

BIBLIOTECA PEVGROW · EDICIÓN 2026

Informe Europeo sobre Drogas 2020: tendencias y novedades

EMCDDA

2020

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

Informe Europeo sobre Drogas 2020: tendencias y novedades

EMCDDA

2020

DE QUÉ TRATA

Informe anual del Observatorio Europeo de las Drogas y las Adicciones correspondiente a 2020. 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 2020.

FICHA

Temas

legislacion, ciencia

Época

Actualidad (2000 en adelante)

Derechos

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

Fuente del original

EUDA

Edición

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

Informe Europeo sobre Drogas 2020: tendencias y novedades

Observatorio Europeo de las Drogas y las Adicciones

EUDA, 2020.

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

B

Informe Europeo sobre Drogas

Tendencias y novedades

_ Cannabis | _ | Cocaína

[MDMA Anfetaminas

Enfermedades infecciosas relacionadas con la droga Uso de drogas in-
yectables Heroína y otros opioides") Nuevas sustancias psicoactivas |

I Urgencias hospitalarias

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías

Informe Europeo sobre Drogas

Tendencias y novedades

| Aviso legal

Esta publicación del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (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.

Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2020

Impreso

doi:10.2810/123451

doi: 10.2810/420678

© Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2020 Se autoriza la reproducción siempre que se cite la fuente.

Para cualquier uso o reproducción de fotografías u otro material que no esté bajo los derechos de autor del EMCDDA, deberá solicitarse permiso directamente a los titulares de los derechos.

Cita recomendada: Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2020), European Drug Report 2020: Trends and Developments, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo.

Créditos fotográficos: Shutterstock

Praga Europa 1, Cais do Sodre, 1249-289 Lisboa, Portugal Tel. (351)2112102 00

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

| Índice

Prefacio

Nota introductoria y agradecimientos

LA SITUACIÓN DE LAS DROGAS EN EUROPA HASTA 2020: AMENAZAS ACTUALES Y EMERGENTES²

Cannabis

Cocaína

Anfetaminas

Nuevas sustancias psicoactivas Heroína y otros opioides Uso de drogas
inyectables Urgencias hospitalarias Enfermedades infecciosas relaciona-
das con la droga Muertes y mortalidad relacionadas con la droga

Tablas de datos nacionales

Informe Europeo sobre Drogas 2020: Tendencias y novedades

Prefacio

Este año el EMCDDA cumple 25 años informando sobre la situación de las drogas en Europa. Nos enorgullece la contribución que la agencia ha realizado durante este periodo para fomentar el diálogo europeo sobre las drogas. Nuestro enfoque ha consistido en proporcionar a las partes interesadas una evaluación neutral y equilibrada no solo de los problemas a los que se enfrenta Europa, sino también de lo que constituyen soluciones eficaces. El trabajo de la agencia está hoy reconocido como uno de los fundamentos de los debates sobre políticas de drogas. En un ámbito en el que muchos sostienen firmes opiniones personales y el consenso no siempre es fácil de alcanzar, creemos que la imparcialidad y la objetividad de nuestro trabajo constituyen una fortaleza esencial del EMCDDA. El problema europeo de las drogas ha cambiado sustancialmente en los últimos 25 años, pero nuestro objetivo primordial de proporcionar pruebas fiables sigue siendo hoy tan importante como lo era cuando se fundó la agencia. Nos complace, por tanto, presentar aquí el Informe Europeo sobre Drogas (EDR) 2020, que se acompaña de un resumen multilingüe conciso (las Cuestiones Clave del EDR).

Este año es diferente, sin embargo. Nuestro ejercicio anual de informe tiene por objeto proporcionar una síntesis de los datos más recientes disponibles; en este caso, describir la situación europea de las drogas hasta finales de 2019. Desde principios de 2020, la pandemia mundial de COVID-19 ha alterado drásticamente todos los aspectos de la vida moderna, y ello incluye el consumo de drogas, el mercado de drogas y la

capacidad de los países europeos para prestar ayuda y apoyo a quienes tienen problemas con las drogas. Nuestra respuesta inmediata a la pandemia fue ayudar a nuestras partes interesadas mediante el intercambio de información sobre cómo los servicios podían tanto proteger a su personal como seguir prestando atención y apoyo esenciales a quienes los necesitan.

También hemos puesto en marcha una serie de evaluaciones rápidas continuas para comprender el impacto de la pandemia en el consumo de drogas, los problemas asociados y el mercado. Esta información está disponible en nuestras páginas web dedicadas a la COVID-19. Dado que la situación es sumamente dinámica, las evaluaciones pueden quedar rápidamente obsoletas. Por ello, los recursos en línea proporcionan el análisis más actualizado de la situación presente.

A medida que avancemos, debemos también reconocer que es probable que los acontecimientos de 2020 tengan un impacto a largo plazo en los futuros desafíos que surjan en el ámbito de las drogas. A medida que la «nueva normalidad» empiece a tomar forma, tendremos que vigilar si la situación vuelve a como era antes de la COVID-19 y con qué rapidez lo hace. El EDR de este año funcionará como línea de base para este análisis ulterior. Muchos de los desarrollos que señalamos aquí seguirán siendo desafíos graves en los próximos años. Al mismo tiempo, es probable que el impacto económico de la pandemia y los efectos heredados sobre los comportamientos y los servicios tengan repercusiones duraderas que alimentarán los desafíos que nos aguardan en el futuro. Creemos que el Informe Europeo sobre Drogas de 2020 proporciona una base sólida de pruebas para prepararse para el periodo posterior a la pandemia. Los problemas a los que nos enfrentamos pueden ser distintos, pero el EMCDDA sigue comprometido a proporcionar en los próximos años las mismas evaluaciones de alta calidad, imparciales y basadas en pruebas que en el pasado.

Por último, en este momento de gran agitación, deseamos extender un agradecimiento especial a nuestros socios de la red ReitoX de puntos focales nacionales, a nuestros demás socios nacionales e internacionales y al Comité Científico del EMCDDA, cuyo apoyo ha sido esencial para este informe. Agradecemos igualmente la contribución de los numerosos

grupos de investigación europeos que han ayudado a enriquecer el análisis aquí presentado y las aportaciones que hemos recibido de nuestros socios europeos: la Comisión Europea, Europol, la Agencia Europea de Medicamentos y el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades.

Laura d'Arrigo

Presidenta, Consejo de Administración del EMCDDA

Alexis Goosdeel

Director, EMCDDA

Nota introductoria y agradecimientos

Este informe se basa en la información 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 de las drogas hasta finales de 2019. Por consiguiente, todas las agrupaciones, agregados y etiquetas reflejan la situación basada en los datos disponibles en 2019 con respecto a la composición de la Unión Europea y de los países que participan en los ejercicios de presentación de informes del EMCDDA. Sin embargo, no todos los datos abarcarán el periodo completo. Debido al tiempo necesario para compilar y presentar los datos, muchos de los conjuntos de datos nacionales anuales aquí incluidos corresponden al año de referencia de enero a diciembre de 2018. El análisis de las tendencias se basa únicamente en aquellos países que proporcionan datos suficientes para describir los cambios durante el periodo especificado. El lector debe también ser consciente de que la vigilancia de patrones y tendencias en un comportamiento oculto y estigmatizado como el consumo de drogas es tanto práctica como metodológicamente difícil. Por esta razón, se utilizan múltiples fuentes de datos a efectos del análisis en este informe. Aunque pueden observarse mejoras considerables, tanto a nivel nacional como en lo que respecta a lo que es posible lograr en un análisis a escala europea, deben reconocerse las dificultades metodológicas en

este ámbito. Se requiere, por tanto, cautela en la interpretación, en particular cuando se comparan países según cualquier medida única. Las advertencias relativas a los datos se encuentran en el Boletín Estadístico en línea, que contiene información detallada sobre la metodología, salvedades sobre el análisis y comentarios sobre las limitaciones del conjunto de información disponible. También se dispone allí de información sobre los métodos y datos utilizados para las estimaciones a escala europea, en las que puede recurrirse a la interpolación.

El EMCDDA desea agradecer la ayuda prestada para la elaboración de este informe a:

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

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

este informe;

| los miembros del Consejo de Administración y del Comité Científico del EMCDDA; el Parlamento Europeo, el Consejo de la Unión Europea —en particular su Grupo Horizontal sobre Drogas— y la Comisión Europea;

el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC), la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) y Europol;

el Grupo Pompidou del Consejo de Europa, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, la Oficina Regional para Europa de la OMS, Interpol, la Organización Mundial de Aduanas, el Proyecto Europeo de Encuestas Escolares sobre Alcohol y otras Drogas (ESPAD), el Grupo Central de Análisis de Aguas Residuales Europa (SCORE), la Red Europea de Urgencias por Drogas (Euro-DEN Plus), la red del Proyecto Empresarial Europeo de Recogida y Análisis de Jeringuillas (ESCAPE) y la red Transeuropea de Información sobre Drogas (TEDI).

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.

Informe Europeo sobre Drogas 2020: Tendencias y novedades

Y LA SITUACIÓN DE LAS DROGAS

El análisis presentado en este informe se basa en los datos más recientes disponibles procedentes de la vigilancia rutinaria y describe la situación de las drogas en Europa a finales de 2019. Desde entonces, los países europeos se han visto muy afectados por el brote y la rápida propagación de la pandemia de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19). La aplicación de las restrictivas medidas de salud pública necesarias para frenar la transmisión del virus ha afectado a todos los ámbitos de la vida, incluidos el consumo de drogas, los mercados de drogas y la implementación de respuestas policiales y sanitarias y sociales al fenómeno de la droga.

En toda Europa, 2020 ha visto, en diversos grados, la introducción de medidas restrictivas sin precedentes en tiempos de paz, incluido el cierre de servicios no esenciales, el cierre de fronteras y limitaciones al derecho de reunión y a la libertad de circulación. Esta situación ha tenido un impacto inmediato en muchos comportamientos vinculados al consumo y al suministro de drogas, así como ha perturbado la prestación sanitaria y algunas actividades policiales. Posteriormente, la relajación o el levantamiento de algunas de las medidas de salud pública ha creado las condiciones para un rebote hacia la situación anterior a la COVID-19.

Sin embargo, en el momento de redactar este texto, la situación sigue siendo volátil y la pandemia continúa teniendo un impacto en muchos ámbitos políticos clave, incluidas las drogas. Es importante destacar que la COVID-19 sigue planteando una amenaza importante para la salud y

la seguridad mundiales y es probable que lo haga durante algún tiempo. Es también probable que la pandemia tenga, a medio y largo plazo, un impacto económico y social que tendrá implicaciones de gran alcance, incluidas algunas para los futuros problemas a los que probablemente nos enfrentemos en el ámbito de las drogas.

Desde el inicio de la pandemia, el EMCDDA se ha comprometido a apoyar a sus partes interesadas en la respuesta a los desafíos inmediatos en este ámbito. El EMCDDA ha seguido de cerca la evolución de la situación y las respuestas a la misma, actuando como conducto para el intercambio de información.

En una serie de estudios rápidos, también hemos informado sobre el impacto de la COVID-19 en el consumo de drogas y los problemas asociados, la búsqueda de ayuda, la prestación de servicios y el funcionamiento del mercado de drogas. La situación requiere una revisión periódica y nuestro trabajo en curso al respecto puede consultarse en nuestra área web sobre la COVID-19.

Esto incluye un análisis de las necesidades y riesgos especiales de las personas que consumen drogas, a fin de prevenir las infecciones por coronavirus entre este grupo. Si bien las personas que consumen drogas corren el mismo riesgo de infección por coronavirus que la población general, también se enfrentan a riesgos y vulnerabilidades adicionales que requieren tanto consideración como mitigación. Una evaluación rápida de detección de tendencias realizada por el EMCDDA encontró que algunos comportamientos asociados al consumo de drogas antes de la pandemia de COVID-19 pueden ahora considerarse «de alto riesgo» en términos de infección. Por ejemplo, compartir porros de cannabis o pajitas de cocaína, compartir equipo de preparación entre consumidores de drogas de alto riesgo (p. ej., pipas de crack, cucharas, filtros), y partir y pasar tabletas de MDMA pueden plantear todos ellos riesgos potencialmente nuevos y poco explorados de transmisión del coronavirus en el momento del consumo de drogas. Además, algunas condiciones vinculadas al consumo de drogas pueden hacer que las personas sean más propensas a experimentar resultados adversos si llegan a infectarse. Por ejemplo, las personas con problemas crónicos de consumo de opioides y

estimulantes son más propensas a tener sistemas inmunitarios comprometidos, enfermedades respiratorias crónicas —por ejemplo, vinculadas al consumo de tabaco y otras drogas— y enfermedades cardiovasculares.

Los problemas de salud crónicos combinados con las malas condiciones de vida a menudo asociadas al consumo de drogas de alto riesgo pueden hacer que las personas sean tanto más susceptibles a la infección por coronavirus como estar en peligro de consecuencias más graves si se infectan.

Los problemas de drogas también se encuentran comúnmente en grupos marginados, como las personas sin hogar, y en entornos de justicia penal, donde las medidas de prevención de la COVID-19 pueden resultar particularmente difíciles. Existe también la preocupación de que cualquier interrupción del mercado de drogas pueda hacer que los consumidores dependientes

La pandemia de COVID-19 y la situación de las drogas

recurran a otras sustancias o incurran en conductas de mayor riesgo. Parece también que en algunos países, posiblemente como resultado de las alteraciones de los mercados locales de drogas, la COVID-19 ha propiciado una mayor búsqueda de ayuda entre las personas que consumen drogas. Esto se sumó a las presiones operativas sobre los servicios que estaban introduciendo medidas para mitigar el impacto de la pandemia en sus clientes y personal.

Durante el período inicial de confinamiento, los servicios de reducción de daños y de tratamiento de drogas, como todos los proveedores de atención sanitaria, se enfrentaron a las dificultades de proporcionar continuidad asistencial mientras reducían el contacto cara a cara y respetaban las prohibiciones de viaje y otras medidas de distanciamiento social. Si bien los servicios han sufrido interrupciones, los enfoques innovadores para proporcionar atención han ayudado a contrarrestar esto. Estas innovaciones incluyen la introducción de una mayor flexibilidad en la prescripción de tratamientos de sustitución y en la provisión de material de reducción de daños, un mayor uso de opciones de salud electrónica y móvil y un enfoque más proactivo de acercamiento a los

clientes que enfrentaban restricciones de movilidad. Será interesante ver si estos cambios alteran la prestación de servicios a largo plazo. Una observación menos positiva es que, dado que algunos servicios para personas que consumen drogas a menudo son prestados por grupos voluntarios o de la sociedad civil, puede que no siempre estén bien integrados en los sistemas de atención sanitaria.

Durante las etapas iniciales de la pandemia, esto generó preocupaciones de que este tipo de servicios no se incluyeran en las medidas de prevención de la COVID-19 aplicadas a otras áreas de la atención sanitaria, como garantizar la disponibilidad de equipos de protección personal. Una lección valiosa para el futuro es la necesidad de garantizar la inclusión de los servicios comunitarios en la respuesta a crisis y la planificación de contingencias.

