Malta /

Austria

Italia

/ Letonia

/ Eslovenia

/ Alemania

/ Grecia

España

/ República Checa / Chipre

Consumo de opioides de alto riesgo: la heroína sigue dominando

En Europa, el opioide ilícito más comúnmente consumido es la heroína, que puede fumarse, aspirarse o inyectarse. También se hace un uso indebido de una serie de 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 la década de 1970 y una segunda oleada afectó a otros países, especialmente los de Europa central y oriental, a mediados y finales de la década de 1990. 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 del uso de opioides de alto riesgo entre los adultos (15-64) se estima en un 0,4 % de la población de la UE, el equivalente a 1,3 millones de consumidores de opioides de alto riesgo en 2016. 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 cada 1 000 habitantes de 15 a 64 años. Los cinco países más poblados de la Unión Europea, que representan el 62 % de su población, concentran las tres cuartas partes (76 %) del número estimado de consumidores de opioides de alto riesgo (Alemania, España, Francia, Italia, Reino Unido). De los 11 países con estimaciones periódicas del uso de opioides de alto riesgo entre 2006 y 2016, España e Italia muestran un descenso estadísticamente

significativo, mientras que la República Checa muestra un aumento estadísticamente significativo (Figura 2.11).

Casos por 1 000 habitantes

0-2,5 ■ 2,51-5,0 H >5,0 M Sin datos

En 2016, el uso de opioides fue notificado como motivo principal para iniciar un tratamiento especializado en drogodependencias por 177 000 clientes, o el 37 % de todos los que iniciaron tratamiento por drogas en Europa. De ellos, 35 000 eran nuevos ingresos. Los consumidores primarios de heroína representaron el 82 % de los nuevos consumidores primarios de opioides que iniciaron tratamiento.

Según los datos de tendencia disponibles, el número de nuevos clientes de heroína se redujo a menos de la mitad desde un máximo en 2007, hasta un mínimo en 2013, antes de estabilizarse en los últimos años.

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

Opioides sintéticos: diversas sustancias observadas en toda Europa

Aunque la heroína sigue siendo el opioide ilícito más consumido, diversas fuentes sugieren que los opioides sintéticos lícitos (como la metadona, la buprenorfina y el fentanilo) se consumen indebidamente cada vez más. Los opioides notificados por los ingresos en tratamiento

incluyen metadona, buprenorfina, fentanilo, codeína, morfina, tramadol y oxicodona consumidos indebidamente. En algunos países, los opioides distintos de la heroína representan la forma más común de uso de opioides entre los ingresos en tratamiento especializado. En 2016, 18 países europeos notificaron que más del 10 % de todos los clientes de opioides que ingresaban en servicios especializados presentaban problemas relacionados principalmente con

Características

20 % • • 80 %

OO Edad media en el primer consumo

Edad media en el primer ingreso en tratamiento o*X

Nuevos ingresos

Ingresos previamente tratados

Frecuencia de consumo en el último mes

consumo medio 6 días por semana

Diario

De 2 a 6 días por semana

Una vez a la semana o menos

No consumió en los últimos 30 días

Vía de administración

Tendencias de los nuevos ingresos

Italia España

Reino Unido

■ Alemania | Otros países

Inyección

Fumada/inhalada

Ingerida/bebida

Aspirada

NB: Salvo en las tendencias, los datos corresponden a todos los ingresos en tratamiento con heroína como droga principal. Los datos de Alemania corresponden a los ingresos con «opioides» como droga principal.

Las tendencias de los nuevos ingresos se basan en 25 países. Solo se incluyen en el gráfico de tendencias los países con datos de al menos 9 de los 11 años.

Los valores faltantes se interpolan a partir de los años adyacentes. Debido a cambios en el flujo de datos a escala nacional, los datos de Italia desde 2014 no son comparables con los de años anteriores.

Informe Europeo sobre Drogas 2018: Tendencias y novedades

Consumo de drogas por vía inyectada: estimaciones más recientes de prevalencia y principal droga inyectada

España (2015) I m-\ Heroína Chipre (2016) Sh Heroína Países Bajos (2015) i Heroína

Heroína, anfetamina

Casos por 1 000 habitantes de 15 a 64 años (límites inferior y superior)

opioides distintos de la heroína (Figura 2.12). En Estonia, la mayoría de los ingresos en tratamiento que notificaron un opioide como droga principal consumían fentanilo, mientras que la buprenorfina fue el opioide principal más citado entre los ingresos en tratamiento en Finlandia. Alrededor del 30 % de los clientes de opioides en la República Checa notifican consumo indebido de buprenorfina, y el 22 % de los clientes de opioides en Dinamarca, consumo indebido de metadona. En Chipre y Polonia, entre el 20 % y el 30 % de los clientes de opioides ingresan en tratamiento por problemas relacionados con el consumo de otros opioides, como la oxycodona (Chipre) y el «kompot» —heroína elaborada a partir de paja de adormidera— (Polonia). Además, quienes ingresan en tratamiento por problemas relacionados con nuevas sustancias psicoactivas con efectos similares a los opioides pueden notificarse bajo el epígrafe general de opioides.

Consumo de drogas por vía inyectada: sigue disminuyendo entre los nuevos ingresos en tratamiento

El consumo de drogas por vía inyectada 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 16 países disponen de estimaciones de la prevalencia del consumo de drogas por vía inyectada desde 2011, que oscilan entre menos de 1 y 9

casos por 1 000 habitantes de 15 a 64 años. En la mayoría de estos países puede identificarse claramente la principal droga inyectada, aunque en algunos dos drogas presentan niveles de consumo elevados similares. Los opioides se notifican como principal droga inyectada en la mayoría (14) de los países (véase la Figura 2.13).

La heroína se menciona en 13 de estos países, mientras que la buprenorfina se nombra en Finlandia. Los estimulantes se notifican como principal droga inyectada en 4 países, donde las sustancias consumidas incluyen catinonas sintéticas (Hungría), cocaína (Francia), anfetamina (Letonia) y metanfetamina (República Checa).

Entre los nuevos clientes que iniciaron tratamiento especializado en drogodependencias en 2016 con la heroína como droga principal, el 27 % declaró la inyección como vía de administración principal, frente al 43 % en 2006. 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 1 % de los nuevos clientes de cocaína y el 47 % de los nuevos clientes primarios de anfetaminas. No obstante, el panorama general de las anfetaminas está muy influido por la República Checa, que representa el 87 % de los nuevos clientes de anfetaminas que se inyectan la droga en Europa.

Considerando las tres principales drogas inyectadas en conjunto, entre los nuevos ingresos en tratamiento en Europa, la inyección como vía de administración principal ha descendido del 28 % en 2006 al 17 % en 2016 (Figura 2.14).

La inyección de catinonas sintéticas, aunque no es un fenómeno generalizado, sigue notificándose en poblaciones específicas, incluidos los consumidores de opioides por vía inyectada y los clientes en tratamiento por drogas en algunos países, y entre los clientes de programas de intercambio de jeringuillas en Hungría. En un estudio reciente del OEDT,

10 países notificaron la inyección de catinonas sintéticas —a menudo junto con otros estimulantes y GHB— en el contexto de fiestas sexuales

entre pequeños grupos de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.

Inyección entre los nuevos ingresos en tratamiento con heroína, cocaína o anfetaminas como droga principal: porcentaje que declara la inyección como vía de administración principal

Porcentaje

Cocaína Anfetaminas Heroína

NB: Las tendencias se basan en los 21 países con datos de al menos 9 de los 11 años.

La inyección de catinonas sintéticas sigue H §§ notificándose | en poblaciones específicas Iff

Informe Europeo sobre Drogas 2018: Tendencias y novedades

Publicaciones del OEDT

Informes nacionales sobre drogas 2018.

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

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

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

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, Comunicaciones rápidas.

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

Inyección de catinonas sintéticas, Perspectives on Drugs.

Exploración de las tendencias de la metanfetamina en Europa, EMCDDA Papers.

Tendencias en el uso de heroína en Europa: ¿qué nos dicen los datos sobre la demanda de tratamiento?, Perspectives on Drugs.

Conducción bajo los efectos de drogas, alcohol y medicamentos en Europa: hallazgos del proyecto DRUID, Thematic paper.

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

Fentanilo en Europa, EMCDDATrendspotter study.

Prevalencia del uso diario de cannabis en la Unión Europea y Noruega, Thematic paper.

Publicaciones conjuntas del EMCDDA y ESPAD

Informe ESPAD 2015: Resultados del Proyecto Europeo de Encuestas Escolares sobre Alcohol y Otras Drogas.

Todas las publicaciones están disponibles en www.emcdda.europa.eu/publications

El uso de drogas ilícitas es un contribuyente reconocido a la carga mundial de morbilidad

Capítulo 3

Daños y respuestas relacionados con las drogas

El uso de drogas ilícitas es un contribuyente reconocido a la carga mundial de morbilidad. Los problemas de salud crónicos y agudos están asociados al uso de drogas ilícitas, y estos se ven agravados por diversos factores, entre ellos las propiedades de las sustancias, la vía de administración, la vulnerabilidad individual y el contexto social en el que se consumen las drogas.

Los problemas crónicos incluyen la dependencia y las enfermedades infecciosas relacionadas con las drogas, mientras que existe una serie de daños agudos, siendo la sobredosis de drogas el mejor documentado de ellos.

Aunque relativamente raro, el uso de opioides sigue representando gran parte de la morbilidad y mortalidad asociadas al uso de drogas.

El uso de drogas inyectables incrementa los riesgos. En comparación, aunque los problemas de salud asociados al uso de cannabis son claramente menores, la elevada prevalencia del uso 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 usuarios incrementa 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 como objetivo prevenir el uso 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 de sustitución con opioides y los programas de agujas y jeringuillas, se desarrollaron en parte como respuesta al uso 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 uso de drogas, incluidas las estrategias en materia de drogas y el gasto público relacionado con las drogas, es proporcionada al EMCDDA 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 también se nutre 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 EMCDDA en Health and social responses to drug problems: o European guide y el material en línea asociado, y el Best practice portal.

Las enfermedades infecciosas relacionadas con las drogas y la mortalidad y morbilidad asociadas al uso de drogas son los principales daños para la salud monitorizados sistemáticamente por el EMCDDA. Estos se complementan con datos más limitados sobre presentaciones hospitalarias agudas relacionadas con las drogas y 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 Key epidemiological indicators, el Statistical Bulletin y Action on new drugs.

Informe Europeo sobre Drogas 2018: Tendencias y novedades

Foco de los documentos nacionales de estrategia en materia de drogas (izquierda) y enfoques de evaluación (derecha) en 2017

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 de estrategia amplios que incluyen el alcohol.

| Estrategias en materia de drogas: enfoque más amplio

Casi la mitad de los 30 países monitorizados por el EMCDDA incluyen ahora diferentes combinaciones de cuestiones de adicción basadas en sustancias y en comportamientos junto con las drogas ilícitas en sus estrategias nacionales en materia de drogas. Estos instrumentos de planificación son utilizados por los gobiernos para elaborar su enfoque global y sus respuestas específicas a las diferentes dimensiones sanitarias, sociales y de seguridad de los problemas de drogas. Mientras que la política nacional en materia de drogas de Dinamarca se expresa en una serie de documentos estratégicos, legislación y acciones concretas, todos los demás países cuentan con un documento nacional de estrategia en materia de drogas. En 16 países, la estrategia en materia de drogas se cen-

tra principalmente en las drogas ilícitas. En los otros 14 países, el enfoque político es más amplio, prestando mayor consideración a otras sustancias y comportamientos adictivos (véase la Figura 3.1). Sin embargo, dentro del Reino Unido, las administraciones delegadas de Gales e Irlanda del Norte cuentan con documentos de estrategia amplios. Si se incluyen estos dos documentos, el número total de estrategias amplias sobre drogas ilícitas asciende a 16.

Estos documentos amplios abordan principalmente las drogas ilícitas, y existe variación en cómo se consideran otras sustancias y adicciones. Todos los documentos abordan el alcohol, 10 consideran el tabaco, 9 abarcan los medicamentos, 3 incluyen el dopaje en el deporte (por ejemplo, las drogas para mejorar el rendimiento) y 8 examinan comportamientos adictivos (por ejemplo, el juego). Cualquiera que sea el enfoque, todas 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 el plan de acción (2017-2020), que hace hincapié tanto en la reducción de la demanda de drogas como en la reducción de la oferta de drogas.

Todos los países europeos evalúan sus estrategias nacionales en materia de drogas, aunque lo hacen mediante una serie de enfoques diferentes. Las evaluaciones generalmente tienen como objetivo evaluar el nivel de implementación de la estrategia alcanzado y los cambios en la situación general de las drogas a lo largo del tiempo. En 2017, se informó de que se habían llevado a cabo recientemente 12 evaluaciones multicriterio, 9 revisiones del progreso de la implementación y 3 evaluaciones de cuestiones específicas, mientras que 6 países utilizaron otros enfoques, como una combinación de evaluaciones de indicadores y proyectos de investigación (véase la Figura 3.1). La tendencia hacia el uso de estrategias de enfoque amplio se refleja gradualmente en el uso de evaluaciones con un enfoque más amplio. Actualmente, Francia, Luxemburgo, Suecia y Noruega han publicado evaluaciones de estrategias de enfoque amplio. Este alcance ampliado de la estrategia conlleva la posibilidad de lograr un enfoque de salud pública más integrado, pero también plantea desafíos en términos de coordinación de la implementación, el seguimiento y la evaluación.

La prevención del uso de drogas y de los problemas relacionados con las drogas entre los jóvenes es un objetivo clave en las estrategias nacionales europeas en materia de drogas y 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 tener un mayor riesgo de desarrollar problemas de uso de drogas y la prevención indicada se centra en individuos en riesgo.

El interés por la implementación de programas de prevención basados en la evidencia en Europa ha ido aumentando en los últimos años, apoyado por el establecimiento de registros, iniciativas de formación y estándares de calidad. En 2018, se establecieron o se estaban desarrollando registros en más de un tercio de los 30 países del EMCDDA. Los registros cuentan con criterios de entrada y de valoración de la eficacia de los programas. El registro europeo Xchange enlaza con los registros nacionales y contiene unos 20 programas de prevención de drogas basados en manuales que han sido rigurosamente evaluados y cuyos resultados han sido valorados. También proporciona experiencias de implementación de profesionales sobre cuestiones que incluyen los obstáculos organizativos y culturales a la implementación (reclutamiento, momento oportuno, desafíos de adaptación) y cómo se superaron.

La formación profesional es vital para la introducción exitosa de los enfoques de prevención. Las oportunidades de formación formal en ciencia de la prevención, sin embargo, son limitadas. Una nueva iniciativa, el Universal Prevention Curriculum, basada en estándares internacionales de evidencia, ha sido recientemente adaptada a una audiencia europea, tanto con un plan de estudios universitario de 9 semanas como con un curso de formación condensado de 3-5 días (UPC-Adapt) para responsables de decisiones y de opinión regionales o locales. La versión corta se está implementando en un tercio de los Estados miembros de la UE en 2018.

I Prevención ambiental: programas multicomponente de ocio nocturno

Varios países informan del mayor uso de enfoques de prevención ambiental en entornos de ocio nocturno, principalmente en el norte de Europa. La mayoría de los enfoques ambientales se dirigen principalmente al alcohol, pero los factores de riesgo compartidos (contextuales) para el uso problemático de alcohol y de otras drogas pueden hacer que dichos enfoques sean útiles también para la prevención de otras sustancias.

Sin embargo, su implementación sigue siendo limitada. Un enfoque de interés son las coaliciones multicomponente de ocio nocturno, que combinan la formación del personal de servicio, los controles de entrada, la supervisión y la movilización comunitaria. Existen algunas pruebas que sugieren que este enfoque puede ser eficaz para reducir los daños relacionados con el alcohol y las drogas. Un ejemplo, el proyecto STAD en Suecia, se está extendiendo ahora a otros 6 países de la UE. No obstante, en 2016, solo 2 países (Finlandia, Reino Unido) informan de una disponibilidad extensa de intervenciones multicomponente.

| M-health: ampliar el acceso a las intervenciones

Cada vez más, una amplia gama de intervenciones relacionadas con las drogas también se proporcionan en línea, incluso a través de aplicaciones de salud móvil en teléfonos inteligentes (m-health). Las intervenciones basadas en internet y de m-health tienen el potencial de ampliar el alcance y la cobertura geográfica de los programas de prevención y tratamiento a personas que de otro modo podrían no acceder a los servicios especializados en drogas. Las intervenciones a las que se accede a través de teléfonos inteligentes pueden abarcar desde herramientas de aprendizaje electrónico para profesionales de las drogas, la prevención de drogas y la prestación de reducción de daños, la divulgación digital dentro de las plataformas de redes sociales, hasta el seguimiento de pacientes, la supervisión y la prestación de tratamiento.

Un reciente estudio del EMCDDA identificó más de 60 aplicaciones de m-health relacionadas con las drogas (o "apps") disponibles en las tiendas de aplicaciones en línea, casi la mitad de las cuales procedían de Europa. La mayoría de las aplicaciones proporcionaban información relacionada con las drogas, junto con alguna forma de intervención. Las intervenciones europeas de m-health⁸⁸ estaban dirigidas principalmente a

promover la reducción de daños entre los asistentes a fiestas y los jóvenes. Entre las técnicas utilizadas en las aplicaciones se encontraban métodos establecidos de intervención de tratamiento basados en internet, como diarios de consumo, retroalimentación personalizada sobre objetivos autoestablecidos para reducir el uso de drogas e interacción con profesionales del tratamiento, por ejemplo, mediante mensajería cifrada. Algunas aplicaciones también utilizan técnicas de prevención eficaces, como métodos de normas sociales y la reducción de las percepciones erróneas sobre el uso de drogas entre los pares. La falta de estándares de calidad para las aplicaciones de m-health en el ámbito de las drogas, así como las preocupaciones en torno a la protección de datos y la escasez de la base de evidencia, representan desafíos para el futuro desarrollo en este campo. No obstante, es probable que las aplicaciones de m-health se conviertan en importantes herramientas de intervención relacionadas con las drogas para usuarios y profesionales en toda Europa.

Informe Europeo sobre Drogas 2018: Tendencias y novedades

| Tratamiento de drogas: servicios comunitarios

El tratamiento de drogas es la intervención principal utilizada para las personas que experimentan problemas con su uso de drogas, incluida la dependencia, y garantizar un buen acceso a los servicios de tratamiento adecuados es un objetivo político clave.

La mayor parte del tratamiento de drogas en Europa se proporciona en entornos ambulatorios, y los centros especializados de tratamiento ambulatorio representan el mayor proveedor en términos de número de consumidores de drogas tratados (Figura 3.2). Las agencias de bajo umbral son el segundo mayor proveedor, seguidas por la atención primaria de salud y los centros generales de salud mental.

Esta última categoría incluye las consultas de médicos generales, que son importantes prescriptores de tratamiento de sustitución con opioides en algunos países grandes como Francia y Alemania. En otros lugares, por ejemplo en Eslovenia, los centros ambulatorios de salud mental desempeñan un papel en la prestación de tratamiento.

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

I Tratamiento de drogas: vías de entrada y trayectorias de los clientes

Se estima que 1,3 millones de personas recibieron tratamiento por uso de drogas ilícitas en la Unión Europea durante 2016 (1,5 millones incluyendo Noruega y Turquía). La derivación propia sigue siendo la vía más común de acceso al tratamiento especializado de drogas. Esta forma de derivación, que también incluye la derivación por familiares o amigos, representó casi la mitad (48 %) de las personas que ingresaron en tratamiento especializado de drogas en Europa en 2016. Alrededor de una cuarta parte (26 %) de los clientes fueron derivados por los servicios sanitarios, educativos y sociales, incluidos otros centros de tratamiento de drogas, mientras que el 16 % 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 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 desviación también es posible en etapas más tempranas del proceso de justicia penal.

Número de clientes que recibieron tratamiento de drogas en Europa en 2016, por entorno

Ambulatorio

Centros especializados de tratamiento (1001700)

Agencias de bajo umbral (270 700)

Atención primaria/general J de salud mental (43 100)

Otros entornos / (11200)

Internamiento

Residencial con base hospitalaria (60 200)

Residencial sin base hospitalaria (15 600)

Comunidades terapéuticas (26 600)

Prisiones

(86 400)

La mayor parte del tratamiento

de drogas en Europa se proporciona

en entornos ambulatorios

Las prácticas de derivación a tratamiento varían enormemente, tanto por país como por droga principal. El sistema de justicia penal desempeña un papel particularmente importante en la derivación de consumidores de cannabis a tratamiento. En conjunto, en Europa, el 26 % de los clientes de cannabis son derivados a tratamiento por el sistema de justicia penal.

Sin embargo, la proporción varía notablemente entre países. En 2016, entre los países con más de 100 nuevos clientes de tratamiento por cannabis, la proporción derivada por tribunales, libertad condicional o policía osciló entre el 2 % en los Países Bajos y más del 80 % en Hungría y Rumanía.

Las trayectorias de los clientes a través del tratamiento de drogas se caracterizan a menudo por el uso de diferentes servicios, múltiples entradas y duraciones variables de estancia. 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. Una visión de las trayectorias de tratamiento la proporcionan los resultados de un análisis de datos de tratamiento especializado de nueve países europeos en 2016. De los 370 000 clientes notificados en tratamiento en estos países durante ese año, justo menos del 20 % había entrado en trata-

miento por primera vez en su vida; el 27 % había reingresado en tratamiento, tras haber recibido tratamiento en un año anterior; y más de la mitad había estado en tratamiento continuo durante más de 1 año. La mayoría de los clientes en tratamiento continuo eran varones, 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.

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

Porcentaje

/ Opioides / Cannabis / Cocaína / Otras drogas / Anfetaminas

algunos países. Otros países han seguido ampliando la provisión a medida que buscan mejorar la cobertura del tratamiento, y 16 países notificaron aumentos en el número de personas que reciben tratamiento de sustitución entre 2010 y 2016, incluidos Letonia (173 %), Rumanía (167 %) y Grecia (57 %).

Tratamiento de sustitución de opioides: la provisión nacional varía

El tratamiento de sustitución, a menudo combinado con intervenciones psicosociales, es el tratamiento más común para la dependencia de opioides. La evidencia disponible respalda este enfoque, con resultados positivos encontrados en relación con la retención en tratamiento, el consumo ilícito de opioides, el comportamiento de riesgo notificado, los daños relacionados con las drogas y la mortalidad. Los consumidores de cannabis y cocaína son el segundo y tercer grupos más numerosos que entran en los servicios de tratamiento (Figura 3.3). Las intervenciones psicosociales son la modalidad de tratamiento principal para estos clientes.

Se estima que 628 000 consumidores de opioides recibieron tratamiento de sustitución en la Unión Europea en 2016 (636 000 incluida Noruega). La tendencia muestra un aumento general de clientes hasta un pico en 2010, seguido de un descenso del 10 % hasta 2016. Entre 2010 y

2016, se observaron descensos en 12 países, y los mayores (descensos de más del 25 %) los notificaron España, 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

Informe Europeo sobre Drogas 2018: Tendencias y desarrollos

Cobertura del tratamiento de sustitución de opioides (porcentaje de consumidores de opioides de alto riesgo estimados que reciben la intervención) en 2016 o año más reciente y en 2007/8

Porcentaje

Número de países por nivel de cobertura (2016)

Alta (>50 %)

Media (30-50 %)

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

Una comparación con las estimaciones actuales del número de consumidores de opioides de alto riesgo en Europa sugeriría que en conjunto alrededor de la mitad recibe tratamiento de sustitución, pero existen diferencias entre países (Figura 3.4). En aquellos países donde se dispone de datos de 2007 o 2008 para comparación, generalmente hubo un aumento en la cobertura.

Los niveles de provisión, sin embargo, siguen siendo bajos en algunos países.