El EMCDDA, en colaboración con Europol, ha publicado un análisis inicial del impacto de la COVID-19 en los mercados de drogas en la Unión Europea. Al principio, los mercados locales de drogas parecieron verse afectados por las medidas de distanciamiento social, ya que las personas que consumen drogas informaron que los suministros de algunas drogas se vieron interrumpidos, lo que resultó en precios más altos. Sin embargo, estos cambios parecieron durar poco, y los informes posteriores indicaron que los mercados minoristas están reapareciendo a medida que se relajan las medidas de distanciamiento social. Se observaron otros cambios en el mercado de drogas, incluido un posible mayor interés en las ventas en línea a través de mercados de la darknet, con los distribuidores de drogas adaptando sus métodos a la situación de la COVID-19. En general, desde la aparición de la pandemia, los mercados de la web superficial y de la darknet, las redes sociales y las aplicaciones de comunicación cifrada segura parecen estar desempeñando ahora un papel más destacado en la obtención de drogas a nivel de usuario. El tráfico menos cara a cara y una menor dependencia del efectivo como forma de pago parecen estar aumentando para las transacciones individuales, y es posible que los cambios de comportamiento, una vez establecidos, persistan. También hubo algunos indicios de un menor interés en sustancias como el MDMA y la cocaína, que se consumen comúnmente en entornos sociales

que no estuvieron operativos durante los confinamientos.

Hubo, sin embargo, también informes de un mayor interés o uso de algunas sustancias más novedosas. Un ejemplo fue la aparición de benzodiazepinas en el mercado de nuevas sustancias psicoactivas, posiblemente impulsada en parte por la escasez de drogas más establecidas. A partir de la información actualmente disponible, el impacto general en los patrones de consumo de drogas parece algo mixto, con diferencias observadas entre países. Quedará por ver si alguna tendencia desencadenada o acelerada por la pandemia echa raíces y pasa a formar parte de los patrones de consumo futuros; por ejemplo, un mayor interés en las ventas de drogas en línea o una mayor popularidad de algunas sustancias novedosas anteriores.

En cuanto al tráfico internacional de drogas y la operación de grupos de delincuencia organizada, una observación inicial fue que, como era de esperar, el tráfico mediante correos en aerolíneas comerciales u otras formas de transporte público se vio interrumpido. Sin embargo, las incautaciones y los datos de inteligencia no sugirieron ninguna interrupción importante inmediata de las principales actividades de tráfico de drogas que utilizan otros métodos, en particular los que explotan el movimiento de mercancías comerciales, especialmente ocultando drogas en contenedores de envío. También se ha planteado la preocupación de que los grupos de delincuencia organizada puedan estar intentando aprovechar la situación actual, en la que los agentes del orden han sido asignados a actividades de prevención de la COVID-19. No parece haber habido un impacto significativo en la producción de drogas dentro de la Unión Europea. La producción de drogas sintéticas, por ejemplo, continúa en la principal zona productora europea en los Países Bajos y Bélgica, como lo evidencian el número de laboratorios ilícitos desmantelados y vertederos notificados.

La producción nacional de cannabis herbal tampoco parece haberse visto significativamente interrumpida. Además, el movimiento de cantidades a granel de drogas entre los Estados miembros de la UE ha continuado, a pesar de la introducción de controles fronterizos, debido al continuo transporte comercial de mercancías en toda la Unión Europea. No obstante, la inestabilidad actual ha llevado a un entorno cada vez

más volátil para las empresas criminales a lo largo de la cadena de suministro en Europa y parece haber resultado en mayores niveles de violencia entre proveedores y distribuidores de nivel medio.

De cara al futuro, quedan por responder tres preguntas importantes. ¿Veremos un retorno completo a la situación de finales de 2019 y, de ser así, con qué rapidez ocurrirá?

Además, ¿habrá implicaciones importantes a medio y largo plazo para el consumo de drogas y los futuros problemas de drogas que enfrentamos, o para cómo los servicios responden a los problemas en esta área?

Y, por último, ¿qué lecciones se pueden aprender de la pandemia para aumentar la resiliencia de nuestras respuestas políticas en esta área si nos enfrentamos a crisis futuras? Los datos reportados aquí proporcionan una base valiosa para estas consideraciones, y el EMCDDA se compromete a seguir estos asuntos de cerca.

Informe Europeo sobre Drogas 2020: Tendencias y Desarrollos

LA SITUACIÓN DE LAS DROGAS EN EUROPA

ACTUAL Y

Se interceptan cada vez más grandes envíos de drogas

Muchos indicadores de las sustancias más consumidas sugieren que la disponibilidad de drogas sigue siendo alta. Junto con los desarrollos en la producción, un aumento en la interceptación de grandes cantidades de cocaína, resina de cannabis y, cada vez más, heroína transportada por mar, a menudo en contenedores intermodales, plantea preocupaciones en torno a la infiltración por parte de grupos de delincuencia organizada de las cadenas de suministro logísticas, las rutas marítimas y los grandes puertos.

El papel de la cocaína en el problema de las drogas en Europa es cada vez mayor

El número y la cantidad de incautaciones de cocaína son ahora los más altos jamás reportados, con más de 181 toneladas de la droga incautadas en 2018. Bélgica, España y los Países Bajos¹² son países clave para la in-

terceptación de grandes cantidades. Los indicadores apuntan a una alta disponibilidad de cocaína en el mercado europeo y a signos de crecimiento en países donde antes era poco común. El consumo de cocaína crack, aunque todavía poco común, ahora es reportado por más países. La pureza de la cocaína a nivel minorista ha aumentado casi todos los años desde 2009, y en 2018 alcanzó el nivel más alto de la última década. En conjunto, la alta pureza de la droga, junto con los datos de los servicios de tratamiento, las presentaciones en urgencias y las muertes inducidas por drogas, sugieren que la cocaína está desempeñando ahora un papel más importante en el problema de las drogas en Europa. El mercado de la cocaína también parece un importante motor de la violencia relacionada con las drogas.

El potencial de un mayor consumo de heroína y los daños existentes generan preocupación

Los indicadores del consumo de heroína siguen sugiriendo una cohorte de usuarios que envejece con bajas tasas de iniciación. Además, las nuevas admisiones a tratamiento relacionadas con la heroína han disminuido en muchos países. Sin embargo, una duplicación de los volúmenes de heroína incautados dentro de la Unión Europea y el aumento de los volúmenes incautados en Turquía son preocupantes, al igual que los informes de fabricación de heroína dentro de la Unión Europea. Esto sugiere que se necesita más vigilancia para detectar cualquier signo de mayor interés del consumidor en una droga asociada con graves problemas de salud y sociales.

Comprender el impacto en la salud pública del cannabis de alta potencia y los nuevos productos

El cannabis desempeña ahora un papel importante en los ingresos a tratamiento por drogas, pero la relación entre los problemas de cannabis y los desarrollos en el mercado de drogas sigue siendo poco comprendida. Esto ocurre en un momento en que el mercado del cannabis está cambiando, con la presencia de productos de alto contenido de THC (tetrahidrocannabinol) y nuevas formas de cannabis y productos comerciales basados en extractos de la planta de cannabis cada vez más disponibles.

Además, la resina y la hierba de cannabis contienen ahora en promedio aproximadamente el doble de THC que hace solo una década.

En conjunto, esto sugiere que existe una necesidad apremiante

La situación de las drogas en Europa hasta 2020: amenazas actuales y emergentes

de una mayor vigilancia en esta área. Estas cuestiones y otras como la disponibilidad de productos de bajo contenido de THC comercializados por su alto contenido de CBD (cannabidiol) se examinan en una próxima edición de la serie de informes breves Cannabis: controversias y desafíos del EMCDDA.

Producción de drogas aumentada y diversa dentro de Europa

Las drogas establecidas y nuevas continúan produciéndose en Europa, para mercados locales y globales, con más laboratorios y sitios de producción detectados por las fuerzas del orden. Los cambios en las tácticas de producción de los grupos de delincuencia organizada son parte de la razón detrás de esta tendencia, pero también el acceso a precursores químicos y equipos de procesamiento más baratos y novedosos.

La producción de drogas ilícitas se basa ahora en un conjunto más diverso de productos químicos, que son tanto difíciles de abordar bajo las leyes europeas e internacionales como difíciles de monitorear.

La disponibilidad continua de productos de MDMA de alta potencia destaca la necesidad de una mayor concienciación de los usuarios

La innovación y el aumento de la escala de la producción de drogas sintéticas en Europa es evidente en la disponibilidad continua de tabletas de MDMA de alto contenido y polvos de alta pureza. Junto con los aumentos tanto en el contenido promedio de MDMA en las tabletas como en la pureza de los polvos en 2018, los datos muestran que también se están detectando productos que contienen niveles extremadamente altos de MDMA.

Estos productos plantean riesgos considerables para la salud de las personas que los consumen y plantean un problema importante para los

mensajes e intervenciones de prevención y reducción de daños.

La creciente complejidad del mercado de drogas plantea desafíos regulatorios y riesgos para la salud

Claramente se necesita una mejor comprensión de la disponibilidad tanto de sustancias no controladas como de sustancias menos comunes, y de su impacto en la salud pública. Estas sustancias a menudo están deficientemente monitoreadas, pero hay evidencia que sugiere que pueden constituir un problema creciente, como lo indican, por ejemplo, las mayores cantidades incautadas de ketamina,

GHB (gamma-hidroxibutirato) y LSD (dietilamida del ácido lisérgico). Además, algunos países han planteado preocupaciones sobre el uso de sustancias como el óxido nitroso (N₂O, gas de la risa). Las benzodiazepinas no controladas y nuevas, obtenidas en línea o a través del mercado de drogas ilícitas más convencional, también son una preocupación creciente.

El etizolam, por ejemplo, que no es un medicamento autorizado en la mayoría de los países, parece estar comúnmente disponible en los mercados de drogas en algunos países y se ha relacionado con aumentos en las muertes inducidas por drogas entre las personas que consumen opioides.

La sobredosis de drogas se asocia cada vez más con una población que envejece

Entre 2012 y 2018, el número de muertes por sobredosis de drogas entre el grupo de edad de 50 años o más aumentó un 75 %, lo que indica que este problema se asocia cada vez más con usuarios de largo plazo de mayor edad. Esto subraya la necesidad de reconocer la creciente vulnerabilidad de una cohorte que envejece de consumidores de drogas de por vida y hacer de este grupo un objetivo importante para el tratamiento, la reintegración social y las medidas de reducción de daños.

Se necesitan nuevas herramientas y estrategias innovadoras para apoyar el aumento del tratamiento de la hepatitis C

La inyección de drogas sigue siendo una vía importante para las infecciones por el virus de la hepatitis C (VHC) en Europa, y el acceso de las personas que se inyectan drogas a la prevención, las pruebas y el tratamiento de la hepatitis C es, por lo tanto, un requisito crítico para la eliminación de esta enfermedad. Si bien los medicamentos antivirales de acción directa orales eficaces están ahora más disponibles, aumentar la provisión de estos medicamentos sigue siendo un desafío para muchos países. La introducción de técnicas mejoradas de diagnóstico y vigilancia para identificar a los crónicamente infectados con esta enfermedad es importante para dirigir el tratamiento a los más necesitados.

Las nuevas sustancias psicoactivas se han convertido en un problema más persistente

El ritmo al que se introducen nuevas sustancias psicoactivas en el mercado se ha estabilizado en los últimos años.

No obstante, el Sistema de Alerta Temprana (EWS) de la UE sigue detectando por primera vez más de 50 nuevas sustancias psicoactivas anualmente. Junto a esto, cada año se detectan en el mercado europeo alrededor de 400 nuevas sustancias psicoactivas previamente reportadas.

La aparición de nuevos opioides sintéticos es un ejemplo preocupante de la continua adaptabilidad del mercado

La creciente concienciación sobre los riesgos para la salud individual y pública asociados a los derivados del fentanilo ha dado lugar a acciones que incluyen un aumento de las restricciones en los países productores. Una señal de que el mercado se está adaptando puede ser que, de los ocho nuevos opioides sintéticos detectados por primera vez en 2019 por el EWS, seis no eran derivados del fentanilo, aunque presentaban potencialmente una amenaza similar para la salud pública.

Informe Europeo sobre Drogas 2020: Tendencias y novedades

DE UN VISTAZO — ESTIMACIONES DEL CONSUMO DE DROGAS EN EUROPA

Adultos (15-64)

Consumo en el último año

25,2 m 7,6%

Consumo alguna vez en la vida

90,2 m 27,2%

Cocaína

Adultos (15-64)

Consumo en el último año

4,3 m 1,3%

Consumo alguna vez en la vida

17,9 m

Adultos jóvenes (15-34)

Adultos jóvenes (15-34)

Consumo en el último año

18,0 m 15,0%

Estimaciones nacionales del consumo en el último año

Más baja

■ 3,5%

; Más alta

21,8 %

Consumo en el último año

2,9 m 2,4%

Estimaciones nacionales del consumo en el último año

Más baja

| 0,2 %

Más alta

■ 5,3%

Adultos (15-64)

Consumo en el último año

Consumo alguna vez en la vida

[2,7 m

F 13,6 m

0,8 %

Adultos jóvenes (15-34)

Consumo en el último año

2,3 m 1,9%

Estimaciones nacionales del consumo en el último año

Más baja

0,2 %

Anfetaminas

Adultos (15-64)

Consumo en el último año Consumo alguna vez en la vida

2,0 m

0,6 %

12,3 m

Adultos jóvenes (15-34)

Consumo en el último año

1,4 m

1,2 %

Estimaciones nacionales del consumo en el último año

j Más baja

I 0,0%

! Más alta

| 3,0%

Heroína y otros opioides

Consumidores de opioides de alto riesgo

Solicitudes de tratamiento por drogas

1,3 millones

de consumidores de opioides recibieron tratamiento sustitutivo en 2018

Droga principal en alrededor del 34 % de todas las solicitudes de tratamiento por drogas en la Unión Europea

Sobredosis mortales

Los opioides se encuentran en el 82% de las sobredosis mortales

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

!-1 EUROPA

El consumo de drogas abarca un conjunto de comportamientos complejos y a menudo ocultos que resultan difíciles de monitorizar. Las fuentes de datos suelen ser parciales o incompletas, no siempre son directamente comparables y pueden sufrir retrasos en la notificación. Existen, por tanto, cuestiones prácticas y metodológicas que inciden en la recogida, notificación y análisis de la información en este ámbito. El enfoque del EMCDDA consiste en considerar múltiples indicadores y revisar los datos periódicamente a lo largo del tiempo para ayudar a detectar tendencias subyacentes importantes.

El suministro de drogas y el mercado

En muchos países europeos existen mercados considerables de cannabis, heroína y anfetaminas desde los años setenta y ochenta. Con el tiempo, también se establecieron 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 ilícito de drogas, 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 el crecimiento de los mercados en línea.

En el contexto global, Europa es un mercado importante de drogas, abastecido tanto por producción nacional como por tráfico procedente de otras regiones del mundo. América del Sur, Asia Occidental y África del Norte son zonas de origen importantes de las drogas ilícitas que entran en Europa, mientras que China es un país de origen importante de nuevas sustancias psicoactivas, precursores de drogas y productos químicos relacionados. Además, algunas drogas 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 europeo, mientras que las drogas sintéticas se fabrican para el mercado europeo y se exportan a otras partes del mundo.

Informe Europeo sobre Drogas 2020: Tendencias y novedades

El reciente análisis conjunto (2019) del EMCDDA y Europol sobre la evolución del mercado de drogas proporciona también contexto para la actualización de tendencias que aquí se presenta. Ese informe señalaba que la cadena de suministro de drogas estaba más conectada globalmente y cada vez más digitalizada, lo que da lugar a mercados de drogas rápidos en innovar y en explotar nuevas oportunidades.