La metadona es el fármaco de sustitución de opioides más comúnmente prescrito, recibido por casi dos tercios (63 %) de los clientes de sustitución en Europa. Un 35 % adicional de clientes son tratados con medicamentos basados en buprenorfina, que es el fármaco de sustitución principal en 8 países (Figura 3.5). Otras sustancias, como la morfina de liberación lenta o la diacetilmorfina (heroína), se prescriben con menor fre-

cuencia, siendo recibidas por un estimado del 2 % de los clientes de sustitución en Europa. La mayoría de los que reciben tratamiento de sustitución en Europa son mayores de 35 años y han estado recibiendo tratamiento durante más de 2 años.

Existen opciones de tratamiento alternativas para los consumidores de opioides en todos los países europeos. En los 13 países para los que se dispone de datos, entre el 3 % y el 28 % de todos los consumidores de opioides en tratamiento reciben intervenciones que no implican sustitución de opioides.

| Resultados del tratamiento: el papel de las normas de calidad

servicios para ajustarse mejor a las necesidades observadas. Sin embargo, el establecimiento del monitoreo de resultados se ve obstaculizado por la falta de acuerdo sobre los objetivos del tratamiento y las medidas apropiadas de estos. Una revisión reciente del EMCDDA destacó la amplia variabilidad en los resultados medidos, identificando ocho dominios de resultados diferentes: resultados de 'consumo de drogas', 'delito', 'salud', 'relacionados con el tratamiento', 'funcionamiento social', 'daños', 'mortalidad' y 'estimaciones económicas'.

El uso de normas de calidad es otra forma de garantizar la implementación adecuada de las intervenciones y recomendaciones para la práctica contenidas en las directrices.

Si bien, en general, la implementación mediante normas ocurre a nivel local, también existen normas internacionales y se utilizan para reunir consenso sobre principios generales para las intervenciones. Por ejemplo, las normas mínimas europeas de calidad sobre reducción de la demanda de drogas adoptadas por el Consejo de la UE establecen principios generales que se implementan a nivel nacional de diferentes maneras.

El monitoreo de los resultados del tratamiento es importante para mejorar las trayectorias de tratamiento que siguen los clientes y ajustar

Proporción de clientes que reciben diferentes tipos de medicación de sustitución de opioides prescrita en países europeos

Porcentaje

Metadona Buprenorfina HI Morfina oral de liberación lenta Diacetil-
morfina Otros

NB: Los datos del Reino Unido cubren Inglaterra, Gales e Irlanda del
Norte.

Población

Tendencias en el número en tratamiento de sustitución

628 000 eu

636 000 UE + Noruega

26% • • 74%

Distribución por edad

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

■ Alemania Reino Unido

Francia

Tipo de medicación

Duración del tratamiento

Metadona 63%

Buprenorfina 35%

Morfina oral de liberación lenta 2% Diacetilmorfina <1% Otros <1 %

NB: Solo se incluyen en el gráfico de tendencias los países con datos
para al menos 8 de los 11 años. Los valores faltantes se interpolan a par-
tir de años adyacentes.

Informe Europeo sobre Drogas 2018: Tendencias y desarrollos

Estimaciones más recientes del gasto público relacionado con las drogas
(% del PIB)

<0.05 H 0.06-0.19 H >0.2 M Sin datos

I Responder a los problemas de drogas: gasto y costes

Comprender los costes de las acciones relacionadas con las drogas es importante tanto para el desarrollo de políticas como para 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. En la última década, 22 países han producido estimaciones completas del gasto público relacionado con las drogas (Figura 3.6).

Las estimaciones oscilan entre el 0,01 % y el 0,5 % del producto interior bruto (PIB), con aproximadamente la mitad de las estimaciones situándose entre el 0,05 % y el 0,2 % del PIB.

El gasto en iniciativas de reducción de la demanda como proporción del presupuesto total de drogas varía sustancialmente entre países, representando entre el 21 % y el 75 % del gasto público relacionado con las drogas, según las estimaciones notificadas al EMCDDA durante la última década. El tratamiento de drogas y otros costes sanitarios representan una gran parte del gasto estimado relacionado con las intervenciones de reducción de la demanda.

Si bien las diferencias nacionales se deben en parte a elecciones variables de política y provisión, junto con diferencias en los problemas de drogas y la organización de los servicios públicos, las diferentes metodologías de estimación también tienen un gran impacto en los resultados.

Daños agudos relacionados con las drogas: la heroína y la cocaína dominan

Los datos de urgencias hospitalarias pueden proporcionar una visión de los daños agudos relacionados con las drogas y aumentar nuestra comprensión del impacto en la salud pública del uso de drogas en Europa. Solo un pequeño número de países monitorea las urgencias agudas por drogas a nivel nacional. Entre estos, Lituania y el Reino Unido notificaron que las urgencias relacionadas⁹⁶ con la heroína aumentaron. Por el

contrario, las tendencias descendentes en las urgencias relacionadas con la heroína fueron notificadas por la República Checa y Dinamarca. En España, la cocaína estuvo involucrada en casi la mitad de las urgencias relacionadas con drogas notificadas en

2015, y la proporción se está estabilizando tras un descenso. Al mismo tiempo, la proporción de urgencias por cannabis ha seguido aumentando. Eslovenia también notifica una tendencia al alza en 2016 en el número de urgencias relacionadas con cocaína, anfetaminas y GHB. En 2016, las regiones centinela de los Países Bajos notificaron 272 urgencias relacionadas con 4-fluoroanfetamina (4-FA), un nuevo estimulante del sistema nervioso central. La mayoría de estos casos se vieron en puestos de primeros auxilios en entornos de ocio nocturno, mientras que casi un tercio de las llamadas de ambulancia relacionadas con drogas estuvieron vinculadas al uso de GHB.

Las presentaciones de toxicidad aguda relacionadas con drogas en 19 hospitales (centinela) de 13 países europeos son monitoreadas por la Red Europea de Urgencias por Drogas (Euro-DEN Plus). En

2016, el proyecto registró 4 874 presentaciones, con

una edad mediana de 32 años, la mayoría de los cuales eran varones (77 %).

Casi tres cuartas partes de las presentaciones fueron llevadas al hospital en ambulancia. La mayoría (78 %) fueron dadas de alta del hospital en un plazo de 12 horas. Una pequeña minoría (6 %) fue ingresada en cuidados críticos o en una sala psiquiátrica (4 %). Se registraron un total de 22 muertes, de las cuales 13 involucraron opioides.

Las 20 drogas principales registradas en presentaciones de urgencia en hospitales centinela en 2016

Identificaciones de drogas

Drogas ilícitas establecidas Droga desconocida

I. I. I. I. ■. ■.■.

NPS (nuevas sustancias psicoactivas)⁹³ Benzodiazepinas

Otros medicamentos

Otros opioides

NB: Resultados de 4 874 presentaciones de urgencia en 19 sitios centinela de 13 países europeos.

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

En promedio se notificaron alrededor de 1,5 drogas por presentación (7 423 en total). Las drogas más comúnmente involucradas fueron heroína, cocaína, cannabis, GHB/GBL, anfetamina y MDMA (Figura 3.7). Una quinta parte (21 %) de las presentaciones involucraron el uso indebido de medicamentos recetados o de venta libre (más comúnmente opioides y benzodiazepinas); el 7 % involucró nuevas sustancias psicoactivas (en comparación con el 9 % en 2015 y el 6 % en 2014).

El número de presentaciones relacionadas con catinonas sintéticas disminuyó notablemente, de 400 en 2014 a 160 en 2016, mientras que al mismo tiempo el número relacionado con cannabinoides sintéticos aumentó de 28 a 282. El aumento en el número de presentaciones relacionadas con cannabinoides sintéticos está impulsado principalmente por los centros de Londres y Polonia.

Las diferencias en las drogas involucradas en las presentaciones de urgencia entre sitios pueden reflejar variaciones en el área de captación hospitalaria y los patrones locales de uso. Por ejemplo, las urgencias que involucran heroína fueron las más comunes en Dublín (Irlanda) y Oslo (Noruega), mientras que las presentaciones relacionadas con GHB/GBL, cocaína y MDMA fueron predominantes en Londres (Reino Unido).

Informe Europeo sobre Drogas 2018: Tendencias y desarrollos

| Nuevas drogas: alta potencia y daños

Las nuevas sustancias psicoactivas, incluidos los opioides sintéticos, los cannabinoides sintéticos y las catinonas sintéticas, están causando una serie de daños graves en Europa y representan un desafío para la políti-

ca de drogas. Los opioides sintéticos y los cannabinoides sintéticos son dos grupos de sustancias que son de particular preocupación.

Aunque desempeñan un papel pequeño en el mercado de drogas de Europa, los nuevos opioides plantean una grave amenaza para la salud individual y pública. De particular preocupación son los derivados del fentanilo, que constituyen la mayoría de los nuevos opioides monitoreados por el EMCDDA. Estas sustancias pueden ser particularmente potentes, con cantidades mínimas capaces de causar intoxicación potencialmente mortal por depresión respiratoria rápida y grave. Esto los hace especialmente peligrosos, particularmente para los usuarios desprevenidos que creen que están comprando heroína, otras drogas ilícitas o medicamentos para el dolor. En tales

circunstancias, puede ser necesario evaluar la disponibilidad del antídoto opioide naloxona. Además de los riesgos agudos de sobredosis, los derivados del fentanilo también parecen tener un alto potencial de abuso y de producir dependencia, lo que podría empeorar los problemas de salud pública y sociales comúnmente asociados con el uso de opioides de alto riesgo.

Investigaciones conjuntas y evaluación de riesgos

A raíz de las dos investigaciones conjuntas sobre el acrilioilfentanilo y el furanilfentanilo realizadas por el OEDT y Europol en 2016, en 2017 se investigaron otros cinco derivados del fentanilo tras notificarse muertes a través del Sistema de Alerta Temprana de la UE. Las sustancias (4-fluoroisobutirilfentanilo, tetrahidrofuranilfentanilo, carfentanilo, metoxiacetilfentanilo, ciclopropilfentanilo) estuvieron implicadas en más de 160 muertes, muchas de las cuales se atribuyeron directamente a estas sustancias. En conjunto, cinco de estas siete sustancias fueron también evaluadas formalmente en cuanto a riesgo por el OEDT durante 2017 (Tabla 1); las dos sustancias restantes se evaluarán en 2018. Hasta la fecha, el acrilioilfentanilo y el furanilfentanilo han sido objeto de medidas de control a escala de la UE debido a los riesgos que plantean para la salud pública en Europa.

Tabla 1. Principales conclusiones de las evaluaciones de riesgo de cinco derivados del fentanilo

Nombre común

Carfentanilo

Furanilfentanilo

Acriloilfentanilo

4F-iBF

(4-fluoroisobutirilfentanilo)

(tetrahidrofuranilfentanilo)

Estructura química

cr X'X)

cr XrX'

cr XXX

Notificación formal al Sistema de Alerta Temprana de la UE

12 de febrero de 2013

3 de noviembre de 2015

7 de julio de 2016

26 de agosto de 2016

23 de diciembre

Número de muertes

Número de países donde se produjeron las muertes asociadas

Número de incautaciones de las fuerzas del orden

Número de países donde ha sido incautado (UE, Turquía y Noruega)

También durante 2017 se investigaron cuatro cannabinoides sintéticos, lo que dio lugar a evaluaciones de riesgo (Tabla 2). Las sustancias (AB-¹⁰⁰

CHMINACA, ADB-CHMINACA, 5F-MDMB-PINACA, CUMYL-4CN-BI-NACA) estuvieron implicadas en más de 80 muertes. Estas siguen a la MDMB-CHMICA, el primer cannabinoide evaluado en cuanto a riesgo por el OEDT. Entre las razones de la grave toxicidad que pueden causar estas sustancias figuran su elevada potencia y las malas prácticas de fabricación. Las pruebas indican que los productores calculan a ojo las cantidades de sustancia que deben añadir al fabricar las mezclas para fumar. Además, las técnicas rudimentarias de fabricación empleadas pueden no distribuir la sustancia de manera uniforme en el producto. Esto puede dar lugar a que algunos productos contengan cantidades tóxicas de la sustancia, lo que incrementa el riesgo de intoxicación.

Tabla 2. Principales conclusiones de las evaluaciones de riesgo de cinco cannabinoides sintéticos

Nombre común

Estructura química

V " v ~\

Notificación formal al Sistema de Alerta Temprana de la UE

10 de abril de 2014

12 de septiembre

24 de septiembre

8 de enero

4 de marzo de 2016

Número de muertes

Número de países donde se produjeron las muertes asociadas

Número de incautaciones de las fuerzas del orden

>3 600

Número de países donde ha sido incautado (UE, Turquía y Noruega)

Los nuevos opioides constituyen una grave amenaza para la salud individual y pública

Informe Europeo sobre Drogas 2018: Tendencias y novedades

Ejemplos de técnicas de análisis de drogas y su aplicación

Técnica

Reactivos colorimétricos Cromatografía

líquida de alta resolución

Cromatografía de gasesespectrometría de masas

Tiempo hasta los resultados

Inmediato

Semanas

Análisis de

Presencia o ausencia

Información sobre la gama

Información cuantitativa

de una sustancia química

de sustancias presentes

sobre todos los compuestos

Contenido de la droga Alertas de salud pública Información para la reducción de daños Intervenciones breves

Objetivo general

En el domicilio

In situ/móvil

Sitio remoto

Quién realiza el análisis

Consumidores

Profesionales

Reducción de daños individual Acción de salud pública Seguimiento del mercado

| Servicios de análisis de drogas: disponibilidad en Europa

Los servicios de análisis de drogas permiten a los usuarios hacer analizar sus drogas para obtener información sobre el contenido de la muestra. Los objetivos de los servicios de análisis de drogas abarcan desde la reducción de daños, mediante el asesoramiento y la información a los consumidores de drogas, hasta el seguimiento de las tendencias actuales y emergentes en materia de drogas. En algunos países, los servicios de análisis de drogas forman parte integrante de los sistemas nacionales de alerta temprana, en particular apoyando la identificación y el seguimiento de las nuevas sustancias psicoactivas.

Los servicios de análisis de drogas están disponibles en 10 países de la UE.

Los servicios varían en varios aspectos, como la ubicación, los métodos, la puntualidad de los resultados, la forma de comunicar los resultados y con qué finalidad (Figura 3.8). Los servicios de análisis pueden estar radicados en laboratorios fijos o en laboratorios móviles, por ejemplo, en festivales de música y clubes. Los métodos empleados en los servicios abarcan desde kits de autodiagnóstico que muestran la presencia o ausencia de una droga o adulterante concretos hasta equipos sofisticados capaces de identificar y cuantificar numerosas sustancias. El tiempo necesario para entregar los resultados también puede variar, desde unos segundos hasta unos días.

La comunicación de los resultados es importante para los servicios de análisis de drogas, y las conclusiones suelen ir acompañadas del asesoramiento o de intervenciones breves. Entre los métodos de comunicación empleados figuran las alertas de salud pública y para los consumidores, los paneles informativos en eventos de baile, la publicación de re-

sultados en línea o los resultados facilitados directamente a las personas.

Daños crónicos relacionados con las drogas: el VIH disminuye, pero persisten los diagnósticos tardíos

Las personas que consumen drogas, en particular las que se las inyectan, corren el riesgo de contraer enfermedades infecciosas por compartir el material de consumo de drogas y por mantener relaciones sexuales sin protección.

Las conductas de riesgo en la inyección de drogas siguen 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 2016 se notificaron en la Unión Europea 1 027 nuevos diagnósticos de VIH en personas infectadas por el consumo de drogas inyectadas (Figura 3.9), lo que representa el 5 % de todos los diagnósticos de VIH cuya vía 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 51 % entre 2007 y 2016. Sin embargo, el consumo de drogas inyectadas sigue siendo una vía de transmisión importante en algunos países: en 2016, según los datos notificados al Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC), más de una cuarta parte de los casos de VIH recién diagnosticados se atribuyeron al consumo de drogas inyectadas en Lituania (47 %), Luxemburgo (29 %) y Letonia (27 %). En Rumanía y en Grecia, aunque el número de nuevas infecciones por VIH atribuidas al consumo de drogas inyectadas siguió disminuyendo en

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

/ Luxemburgo / Letonia Lituania / Estonia

/ Grecia / Irlanda / Rumanía

2016, siguen estando por encima de los niveles notificados antes de los brotes de 2012.

La mayoría de los países notificaron descensos en el número de casos de VIH relacionados con la inyección entre 2015 y 2016, incluidos Irlanda y el Reino Unido, que habían notificado aumentos en 2015. En Irlanda y el Reino Unido, esto se debió en parte a brotes localizados.

El brote notificado en Luxemburgo en 2014 ha continuado durante 2016, y el aumento de la inyección de estimulantes, junto con los altos niveles de marginación de los usuarios, es un factor de este brote. Lituania notificó un fuerte aumento de las nuevas infecciones por VIH entre las personas que se inyectan drogas, que casi se duplicaron de 44 a 83 casos en 2016. Además, la inyección de drogas estimulantes en un contexto sexual («slamming») entre pequeños grupos de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres se ha relacionado con un mayor riesgo de transmisión de la infección.

En 2016, el 13 % de los casos de sida recién notificados en la Unión Europea, con una vía de transmisión conocida, se atribuyeron al consumo de drogas inyectadas. Las 422 notificaciones relacionadas con la inyección representan menos de una cuarta parte del número notificado una década antes.

Informe Europeo sobre Drogas 2018: Tendencias y novedades

Prevalencia de la infección por el virus de la hepatitis C entre las personas que se inyectan drogas, por edad, 2015 a 2016

Porcentaje

8 f- »

...

Prevalencia (%): mediana y rango

Edad 35 y más

Edad menor de 25

CD CU —

Edad menor de 25

- Muestras con cobertura nacional

Edad 35 y más

Muestras con cobertura nacional

Muestras con cobertura subnacional £ Muestras con cobertura subnacional

NB: No se muestran las muestras inferiores a 10. El orden de los países sigue los datos de menores de 25 años.

Cuando la información estaba disponible, la mitad de los nuevos diagnósticos de VIH atribuidos a la inyección de drogas en la Unión Europea en 2016 se diagnosticaron tarde, es decir, cuando el virus ya había comenzado a dañar el sistema inmunitario. En Grecia y Rumanía, aproximadamente 2 de cada 3 nuevos casos de VIH relacionados con la inyección se diagnosticaron tarde. El diagnóstico tardío del VIH se asocia con retrasos en el inicio de la terapia antirretroviral y con una mayor morbilidad y mortalidad. La política de «diagnosticar y tratar» para el VIH, según la cual se inicia la terapia antirretroviral directamente tras 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 precoz y el inicio de la terapia antirretroviral ofrecen a los infectados una esperanza de vida normal.

Prevalencia del VHC: diferencias nacionales

La hepatitis viral, en particular la infección causada por el virus de la hepatitis C (VHC), es muy prevalente entre los consumidores de drogas inyectadas en toda Europa. Por ¹⁰⁶cada 100 personas infectadas por el

VHC, entre 75 y 80 desarrollarán una infección crónica. Esto tiene importantes consecuencias a largo plazo, ya que la infección crónica por el VHC, a menudo agravada por un consumo elevado de alcohol, dará lugar a un número creciente de muertes y de casos de enfermedad hepática grave, incluida la cirrosis y el cáncer, entre una población que envejece de consumidores de drogas de alto riesgo.

La prevalencia de anticuerpos contra el VHC, indicativa de infección presente o pasada, entre muestras nacionales de consumidores de drogas inyectadas en 2015-16, varió del 15 % al 82 %, y 6 de los 13 países con datos nacionales notificaron una tasa superior al 50 %. Entre los países con datos de tendencia nacional para el período 2010-16, 4 países notificaron un descenso de la prevalencia del VHC entre los consumidores de drogas inyectadas, mientras que 2 observaron un aumento.

El VHC es más prevalente entre las personas de más edad que se inyectan drogas que entre las más jóvenes, lo que pone de relieve la acumulación de riesgo a lo largo de los años y la elevada carga de infección entre los grupos de más edad (Figura 3.10).

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 1,5 % 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 en la República Checa y Alemania agrupaciones de hepatitis A relacionadas con las drogas.

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

| Prevención de las enfermedades infecciosas: medidas eficaces

Entre las medidas recomendadas para reducir las enfermedades infecciosas relacionadas con las drogas entre las personas que se inyectan drogas figuran el tratamiento sustitutivo con opioides, la distribución de material de inyección estéril, la vacunación, las pruebas de detección de enfermedades infecciosas, el tratamiento de la hepatitis y el tratamiento del VIH, así como intervenciones de promoción de la salud centradas en conductas de inyección más seguras y en la reducción de las conductas sexuales de riesgo.

Para quienes se inyectan opioides, estar en tratamiento sustitutivo 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 suministro de jeringuillas. Las pruebas demuestran 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 material de inyección limpio de forma gratuita en puntos especializados.

Sin embargo, existen diferencias considerables entre países en la distribución geográfica de los puntos de suministro de jeringuillas (véase la Figura 3.11). Los países también difieren en la cobertura de la población objetivo por la intervención (Figura 3.12).

Se dispone de información sobre el suministro de jeringuillas a través de programas especializados en 25 países, que en conjunto notifican la distribución de 54 millones de jeringuillas en el año más reciente para el que se dispone de datos (2015/16). Se trata de una subestimación importante, ya que varios países grandes, como Alemania, Italia y el Reino Unido, no notifican datos nacionales completos sobre el suministro de jeringuillas.

Los países europeos también notifican la distribución de otros materiales por parte de organismos especializados en drogas junto con jeringuillas y agujas. Más de la mitad de los países notifican, por ejemplo, información escrita sobre un uso más seguro, preservativos, toallitas desinfectantes y ácido cítrico. El suministro de papel de aluminio o pipas para permitir y promover la inhalación en lugar de la inyección de drogas lo

notifican 8 países, mientras que en la República Checa se distribuyen cápsulas de gelatina para fomentar el consumo oral de metanfetamina (pervitin) como alternativa a la inyección.

Disponibilidad geográfica de los programas de agujas y jeringuillas en la Unión Europea, Noruega y Turquía

Porcentaje de unidades territoriales con 1 o más puntos de suministro

0 <20 H 20-39 H 40-59 H 60-79 H >80

NB: Basado en las unidades territoriales NUTS-3 de Eurostat. Los valores de España, Alemania e Italia se basan en estimaciones de expertos. La disponibilidad geográfica puede no reflejar la proporción de la población objetivo alcanzada por la intervención.

| Eliminación del VHC: acceso a las pruebas y al tratamiento

Las normas mínimas de calidad de la UE para las intervenciones de reducción de la demanda promueven la oferta de pruebas voluntarias de enfermedades infecciosas transmitidas por la sangre en los organismos comunitarios, junto con el asesoramiento sobre conductas de riesgo y la asistencia para gestionar la enfermedad. Sin embargo, el estigma y la marginación de los consumidores de drogas son barreras para la aceptación de las pruebas y el tratamiento. Se requieren métodos innovadores para superar estos desafíos, especialmente un uso más amplio del asesoramiento y las pruebas por parte de proveedores de atención comunitaria capacitados. Además, cualquier ampliación de las pruebas de enfermedades infecciosas debe ir acompañada de medidas que garanticen una provisión adecuada del tratamiento de las infecciones.

Informe Europeo sobre Drogas 2018: Tendencias y novedades

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

Jeringuillas

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

Alto (>200)

Medio (100-200)

Las directrices de expertos europeos recomiendan considerar el tratamiento del VHC sin demora en las personas con alto riesgo de transmitir el virus, lo que incluye a los consumidores de drogas inyectables activos y a las personas encarceladas.

Los nuevos regímenes de tratamiento eficaces, mejor tolerados, totalmente orales y libres de interferón con agentes antivirales de acción directa pueden lograr la curación en el 95 % de los casos. El acceso sin restricciones al tratamiento sigue siendo escaso, debido a los elevados costes de estos medicamentos. A octubre de 2017, uno de cada dos países europeos había plasmado su enfoque hacia la prevención y la atención de la hepatitis en un documento de política. Sin embargo, las guías clínicas de 9 países incluían criterios que restringen el acceso al tratamiento del VHC para las personas que consumen drogas (por ejemplo, exigir la abstinencia del consumo de drogas durante 3-12 meses).