Esto plantea retos crecientes para los modelos regulatorios actuales y las estrategias de aplicación de la ley²⁰, y explica la creciente diversidad en

la disponibilidad y el consumo de drogas descrita en este informe. También se señaló la creciente importancia del mercado de drogas como motor de la delincuencia, en particular la corrupción y la violencia dentro de los países de la UE, así como en otras regiones de origen y tránsito. Esto subraya la necesidad de reconocer tanto el impacto negativo directo como indirecto de las drogas en la salud y la seguridad de los ciudadanos europeos.

representan la mayor parte de la cantidad total de drogas incautadas. Esto subraya la importancia de las grandes incautaciones a la hora de interpretar los datos en este ámbito: la detección o no detección de un pequeño número de envíos puede tener un impacto significativo en los totales globales. Los tres países que notifican el mayor número de incautaciones, que en conjunto representan más de la mitad de todas las incautaciones de drogas notificadas en la Unión Europea, son España, el Reino Unido y Francia. Sin embargo, no se dispone de datos sobre el número de incautaciones para los Países Bajos, un país importante para la producción de drogas sintéticas, mientras que los datos de 2015 son los más recientes disponibles para Alemania, lo que añade un grado considerable de incertidumbre al análisis de las incautaciones totales europeas.

Más de un millón de incautaciones de drogas ilícitas: domina el cannabis

Las incautaciones de drogas ilícitas por parte de los organismos encargados de la aplicación de la ley son un indicador importante del mercado, con alrededor de 1,3 millones de incautaciones notificadas en 2018 en Europa, siendo los productos de cannabis los que se incautan con mayor frecuencia (Figura 1). La mayoría de las incautaciones notificadas corresponden a pequeñas cantidades de drogas confiscadas a los consumidores.

Sin embargo, un pequeño número de envíos de varios kilogramos

Número de incautaciones de drogas notificadas, desglosado por droga, 2018

Prevalencia y tendencias del consumo de drogas

El consumo de drogas en Europa abarca una amplia gama de sustancias.

Entre las personas que consumen drogas, el consumo de múltiples drogas es frecuente pero difícil de medir, y los patrones individuales de consumo van desde el experimental hasta el habitual y dependiente. El cannabis es la droga más consumida: la prevalencia de consumo es aproximadamente cinco veces la de otras sustancias. Aunque el consumo de heroína y otros opioides sigue siendo relativamente poco frecuente, estas siguen siendo las drogas más comúnmente asociadas a las formas de consumo más nocivas, incluida la inyección. La magnitud del consumo de estimulantes y los tipos más comunes varían entre países, y crece la evidencia de un posible aumento de la inyección de estimulantes. 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.

Cannabis herbal

Resina de cannabis

Anfetaminas

Heroína

Otras

sustancias

Cannabis OA

plantas S. SO

La situación de las drogas en Europa hasta 2020

Alrededor de 96 millones de adultos han consumido drogas ilícitas

Se estima que alrededor de 96 millones, o el 29 %, de los adultos (de 15 a 64 años) de la Unión Europea han consumido drogas ilícitas al menos una vez en su vida. Esto debe considerarse una estimación mínima debido a los sesgos de notificación. La experiencia de consumo de drogas se notifica con más frecuencia entre los hombres (57,8 millones) que entre las mujeres (38,4 millones). La droga²² más probada es el cannabis (54,6

millones de hombres y 35,7 millones de mujeres), con estimaciones mucho menores notificadas para el consumo alguna vez en la vida de cocaína (12,1 millones de hombres y 5,8 millones de mujeres), MDMA (9,1 millones de hombres y 4,6 millones de mujeres) y anfetaminas (8,1 millones de hombres y 4,1 millones de mujeres).

Los niveles de consumo de cannabis alguna vez en la vida difieren considerablemente entre países, oscilando entre alrededor del 4 % de los adultos en Malta y el 45 % en Francia.

El consumo de drogas en el último año proporciona una medida del consumo reciente y se concentra en gran medida entre los adultos jóvenes. Se estima que 20,0 millones de adultos jóvenes (de 15 a 34 años) consumieron drogas en el último año (16,6 %), y aproximadamente el doble de hombres (21 %) que de mujeres (12 %) lo notificaron.

Fuentes de datos: monitorización del suministro, el consumo y los daños de las drogas

El análisis que aquí se presenta se basa en datos de indicadores tanto de la demanda como de la oferta. Como se ha señalado anteriormente, todos los indicadores son imperfectos en algún aspecto y, por tanto, el análisis debe tener en cuenta diferentes conjuntos de datos, y las conclusiones solo pueden extraerse con cautela.

Las fuentes de la oferta consideradas aquí incluyen datos sobre incautaciones de drogas, incautaciones de precursores de drogas y envíos interceptados, laboratorios de producción de drogas desmantelados, precios minoristas de drogas, pureza y potencia. En algunos casos, la ausencia de datos de incautaciones de países clave dificulta el análisis de tendencias. Diversos factores pueden influir en las tendencias, como las preferencias de los consumidores, los cambios en la producción y el tráfico, las prioridades de aplicación de la ley, los niveles de actividad y la eficacia.

También se presentan aquí datos sobre notificaciones e incautaciones de nuevas sustancias psicoactivas notificadas al Sistema de Alerta Temprana de la UE (véase el sitio web del EMCDDA para más información). Dado que esta información proced²³e de informes de casos y no de siste-

mas de monitorización rutinarios, las estimaciones de incautaciones representan un mínimo.

En este análisis se incluye también una amplia gama de fuentes de datos del lado de la demanda. El EMCDDA 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 proporcionan una visión general de la prevalencia autoinformada del consumo de drogas. Estos resultados de encuestas se complementan con análisis a nivel comunitario de residuos de drogas en aguas residuales municipales, realizados en ciudades de toda Europa.

Los estudios que notifican estimaciones del consumo de drogas de alto riesgo se utilizan para identificar la magnitud de los problemas de consumo de drogas más arraigados, mientras que los datos sobre las personas que acceden a los sistemas especializados de tratamiento por drogas aumentan nuestra comprensión de la naturaleza y las tendencias del consumo de drogas de alto riesgo.

Aquí se utilizan también otras fuentes de datos más específicas.

Las recopilaciones de datos procedentes del análisis de aguas residuales, residuos de jeringuillas, contenido de drogas y urgencias hospitalarias relacionadas con drogas proporcionan información sobre la evolución de los patrones de consumo y los tipos de drogas consumidas. Aunque no son representativas de la población general, estas fuentes proporcionan datos complementarios oportunos. Todas las fuentes de datos sobre consumo de drogas tienen fortalezas y debilidades, y tanto la disponibilidad como la calidad de los datos pueden variar según el país.

Las enfermedades infecciosas relacionadas con las drogas y la mortalidad asociada al consumo de drogas son los principales daños para la salud monitorizados sistemáticamente por el EMCDDA. Estos se complementan con datos más limitados sobre urgencias hospitalarias agudas relacionadas con drogas y datos del Sistema de Alerta Temprana de la UE, que monitoriza los daños asociados a las nuevas sustancias psicoactivas.

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

Informe Europeo sobre Drogas 2020: Tendencias y novedades

riesgos

consumo

tendencias

prevención incautaciones

tratamiento

El cannabis es la droga ilícita más ampliamente disponible en Europa, donde se produce tanto a nivel nacional como se importa. Es también la droga ilícita más consumida. Esta sección analiza los datos más recientes de las fuerzas del orden, las encuestas a la población general y los centros especializados de tratamiento por drogas con el fin de trazar una imagen del cannabis en Europa, abarcando el mercado, el consumo y los problemas relacionados.

Cannabis

Incautaciones de cannabis: aumenta la cantidad de resina, la hierba fluctúa

En 2018, los Estados miembros de la UE notificaron 760 000 incautaciones de productos de cannabis, incluidas 412 000 incautaciones de cannabis herbal, 318 000 de resina de cannabis y 21 000 de plantas de cannabis. Sin embargo, la cantidad de resina de cannabis incautada fue más de tres veces superior a la de cannabis herbal (668 frente a 194 toneladas). En parte, esto es consecuencia de que la resina de cannabis se trafica en mayores volúmenes a través de las fronteras internacionales, lo que hace más probable su incautación. Debido a su proximidad a Marruecos, España es particularmente importante en lo que respecta a las incautaciones de resina de cannabis, representando más de dos tercios (65 %) de la cantidad total incautada en la Unión Europea en 2018 (Figura 2).

El número de incautaciones de cannabis notificadas en la Unión Europea, tanto de resina como de productos herbales, se ha mantenido relativamente estable desde 2012 (Figura 3). En los últimos años, la tendencia en el volumen de las incautaciones ha sido ascendente. Tras un descenso en 2015, la cantidad de cannabis herbal incautado

ha ido fluctuando en muchos países. El aumento global entre 2016 y 2017, debido principalmente a los incrementos notificados en Grecia, España y en particular Italia, no se mantuvo en 2018. Sin embargo, varios países que generalmente incautan pequeñas cantidades de cannabis herbal mostraron aumentos considerables en 2018. Un ejemplo es Bélgica, donde las 17,3 toneladas incautadas fueron 18 veces la cantidad incautada el año anterior. En cada año desde 2009, Turquía ha incautado más cannabis herbal que cualquier país de la UE.

El decomiso de plantas de cannabis puede considerarse un indicador de la producción de la droga dentro de un país. Sin embargo, las diferencias entre países, tanto en las prioridades de aplicación de la ley como en las prácticas de notificación, hacen que los datos deban interpretarse con cautela. El número de plantas decomisadas en Europa alcanzó un máximo de 7 millones en 2012, antes de descender a 2,5 millones de plantas en 2015 y aumentar a 3,3 millones de plantas en 2018. Los países europeos notificaron 350 decomisos de aceite de cannabis en 2018, correspondiendo las mayores cantidades a Bélgica (178 litros en 53 decomisos) e Italia (143 litros y 8 kilogramos en 33 decomisos).

Decomisos

Número

UE + 2

Cantidad

UE + 2

■ 668 ■ 702

Decomisos

Número UE

UE + 2 |

Cantidad

UE + 2 |

■ 467000

Precio (EUR/g) Potencia (% thc)

Tendencias indexadas

Precio y potencia

Precio (EUR/g) Potencia (% thc)

Tendencias indexadas

Precio y potencia

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

Informe Europeo sobre Drogas 2020: Tendencias y novedades

DECOMISOS DE RESINA DE CANNABIS Y CANNABIS HERBAL, 2018
O AÑO MÁS RECIENTE

Número de resina de cannabis

Número de decomisos (miles) para los 10 países con valores más altos.

Cantidad de resina de cannabis decomisada (toneladas)

Otros

países

Número de cannabis herbal

Cantidad de cannabis herbal decomisada (toneladas)

Otros

países

TENDENCIAS EN EL NÚMERO DE DECOMISOS DE CANNABIS Y CANTIDAD DE CANNABIS DECOMISADO: RESINA Y HERBAL

Número de decomisos

/ Resina

600000-1.-.-.-.- T.

... o

Resina (toneladas)

Herbal (toneladas)

Resina

(UE, Turquía y Noruega)

/ Herbal

y Herbal

(UE, Turquía y Noruega)

I Turquía I Francia

Portugal I España

I Otros países

Italia

] Turquía Grecia S Otros países

I Bélgica

I España

I Italia

Cannabis

INFRACCIONES DE LA LEGISLACIÓN SOBRE DROGAS EN LA
UNIÓN EUROPEA RELACIONADAS CON EL USO O LA POSESIÓN

Infracciones de posesión/uso

Tendencias indexadas

Heroína Cocaína MDMA Cannabis

Los datos corresponden a infracciones para las que se ha notificado la droga.

Número de infracciones

(millones)

Posesión/ Suministro uso

Infracciones de suministro

Tendencias indexadas

250 -v.i.~

o J.. ---- J. j. 1.-•*.-.

Anfetaminas Otras sustancias

El análisis de las tendencias indexadas entre aquellos países que notifican de forma constante datos de precio y potencia muestra un aumento general de la potencia tanto del cannabis herbal como de la resina de cannabis desde 2008. Los datos más recientes sugieren que el contenido de THC de la resina vendida en Europa es ahora en promedio casi el doble que el del cannabis herbal, y la mitad de los países notifican una potencia media de 9-12 % para el cannabis herbal, frente a 13-24 % para la resina. Entre los factores que impulsan este aumento de la potencia media en la resina podrían figurar la introducción de plantas de cannabis de alta potencia y nuevas técnicas de producción en Marruecos y, en menor medida, el mayor uso en Europa de técnicas de extracción que producen productos de mayor potencia. Los datos sugieren que el precio minorista por gramo es similar para la resina y el cannabis herbal y que los precios se han mantenido relativamente estables desde aproximadamente 2009.

Infracciones de la legislación sobre drogas: predomina el cannabis

La aplicación de las leyes se monitoriza mediante los datos sobre las infracciones de la legislación sobre drogas notificadas. Las cifras reflejan diferencias en la legislación y las prioridades nacionales y también en los distintos modos en que las leyes se aplican y se hacen cumplir.

En 2018 se notificaron en la Unión Europea aproximadamente 1,5 millones de infracciones de la legislación sobre drogas, un aumento de alrededor de una quinta parte (22 %) desde 2008. La mayoría de estas infracciones (75 %) se relacionaban con el uso o la posesión, sumando en total alrededor de 1,2 millones de infracciones.

Las infracciones por uso o posesión de drogas que implicaban cannabis siguieron aumentando. Tres cuartas partes (75 %) de las infracciones por uso o posesión implicaban cannabis. La tendencia al alza de las infracciones por uso o posesión de MDMA continuó en 2018, aunque seguían representando solo el 2 % de las infracciones relacionadas con el uso (Figura 4).

En conjunto, el número de infracciones por suministro de drogas en la Unión Europea ha aumentado un 7 % desde 2008, con una estimación de más de 230 000 casos en 2018. De nuevo, predomina el cannabis, que representa el 57 % de las infracciones por suministro. Las notificaciones de infracciones por suministro de MDMA han ido aumentando desde 2011 (Figura 4), mientras que las infracciones relacionadas con el suministro de cocaína han aumentado principalmente en los dos últimos años. La situación de la heroína se mantuvo relativamente estable en el mismo período.

Informe Europeo sobre Drogas 2020: Tendencias y novedades

PREVALENCIA DEL ÚLTIMO AÑO DEL CONSUMO DE CANNABIS ENTRE ADULTOS JÓVENES (15-34): TENDENCIAS SELECCIONADAS Y DATOS MÁS RECIENTES

Porcentaje

/ Francia / España / Alemania / Finlandia / Bélgica / Reino Unido (Inglaterra y Gales) / Suecia

Dinamarca, Estonia, Suecia, Reino Unido y Noruega notifican rangos de edad distintos de 15-34 (16-34); Alemania, Francia, Grecia, Hungría y Malta (18-34).