Intervenciones en prisiones: la disponibilidad nacional difiere

Los reclusos declaran tasas de consumo de drogas a lo largo de la vida más elevadas y patrones de consumo más nocivos, incluido el consumo inyectado, 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 forma parte del cribado sanitario en

la entrada en prisión en muchos países. El análisis de los datos sobre la prevalencia del VIH y el VHC entre las personas que se inyectan drogas de 17 países europeos, que abarca de 2006 a 2017, mostró que la prevalencia de estas infecciones era significativamente mayor entre las personas con antecedentes de encarcelamiento en la mayoría de los países: 10 de 17 países en el caso del VIH y 14 de 17 en el caso del VHC.

Las pruebas de enfermedades infecciosas (VIH, VHB, VHC y tuberculosis) están disponibles en las prisiones de la mayoría de los países, aunque esto puede limitarse a las pruebas en el momento del ingreso o únicamente a las personas sintomáticas. La provisión de tratamiento de la hepatitis C solo se notifica en 11 países. Se informa de la existencia de programas de vacunación contra la hepatitis B en 16 países. La provisión de equipo de inyección limpio es menos común, y 5 países notifican la existencia de programas de jeringuillas en este entorno, de los cuales solo 3 informan de la implementación real de la intervención.

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. En 28 países es posible proporcionar tratamiento sustitutivo con opiáceos en las prisiones, pero la cobertura es baja en la mayoría de los países. Las intervenciones ofrecidas a los reclusos

incluyen desintoxicación, asesoramiento individual y grupal, tratamiento en comunidades terapéuticas y en salas de hospitalización especiales. Casi todos los países informan de la provisión de una o más de estas opciones de tratamiento. La mayoría de los 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 a la excarcelación.

La preparación para la excarcelación, incluida la reintegración social, se lleva a cabo en todos los países. Los programas para prevenir el riesgo de sobredosis de drogas, que es especialmente elevado entre los consumidores de opiáceos inyectados en el período 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.

Muertes por sobredosis: en aumento entre los consumidores de drogas de alto riesgo

El consumo de drogas es una causa reconocida de mortalidad evitable entre los adultos europeos. Los estudios sobre cohortes de consumido-

res de drogas de alto riesgo suelen mostrar tasas de mortalidad total del orden del 1-2 % anual. En general, los consumidores de opiáceos 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 opiáceos se relaciona principalmente con la sobredosis, pero otras causas de muerte indirectamente relacionadas con el consumo de drogas, como las infecciones, los accidentes, la violencia y el suicidio, también son importantes.

La mala salud, marcada por afecciones acumuladas e interrelacionadas, es común. 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 las tres cuartas partes de quienes mueren por sobredosis son hombres (79 %).

Los datos sobre sobredosis, especialmente el total acumulado europeo, deben interpretarse con cautela. Entre las razones se encuentran la infranotificación sistemática en algunos países y los procesos de registro que provocan retrasos en la notificación.

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

Características

21% • • 79%

Muertes con presencia de opiáceos

Edad media al morir

Tendencias en las muertes por sobredosis

Turquía España

Reino Unido H

Alemania

Número de muertes

7 929 eu

9 138 eu + 2

NB: Los datos se refieren a los Estados miembros de la UE, Turquía y Noruega (UE + 2).

Informe Europeo sobre Drogas 2018: Tendencias y novedades

Número de muertes inducidas por drogas notificadas en la Unión Europea en 2012 y 2016, o el año más reciente, por grupo de edad

Número de muertes

Se estima que en 2016 se produjeron en la Unión Europea al menos 7 929 muertes por sobredosis, en las que intervino una o más drogas ilícitas. Esta cifra asciende a una estimación de 9 138 muertes si se incluyen Noruega y Turquía, lo que representa un aumento del 4 % respecto a la cifra revisada de 2015 de 8 749; la situación en la UE es en conjunto estable en comparación con 2015. Como en años anteriores, el Reino Unido (34 %) 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. Centrándose en los países con sistemas de notificación relativamente robustos y con datos disponibles para 2016, se observaron aumentos en el número de muertes por sobredosis en Estonia y Alemania. En los Países Bajos, aún no está claro si un gran aumento de las muertes por sobredosis notificadas (un 91 % más en comparación con 2014) representa un aumento real del número de muertes inducidas por drogas o se debe a otras causas, como cambios en el registro. En el Reino Unido, se notificó un aumento en 2015, con un 13 % más de muertes que en 2014 y un 21 % más que en 2013. Los datos provisionales sugieren que este aumento continuó en 2016. La tendencia al alza manifiesta en Suecia durante algunos años se invirtió en 2016. Tur-

quía sigue notificando aumentos importantes, con la cifra de 2016 casi el doble que la de 2014, pero esto parece deberse en gran medida a mejoras en la recopilación y notificación de datos.

La tendencia al alza en el número notificado de muertes por sobredosis entre los grupos de mayor edad refleja el envejecimiento de la población consumidora de opiáceos de Europa, que presenta el mayor riesgo de muerte por sobredosis de drogas. Entre 2012 y 2016, las muertes por sobredosis en la Unión Europea aumentaron en todas las categorías de edad superiores a 30 años (Figura 3.13). Las muertes entre los grupos de 50+ años aumentaron un 55 % en conjunto, en comparación con un aumento del 25 % en las muertes entre los de 30-49 años. El número de muertes por sobredosis ocurridas entre los grupos de menor edad se ha mantenido en conjunto estable en la Unión Europea. El análisis de las sobredosis mortales notificadas por Turquía en 2016 muestra un perfil más joven que el de la Unión Europea, con una edad media de 31 años (en comparación con 39 años), y un tercio de los casos menores de 25 años.

La sobredosis de drogas sigue siendo la principal causa de muerte entre los consumidores de drogas de alto riesgo I

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

Casos por millón de habitantes 200 —

/ Estonia / Suecia / Noruega / Irlanda

Reino Unido / Lituania / Finlandia / Dinamarca / UE + 2

NB: Tendencias en los ocho países que notificaron los valores más altos en 2016 o 2015 y tendencia europea general.

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

I Mortalidad inducida por drogas: las tasas notificadas más altas en el norte de Europa

La tasa de mortalidad debida a sobredosis en Europa en 2016 se estima en 21,8 muertes por millón de habitantes de 15-64 años. La tasa entre

los hombres (34,7 casos por millón de hombres) es casi cuatro veces la de las mujeres (8,9 casos por millón de mujeres). Las tasas de mortalidad por sobredosis son más altas a los 35-39 años para los hombres, con 57,4 muertes por millón, y a los 40-44 años para las mujeres, con 12,4 muertes por millón.

La edad media al morir, sin embargo, es de 39 años tanto para hombres como para mujeres. Las tasas y tendencias nacionales de mortalidad varían considerablemente (Figura 3.14) 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, incluidos niveles variables de infranotificación, 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 (132 por millón), Suecia (88 por millón), Noruega (81 por millón), Irlanda (70 por millón) y el Reino Unido (70 por millón) (Figura 3.14).

Informe Europeo sobre Drogas 2018: Tendencias y novedades

| Sobredosis mortales: predominan las muertes relacionadas con opiáceos

La heroína o sus metabolitos, a menudo en combinación con otras sustancias, están presentes en la mayoría de las sobredosis mortales notificadas en Europa. Los datos más recientes muestran un aumento del número de muertes relacionadas con la heroína en Europa, notablemente en el Reino Unido, donde la mayoría de las muertes por sobredosis (87 %) implicaron alguna forma de opiáceo. En Inglaterra y Gales, se mencionó heroína o morfina en 1 177 muertes registradas en 2015, lo que representa un aumento del 18 % respecto al año anterior y del 44 % respecto a 2013.

Las muertes relacionadas con la heroína o la morfina también aumentaron en Escocia (Reino Unido), con 473 de esas muertes registradas en 2016, lo que representa un aumento del 37 % respecto al año anterior.

En Francia, la heroína estuvo implicada en el 30 % de las muertes por sobredosis en 2015, en comparación con el 15 % en 2012.

Otros opiáceos también aparecen regularmente en los informes toxicológicos. Estas sustancias, principalmente la metadona, pero también la buprenorfina (Finlandia), el fentanilo y sus derivados (particularmente en Estonia) y el tramadol, se asocian con una proporción sustancial de las muertes por sobredosis en algunos países.

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 340 en 2015, aunque se cree que muchas de ellas son sobredosis de heroína entre personas que también consumían crack. En

2016, las muertes relacionadas con estimulantes en Turquía incluyeron 100 casos asociados con cocaína, 98 casos con anfetaminas y 252 casos con MDMA. Turquía también notificó un gran aumento en el número de muertes relacionadas con cannabinoides sintéticos: de 137 en 2015 a 373 en 2016. En el Reino Unido, el número de muertes en las que intervinieron nuevas sustancias psicoactivas sigue siendo relativamente bajo, pero ha aumentado desde 2010, particularmente en Escocia.

Sobredosis y muertes relacionadas con drogas: intervenciones de prevención

Reducir la morbilidad y la mortalidad por sobredosis es un importante desafío de salud pública en Europa. Una respuesta de salud pública más amplia en este ámbito aspira a reducir la vulnerabilidad entre quienes consumen drogas, especialmente eliminando barreras y haciendo accesibles los servicios, y capacitando a los consumidores de drogas para que asuman menos riesgos (Figura 3.15). Evaluar el riesgo de sobredosis entre las personas que consumen drogas y reforzar su concienciación sobre la sobredosis, combinado con la provisión de un tratamiento eficaz contra la drogadicción, ayuda a prevenir la aparición de sobredosis. Los períodos de riesgo elevado, como la excarcelación y el alta o el aban-

dono del tratamiento, requieren especial atención. Intervenciones como los centros de consumo supervisado de drogas, así como los programas de naloxona para llevar a casa, son respuestas altamente focalizadas que aspiran a mejorar la probabilidad de sobrevivir a una sobredosis.

Enfoques clave para reducir las muertes relacionadas con opioides

Reducir el desenlace fatal de la sobredosis

Consumo supervisado de drogas

Primeros auxilios inmediatos en emergencias por drogas

Programas de naloxona para llevar a casa

Mejora de la respuesta de los testigos

Reducir el riesgo de sobredosis

Reducir la vulnerabilidad

Retención en el tratamiento de sustitución con opioides

Reducir el consumo de drogas y la inyección

Evaluaciones del riesgo de sobredosis

En centros de tratamiento y prisiones

Concienciación sobre la sobredosis

Conocimiento del riesgo y del uso más seguro

Servicios de proximidad y de bajo umbral

Servicios accesibles

Entorno facilitador

Eliminar las barreras a la provisión de servicios

Empoderamiento de los consumidores de drogas

Capacitar a los consumidores de drogas para que se protejan a sí mismos

Reconocimiento del impacto más amplio

Los centros de consumo supervisado de drogas son espacios donde los consumidores de drogas pueden consumirlas en condiciones higiénicas y más seguras. Esta intervención aspira tanto a prevenir la aparición de sobredosis como a garantizar que se disponga de apoyo profesional si se produce una sobredosis. Estos centros suelen proporcionar acceso a una amplia gama de servicios médicos y sociales, así como derivación a tratamiento de drogodependencias, y son capaces de atraer a poblaciones de consumidores de difícil acceso.

Los centros individuales supervisan un gran número de consumos que, de otro modo, habrían tenido lugar en las calles o en otras circunstancias de riesgo. Hay pruebas crecientes de sus beneficios, que incluyen reducciones en la conducta de riesgo, la mortalidad por sobredosis y la transmisión de infecciones, así como un mayor acceso de los consumidores de drogas al tratamiento y a otros servicios sanitarios y sociales.

Al mismo tiempo, pueden ayudar a reducir el consumo de drogas en público y mejorar el equipamiento urbano en las zonas que rodean los mercados urbanos de drogas. Tales centros funcionan actualmente en 56 ciudades de 6 países de la UE y Noruega; 78 centros en total. En Alemania, donde tales centros funcionan desde principios de los años noventa, recientemente se han revisado las regulaciones legales para permitirles supervisar tipos de consumo de menor riesgo, como esnifar, fumar e inhalar. Además, dos de los 16 estados federales han comenzado a permitir su uso por personas en tratamiento de sustitución.

Las poblaciones con un riesgo elevado de sobredosis, como los reclusos recién excarcelados, pueden beneficiarse especialmente.

Los reclusos están incluidos en los programas de naloxona para llevar a casa en Estonia, Francia y el Reino Unido, y está previsto que en Noruega se inicie en 2018 una distribución de naloxona en prisiones.

La mayoría de los kits de naloxona proporcionados por los servicios de drogas y de salud incluyen naloxona inyectable genérica (0,4 o 1 mg/1

ml) en ampollas o jeringas precargadas con el medicamento. En Francia, una formulación nasal más concentrada del medicamento (0,9 mg/0,1 ml), utilizada a título experimental desde 2016, obtuvo autorización de comercialización en julio de 2017, lo que facilita su uso más amplio. En noviembre de 2017, la Comisión Europea aprobó un aerosol nasal para su comercialización en la Unión Europea, Noruega, Islandia y Liechtenstein. El aerosol administra 1,8 mg de naloxona en 0,1 ml de solución.

| Naloxona: programas para llevar a casa

La naloxona es un medicamento antagonista de los opioides que puede revertir la sobredosis por opioides. Se utiliza en los servicios de urgencias hospitalarios, por el personal de ambulancias y por el personal de otros servicios que entran regularmente en contacto con consumidores de drogas. En los últimos años se ha producido una expansión de los programas de naloxona «para llevar a casa», que ponen el medicamento a disposición de los consumidores de opioides, sus parejas, sus iguales y sus familias, junto con formación para reconocer y responder a una sobredosis. En 2017 funcionaban dieciséis programas de naloxona para llevar a casa en 10 países europeos. Una revisión sistemática de la eficacia de los programas de naloxona para llevar a casa encontró pruebas de que su provisión en combinación con intervenciones educativas y de formación reduce la mortalidad relacionada con la sobredosis. Algunas

Reducir la morbilidad y la mortalidad por sobredosis es un importante desafío de salud pública

Informe Europeo sobre Drogas 2018: Tendencias y novedades

Publicaciones del OEDT

Informes nacionales sobre drogas 2018.

Salas de consumo de drogas: panorama general de la provisión y la evidencia, Perspectivas sobre drogas (actualización).

Intervenciones de prevención del consumo de sustancias en el ámbito ambiental en Europa, Informe técnico.

Prevenir las muertes por sobredosis en Europa, Perspectivas sobre drogas (actualización).

Respuestas sanitarias y sociales a los problemas relacionados con las drogas: una guía europea.

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

Evaluar la política de drogas: una guía de siete pasos para apoyar la contratación y la gestión de evaluaciones, Manuales.

Informe de la evaluación de riesgos sobre el acrililfentanilo, Evaluaciones de riesgos.

Informe de la evaluación de riesgos sobre el furanfentanilo, Evaluaciones de riesgos.

Informe sobre la evaluación de riesgos del MDMB-CHMICA, Evaluaciones de riesgos.

Respuestas sanitarias a las nuevas sustancias psicoactivas, Comunicaciones rápidas.

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

Presentaciones en urgencias hospitalarias y toxicidad aguda por drogas en Europa: actualización del grupo de investigación Euro-DEN Plus y del OEDT, Comunicaciones rápidas.

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

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

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

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

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

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

Prevención de las conductas adictivas, Perspectivas.

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

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

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

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

Tratamiento de drogodependencias basado en internet, Perspectivas sobre drogas.

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

Organizaciones de defensa de la política de drogas, Documentos del OEDT.

Publicaciones conjuntas del OEDT y el ECDC

Revisión sistemática sobre la búsqueda activa de casos de enfermedades transmisibles en entornos penitenciarios.

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.

Todas las publicaciones están disponibles en www.emcdda.europa.eu/publications

Anexo

Datos nacionales para las estimaciones de prevalencia del consumo de drogas, incluido el consumo problemático de opioides, el tratamiento de sustitución, el número total en tratamiento, el ingreso en tratamiento, el consumo de drogas inyectables, las muertes inducidas por drogas, las enfermedades infecciosas relacionadas con las drogas, la distribución de jeringuillas y las incautaciones. Los datos proceden de y son un subconjunto de los

donde se dispone de notas y metadatos. Se indican los años a los que se refieren los datos.

Anexo: Tablas de datos nacionales

Consumo problemático de opioides

Personas que ingresan en tratamiento durante el año

Clientes en tratamiento de sustitución

Clientes de opioides como % de los ingresos en tratamiento

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

estimación

Todos los ingresos

Primeros ingresos

Ingresos previamente tratados

Todos los ingresos

Primeros ingresos

Ingresos previamente tratados

tratamiento

Año de la estimación

casos por

% (recuento)

% (recuento)

% (recuento)

% (recuento)

% (recuento)

% (recuento)

recuento

Bélgica

-

-

25 (2625)

9,4 (366)

34,3 (2114)

14,1 (331)

10,1 (35)

14,3 (272)

Bulgaria

-

73,5 (1261)

52,5 (93)

92,7 (531)

68,2 (542)

56,5 (52)

67,6 (356)

Chequia

17 (1720)

7 (333)

25,9 (1387)

82,6 (1412)

79,8 (264)

83,2 (1148)

Dinamarca

-

-

12,7 (543)

6,7 (134)

18,5 (396)

22,4 (103)

3,3 (4)

29,9 (99)

Alemania

31,9 (27 702)

13,5 (3 614)

40,1 (24 088)

31,3 (9 956)

29,6 (1 546)

31,6 (8 410)

Estonia

-

-
93,4 (271)

87,4 (76)

95,5 (150)

69,3 (187)

72 (54)

80,7 (121)

Irlanda

46,9 (4 202)

26,9 (947)

60,5 (3 070)

34,2 (1 375)

24,6 (229)

37,4 (1 100)

Grecia

66,4 (2 833)

48,1 (833)

78,8 (1 986)

29,3 (824)

28 (232)

29,8 (589)

España

25,7 (12 146)

11,5 (2 727)

42,2 (8 239)

12,7 (1 456)

7,1 (191)

14,4 (1146)

Francia

26,1 (12 111)

12,3 (1 830)

44,6 (7 640)

17,6 (1 830)

11,5 (193)

20,1 (1 325)

Croacia

-

-

22,1 (170)

-

-

37,7 (61)

-

Italia

48,5 (23 556)

33,3 (7 190)

60,7 (16 366)

47,5 (9 654)

35,6 (2 103)

52,3 (7 551)

Chipre

24,3 (212)

10,7 (49)

44,3 (132)

53,8 (112)

54,2 (26)

55,8 (72)

Letonia

50,6 (445)

29,4 (136)

74,3 (309)

91,7 (399)

85,6 (113)

94,4 (286)

Lituania

86,4 (2 059)

53,4 (175)

92,1 (1 877)

85 (1 746)

83,4 (146)

83,9 (146)

Luxemburgo

48,7 (129)

15,4 (10)

55,2 (80)

46,4 (58)

55,6 (5)

52,6 (41)

Hungría

4,8 (198)

1,6 (44)

13,5 (146)

46,5 (87)

42,9 (18)

48,6 (69)

Malta

71,7 (1 290)

27,4 (72)

79,3 (1 218)

61,1 (738)

47,7 (21)

61,7 (717)

Países Bajos

11,5 (1 262)

6,2 (402)

19,3 (860)

6,1 (39)

7,6 (13)

5,6 (26)

Austria

51,3 (1 884)

32,1 (515)

66 (1369)

36,7 (502)

22 (78)

41,9 (424)

Polonia

17,3 (1151)

6,3 (192)

27,8 (951)

57,9 (658)

30,4 (58)

63,7 (598)

Portugal

43,5 (1 198)

26,5 (459)

72,1 (739)

17,8 (194)

15,4 (61)

19,1 (133)

Rumanía

27,2 (963)

12,9 (312)

58,7 (650)

88,9 (855)

80,8 (252)

92,9 (603)

Eslovenia

82,2 (221)

55,3 (26)

88,2 (195)

52 (115)

23,1 (6)

55,9 (109)

Eslovaquia

-

-

28,6 (869)

13,5 (181)

42,1 (672)

71,4 (609)

42,5 (76)

79,5 (527)

Finlandia

47,8 (317)

27,2 (67)

60 (250)

73,2 (230)

68,2 (45)

74,6 (185)

Suecia o

-

-

23,7 (8 602)

15,6 (1 976)

28,1 (6 626)

-

-

-

Reino Unido

49,6 (57 673)

22,4 (8 591)

63 (48 936)

31,1 (12 428)

16,4 (827)

33,2 (11555)

Turquía

74,2 (8 073)

67,5 (3 627)

80,7 (4 446)

24,7 (1 994)

15,5 (561)

32,2 (1 433)

Noruega (2)

18,1 (1 033)

12,6 (343)

23 (690)

-

-

-

Unión Europea

-

-

36,1 (167 443)

17,9 (31520)

49,1 (130 977)

33,8 (46 440)

26,2 (6 709)

35,3 (37 608)

UE, Turquía y Noruega

-

-

36,8 (176 549)

19,2 (35 490)

49,5 (136113)

33,3 (48 434)

24,9 (7 270)

35,2 (39 041)

Los datos sobre las personas que inician tratamiento corresponden a 2016 o al año más reciente disponible: Chequia, 2014; Dinamarca, España, Países Bajos y Turquía, 2015.

Los datos sobre los clientes en tratamiento de sustitución corresponden a 2016 o al año más reciente disponible: Dinamarca, España, Hungría, Polonia y Finlandia, 2015; Países Bajos, 2014; Turquía, 2011. La cifra de Suecia no representa a todos los clientes.

o Los datos sobre los clientes que inician tratamiento se refieren únicamente a la atención hospitalaria y a los centros especializados de atención ambulatoria.

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

Informe Europeo sobre Drogas 2018: Tendencias y novedades

Estimaciones de prevalencia

Personas que inician tratamiento durante el año

Población general

Población escolar

Clientes de cocaína como % de las personas que inician tratamiento

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

Año de la encuesta

Consumo alguna vez en la vida, adultos (15-64)

Últimos 12 meses, adultos jóvenes (15-34)

Consumo alguna vez en la vida, estudiantes (15-16)

Todas las personas que inician tratamiento

Personas que inician tratamiento por primera vez

Personas que ya habían recibido tratamiento

Todos los clientes

Personas que inician tratamiento por primera vez

Personas que ya habían recibido tratamiento

% (número)

% (número)

% (número)

% (número)

% (número)

% (número)

Bélgica

-

21,7 (2 277)

21,8 (851)

21,0 (1 299)

4,7 (95)

1,1 (8)

7,1 (80)

Bulgaria

2 (34)

5,1 (9)

0,7 (4)

6,7 (1)

0 (0)

0 (0)

Chequia

0,3 (27)

0,3 (12)

0,3 (15)

0 (0)

0 (0)

0 (0)

Dinamarca o

7,1 (306)

7,2 (144)

7,4 (158)

3,3 (8)

1,7 (2)

5 (6)

Alemania (2)

6,7 (5 855)

6,4 (1 713)

6,9 (4 142)

14,3 (2 376)

7 (301)

16,9 (2 075)

Estonia

-

0,3 (1)

1,1 (1)

-

-

-

-

Irlanda

12,2 (1 096)

16,1 (565)

9,9 (502)

1,3 (14)

0,2 (1)

2,2 (11)

Grecia (2)

6,8 (292)

8,8 (152)

5,5 (139)

10,7 (31)

2 (3)

20,3 (28)

España

36,6 (17 327)

35,5 (8 445)

37,1 (7 248)

1 (167)

0,4 (30)

1,6 (116)

Francia

6,7 (3 108)

5,9 (878)

8,3 (1 418)

8,5 (243)

2,6 (21)

13,7 (178)

Croacia

-

2,9 (22)