Consumo de cannabis entre los jóvenes

Se estima que 90,2 millones de adultos en la Unión Europea (de 15 a 64 años), o el 27,2 % de este grupo de edad, han consumido cannabis al menos una vez en su vida. Alrededor del 15 % (18,0 millones) de los adultos jóvenes (de 15 a 34 años) declaran haber consumido cannabis en el último año, y los varones tienen típicamente el doble de probabilidades que las mujeres de declarar consumo. Entre los 27 países que realizaron encuestas entre 2014 y 2018 existe una variación considerable, con tasas de consumo en el último año entre adultos jóvenes que van del 3,5 % en Hungría al 21,8 % en Francia. Si se consideran solo los jóvenes de 15 a 24 años, la prevalencia del consumo de cannabis es mayor, con un 19 % (10,4 millones) que ha consumido la droga en el último año y un 10 % en el último mes (5,5 millones).

En la mayoría de los países, los resultados de las encuestas recientes muestran un consumo de cannabis en el último año entre adultos jóvenes estable o en aumento.

De los países que han realizado encuestas desde 2017 y han notificado intervalos de confianza, ocho notificaron estimaciones más altas, tres se mantuvieron estables y uno notificó un descenso en comparación con la encuesta comparable anterior. En ocho de estos países se ha notificado un aumento del consumo entre los jóvenes de 15 a 24 años en la encuesta más reciente.

Pocos países disponen de datos de encuestas suficientes para permitir un análisis estadístico de las tendencias a largo plazo del consumo en el último año entre adultos jóvenes (15-34). Donde existen, los resultados varían, aunque entre algunos de los países de mayor prevalencia hay aumentos entre las encuestas más recientes. Francia muestra un débil movimiento ascendente desde 2005, con valores similares para 2014 y 2017 de 22,1 % y 21,8 % respectivamente (Figura 5). La prevalencia es estable en España en una tasa relativamente alta, pero con un aumento

entre 2015 y 2017 del 17,1 % al 18,3 %, mientras que Alemania presenta un débil movimiento ascendente desde 2012, con un aumento entre 2015 y 2018 del 13,3 % al 16,9 %. Finlandia presenta una tendencia al alza desde 2000 y el Reino Unido desde 2012, ambos con aumentos en 2018, alcanzando el 15,5 % y el 13,4 % respectivamente. Bélgica notificó nuevos resultados de encuesta para 2018, con una prevalencia del 13,6 %, frente al 10,1 % en 2013.

En contraste, las tres encuestas realizadas en Suecia desde 2015 han notificado una prevalencia estable, con un 7,9 % en 2018.

Cannabis

Características

17% 83%

Primeros ingresos 68 %

Edad media en el primer consumo

Edad media en el ingreso a tratamiento

Frecuencia de consumo en el último mes

Consumo medio 5,3 días por semana

Diario |

Tendencias de los primeros ingresos

Ingresos previamente tratados

De 2 a 6 días por semana

Una vez por semana o menos

No consumió en los últimos 30 días

I Italia I I España

I Francia ■ Alemania

Otros países Reino Unido

Salvo en las tendencias, los datos corresponden a todos los ingresos a tratamiento con cannabis como droga principal. Las tendencias de los primeros ingresos se basan en 24 países. Solo se incluyen en el gráfico de tendencias los países con datos para al menos 11 de los 13 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. Los datos del Reino Unido para 2018 no incluyen Irlanda del Norte.

Consumo de cannabis de alto riesgo: una imagen estable

A partir de las encuestas de población general, se estima que alrededor del 1 % de los adultos de la Unión Europea son consumidores diarios o casi diarios de cannabis, es decir, han consumido la droga en 20 días o más en el último mes. La mayoría de ellos (60 %) son menores de 35 años y alrededor de tres cuartas partes son varones.

Considerados junto con otros indicadores, los datos sobre quienes ingresan a tratamiento por problemas de cannabis pueden proporcionar información sobre la naturaleza y la escala del consumo de cannabis de alto riesgo en Europa. En 2018, alrededor de 135 000 personas ingresaron en tratamiento especializado por drogas en Europa por problemas relacionados con el consumo de cannabis (32 % de todas las demandas de tratamiento); de ellas, alrededor de 80 000 ingresaban en tratamiento por primera vez. En los 24 países con datos disponibles, el número total de primeros ingresos por problemas de cannabis aumentó un 64 % entre 2006 y 2018. Quince países notificaron un aumento entre 2006 y 2018 y 14 notificaron un aumento en el último año (2017-2018).

En conjunto, el 50 % de los consumidores primarios de cannabis que ingresaron en tratamiento por primera vez en 2018 declararon un consumo diario de la droga en el último mes, con cifras que van del 10 % o menos en Letonia, Hungría y Rumanía al 68 % o más en España, Francia, Lituania y Turquía. Quienes ingresan en tratamiento por problemas relacionados con el cannabis son predominantemente varones, con una proporción de poco menos de cinco varones por cada mujer.

Opciones de respuesta sanitaria y social para los problemas de cannabis

Programas de prevención, como las intervenciones escolares multicomponente que desarrollan competencias sociales y habilidades de rechazo, la toma de decisiones saludables y la capacidad de afrontamiento, y corrigen las percepciones normativas erróneas sobre el consumo de drogas; las intervenciones familiares; y las intervenciones estructuradas basadas en ordenador.

Intervenciones breves, por ejemplo, la entrevista motivacional administrada en servicios de urgencias o en entornos de atención primaria.

Tratamiento: la investigación sugiere que la terapia cognitivo-conductual, la entrevista motivacional y el manejo de contingencias pueden reducir el consumo de cannabis y los daños a corto plazo; la terapia familiar multidimensional puede ayudar a reducir el consumo en pacientes jóvenes de alta gravedad; y algunas intervenciones basadas en web y en ordenador pueden reducir el consumo de cannabis a corto plazo.

Intervenciones de reducción de daños, por ejemplo, para abordar los daños asociados al consumo de cannabis fumado, especialmente cuando se consume junto con tabaco.

Estas y otras respuestas se explican con más detalle en la obra del EMCDDA *Health and Social Responses to Drug Problems*:

A *European Guide*, respaldada por el portal en línea *Best Practice Portal*.

Informe Europeo sobre Drogas 2020: Tendencias y novedades

riesgos

consumo

tendencias

prevención decomisos

tratamiento

La cocaína es la segunda droga ilícita más consumida en Europa en conjunto, aunque los niveles de prevalencia y las tendencias difieren considerablemente entre países. La droga³⁴ se produce a partir de las hojas de

la planta de coca, cultivada en América del Sur, desde donde se trafica hacia Europa. Los datos presentados en este capítulo procedentes de fuentes de aplicación de la ley, encuestas de población y centros especializados de tratamiento de drogas se complementan con los hallazgos de análisis de aguas residuales y servicios de análisis de drogas.

Cocaína

Los decomisos de cocaína alcanzan niveles récord

En 2018, el número de decomisos de cocaína y la cantidad decomisada en la Unión Europea alcanzaron los niveles más altos jamás registrados, con más de 110 000 decomisos de cocaína notificados, que ascendieron a 181 toneladas. La cantidad de cocaína decomisada superó el récord anterior, de 2017, en más de 42 toneladas (véase la Figura 6). Bélgica (53 toneladas), España (48 toneladas) y los Países Bajos (40 toneladas) representaron juntos el 78 % del total estimado de la UE en 2018, pero también se notificaron grandes cantidades en Francia (16,3 toneladas), Portugal (5,5 toneladas) e Italia (3,6 toneladas).

También se han observado decomisos pequeños pero crecientes de hojas de coca (243 kilogramos en 2018), así como pequeños decomisos de pasta de coca (184 kilogramos). Esto puede indicar una diversificación de las tácticas de producción por parte de algunas organizaciones criminales. Los laboratorios de cocaína encontrados en Europa en el pasado han sido principalmente «instalaciones de extracción secundaria», donde la cocaína se recupera de materiales en los que ha sido

Decomisos

Número

eu + 2 I

Cantidad

UE < 2

Precio (EUR/g)

Tendencias indexadas

y pureza

incorporada (como vinos, ropa y plásticos), más que laboratorios que fabrican cocaína a partir de hojas o pasta de coca. Los decomisos de determinados productos químicos en España y los Países Bajos también respaldan este hallazgo.

La pureza media de la cocaína al por menor varió entre el 23 % y el 87 % en Europa en 2018, y la mitad de los países notificaron una pureza media de entre el 53 % y el 69 %. Entre aquellos países que proporcionan datos de forma sistemática sobre pureza y precio, la pureza de la cocaína ha seguido una tendencia ascendente durante la última década y en 2018 alcanzó un nivel un 44 % superior al del año índice de 2008. Durante ese mismo período, el precio al por menor de la cocaína se ha mantenido estable. Considerados junto con los datos de incautaciones, estos indicadores sugieren que la disponibilidad de cocaína en Europa se encuentra en un nivel sin precedentes.

Los servicios europeos de análisis de drogas, que analizan las muestras presentadas por particulares, también disponen de datos limitados sobre la pureza de las drogas. Si bien estos servicios solo existen en algunos países y los datos que proporcionan no son representativos del mercado en su conjunto, el panorama que se vislumbra respalda los recientes informes sobre el aumento de la disponibilidad y el consumo de cocaína de alta pureza.

En el período de enero a junio de 2019, la cocaína fue la sustancia presentada con mayor frecuencia a los servicios europeos de análisis de drogas para su análisis. En total, 11 servicios que operan en ocho Estados miembros de la UE analizaron y notificaron 1011 muestras presentadas como cocaína. Más de la mitad (el 57 %) de todas las muestras presentadas como cocaína contenían únicamente cocaína y compuestos inactivos (por ejemplo, leche en polvo). En el 4 % de las muestras no se detectó cocaína. El 40 % restante de las muestras contenía una combinación de cocaína y uno o más aditivos farmacológicamente acti-

vos, siendo el levamisol el más común, hallado en 184 muestras, seguido de la cafeína (146 muestras). Se dispuso de datos sobre la pureza de la cocaína para 852 muestras de cocaína procedentes de siete servicios de análisis de drogas que operan en seis Estados miembros de la UE. La pureza media de las muestras de cocaína fue del 69 % (el 73 % durante el mismo período de 2018), y una de cada dos muestras contenía más del 75 % de cocaína (Figura 7). Según la información proporcionada por los clientes, aproximadamente dos tercios (el 65 %) de las muestras presentadas como cocaína se obtuvieron mediante contacto directo con un proveedor conocido.

UE + 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. Los países incluidos varían según el indicador.

Informe Europeo sobre Drogas 2020: Tendencias y novedades

NÚMERO DE INCAUTACIONES DE COCAÍNA EN POLVO Y CANTIDAD DE MUESTRAS DE COCAÍNA ANALIZADAS POR LOS SERVICIOS DE ANÁLISIS DE DROGAS

INCAUTADO: TENDENCIAS Y 2018 O AÑO MÁS RECIENTE ENTRE ENERO Y JUNIO DE 2019

Número de incautaciones

Pureza (96 cocaína)

48 125 246 433 muestras

UE, Turquía y Noruega

Número de cocaína

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

Cantidad de cocaína incautada (toneladas)

Bélgica |

Otros

países

Adulteración (1011 muestras de «cocaína»)

Sin cocaína,

Cocaína y sustancias inactivas, 57 %

Cocaína y sustancias activas, 40 %

Adulterantes más frecuentes (número de muestras)

Levamisol

Cafeína

Fenacetina

Lidocaína

Servicios que proporcionan muestras

Neutrawl, 2 % Otros, 1 % Z6, 8 %

Wedinos, 9 %

DrogArt, 10 %

Checkit, 13 %

Energy Control, 57 %

Fuente notificada de la droga

Web superficial, <1 %

Otros, 2 % Darknet, 6 %

Sin información, 5 %

En la fiesta, 6 %

Traficante callejero,

Conocido,

Proveedor de confianza, 65 %

Las muestras se recogieron durante el período de enero a junio de 2019. Los datos fueron proporcionados por los servicios de análisis de drogas de Austria (Checkit y Z6), Bélgica (Modus Vivendi), Italia (Neuttravel y SottoKassa), Luxemburgo (PiPaPo), Eslovenia (DrogArt), España (Energy Control y Ai Laket) y el Reino Unido (Wedinos), y por un proyecto de investigación en Finlandia (A-Clinic Foundation).

Cocaína

PREVALENCIA DEL CONSUMO DE COCAÍNA EN EL ÚLTIMO AÑO ENTRE ADULTOS JÓVENES (15-34): TENDENCIAS SELECCIONADAS Y DATOS MÁS RECIENTES

Porcentaje Porcentaje

/ Noruega / Finlandia

Dinamarca, Estonia, el Reino Unido y Noruega notifican rangos de edad distintos del de 15-34 (16-34), Suecia (17-34), Alemania, Francia, Grecia y Hungría (18-34).

Indicios de un aumento del consumo de cocaína

Las encuestas sugieren que alrededor de 18 millones de adultos de entre 15 y 64 años en la Unión Europea (el 5,4 %) han consumido cocaína al menos una vez en su vida. De los comprendidos entre 15 y 34 años, se estima que casi 3 millones (el 2,4 % de este grupo de edad) consumieron la droga en el último año.

Entre los 27 países que realizaron una encuesta entre 2014 y 2018, la prevalencia del consumo de cocaína en el último año entre adultos jóvenes osciló entre el 0,2 % y el 5,3 %, y ocho países notificaron tasas superiores al 2,5 % (Figura 8).

De los 12 países que han realizado encuestas desde 2017 y han notificado intervalos de confianza, cinco notificaron estimaciones superiores a las de su encuesta anterior y siete mantuvieron estimaciones estables.

Un análisis estadístico de las tendencias a largo plazo del consumo de cocaína en el último año entre adultos jóvenes (15-34) solo es posible para un pequeño número de países, entre los que hay algunos indicios de un aumento del consumo. El Reino Unido ha observado una tendencia ascendente desde 2015, alcanzando el 5,3 % en 2018. También han notificado tendencias ascendentes Francia (de 2000 a 2017), alcanzando el 3,2 %, y Finlandia (de 2010 a

2018), alcanzando el 1,5 %. No todas las tendencias son ascendentes. España ha notificado un descenso del consumo desde 2008, aunque la prevalencia en los dos últimos años ha sido estable, y la prevalencia en Noruega se ha mantenido en gran medida estable desde 2013. Sin tendencias notables, Alemania (el 2,4 % frente al 1,2 % en 2015) y Estonia (el 2,8 % frente al 1,3 % en 2008) notificaron aumentos de la prevalencia entre sus dos últimas encuestas en 2018. Del mismo modo, Dinamarca (el 3,9 % frente al 2,4 % en 2013) y Suecia (el 2,5 % frente al 1,2 % en 2013) notificaron aumentos en 2017.

El análisis de aguas residuales municipales en busca de residuos de cocaína realizado en un estudio multicéntrico complementa, aunque no es directamente comparable con, los resultados de las encuestas de población. Un análisis de 2019 halló las mayores cargas másicas de benzoilecgonina —el principal metabolito de la cocaína— en ciudades de Bélgica, España, los Países Bajos y el Reino Unido.

Los datos más recientes indican que la cocaína es cada vez más común en las ciudades de Europa oriental, aunque los niveles de detección siguen siendo bajos (véase la Figura 9). De las 45 ciudades que disponen de datos para 2018 y 2019, 27 notificaron un aumento, 10 una situación estable y 8 un descenso. Se observan tendencias crecientes a más largo plazo en la mayoría de las 14 ciudades con datos que abarcan el período de 2011 a 2019.