-

-

-

-

Italia

29,2 (14 197)

34,3 (7 417)

25,1 (6 780)

2,9 (394)

2,2 (154)

3,7 (240)

Chipre

12,7 (111)

11,8 (54)

16,4 (49)

2,8 (3)

o (0)

6,1 (3)

Letonia

0,7 (6)

1,1 (5)

0,2 (1)

o (0)

o (0)

o (0)

Lituania

0,6 (14)

1,8 (6)

0,4 (8)

0 (0)

0 (0)

0 (0)

Luxemburgo

17 (45)

12,3 (8)

19,3 (28)

39,5 (17)

14,3 (1)

46,4 (13)

Hungría (2)

2,7 (112)

3 (83)

1,8 (20)

1,8 (2)

0 (0)

10 (2)

Malta

-

14,6 (263)

34,2 (90)

11,3 (173)

10,7 (28)

3,3 (3)

14,6 (25)

Países Bajos

24,3 (2 675)

20,8 (1 357)

29,6 (1318)

0,4 (5)

0,1 (1)

0,6 (4)

Austria

8,5 (311)

11,2 (180)

6,3 (131)

6,5 (19)

1,7 (3)

13,6 (16)

Polonia

2,3 (155)

2,4 (73)

2,3 (77)

0,7 (1)

0 (0)

1,3 (1)

Portugal

13,3 (366)

15,7 (272)

9,2 (94)

4,3 (14)

3,8 (9)

5,9 (5)

Rumanía

1 (36)

1,3 (31)

0,4 (4)

0 (0)

0 (0)

0 (0)

Eslovenia

6,3 (17)

14,9 (7)

4,5 (10)

11,8 (2)

-

20 (2)

Eslovaquia

1,2 (36)

2,1 (28)

0,4 (7)

9,7 (3)

8,3 (2)

14,3 (1)

Finlandia

0 (0)

0 (0)

0 (0)

Suecia (13)

-

1,2 (438)

2,4 (300)

0,6 (138)

-

-

-

Reino Unido (14)

15,5 (18 008)

19,5 (7 492)

13,5 (10 490)

1,4 (174)

0,5 (28)

2,1 (141)

Turquía

-

-

-
-
1,8 (198)

1,5 (79)

2,2 (119)

o (o)

o (o)

o (o)

Noruega (a)

1,2 (66)

1,7 (45)

0,7 (21)

-

-

-

Unión Europea

-

-

14,5 (67 113)

17,1 (30 195)

12,8 (34 253)

5,3 (3 597)

1,9 (567)

7,9 (2 947)

UE, Turquía y Noruega

-

-

-

-

14 (67 377)

16,4 (30 319)

12,5 (34 393)

5,2 (3 597)

1,9 (567)

7,9 (2 947)

Las estimaciones de prevalencia para la población escolar proceden de la Encuesta ESPAD de 2015, excepto en el caso de Bélgica (2016; solo Flandes), España (2016), Alemania (2011), Italia (2016), Luxemburgo (2010; 15 años), Suecia (2016) y Reino Unido (2014; solo Inglaterra, 15 años). Debido a la incertidumbre de los procedimientos de recogida de datos, los datos de Letonia pueden no ser comparables.

Los datos sobre las personas que inician tratamiento corresponden a 2016 o al año más reciente: Chequia, 2014; Dinamarca, España, Países Bajos y Turquía, 2015.

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

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

(3) Los datos sobre los clientes que inician tratamiento se refieren únicamente a la atención hospitalaria y a los centros especializados de atención ambulatoria.

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

Anexo | Tablas de datos nacionales

Estimaciones de prevalencia

Personas que inician tratamiento durante el año]

Población general

Población escolar

Clientes de anfetaminas como % de las personas que inician tratamiento

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

Año de la encuesta

Consumo alguna vez en la vida, adultos (15-64)

Últimos 12 meses, adultos jóvenes (15-34)

Consumo alguna vez en la vida, estudiantes (15-16)

Todas las personas que inician tratamiento

Personas que inician tratamiento por primera vez

Personas que ya habían recibido tratamiento

Todas las personas que inician tratamiento

Personas que inician tratamiento por primera vez

Personas que ya habían recibido tratamiento

% (número)

% (número)

% (número)

% (número)

% (número)

% (número)

Bélgica

-

9,3 (978)

7,2 (282)

10,9 (672)

11,1 (88)

2,5 (6)

14,8 (80)

Bulgaria

11,4 (195)

15,3 (27)

3 (17)

17,6 (9)

7,4 (2)

23,5 (4)

Chequia

69,7 (7 033)

75,1 (3 550)

65 (3 483)

78,1 (5 446)

73,8 (2 586)

82,6 (2 860)

Dinamarca (2)

6,4 (275)

6,5 (131)

6,5 (139)

1,6 (4)

0,8 (1)

2,4 (3)

Alemania (2)

16,9 (14 714)

19,4 (5 210)

15,8 (9 504)

2,1 (706)

1,6 (189)

2,4 (517)

Estonia

-

3,8 (11)

6,9 (6)

2,5 (4)

50 (5)

66,7 (4)

33,3 (1)

Irlanda

0,6 (55)

0,7 (24)

0,6 (29)

12,7 (7)

16,7 (4)

10,3 (3)

Grecia

-

-

-

0,7 (28)

0,8 (14)

0,6 (14)

10,7 (3)

14,3 (2)

7,1 (1)

España

1,4 (674)

1,6 (382)

1,2 (243)

1,1 (7)

0,8 (3)

1,7 (4)

Francia

0,4 (182)

0,4 (57)

0,4 (68)

11,6 (18)

-

13,6 (8)

Croacia

-

4,8 (37)

-

-

-

-

Italia

0,3 (126)

0,4 (87)

0,1 (39)

2,5 (3)

1,2 (1)

5,7 (2)

Chipre

5,1 (44)

3,9 (18)

6,7 (20)

4,5 (2)

0 (0)

5 (1)

Letonia

15,8 (139)

19,2 (89)

12 (50)

63,6 (77)

57,7 (45)

74,4 (32)

Lituania

2,7 (64)

5,2 (17)

2,2 (44)

30 (18)

41,2 (7)

41,2 (7)

Luxemburgo

0,8 (2)

3,1 (2)

-

-

-

-

Hungría (2)

12,4 (507)

13,1 (366)

10,5 (114)

6,3 (31)

6,1 (22)

7,2 (8)

Malta

-

0,2 (4)

0,8 (2)

0,1 (2)

25 (1)

-

50 (1)

Países Bajos

7,4 (817)

7,5 (487)

7,4 (330)

1,3 (4)

1 (2)

1,9 (2)

Austria

5,5 (203)

7,3 (117)

4,1 (86)

3,8 (7)

3,7 (4)

3,9 (3)

Polonia

27,7 (1 841)

29,9 (915)

26 (889)

3,9 (70)

1,8 (16)

5,8 (51)

Portugal

0,2 (5)

0,3 (5)

-

0 (0)

0 (0)

-

Rumanía

0,6 (22)

0,6 (14)

0,7 (8)

0 (0)

0 (0)

0 (0)

Eslovenia

1,9 (5)

4,3 (2)

1,4 (3)

40 (2)

-

66,7 (2)

Eslovaquia

40,5 (1 231)

44,2 (592)

36,3 (579)

30,1 (350)

27,6 (157)

33,3 (182)

Finlandia

20,4 (135)

25,2 (62)

17,5 (73)

70,8 (92)

49.2 (29)

88.7 (63)

Suecia (13)

-

5.9 (2 152)

7.4 (937)

5.1 (1215)

-

-

-

Reino Unido (14)

2.4 (2 828)

3 (1144)

2.2 (1 679)

20 (353)

14.6 (99)

23.3 (253)

Turquía

-

1.8 (196)

2.5 (133)

1.1 (63)

0.5 (1)

0.8 (1)

0 (0)

Noruega (a)

13.2 (756)

9.4 (254)

16.7 (502)

-
-
-
Unión

Europea

-
-
7.4 (34 270)

8.3(14 576)

7.2(19 304)

15.1(7 303)

16.7 (3 179)

14.1 (4 088)

UE, Turquía y Noruega

-
-
-
-
7.3(35 222)

8.1(14 963)

7.2(19 869)

15.1(7 304)

16.6 (3 180)

14 (4 088)

Las estimaciones de prevalencia para la población escolar se extraen de la Encuesta ESPAD de 2015, excepto para Bélgica (2016; solo Flandes), España (2016), Alemania (2011), Italia (2016), Luxemburgo (2010; 15 años), Suecia (2016) y Reino Unido (2014; solo Inglaterra, 15 años). Debido a la incertidumbre de los procedimientos de recogida de datos, los datos de Letonia pueden no ser comparables.

Los datos sobre las personas que inician tratamiento corresponden a 2016 o al año más reciente: República Checa, 2014; Dinamarca, España, Países Bajos y Turquía, 2015. Los datos de Alemania, Suecia y Noruega se refieren a consumidores de «estimulantes distintos de la cocaína».

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

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

(3) Los datos de los clientes que inician tratamiento se refieren únicamente a la atención hospitalaria y a los centros especializados de atención ambulatoria.

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

Informe Europeo sobre Drogas 2018: Tendencias y novedades

Estimaciones de prevalencia Personas que inician tratamiento durante el año

Población

escolar

Población general. _ Clientes de MDMA como % de las personas que inician tratamiento

r r población

Año de la encuesta

Consumo alguna vez en la vida,

adultos

(15-64)

Últimos 12 meses, adultos jóvenes (15-34)

Consumo alguna vez en la vida,

estudiantes

(15-16)

Todas las personas que inician

Personas que inician por primera vez

Personas previamente tratadas

% (número)

% (número)

% (número)

Bélgica

-

0.5 (48)

0.8 (31)

0.3 (16)

Bulgaria

0.7 (12)

1.1 (2)

República Checa

0.1 (3)

Dinamarca (a)

0.7 (28)

1(21)

0.3 (7)

Alemania (2)

-

-

-

Estonia

-

0.3 (1)

-

0.6 (1)

Irlanda

0.6 (51)

1.1 (39)

0.2 (11)

Grecia (2)

0.2 (10)

0.4 (7)

0.1 (3)

España

0.3 (157)

0.6 (131)

0.1 (19)

Francia

0.4 (187)

0.6 (85)

0.3 (53)

Croacia

-

-

Italia

0.2 (79)

0.2 (40)

0.1 (39)

Chipre

0.2 (2)

0.2 (1)

0.3 (1)

Letonia

0.1 (1)

0.2 (1)

Lituania

0.2 (4)

0.6 (2)

0.1 (2)

Luxemburgo

0.8 (2)

1.5 (1)

0.7 (1)

Hungría (2)

1.8 (73)

1.8 (50)

1.7 (18)

Malta

-

1(18)

-

1.2 (18)

Países Bajos

0.7 (80)

1(67)

0.3 (13)

Austria

0.9 (34)

1.4 (22)

0.6 (12)

Polonia

0.3 (17)

0.2 (5)

0.4 (12)

Portugal

0.2 (6)

0.3 (5)

0.1 (1)

Rumanía

0.6 (21)

0.8 (19)

0.2 (2)

Eslovenia

-

-

-

Eslovaquia

0.2 (6)

0.4 (5)

0.1 (1)

Finlandia

0.3 (2)

0.8 (2)

Suecia (a)

-

-

-

-

Reino Unido (13)

0.5 (599)

1.1 (404)

0.2 (193)

Turquía

-

1 (106)

1.4 (77)

0.5 (29)

Noruega (a)

-

-

-

Unión Europea

-

-

0.3(1442)

0.5 (951)

0.2 (424)

UE, Turquía y Noruega

-

-

-

-

0.3(1 548)

0.6(1028)

Las estimaciones de prevalencia para la población escolar se extraen de la Encuesta ESPAD de 2015, excepto para Bélgica (2016; solo Flandes), España (2016), Alemania (2011), Italia (2016), Luxemburgo (2010; 15 años), Suecia (2016) y Reino Unido (2014; solo Inglaterra, 15 años). Debido a la incertidumbre de los procedimientos de recogida de datos, los datos de Letonia pueden no ser comparables.