Informe Europeo sobre Drogas 2020: Tendencias y novedades COCAÍNA EN AGUAS RESIDUALES DE CIUDADES EUROPEAS SELECCIONADAS: TENDENCIAS Y DATOS MÁS RECIENTES

mg/1000 habitantes/día

Helsinki

Estocolmo

Oslo o o Espoo

Riga#

Co^^iagen

Vilnius /

a Dresde

Budweis* • # Piestany

y Zagreb

Milán

k Barcelona

Nicosia

Limassol

/ Ámsterdam / Barcelona / Londres / Bruselas / Lisboa / Zagreb / París
/ Milán / Berlín

mg/1000 habitantes/día

Cantidades medias diarias de benzoilecgonina en miligramos por 1000 habitantes. El muestreo se llevó a cabo en ciudades europeas seleccionadas a lo largo de una semana de cada año desde 2011 hasta 2019. Fuente: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

La prevalencia del consumo de cocaína de alto riesgo entre los adultos en Europa es difícil de calibrar, ya que solo cuatro países disponen de estimaciones recientes. Además, estas estimaciones no son directamente comparables, pues se han generado utilizando definiciones y metodologías diferentes. En España, una encuesta de población general utilizó la alta frecuencia de consumo para estimar el consumo de cocaína de alto riesgo en 0,3 % entre las personas de 15 a 64 años en 2017/18. En 2018, sobre la base de una encuesta⁴¹ nacional, Alemania estimó que el

0,1 % de la población adulta mostraba indicios de dependencia de la cocaína; Italia, utilizando datos de tratamiento y de justicia penal, estimó que el 0,7 % de la población adulta podría clasificarse como consumidora de cocaína de alto riesgo.

En Francia, un estudio de captura-recaptura de 2017 estimó la prevalencia del consumo de cocaína crack de alto riesgo en 0,07 %.

En el Reino Unido, un estudio que abarcó el período 2016-17 estimó la prevalencia del consumo de crack entre la población de 15 a 64 años en Inglaterra en 0,5 %.

España, Italia y el Reino Unido representan casi las tres cuartas partes (72 %) de todas las admisiones notificadas a tratamiento especializado relacionadas con la cocaína en Europa. En conjunto, la cocaína fue citada como droga principal por 75 000 clientes que ingresaron en tratamiento especializado de drogas en 2018, de los cuales 34 000 eran clientes nuevos (por primera vez).

Tras un período de descenso, el número total de personas que ingresan por primera vez en tratamiento por cocaína ha seguido una tendencia al alza, con 22 países que notificaron aumentos entre 2014 y 2018.

Los últimos datos europeos revelan un desfase temporal de 11 años entre el primer consumo de cocaína, a una edad media de 23 años, y el primer tratamiento por problemas relacionados con la cocaína, a una edad media de 34 años.

La mayoría de quienes ingresan en tratamiento especializado citando la cocaína como droga problema principal son consumidores de cocaína en polvo (57 000 o 13 % de todos los clientes de drogas en 2018). Alrededor de la mitad de las 15 000 demandas de tratamiento relacionadas con el crack en Europa son notificadas por el Reino Unido, donde también es la sustancia notificada con mayor frecuencia como droga secundaria por todos los clientes de drogas. El resto de los consumidores de crack son notificados principalmente por Bélgica, España y Francia. Conviene advertir aquí que el término «crack» puede no ser utilizado de manera coherente por todos los países.

Cocaína

Características

Edad media en el primer consumo

Edad media en el

16% 84% ingreso en tratamiento

Ingresos por primera vez

36 so0

Ingresos tratados previamente

Frecuencia de consumo Tendencias en los ingresos por primera vez

en el último mes

Consumo medio 4,1 días por semana

Diario

De 2 a 6 días por semana

Una vez por semana o menos

No consumió en los últimos 30 días

Vía de administración

I Inyectada, 2 %

I Fumada/inhalada, 27 % Ingerida/bebida, 2 % Esnifada, 68 %

Otra, 1 %

■I Alemania Otros países Italia Reino Unido España

Salvo en las tendencias, los datos corresponden a todos los ingresos en tratamiento con la cocaína como droga principal. Las tendencias en los ingresos por primera vez se basan en 24 países. Solo se incluyen en el gráfico de tendencias los países con datos para al menos 11 de los 13 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. Los datos del Reino Unido para 2018 no incluyen Irlanda del Norte.

El consumo de cocaína en combinación con heroína u otros opioides fue notificado por 59 500 clientes que ingresaron en tratamiento especializado de drogas en Europa en 2018. Esta cifra representa el 15 % de todos los ingresos en tratamiento para los que se dispone de información tanto sobre la droga principal como sobre la secundaria.

Pueden ofrecerse intervenciones breves, derivación a programas de tratamiento o servicios de reducción de daños cuando los usuarios buscan ayuda en los servicios de urgencias por problemas relacionados con la intoxicación o el consumo de dosis elevadas.

Los usuarios que se inyectan estimulantes necesitan acceso regular a programas de agujas y jeringuillas, ya que pueden inyectarse con más frecuencia que los consumidores de opioides durante un episodio de consumo compulsivo.

Pueden ser necesarios programas de acercamiento para llevar las intervenciones de reducción de daños a los consumidores de estimulantes que de otro modo no accederían a los servicios.

El tratamiento mediante intervenciones psicosociales, y en especial la gestión de contingencias, puede ser eficaz para el consumo problemático de cocaína.

Los tratamientos farmacológicos pueden ayudar a reducir el consumo de cocaína en personas con problemas concurrentes de consumo de opioides.

Estas y otras respuestas se explican con más detalle en la obra del EMCDDA *Health and Social Responses to Drug Problems*:

A European Guide, respaldada por el portal en línea *Best Practice Portal*.

Informe Europeo sobre Drogas 2020: Tendencias y novedades

—|— | riesgos — | consumo |...

tratamiento I MMHMBBBW

Las drogas sintéticas anfetamina y metanfetamina son estimulantes del sistema nervioso central, que en muchos conjuntos de datos se agrupan como anfetaminas. De las dos drogas, la anfetamina es la más comúnmente disponible en Europa, mientras que el consumo significativo de metanfetamina se ha restringido históricamente a Chequia y, más recientemente, a Eslovaquia.

Los datos presentados en este capítulo procedentes de fuentes de las fuerzas del orden, encuestas de población y centros especializados de tratamiento de drogas se complementan con los hallazgos de los análisis de aguas residuales y los servicios de análisis de drogas.

Anfetaminas

Incautaciones de anfetamina y metanfetamina: producción nacional

Tanto la metanfetamina como la anfetamina se producen en Europa. La anfetamina está más ampliamente disponible, pero los datos de incautaciones sugieren que la disponibilidad de metanfetamina ha aumentado, detectándose la droga en más países.

Los datos indican que la producción de anfetamina tiene lugar principalmente en los Países Bajos, Bélgica y Polonia, y en menor medida en los Estados bálticos y Alemania. Las incautaciones de aceite de anfetamina concentrado, que se convierte mediante cristalización en la forma de sal, representan un nuevo desafío para las fuerzas del orden dentro de la Unión Europea, ya que esto sugiere que la etapa final de producción ahora ocurre a veces en el punto de destino previsto o cerca de él.

Parte de la anfetamina también se fabrica en la Unión Europea para su exportación, principalmente a Oriente Medio. Grandes incautaciones de comprimidos de anfetamina con el logotipo «Captagon» se han realizado en Turquía y Grecia.

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

Precio y pureza de las anfetaminas: valores medios nacionales — mínimo, máximo y rango intercuartílico. Los países cubiertos varían según el indicador. No se dispone de tendencias indexadas para la metanfetamina.

La metanfetamina incautada en Europa se produce principalmente en Chequia y en las zonas fronterizas de los países vecinos, aunque algunos productores han trasladado sus operaciones a los Países Bajos. En Chequia, la metanfetamina se produce principalmente a partir de pseudoefedrina, que se extrae de productos medicinales. Un avance importante, detectado en los Países Bajos en 2019, fue la producción de metanfetamina a partir de BMK, con la participación de nacionales mexicanos.

Los datos sobre incautaciones de precursores confirman el uso tanto de sustancias químicas fiscalizadas como no fiscalizadas en la producción de anfetamina y metanfetamina en la Unión Europea (Tabla 1). La fiscalización del APAAN (utilizado para fabricar BMK, el precursor de la anfetamina) a finales de 2013 sigue teniendo impacto, con incautaciones que cayeron de 48 toneladas en 2013 a 13,5 toneladas en 2018. Las incautaciones del producto químico alternativo

Incautaciones

Número UE + 2

Cantidad UE

UE + 2 |

Precio (EUR/g) Pureza (%)

Tendencias indexadas

Precio y pureza

■ 46000

—

Incautaciones

Número

UE ■ 9 OC

eu + 2 1 3] 23 000

Cantidad

eu+2 11.2

Precio (EUR/g) Pureza (%)

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

Informe Europeo sobre Drogas 2020: Tendencias y novedades

APAA han aumentado bruscamente en los últimos años, triplicándose hasta superar las 30 toneladas en 2018 en comparación con 2017. La próxima fiscalización del APAA parece haber llevado a una preferencia por una nueva sustancia alternativa, el MAPA, de la que se incautaron 7 toneladas en 2018. Las incautaciones de derivados glicídicos del BMK, que pueden convertirse fácilmente en BMK, disminuyeron en 2018. La cantidad total de precursores y sustancias químicas alternativas utilizadas para la producción de anfetamina incautadas en la Unión Europea alcanzó un máximo histórico en 2018, con 73 toneladas, de las cuales 29 toneladas se incautaron en los Países Bajos, lo que confirma el papel central de este país en la producción de drogas sintéticas en Europa.

En 2018, los Estados miembros de la UE notificaron 37 000 incautaciones de anfetamina, por un total de 8 toneladas, y ha habido aumentos en cada uno de los últimos tres años (Figura 10).

Las incautaciones de metanfetamina son mucho menores, con 9 000 incautaciones notificadas en la Unión Europea en 2018, por un total de 0,62 toneladas, correspondiendo las mayores cantidades a Francia (126 kilogramos) y Chequia

(106 kilogramos) (Figura 11).

El número de incautaciones de metanfetamina ha mostrado una tendencia general al alza desde 2002, pero con signos de estabilización reciente; la cantidad incautada se ha mantenido relativamente estable en los países de la UE desde 2013.

En 2018 Turquía incautó 5,7 toneladas de anfetamina. Casi toda la anfetamina incautada en Turquía estaba en forma de comprimidos (22,7 millones de comprimidos — más del 87 % de la cantidad total estimada incautada), incluidas grandes cantidades de comprimidos de «Captagon» que contenían anfetamina. Turquía también incautó en 2018 una cantidad excepcionalmente grande de metanfetamina (564 kilogramos), una cantidad cercana a la notificada para el conjunto de la Unión Europea (646 kilogramos).

La pureza media de la anfetamina a nivel minorista varió del 15 % al 64 % en Europa en 2018, y la mitad de los países notificaron una pureza media entre el 19 % y el 34 %. Entre aquellos países que proporcionan datos de forma constante

RESUMEN DE LAS INCAUTACIONES Y ENVÍOS DETENIDOS DE PRECURSORES FISCALIZADOS POR LA UE Y SUSTANCIAS QUÍMICAS NO FISCALIZADAS UTILIZADAS

Incautaciones

Envíos detenidos

Totales

Fiscalizados /no fiscalizados

número

cantidad

número

cantidad

número

cantidad

MDMA y sustancias relacionadas

PMK (litros)

Safrol (litros)

Piperonal (kg)

Derivados glicídicos del PMK (kg)

Anfetamina y metanfetamina

BMK (litros)

Efedrina a granel (kg)

Pseudoefedrina a granel (kg)

APAAN (kg)

Benzaldehído (litros)

Bencilcianuro (litros)

PAA, ácido fenilacético (kg)

APAA (kg)

MAPA (kg)

Derivados glicídicos del BMK (kg)

Otros

Anhídrido acético (litros)

4-anilino-N-fenetilpiperidina (ANPP) (kg)

N-fenetil-4-piperidona (NPP) (kg)

2-bromo-4-metilpropiofenona (kg)

Anfetaminas

NÚMERO DE INCAUTACIONES DE ANFETAMINA Y CANTIDAD IN-
CAUTADA: NÚMERO DE INCAUTACIONES DE METANFETAMINA Y
CANTIDAD

TENDENCIAS Y 2018 O AÑO MÁS RECIENTE INCAUTADA: TENDENCIAS Y 2018 O AÑO MÁS RECIENTE

Número de incautaciones

Número de incautaciones

UE, Turquía y Noruega

UE, Turquía y Noruega

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

Toneladas

Turquía I I Chequia

I Noruega I ■ Francia

I Finlandia Bélgica I Otros países

I España

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

Cantidad de anfetamina incautada (toneladas)

Cantidad de metanfetamina incautada (toneladas)

Otros ■ países |

Informe Europeo sobre Drogas 2020: Tendencias y novedades

Pureza (96 anfetamina)

(media y rango)

sobre pureza y precio, la pureza media de la anfetamina ha aumentado notablemente en la última década, aunque con algunos descensos. En el mismo período, el precio medio de la anfetamina ha disminuido ligeramente. En 2018 la pureza media de la metanfetamina osciló entre el 21 % y el 100 %, y la mitad de los países notificaron una pureza media entre el 26 % y el 81 %. No es posible analizar tendencias a lo largo del

tiempo para la metanfetamina. Sin embargo, la pureza y el precio medios globales en 2018 fueron comparables a los valores notificados en 2008.

Adulteración (1 011 muestras de cocaína)

Anfetamina y sustancias activas, 71 %

Sin anfetamina,

Servicios que proporcionan muestras

Neuttravel, 3 % Wedinos, 5 9 A-Clinic, 5 % A

Z6,6 % i

DrogArt, 10 %

Energy Control, 49 %

Checkit, 18 %

Fuente notificada de la droga

Los datos sobre el contenido de las anfetaminas vendidas en Europa también proceden de los servicios de análisis de drogas. Sus resultados indicaron que las muestras presentadas como anfetamina tenían, por término medio, el nivel de pureza más bajo y era más probable que contuvieran adulterantes farmacológicamente activos, en comparación con las demás drogas estimulantes analizadas (véase la Figura 12). En el período de enero a junio de 2019, once servicios europeos de análisis de drogas analizaron un total de 652 muestras presentadas como anfetamina. Tres cuartas partes (75 %) de ellas contenían anfetamina y una o más sustancias farmacológicamente activas, mientras que el 20 % contenía anfetamina como única sustancia farmacológicamente activa. La pureza media de las muestras de anfetamina remitidas para su análisis en 2019 fue del 37 %. La mayoría (56 %) de las muestras presentadas como anfetamina se obtuvieron mediante contacto directo con un proveedor conocido. La obtención de la droga a través de un conocido (12 %) fue el siguiente medio de adquisición más común.

La metanfetamina representó solo el 1 % de todas las muestras remitidas a los servicios de análisis de drogas durante el primer semestre de 2019. Se remitieron para su análisis cincuenta y cuatro muestras presentadas como metanfetamina, 48 de ellas a los servicios de análisis de drogas austriacos y españoles.

Web superficial, 1 % Otro, 4 9- Camello callejero, 5% j En la fiesta, 8 % i

Sin información, 5 %

Darknet, 9 %

Proveedor de confianza, 56 %

Conocido, 11 %

Consumo de anfetaminas: estable, pero con indicios de una creciente disponibilidad de metanfetamina

Las muestras se recogieron durante el período de enero a junio de 2019. Los datos fueron proporcionados por los servicios de análisis de drogas de Austria (Checkit y Z6), Bélgica (Modus Vivendi), Italia (Neuttravel y SottoKassa), Luxemburgo (PiPaPo), Eslovenia (DrogArt), España (Energy Control y Ai Laket) y el Reino Unido (Wedinos) y un proyecto de investigación en Finlandia (A-Clinic Foundation).