Los datos sobre las personas que inician tratamiento corresponden a 2016 o al año más reciente: República Checa, 2014; Dinamarca, España, Países Bajos y Turquía, 2015.

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

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

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

Anexo | Tablas nacionales de datos

Estimaciones de prevalencia

Personas que inician tratamiento durante el año

Población general

Población

escolar

Clientes de cannabis como % de las personas que inician tratamiento

Año de la encuesta

Consumo alguna vez en la vida,

adultos

(15-64)

Últimos 12 meses, adultos jóvenes (15-34)

Consumo alguna vez en la vida,

estudiantes

(15-16)

Todas las personas que inician

Personas que inician por primera vez

Personas previamente tratadas

1 País

% (número)

% (número)

% (número) j

Bélgica

33.9 (3 565)

51.7 (2 016)

23.7 (1 456)

Bulgaria

4.7 (80)

8.5 (15)

2.1 (12)

República Checa

11.8 (1 195)

16.4 (776)

7.8 (419)

Dinamarca (a)

69.6 (2 983)

76 (1 529)

62.9 (1 345)

Alemania (2)

39.5 (34 292)

56.2 (15 097)

32 (19 195)

Estonia

-

2.3 (2)

0.6 (1)

Irlanda

26.6 (2 381)

41.2 (1 450)

16.8 (852)

Grecia (2)

23 (984)

39.7 (687)

11.7 (295)

España

33.1 (15 676)

47 (11 185)

17.7 (3 448)

Francia

62.5 (28 998)

77.9 (11 601)

42.3 (7 240)

Croacia

-

59.5 (458)

-

Italia

20.3 (9 872)

29.6 (6 394)

12.9 (3 478)

Chipre

57.5 (501)

73 (333)

32.2 (96)

Letonia

22.1 (194)

34.1 (158)

8.7 (36)

Lituania

6.7 (159)

27.1 (89)

3.2 (66)

Luxemburgo

32.8 (87)

67.7 (44)

24.8 (36)

Hungría (2)

56.7 (2 323)

63 (1 763)

40.7 (441)

Malta

-

10.7 (193)

31.2 (82)

7.2 (111)

Países Bajos

47.3 (5 202)

55.5 (3 625)

35.4 (1 577)

Austria

30.9 (1 136)

45.8 (734)

19.4 (402)

Polonia

30 (1 995)

38 (1 164)

22.8 (780)

Portugal

38.7 (1 066)

53.5 (925)

13.8 (141)

Rumanía

48.5 (1 719)

64.6 (1 564)

13.4 (149)

Eslovenia

4.1 (11)

14.9 (7)

1.8 (4)

Eslovaquia

24.3 (739)

35.9 (481)

15 (239)

Finlandia

19.8 (131)

35.4 (87)

10.6 (44)

Suecia (13)

10.9 (3 958)

16.7 (2 112)

7.8 (1 846)

Reino Unido (14)

25.2 (29 350)

45.2 (17 342)

15.3(11916)

Turquía

-

6 (653)

7.7 (416)

4.3 (237)

Noruega (a)

29 (1 660)

37.6 (1 021)

21.3 (639)

Unión Europea

-

-

32.1 (148 793)

46.3(81720)

20.9(55 625)

UE, Turquía y Noruega

-

-

-

-

31.5(151 106)

45.1 (83 157)

20.5(56 501)

Las estimaciones de prevalencia para la población escolar se extraen de la Encuesta ESPAD de 2015, excepto para Bélgica (2016; solo Flandes), España (2016), Alemania (2011), Italia (2016), Luxemburgo (2010; 15 años), Suecia (2016) y Reino Unido (2014; solo Inglaterra, 15 años). Debido a la incertidumbre de los procedimientos de recogida de datos, los datos de Letonia pueden no ser comparables.

Los datos sobre las personas que inician tratamiento corresponden a 2016 o al año más reciente: República Checa, 2014; Dinamarca, España, Países Bajos y Turquía, 2015.

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

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

(3) Los datos de los clientes que inician tratamiento se refieren únicamente a la atención hospitalaria y a los centros especializados de atención ambulatoria.

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

Informe Europeo sobre Drogas 2018: Tendencias y novedades

Muertes

inducidas por drogas

(15-64 años)

Diagnósticos de VIH relacionados con el consumo de drogas por vía inyectada (ECDC)

Estimación del consumo de drogas por vía inyectada

Jeringuillas

distribuidas mediante programas especializados

casos por millón de habitantes (número)

casos por millón de habitantes (número)

año de la estimación

casos por

1 000 habitantes

número

Bélgica

8 (60)

0.3 (3)

Bulgaria

4 (21)

3.1 (22)

-

-

República Checa

4 (30)

0.7 (7)

c 6 l

t — i

Dinamarca

49 (181)

1.6 (9)

-
-
-
Alemania

24 (1 274)

1.5 (127)

-
-
-
Estonia

132 (113)

22.8 (30)

-
-
Irlanda (a)

70 (215)

4.4 (21)

-
-
Grecia

7.4 (80)

España (2)

13 (390)

2.4 (113)

Francia (a)

7 (291)

0.7 (49)

Croacia

20 (56)

Italia

7 (263)

1.6 (96)

-

-

-

Chipre

10 (6)

2.4 (2)

Letonia

14 (18)

31.5 (62)

Lituania

56 (107)

28.7 (83)

Luxemburgo

13 (5)

33 (19)

Hungría

4 (26)

0.3 (3)

Malta

17 (5)

2.3 (1)

-

-

Países Bajos

19 (209)

0.1 (1)

||

Austria

28 (163)

1.7 (15)

-

-

Polonia

9 (237)

0.8 (30)

-

-

Portugal

4 (26)

2.9 (30)

Rumanía (3)

1 (19)

4.2 (83)

-

-

Eslovenia

29 (40)

0.5 (1)

-

-

Eslovaquia

5 (19)

0.2 (1)

-

-

Finlandia

53 (184)

1.1 (6)

Suecia

88 (543)

2.6 (26)

-

-

Reino Unido (4)

70 (2 942)

1.6 (107)

-

Turquía

15 (779)

0.1 (8)

-

-

Noruega

81 (278)

1.5 (8)

Unión Europea

22.4 (7 443)

2.0 (1 027)

-

-

-

UE, Turquía y Noruega

21.8(8 500)

1.8(1043)

-

-

-

Se requiere precaución al comparar las estadísticas de muertes inducidas por drogas debido a problemas de codificación, cobertura y subregistro en algunos países. o Las jeringuillas distribuidas mediante programas especializados se refieren a 2014.

(2) Las jeringuillas distribuidas mediante programas especializados se refieren a 2015.

(3) Muertes inducidas por drogas: cobertura subnacional.

(4) Datos de jeringuillas del Reino Unido: Inglaterra, sin datos; Escocia 4 742 060 y Gales 3 100 009 (ambos en 2016): Irlanda del Norte 309 570 (2015).

Anexo | Tablas nacionales de datos

Heroína

Cocaína

Anfetaminas

Cantidad

incautada

Número de incautaciones

Cantidad

incautada

Número de incautaciones

Cantidad

incautada

Número de incautaciones

Cantidad incautada

Número

incautaciones

número

número

número

comprimidos (kg)

número

Bélgica

179 393 (29)

Bulgaria

283 (181)

República Checa

47 256 (3)

Dinamarca

13 810 (7)

Alemania

2 218 050 (0)

Estonia

< 0.01

36 887 (13)

Irlanda

-

-

-

Grecia

9 522 (2)

España

394 211 (-)

Francia

1 236 649 (-)

Croacia

-(10)

Italia

12 587 (10)

Chipre

1 248 (0.4)

Letonia

2 232 (0.5)

Lituania

-(8)

Luxemburgo

17 639 (-)

Hungría

79 702 (2)

Malta

3 739 (-)

Países Bajos

-

-

-

-
-
-
-
Austria

29 485 (6)

Polonia

-
149 921 (0.3)

-
Portugal

124 813 (3)

Rumanía

14 871 (0.2)

Eslovenia

-
2 908 (2)

-
Eslovaquia

8 705 (0.02)

Finlandia

127 680 (-)

Suecia

80 559 (15)

Reino Unido

513 259 (2)

Turquía

3 783 737 (-)

Noruega

38 353 (12)

Unión Europea

5 305 409(295)

UE, Turquía y Noruega

9127 499(306)

Anfetaminas incluye anfetamina y metanfetamina.

Todos los datos corresponden a 2016 o al año más reciente.

Informe Europeo sobre Drogas 2018: Tendencias y novedades

INCAUTACIONES (continuación)

Resina de cannabis

Cannabis herbáceo

Cannabis |

esquejes

Cantidad

incautada

Número de incautaciones

Cantidad

incautada

Número de incautaciones

Cantidad incautada

Número de incautaciones

recuento

recuento

plantas (kg)

recuento

Bélgica

328 611 (-)

Bulgaria

2 740 (26 088)

República Checa

57 660 (-)

Dinamarca

14 719 (532)

Alemania

98 013 (-)

Estonia

-(79)

Irlanda

-

-

Grecia

39 151 (-)

España

724 611 (-)

Francia

126 389 (-)

Croacia

10 051 (-)

Italia

464 723 (-)

Chipre

311 (-)

Letonia

-(50)

Lituania

Luxemburgo

359 (-)

Hungría

6 482 (-)

Malta

Países Bajos

-

-

-

-

883 000 (-)

-

Austria

24 166 (-)

Polonia

108 516 (-)

-

Portugal

4 634 (-)

Rumanía

- (2 846)

Eslovenia

14 006 (-)

Eslovaquia

376 (-)

Finlandia

18 900 (127)

Suecia

-

Reino Unido

340 531 (-)

Turquía

Noruega

-(48)

Unión Europea

3 268 037 (29 723)

UE, Turquía y Noruega

3 268 037 (29771)

Todos los datos corresponden a 2016 o al año más reciente.

Cómo ponerse en contacto con la UE

En persona

En toda la Unión Europea hay cientos de centros de información Europe Direct. Puede encontrar la dirección del centro más cercano en: https://europa.eu/european-union/contact_en

Por teléfono o por correo electrónico

Europe Direct es un servicio que responde a sus preguntas sobre la Unión Europea. Puede contactar con este servicio:

- por teléfono gratuito: 00 800 6 7 8 9 10 11 (algunos operadores pueden cobrar por estas llamadas),
- en el siguiente número estándar: +32 22999696 o
- por correo electrónico a través de: https://europa.eu/european-union/contact_en

Encontrar información sobre la UE

En línea

La información sobre la Unión Europea en todas las lenguas oficiales de la UE está disponible en el sitio web Europa en: https://europa.eu/europeanunion/index_en

Publicaciones de la UE

Puede descargar u obtener publicaciones de la UE gratuitas y de pago en: <https://publications.europa.eu/en/publications>. Se pueden obtener varios ejemplares de publicaciones gratuitas contactando con Europe Direct o con su centro de información local (véase https://europa.eu/european-union/contact_en).

Derecho de la UE y documentos relacionados¹⁸⁵

Para acceder a la información jurídica de la UE, incluido todo el Derecho de la UE desde 1952 en todas las versiones lingüísticas oficiales, diríjase a EUR-Lex en: <http://eur-lex.europa.eu>

Datos abiertos de la UE

El Portal de Datos Abiertos de la UE (<http://data.europa.eu/euodp/en>) proporciona acceso a conjuntos de datos de la UE. Los datos pueden descargarse y reutilizarse gratuitamente, tanto con fines comerciales como no comerciales.

emcdda

Acerca de este informe

El informe Tendencias y novedades presenta una visión general de alto nivel del fenómeno de la droga 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 30 Informes Nacionales sobre Drogas, constituye el paquete del Informe Europeo sobre Drogas 2018.

Acerca del EMCDDA

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

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

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

Colofón

Edición digital preparada por Pevgrow para su Biblioteca de cannabis.

Texto original: EMCDDA, *European Drug Report 2018: Trends and Developments*, 2018. Original publicado en acceso abierto; conserva la atribución de su fuente.

Fuente del original: EUDA.

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

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

Generado el 2026-10-25.