Se estima que 12,3 millones de adultos de la Unión Europea (de 15 a 64 años), es decir, el 3,7 % de este grupo de edad, han consumido anfetaminas al menos una vez en su vida. Las cifras de los 26 países que notifican una encuesta entre 2014 y 2018 sugieren que 1,4 millones (1,2 %) de adultos jóvenes (de 15 a 34 años) consumieron anfetaminas durante el último año, con estimaciones nacionales de prevalencia que van desde cero en Portugal hasta el 3 % en Finlandia (Figura 13). Los datos disponibles sugieren que, a más largo plazo, los niveles de prevalencia han sido relativamente estables en la mayoría de los países. De los países que han proporcionado nuevos resultados de encuestas desde 2017 y han notificado intervalos de confianza, dos notificaron estimaciones superiores a

Anfetaminas

las de la encuesta comparable anterior, siete notificaron una tendencia estable y uno una estimación inferior.

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 y existen variaciones en los patrones. Se observan tendencias descendentes a largo plazo en Dinamarca, España y el Reino Unido (Figura 13).

Encuestas recientes en Chequia hallaron niveles de prevalencia inferiores al 1 %, con tendencia a la baja. Por el contrario, Noruega presenta una tendencia al alza desde 2015, con un 0,9 % para 2018.

En niveles de prevalencia más elevados, Finlandia presenta una tendencia ascendente a largo plazo que alcanza el 3 % en 2018. En su encuesta de 2018, los Países Bajos notificaron la prevalencia del consumo de anfetaminas en el 2,7 %, un descenso desde el 3,9 % de 2017. Tanto Alemania como Polonia notifican aumentos respecto a encuestas anteriores.

La metanfetamina en Europa aparece ahora tanto en forma de polvo como cristalina y se consume por vía inyectada o fumada por diversos subgrupos de personas que consumen drogas, incluidos los consumidores problemáticos de drogas y las personas de la escena del «chemsex».

El análisis de aguas residuales municipales realizado en 2019 halló que las cargas máxicas de anfetamina variaban considerablemente en toda

Europa, con los niveles más altos notificados en ciudades del norte y el este de Europa (Figura 14). Se halló anfetamina en niveles mucho más bajos en la mayoría de las ciudades del sur de Europa.

De las 41 ciudades que disponen de datos para 2018 y 2019, 21 notificaron un aumento, 9 una situación estable y 11 un descenso. En conjunto, los resultados de 11 ciudades con datos de 2011 a 2019 mostraron un panorama diverso, con tendencias crecientes observadas en la mayoría de las ciudades.

El análisis de aguas residuales sugiere que el consumo de metanfetamina, generalmente bajo y concentrado históricamente en Chequia y Eslo-

vaquia, parece estar presente ahora también en otros países europeos (Figura 15).

En 2018 y 2019, de las 42 ciudades que disponen de datos sobre metanfetamina en aguas residuales, 17 notificaron un aumento, 16 una situación estable y 9 un descenso.

PREVALENCIA DEL CONSUMO DE ANFETAMINAS EN EL ÚLTIMO AÑO ENTRE ADULTOS JÓVENES (15-34): TENDENCIAS SELECCIONADAS Y DATOS MÁS RECIENTES

Porcentaje Porcentaje

/ Reino Unido (Inglaterra y Gales) / España / Chequia

Dinamarca, Estonia, Reino Unido y Noruega notifican rangos de edad distintos de 15-34 (16-34), Suecia (17-34), Alemania, Francia y Hungría (18-34).

Informe Europeo sobre Drogas 2020: Tendencias y novedades

RESIDUOS DE ANFETAMINA EN AGUAS RESIDUALES EN CIUDADES EUROPEAS SELECCIONADAS: TENDENCIAS Y DATOS MÁS RECIENTES

mg/1000 habitantes/día

/ Amberes / Helsinki / Dortmund / Ámsterdam / Oslo / Zagreb / Barcelona

• Barcelona • Valencia

Nicosia

Limassol

mg/1000 habitantes/día

500 300 W 100 • 50 • 25.10

o Por debajo del nivel de cuantificación

Cantidades diarias medias de anfetamina en miligramos por 1000 habitantes. El muestreo se llevó a cabo en ⁵⁴ciudades europeas seleccionadas a

lo largo de una semana en cada año desde 2011 hasta 2019. Fuente: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

RESIDUOS DE METANFETAMINA EN AGUAS RESIDUALES EN CIUDADES EUROPEAS SELECCIONADAS: TENDENCIAS Y DATOS MÁS RECIENTES

mg/1000 habitantes/día

/ Dresde / Barcelona / Oslo / Helsinki / Ámsterdam / Milán

Helsinki

- Espoo Estocolmo

- Riga

Copenhague

- Vilna#

Ámsterdam

Londres^ ^Utrecht •Amberes |

Milán* Ljubljí

_ Zagreb

Nicosia

Limassol

mg/1000 habitantes/día

100 # 50 * 25. 10

o Por debajo del nivel de cuantificación

Cantidades diarias medias de metanfetamina en miligramos por 1000 habitantes. El muestreo se llevó a cabo en ciudades europeas seleccionadas a lo largo de una semana en cada año desde 2011 hasta 2019. Fuente: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

Anfetaminas

Los patrones de consumo problemático de anfetaminas varían considerablemente entre países

Los problemas relacionados con el consumo prolongado e inyectado de anfetamina han sido, históricamente, más evidentes en los países del norte de Europa, mientras que los problemas de metanfetamina se han concentrado en Chequia y Eslovaquia. Una estimación de 2018 para Alemania notificó 0,2 % o 103 000 consumidores adultos de anfetaminas de alto riesgo. En Finlandia, la prevalencia estimada del consumo de anfetamina de alto riesgo fue del 0,7 % en 2017.

En Chequia, el consumo de metanfetamina de alto riesgo entre adultos (15-64) se estimó en el 0,50 % en 2018 (correspondiente a 33 500 consumidores). Esto representa un aumento desde los 20 900 consumidores de 2007, aunque las cifras han sido relativamente estables en los últimos años. Es probable que los consumidores de anfetaminas constituyan la mayoría de los 2 234 (0,18 %) consumidores de estimulantes de alto riesgo estimados notificados por Letonia en 2017, frente a los 6 540 (0,46 %) de 2010. En Eslovaquia, la prevalencia derivada de un multiplicador de tratamiento se estimó en el 0,15 % en 2018. La estimación para Chipre fue del 0,03 % o 155 consumidores de metanfetamina de alto riesgo en 2018.

Más de 20 000 clientes que accedieron a tratamiento especializado por drogas en Europa en 2018 notificaron las anfetaminas como su droga principal, de los cuales unos 10 000 eran clientes que acudían por primera vez.

Los consumidores de anfetaminas representan al menos el 15 % de los nuevos ingresos en tratamiento en Bulgaria, Letonia, Polonia y Finlandia.

Los ingresos en tratamiento que notifican el consumo de metanfetamina como droga principal se concentran en Chequia, Alemania, Eslovaquia,

Polonia y Turquía, que en conjunto representan el 92 % de los 8 300 clientes de metanfetamina notificados en 2018.

Las anfetaminas son las drogas con la menor brecha de género, aunque las mujeres siguen representando solo alrededor de una cuarta parte (26 %) de los clientes de anfetaminas. Considerando la vía de administración, el 15 % de todos los ingresos por anfetaminas notificó el consumo oral de la droga, el 52 % notificó esnifarla y el 17 % notificó inyectarla.

Características

Frecuencia de consumo en el último mes

26% 74%

Edad media en el primer consumo

Edad media en el

ingreso en

tratamiento

Consumo medio 4,4 días por semana

Diario

De 2 a 6 días por semana

Una vez a la semana o menos No consumido en los últimos 30 días

Nuevos ingresos 60 %

Vía de administración

Ingresos previamente tratados

I Inyectada, 17 %

I Fumada/inhalada, 15 3 I Ingerida/bebida, 15 %

I Esnifada, 52 %

Otra, 1 %

Proporción de nuevos ingresos respecto a todas las drogas (porcentaje)

Salvo el mapa, los datos se refieren a todos los ingresos en tratamiento con anfetaminas como droga principal. Los datos de Alemania, Suecia y

Noruega se refieren a clientes que citan un estimulante distinto de la cocaína como droga principal. Los datos del Reino Unido para 2018 no incluyen Irlanda del Norte.

Informe Europeo sobre Drogas 2020: Tendencias y novedades

Opciones de respuesta sanitaria y social para los problemas de anfetaminas

Pueden ofrecerse intervenciones breves, derivación a programas de tratamiento o a servicios de reducción de daños cuando los consumidores buscan ayuda en los servicios de urgencias por problemas relacionados con la intoxicación o el consumo de dosis elevadas.

Los consumidores de estimulantes por vía inyectada necesitan acceso regular a programas de agujas y jeringuillas, ya que pueden inyectarse con más frecuencia que los consumidores de opioides durante el transcurso de un atracón.

Pueden ser necesarios programas de divulgación para llevar intervenciones de reducción de daños a los consumidores de estimulantes que, de otro modo, no accederían a los servicios.

El tratamiento mediante intervenciones psicosociales puede ser eficaz para el consumo problemático de estimulantes. No existen tratamientos farmacológicos con buenas pruebas de eficacia para tratar a los consumidores problemáticos de estimulantes, pero se ha demostrado que algunos fármacos utilizados para tratar la depresión ayudan a retener en tratamiento a los consumidores de anfetaminas.

Estas y otras respuestas se explican con más detalle en la obra del EMCDDA *Health and Social Responses to Drug Problems*:

A European Guide, respaldada por el portal en línea Best Practice Portal

Informe Europeo sobre Drogas 2020: Tendencias y novedades

prevención _ | aprehensiones

tratamiento I

El MDMA es una droga sintética químicamente relacionada con la anfetamina y la metanfetamina, pero que difiere en cierta medida en sus efectos. También se conoce como éxtasis, cuando está en forma de tableta, o MD, en forma cristalina. Los datos sobre el MDMA procedentes de las fuerzas del orden y de las encuestas de población se complementan con los hallazgos de los estudios de aguas residuales y de los servicios de análisis de drogas. Esta sección también revisa los limitados datos disponibles sobre los alucinógenos y dos anestésicos, la ketamina y el gamma-hidroxibutirato (GHB).

Producción europea para un mercado mundial de MDMA

Se notificó el desmantelamiento de veintitrés laboratorios activos de MDMA en la Unión Europea en 2018, la mayoría (20) detectados en los Países Bajos. El descubrimiento de dos laboratorios de MDMA en España y uno en Suecia sugiere, sin embargo, que puede estar en marcha una diversificación de las ubicaciones de producción. Las cantidades aprehendidas del precursor de MDMA PMK (piperonil metil cetona) y de productos químicos no fiscalizados para la fabricación de MDMA han disminuido de 26 toneladas en 2017 a menos de 16 toneladas en 2018. A pesar del descenso de las aprehensiones de precursores, no hay indicios de que la producción de MDMA esté disminuyendo, lo que puede sugerir que se está utilizando una ruta de tráfico alternativa. Todas las aprehensiones de PMK y la mayoría de las aprehensiones de los derivados glicídicos del PMK en 2018 se produjeron en los Países Bajos y Bélgica.

Los informes de aprehensiones fuera de Europa, identificados mediante el seguimiento de información de fuentes abiertas, y el análisis de las ventas en los mercados de la darknet sugieren que los productores europeos

desempeñan un papel importante en el suministro mundial de MDMA.

Por ejemplo, los datos de seguimiento de los mercados de la darknet muestran que, además de facilitar las ventas directas a los consumidores, estos mercados son utilizados por distribuidores de todo el mundo para comprar MDMA producido en Europa. El análisis muestra que las

transacciones que implican cantidades de tabletas de MDMA indicativas del nivel medio del mercado representan más del doble de los ingresos de las ventas de cantidades al por menor. Por el contrario, las transacciones de cannabis y cocaína en la darknet son abrumadoramente al por menor.

El número de aprehensiones de MDMA notificadas en la Unión Europea ha seguido una tendencia al alza desde 2010. La cantidad de MDMA aprehendida se notifica más a menudo en número de tabletas que por peso, y las 4,7 millones de tabletas de MDMA estimadas como aprehendidas en 2018 suponen el primer descenso observado desde 2015.

Sin embargo, esta conclusión debe interpretarse con cautela debido al impacto que unas pocas aprehensiones individuales de gran tamaño pueden tener en el número de tabletas notificadas anualmente. Las aprehensiones de MDMA en polvo en la Unión Europea aumentaron de 0,3 toneladas en 2016 a 2,2 toneladas en 2018. Este aumento se debe principalmente a las aprehensiones notificadas por Bélgica, Polonia, Bulgaria

Aprehensiones

Número

Precio (EUR/tableta)

Contenido de MDMA

(mg/tableta)

Cantidad UE |

UE + 2 ■

4,7 m

13,2 m

Cantidad UE |

UE + 2

Tendencias indexadas

Precio y contenido de MDMA

La EU + 2 se refiere a los Estados miembros de la UE, Turquía y Noruega. Precio y contenido de las pastillas de MDMA: valores medios nacionales — mínimo, máximo y rango intercuartílico. Los países cubiertos varían según el indicador.

Informe Europeo sobre Drogas 2020: Tendencias y novedades

y España — sin embargo, las lagunas en los datos de los Países Bajos impiden un análisis más exhaustivo en este ámbito.

NÚMERO DE INCAUTACIONES DE MDMA (TODAS LAS FORMAS) Y CANTIDAD DE

Número de incautaciones

/eu /

UE, Turquía y Noruega

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

Pastillas de MDMA incautadas (millones)

Otros ■ países |

Grandes cantidades de pastillas de MDMA se incautaron en Turquía en 2017 y 2018, ascendiendo en ambos años a más de 8 millones de pastillas y superando la cantidad total incautada en la Unión Europea (Figura 16).

En 2018, el contenido medio de droga de las pastillas de MDMA incautadas en Europa osciló entre 39 y 188 miligramos de MDMA por pastilla, y la mitad de los países notificaron una media de entre 132 y 181 miligramos. Entre aquellos países que notificaron datos de forma consistente entre 2008 y 2017, el contenido medio de droga de las pastillas de MDMA aumentó un 135 % a lo largo del período. Si bien las limitaciones de los datos impiden la inclusión de 2018 en el análisis, el contenido medio de MDMA se mantuvo estable en comparación con 2017. El pre-

cio medio de una pastilla de MDMA en 2018 osciló entre 4 y 16 euros, y la mitad de los países notificaron precios medios de entre 6 y 10 euros.

A lo largo de la última década, el precio medio de las pastillas de MDMA ha disminuido ligeramente.

Se dispone de más datos sobre la dosificación y la pureza de la MDMA a partir de los servicios de análisis de drogas que operan en varios países europeos. Estos datos, si bien no constituyen una muestra representativa, también apuntan al alto contenido de MDMA de las pastillas disponibles en Europa y a un aumento de la dosificación con el tiempo. En el período de enero a junio de 2019, las muestras presentadas como MDMA (tanto pastillas como polvos) fueron la segunda sustancia más común recibida para su análisis por los servicios europeos de análisis de drogas. Alrededor del 70 % de las 969 muestras presentadas como MDMA se enviaron para su análisis en centros de acogida y el 25 % en eventos musicales. La cantidad media de MDMA por pastilla analizada en los servicios de análisis de drogas fue de 180 miligramos, un ligero aumento respecto a los 172 miligramos encontrados durante el mismo período en 2018, pero mucho mayor que la media de 102 miligramos encontrada por la misma red en 2012.

Los servicios de cinco países notificaron pastillas individuales con cantidades excepcionalmente altas de MDMA (superiores a 270 miligramos). Todos los servicios notificaron MDMA en polvo de alta pureza, con una pureza media del 88 %, en comparación con el 72 % durante el mismo período en 2018. En general, era improbable que las muestras presentadas a los servicios como MDMA contuvieran cualquier otro componente farmacológicamente activo, encontrándose dichos adulterantes en solo el 5 % de las muestras de polvo y el 6 % de las pastillas analizadas (Figura 17).

La cafeína fue el adulterante más común en estas muestras, aunque se detectó la droga ketamina en cuatro muestras de MDMA. La mitad de las muestras presentadas como MDMA se obtuvieron mediante contacto directo con un proveedor conocido.

La obtención de la droga a través de la darknet (13 %) fue el siguiente medio de adquisición más común.

Consumo de MDMA: variabilidad nacional

Contenido de MDMA de las pastillas Pureza del polvo (% mdma)

media 180 mg MDMA mín. 6 mg

Adulteración (pastillas 525 muestras)

MDMA y sustancias activas, 5 % Sin MDMA, 5%

MDMA y sustancias inactivas, 90 %

Adulteración (polvo 414 muestras)

MDMA y sustancias activas, 6 % Sin MDMA, 3%

MDMA y sustancias inactivas, 91 %

Servicios que proporcionan muestras

Otros, 6 % Neuttravel, 3 %

Drogart, 7 %

Wedinos, 8 %

Checkit, 18 %

Energy Control, 54 %

Se estima que 13,6 millones de adultos en la Unión Europea (de 15 a 64 años), es decir, el 4,1 % de este grupo de edad, han consumido MDMA/éxtasis al menos una vez en su vida. Las cifras de los 27 países que realizaron encuestas entre 2014 y 2018 sugieren que 2,3 millones de adultos jóvenes (15-34) consumieron MDMA en el último año (1,9 % de este grupo de edad), con estimaciones nacionales que oscilan entre el 0,2 % en Portugal y Rumanía y el 6,9 % en los Países Bajos (Figura 18). Las estimaciones de prevalencia para los de 15 a 24 años son más altas, con un 2,4 % (1,3 millones) que se estima consumió MDMA en el último año.

Hasta hace poco, la prevalencia de MDMA en muchos países había ido disminuyendo desde los niveles máximos observados a principios y mediados de la década de 2000.

No se desprende ninguna tendencia general de los datos disponibles sobre el consumo reciente de MDMA. Entre los 12 países que han proporcionado nuevos resultados de encuestas desde 2017 y notificaron intervalos de confianza, cuatro notificaron estimaciones más altas que en la encuesta comparable anterior, y ocho notificaron estimaciones estables.

Donde existen datos para un análisis estadístico de las tendencias en el consumo de MDMA en el último año entre adultos jóvenes, algunos países con tendencias a más largo plazo muestran ahora estabilidad (Figura 18). Tras las tendencias descendentes desde las tasas máximas de principios de siglo, la prevalencia de MDMA en España y el Reino Unido (Inglaterra y Gales) es ahora estable, aunque a niveles diferentes. España notificó una prevalencia del 1,4 % en 2011 y del 1,2 % en 2017, mientras que la prevalencia en el Reino Unido fluctuó entre el 2,4 % y el 3,5 % a lo largo del período 2012-18, con un valor del 3,1 % en 2018.

Las encuestas en Finlandia muestran estabilidad entre 2014 y 2018; 2,5 % frente a 2,6 %, aunque un aumento respecto a años anteriores. También se observa una tendencia estable reciente en los Países Bajos, donde la prevalencia del 6,9 % notificada en 2018 es similar a los valores notificados desde 2015. En contraste, el nivel de prevalencia de Alemania más que se duplicó, del 1,3 % en 2015 al 2,8 % en 2018, mientras que Dinamarca notificó un aumento al 1,5 % para 2017, desde el 0,7 % para 2013. Noruega observó una tendencia ascendente entre 2014 y 2017 y notifica un 1,7 % para 2018, mientras que las encuestas anuales realizadas en Chequia vieron un descenso del 3,6 % en 2014 al 1,6 % en 2018.

Fuente notificada de la droga

Sin información, 4 %

Web superficial, 2 %

Darknet, 13 %

Las muestras se recogieron durante el período de enero a junio de 2019. Los datos fueron proporcionados por servicios de análisis de drogas en Austria (Checkit y Z6), Bélgica (Modus Vivendi), Italia (Neutavel y SottoKassa), Luxemburgo (PiPaPo), Eslovenia (DrogArt), España (Energy Control y Ai Laket) y el Reino Unido (Wedinos) y un proyecto de investigación en Finlandia (A-Clinic Foundation).

Un análisis multicéntrico de 2019 encontró las cargas más altas de MDMA en las aguas residuales en ciudades de Bélgica, Alemania y los Países Bajos (Figura 19). De las 42 ciudades que tienen datos para 2018 y 2019, 23 notificaron un aumento, 4 una situación estable y 15 un descenso. Atendiendo a las tendencias a más largo plazo, en la mayoría de las ciudades con datos tanto para 2011 como para 2019 (12 ciudades), las cargas de MDMA en aguas residuales fueron mayores en 2019 que en 2011; la mayoría de los aumentos iniciales se observaron en el período 2011-16, con nuevos aumentos en el período 2016-19 en algunas ciudades.

La mayoría de las preocupaciones sanitarias en torno al consumo de MDMA se centran en su posible toxicidad, especialmente a dosis altas o la toxicidad por

Informe Europeo sobre Drogas 2020: Tendencias y novedades

PREVALENCIA DEL CONSUMO DE MDMA EN EL ÚLTIMO AÑO ENTRE ADULTOS JÓVENES (15-34): TENDENCIAS SELECCIONADAS Y DATOS MÁS RECIENTES

Porcentaje Porcentaje

/ RU (Inglaterra y Gales) / Alemania / Finlandia / Noruega / Chequia / Dinamarca / España

Dinamarca, Estonia, Reino Unido y Noruega (16-34), Suecia (17-34), Alemania, Francia, Grecia y Hungría (18-34) notifican rangos de edad distintos de 15-34.

RESIDUOS DE MDMA EN AGUAS RESIDUALES EN CIUDADES EUROPEAS SELECCIONADAS: TENDENCIAS Y DATOS MÁS RECIENTES

mg / 1000 habitantes/día

Lisboa

Estocolmo I Espoo

Rigao

Ámsterdam

Copenhague

Vilna I

Utrecht

Londres

Amberes

Dresde

Estambul

Barcelona

Nicosia

/Valencia

Atenas

Limassol

Innsbruck^ Liublian;

Milán# TM

mg/1000 habitantes/día

50 #25

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 2019. Fuente: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

adulterantes vendidos como MDMA o mezclados con ella. En correspondencia, el consumo de MDMA rara vez se cita como motivo para entrar en tratamiento especializado por drogas en Europa.

Ketamina, GHB y alucinógenos: más incautaciones pero consumo bajo y estable

En Europa se consumen otras varias sustancias con propiedades alucinógenas, anestésicas, disociativas o depresoras: entre ellas se incluyen el LSD, las setas alucinógenas, la ketamina y el GHB (incluido su precursor GBL).

El LSD, una droga poco común en Europa durante las últimas dos décadas, parece estar volviéndose más disponible. En 2018 se notificaron más de 2 400 incautaciones de LSD (dietilamida del ácido lisérgico), ascendiendo a 1,06 millones de unidades. La mayoría de ellas (93 %) se incautaron en España. El número total de incautaciones de LSD se ha más que duplicado desde 2010, aunque la cantidad incautada ha fluctuado. Quince países de la UE notificaron alrededor de 1 900 incautaciones de ketamina, ascendiendo a una estimación de 328 kilogramos y 12 litros de la droga, de los cuales la mayor parte correspondió a Francia (249 kilogramos), Bélgica (30 kilogramos) y España (8 litros). En 2018, 13 países de la UE, Noruega y Turquía también notificaron incautaciones de GHB (gamma-hidroxibutirato) o de su precursor GBL (gamma-butirolactona), correspondiendo a Noruega más de un

tercio del número total de incautaciones. Las estimaciones de 1 500 incautaciones de GHB y GBL ascendieron a casi 3,3 toneladas y 1 732 litros. Bélgica incautó el 92 % (3 toneladas) de la cantidad total en polvo, principalmente como GHB, y Polonia incautó el 64 % de la cantidad total en líquido (1 100 litros), principalmente como GBL.

El consumo recreativo de ketamina y GHB (incluido el GBL) se ha notificado entre subgrupos de consumidores de drogas en Europa durante las últimas dos décadas. Las estimaciones nacionales, cuando existen, de la prevalencia del consumo de ketamina y GHB en poblaciones adultas y escolares parecen bajas. Sin embargo, los Países Bajos notifican que la ketamina se ha convertido en una droga convencional entre los

jóvenes de la escena nocturna, aunque el consumo de la droga sigue siendo bajo en la población general. La prevalencia del consumo de ketamina en el último año entre adultos jóvenes (16-34) se estimó en un 0,6 % en Dinamarca en 2017 y en un 1,7 % en el Reino Unido (Inglaterra y Gales, 2018). En su encuesta de 2018, Noruega notificó una prevalencia del consumo de GHB en el último año del 0,3 % para adultos (16-64) y del 0,7 % para adultos jóvenes (16-34); Polonia notificó una prevalencia del consumo de GHB en el último año del 0,1 % para adultos (15-64) y del 0,2 % para adultos jóvenes (15-34).

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 iguales o inferiores al 1 % para ambas sustancias en 2018 o en el año de encuesta más reciente, con la excepción de Finlandia (2,0 %) y Estonia (1,6 %, 16-34) para las setas alucinógenas, y Finlandia (2,0 %), Estonia (1,7 %, 16-34) y Noruega (1,3 %, 16-34) para el LSD.

Opciones de respuesta sanitaria y social para los problemas relacionados con el consumo de drogas en entornos recreativos

- Se puede proporcionar material informativo de prevención o de reducción de daños a los jóvenes en entornos recreativos. Los educadores de pares que difunden este tipo de información pueden ser vistos como más creíbles. Estas actividades pueden complementarse con sitios web y aplicaciones que proporcionen información más detallada sobre drogas, alcohol y daños relacionados, y consejos para evitarlos. Sin embargo, la evidencia sobre los efectos de cambio de comportamiento de estas intervenciones es escasa.

- Las estrategias ambientales tienen una base de evidencia mejor. Este enfoque incluye medidas dirigidas a factores que promueven el consumo excesivo (por ejemplo, bebidas con descuento, música alta y malas prácticas de servicio) o que crean espacios y locales más seguros (por ejemplo, reduciendo el hacinamiento, proporcionando salas de descanso y agua gratuita, sirviendo comida, aplicando normas sobre comportamiento y acceso).

■ Los servicios de análisis de drogas (a veces llamados análisis de pastillas) permiten a los consumidores individuales de drogas hacer analizar químicamente sus drogas sintéticas, proporcionando información sobre el contenido de las muestras así como asesoramiento y, en algunos casos, consejo o intervenciones breves. La comprensión de la eficacia de este enfoque para cambiar comportamientos aún está en desarrollo, pero puede proporcionar una oportunidad valiosa para involucrar a los consumidores de drogas, influir en las prácticas de consumo y con fines de monitorización de drogas.

Estas y otras respuestas se explican con mayor detalle en la obra del EMCDDA *Health and Social Responses to Drug Problems: A European Guide*, respaldada por el portal en línea *Best Practice Portal*.

European Drug Report 2020: Trends and Developments

riesgos

consumo

tendencias

prevención

incautaciones

tratamiento

El mercado de nuevas sustancias psicoactivas comprende un gran número de sustancias, con nuevos compuestos que se introducen continuamente, a un ritmo de más de 50 nuevas drogas al año desde 2012. Estas sustancias proceden de una amplia gama de tipos de drogas y no están fiscalizadas por las leyes internacionales sobre drogas. Incluyen estimulantes, cannabinoides sintéticos, benzodiazepinas, opioides, alucinógenos y disociativos. Esta sección presenta datos de incautaciones y forenses procedentes de fuentes de las fuerzas del orden, recopilados por el Sistema de Alerta Temprana de la UE sobre Nuevas Sustancias Psicoactivas, junto con los resultados de las encuestas de población.

Nuevas sustancias psicoactivas

A finales de 2019, el EMCDDA vigilaba alrededor de 790 nuevas sustancias psicoactivas, 53 de las cuales fueron notificadas por primera vez en Europa en 2019. Esto representa un descenso frente a las cerca de 100 nuevas sustancias psicoactivas introducidas en el mercado europeo cada año en 2014-15 (Figura 20). El descenso puede reflejar los resultados de los esfuerzos sostenidos por controlar las nuevas sustancias en Europa, así como los cambios legales en los países de origen, como China, para restringir la producción, incluidos los controles genéricos de drogas que abarcan clases químicas.

Pese al aparente descenso del número de sustancias introducidas por primera vez en el mercado europeo cada año, el catálogo de nuevas sustancias psicoactivas sigue siendo vasto.

Desde 2015 se detectan cada año aproximadamente 400 nuevas sustancias psicoactivas notificadas previamente (Figura 21). Esto ilustra la naturaleza dinámica de esta parte del mercado de drogas: las sustancias pueden aparecer y luego desaparecer rápidamente, pero el número de sustancias en circulación sigue siendo elevado.

Los cannabinoides sintéticos y las catinonas dominan las incautaciones de nuevas sustancias psicoactivas

La frecuencia y las cantidades de nuevas sustancias psicoactivas incautadas en Europa aumentaron bruscamente hasta 2015.

Desde entonces, esta tendencia parece haberse invertido hacia una estabilización o un lento declive, según la región.

Aun así, la disponibilidad general sigue siendo elevada.

Durante 2018, las fuerzas del orden de toda Europa notificaron cerca de 64 800 incautaciones de nuevas sustancias psicoactivas al Sistema de Alerta Temprana de la UE. De ellas, aproximadamente 40 200 incautaciones fueron notificadas por los Estados miembros de la UE (Figura 22), un ligero descenso en comparación con 2017.

En 2018 se notificaron al Sistema de Alerta Temprana de la UE más de 5,6 toneladas de nuevas sustancias psicoactivas sintéticas, en su mayoría en forma de polvos, de las cuales 4,4 toneladas por los Estados miembros. Además, 4 212 litros de líquidos y 1,6 millones de comprimidos y cápsulas también contenían nuevas sustancias psicoactivas.

NÚMERO Y CATEGORÍAS DE NUEVAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS NOTIFICADAS AL SISTEMA DE ALERTA TEMPRANA DE LA UE

I Catinonas Cannabinoides Fenetilaminas Opioides Triptaminas Benzodiazepinas Piperazinas I Arilalquilaminas Aminoindanos Plantas y extractos Piperidinas y pirrolidinas Arilciclohexilaminas IH Otras sustancias

European Drug Report 2020: Trends and Developments

NÚMERO Y CATEGORÍAS DE SUSTANCIAS DETECTADAS CADA AÑO, TRAS SU PRIMERA DETECCIÓN, 2008-18

I Catinonas ■ I Aminoindanos

I Cannabinoides HI Fenetilaminas ■ Plantas y extractos Piperidinas y

Opioides Triptaminas Benzodiazepinas ■■ Piperazinas pirrolidinas Arilciclohexilaminas Otras sustancias

I Arilalquilaminas

INCAUTACIONES DE NUEVAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS NOTIFICADAS AL SISTEMA DE ALERTA TEMPRANA DE LA UE: TENDENCIAS DEL NÚMERO TOTAL DE INCAUTACIONES (2008-18) Y DESGLOSE DEL NÚMERO DE INCAUTACIONES POR CATEGORÍA (UNIÓN EUROPEA) EN 2018

Número de incautaciones

UE + 2

Nuevas sustancias psicoactivas

En Europa, las incautaciones de nuevas sustancias psicoactivas están típicamente dominadas por los cannabinoides sintéticos y las catinonas,

que juntos representaron el 77 % de todas las incautaciones notificadas en 2018 (64 % para los Estados miembros de la UE) (Figura 22).

Los productos que contienen cannabinoides y catinonas, incluidas las mezclas herbales para fumar y los líquidos para cigarrillos electrónicos, se preparan típicamente a partir de polvos a granel. En los últimos años se ha producido un descenso del número y la cantidad de polvos que contienen cannabinoides sintéticos y catinonas incautados en la Unión Europea (Figura 23). En el caso de los cannabinoides,

esto puede reflejar un descenso del procesamiento local de mezclas herbales para fumar. En el caso de las catinonas, pueden intervenir factores más complejos, ya que el aparente descenso de la cantidad de polvos incautados, en comparación con 2015 y 2016, se produce en el contexto de un número pequeño pero creciente de sitios de producción de catinonas descubiertos en Europa. En 2018 se incautaron en la Unión Europea un total de 50 kilogramos del precursor de catinona 2-bromo-4-metilpropiofenona, mientras que se detectaron tres laboratorios que producían mefedrona (España, Países Bajos, Polonia), lo que indica la producción continuada de esta droga dentro de Europa.

INCAUTACIONES DE CANNABINOIDES SINTÉTICOS (IZQUIERDA) Y CATINONAS SINTÉTICAS (DERECHA) NOTIFICADAS AL SISTEMA DE ALERTA TEMPRANA DE LA UE: TENDENCIAS DEL NÚMERO DE INCAUTACIONES Y DE LA CANTIDAD INCAUTADA, 2008-18

Cannabinoides

Catinonas

Todas las formas, UE +2 S Todas las formas, UE Mezclas herbales para fumar, UE

Polvos, UE

Todas las formas, UE + 2

/ Todas las formas, UE

Kilogramos

Todas las formas, UE + 2 / Todas las formas, UE Mezclas herbales para fumar, UE

Polvos, UE

Kilogramos 3 000 -r-

Todas las formas, UE + 2 ✓ Todas las formas, UE

La cantidad refleja el peso bruto de las incautaciones, sin ajuste por pureza o potencia. En este contexto, la cantidad agrega las incautaciones por unidad notificada, independientemente de la forma física (polvos, mezclas herbales para fumar y otras).

European Drug Report 2020: Trends and Developments

Los derivados del fentanilo son sustituidos por otros nuevos opioides sintéticos

Los opioides sintéticos plantean un riesgo muy elevado de intoxicación para los consumidores. Desde 2009 se han detectado 57 nuevos opioides sintéticos en el mercado de drogas europeo, incluidos ocho notificados por primera vez en 2019. En 2019 solo dos de estos opioides eran derivados del fentanilo, lo que constituye una pequeña proporción en comparación con años anteriores (Figura 24). Los seis opioides restantes (2-fluoro-viminol, AP-237, 2-metil-AP-237, piperidiltiambuteno, fuanil UF-17 e isotonitazeno) son todos químicamente diferentes del fentanilo, pese a plantear preocupaciones similares en cuanto a su toxicidad.

En 2018 se notificaron al Sistema de Alerta Temprana de la UE aproximadamente 1 000 incautaciones de nuevos opioides (Figura 25). Esto ascendió a aproximadamente 9,3 kilogramos de material, de los cuales 7,3 kilogramos estaban en forma de polvos. Además, también se notificaron 5,4 litros de líquidos y 21 500 comprimidos y cápsulas (excluido el tramadol). La elevada potencia de algunos opioides sintéticos significa que incluso pequeños volúmenes podrían equivaler a muchos miles de dosis callejeras.

Con menor frecuencia, también se han encontrado nuevos opioides en papel secante y en mezclas herbales para fumar. En estos casos, puede no haber indicación alguna de que contengan opioides potentes, lo que plantea un riesgo de intoxicación para quienes puedan consumirlos, particularmente las personas sin tolerancia previa a los opioides.

Número de incautaciones

1400...-r-~-*.....◆,,...

Derivados del fentanilo / Todos los demás opioides

Se excluyeron las incautaciones de tramadol.

En 2018 se incautaron en Francia más de medio kilogramo de 4-anilino-N-fenetilpiperidina (ANPP) y se interceptó en Bélgica un envío de 3 kilogramos de N-fenetil-4-piperidona (NPP). Ambos son precursores para la fabricación de fentanilo y derivados del fentanilo.

Opioides no derivados del fentanilo

Derivados del fentanilo

Nuevas benzodiazepinas asociadas a intoxicaciones y muertes

En los últimos años, los informes han indicado un aumento del número, el tipo y la disponibilidad de nuevas sustancias psicoactivas pertenecientes a la clase de las benzodiazepinas, que no están fiscalizadas por las leyes internacionales de control de drogas.

Algunas de ellas se venden como versiones falsas de medicamentos ansiolíticos habitualmente recetados, como el alprazolam (Xanax) y el diazepam, aprovechando las redes de distribución existentes en el mercado ilícito de drogas. Otras se venden en línea, a veces con sus propios nombres, comercializadas como versiones «legales» de medicamentos autorizados.

El EMCDDA vigila actualmente 30 nuevas benzodiazepinas, 21 de las cuales fueron detectadas por primera vez en Europa desde 2015. En 2018 se notificaron al Sistema de Alerta Temprana de la UE cerca de 4 700 incautaciones de nuevas benzodiazepinas,

que ascendieron a 1,4 millones de comprimidos, 1,3 litros de líquidos y menos de 8 kilogramos de polvos. En el Reino Unido, en Escocia, se sabe que grupos delictivos participan en la fabricación y distribución ilícitas a gran escala de medicamentos falsos de benzodiazepinas. Típicamente fabricados para parecer comprimidos de diazepam de 10 miligramos, y conocidos como «Valium callejero», estos falsos suelen contener benzodiazepinas nuevas o no fiscalizadas. Ocasionalmente también se han utilizado sustancias que plantean un alto riesgo de intoxicación grave, como opioides y escopolamina.

En algunos países, las nuevas benzodiazepinas se han asociado a daños, incluido un mayor riesgo de sobredosis. En particular, el etizolam, vigilado por el Sistema de Alerta Temprana de la UE desde 2011, y más recientemente el flualprazolam, detectado por primera vez en 2018, se han asociado a intoxicaciones y muertes.

El consumo de nuevas sustancias psicoactivas sigue siendo bajo

Desde 2011, más de la mitad de los países europeos han notificado estimaciones nacionales del consumo de nuevas sustancias psicoactivas (sin incluir la ketamina y el GHB) en sus encuestas de población general, aunque las diferencias en los métodos y en las preguntas de las encuestas limitan la comparabilidad de los datos.

Entre los adultos jóvenes (de 15 a 34 años), las estimaciones de la prevalencia del consumo en el último año de estas sustancias oscilaron entre el cero en Noruega y el 1,9 % en Polonia. Se dispone de datos de encuestas sobre el consumo de mefedrona para el Reino Unido (Inglaterra y Gales). En la encuesta más reciente (2018), la prevalencia del consumo de esta droga en el último año entre los jóvenes de 16 a 34 años fue del 0,0 %, frente al 1,1 % en 2014. En Finlandia, la prevalencia del consumo de catinonas en el último año entre los adultos jóvenes (de 15 a 34 años) fue del 0,2 % en 2018. En sus encuestas más recientes, el consumo en el último año de cannabinoides sintéticos entre los jóvenes de 15 a 34 años osciló entre el 0,3 % en España y Lituania y el 0,6 % en Italia.

Las nuevas sustancias psicoactivas representaron el 5 % de todas las drogas enviadas para su análisis por particulares a los servicios de análisis de drogas que operan en 11 países europeos durante el primer semestre de 2019. Cabe señalar que estos resultados no son representativos del mercado en su conjunto. Las sustancias más comunes detectadas entre las muestras vendidas como nuevas sustancias psicoactivas fueron los estimulantes, principalmente 4-MMC y 3-MMC (catinonas sintéticas), seguidas de los alucinógenos (1P-LSD y 4-AcO-DMT) y las nuevas benzodiazepinas (etizolam y flualprazolam).

Sin embargo, ocasionalmente se encontraron nuevas sustancias psicoactivas como adulterantes en muestras presentadas como MDMA.

Más de 100 muestras vendidas como benzodiazepinas bien conocidas, como diazepam, alprazolam o fármacos Z como el zopiclón, contenían etizolam, una benzodiazepina recientemente fiscalizada a nivel internacional.

Aunque los niveles de consumo de nuevas sustancias psicoactivas son en general bajos en Europa, en un estudio del EMCDDA de 2016 más de dos tercios de los países informaron de que su consumo por consumidores de drogas de alto riesgo había dado lugar a problemas de salud. En particular, el consumo de catinonas sintéticas por personas que se inyectan opioides y estimulantes se ha vinculado a problemas sanitarios y sociales.

Además, el consumo fumado de cannabinoides sintéticos en poblaciones marginadas, incluidas las personas sin hogar y los reclusos, se ha identificado como un problema en varios países europeos. En conjunto, actualmente pocas personas acceden a tratamiento en Europa por problemas asociados al consumo de nuevas sustancias psicoactivas.

European Drug Report 2020: Trends and Developments

Opciones de respuesta sanitaria y social a los problemas relacionados con el consumo de nuevas sustancias psicoactivas

Alerta temprana y evaluación de riesgos respaldadas por datos multidisciplinarios, incluida la identificación química de nuevas sustancias a

partir de redes de laboratorios forenses y de toxicología.

Comunicación de riesgos con las autoridades, los profesionales y los consumidores en relación con nuevas sustancias particularmente nocivas, nuevas formas de consumo y amenazas sanitarias y sociales emergentes.

Apoyo a los responsables de las políticas mediante el suministro de información científica y basada en la evidencia sobre las nuevas sustancias psicoactivas que plantean amenazas sanitarias y sociales.

Inclusión de las nuevas sustancias en programas de prevención genéricos eficaces, con mensajes específicos de educación y reducción de daños dirigidos a quienes ya consumen drogas o corren el riesgo de consumir nuevas sustancias.

Actividades de formación y sensibilización para los profesionales pertinentes, incluido el personal de los laboratorios forenses y de toxicología, los profesionales de la salud y los primeros intervinientes, y los profesionales de los servicios de prevención, tratamiento y reducción de daños, a fin de mejorar sus competencias para identificar y responder al consumo de nuevas sustancias psicoactivas.

Elaboración de guías clínicas para el manejo de la toxicidad aguda causada por nuevas sustancias psicoactivas.

Se necesitan enfoques multidisciplinarios y la conexión de distintos servicios para involucrar a grupos vulnerables que pueden no entrar en contacto con los servicios tradicionales.

Muchas de las respuestas sanitarias y sociales a las nuevas sustancias psicoactivas son adaptaciones de programas para drogas «establecidas». Las respuestas han tendido a dirigirse a grupos particulares en los que se han observado problemas.

Estos varían según el país, pero incluyen a consumidores recreativos de estimulantes, psiconautas, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas que evitan las pruebas de detección de drogas y consumidores de drogas de alto riesgo. También se ha prestado atención en

muchos países a reforzar las respuestas legales y restringir la disponibilidad de estas sustancias.

Estas y otras respuestas se explican con más detalle en la obra del EMCDDA *Health and Social Responses to Drug Problems: A European Guide*, respaldada por el portal en línea *Best Practice Portal*.

European Drug Report 2020: Trends and Developments

riesgos

consumo

tendencias

prevención

incautaciones

tratamiento

El consumo de opioides contribuye de manera importante a los daños asociados al consumo de drogas en Europa. La heroína es el opioide más consumido, pero otros como la metadona, la buprenorfina, el tramadol y los derivados del fentanilo también están disponibles en el mercado ilícito. Esta sección se basa en datos de las fuerzas del orden para describir el mercado de opioides y en estudios de prevalencia y datos de centros especializados de tratamiento de drogas para obtener información sobre la prevalencia y las pautas del consumo de opioides.

Heroína y otros opioides

La cantidad de heroína incautada en la Unión Europea se duplica

Afganistán sigue siendo el mayor productor mundial de opio ilícito, la materia prima de la heroína, y se cree que la mayor parte de la heroína que se encuentra en Europa se fabrica en Afganistán o en los vecinos Irán o Pakistán. La heroína entra en Europa por cuatro rutas principales de tráfico, de las cuales la ruta de los Balcanes se considera la más importante. Un acontecimiento reciente es la aparición del tráfico a través del canal de Suez y por el Mediterráneo. El descubrimiento de laboratorios que producen heroína a partir de morfina en Bulgaria, Chequia, Es-

paña y los Países Bajos en los últimos años, junto con un aumento de las incautaciones de morfina y opio, sugiere, sin embargo, que ahora se fabrica algo de heroína en la Unión Europea. Esto puede reflejar que los proveedores buscan reducir costos, ya que el precursor químico de la heroína, el anhídrido acético, es más caro en los países productores de opio.

Incautaciones

Número

Cantidad

Precio (EUR/g) Pureza (%)

Tendencias indexadas

Precio y pureza

en 2018 las fuerzas del orden de la Unión Europea incautaron casi 16 toneladas de anhídrido acético y otras 9 toneladas fueron interceptadas antes de entrar en la cadena de suministro.

Estas cifras representan una gran disminución en comparación con

2017 (81 toneladas). El análisis de los envíos interceptados de anhídrido acético indica que los grupos que producen heroína fuera de la Unión Europea intentan obtener suministros de proveedores químicos europeos.

En varios países europeos se observó un período de menor disponibilidad de heroína alrededor de 2010/11, acompañado de un descenso general tanto del número de incautaciones como de las cantidades de heroína incautadas. Desde entonces, las incautaciones en la Unión Europea se han estabilizado en gran medida, con 37 000 incautaciones notificadas tanto en 2017 como en 2018.

Sin embargo, la cantidad incautada en la Unión Europea en

2018 aumentó a 9,7 toneladas, frente a 5,2 toneladas en 2017, principalmente debido a grandes incautaciones individuales realizadas en el

puerto de Amberes. Turquía sigue incautando más heroína que todos los demás países europeos juntos (Figura 26).

Tras un fuerte descenso de las incautaciones en el período 2014-16, de 12,8 a 5,6 toneladas, en 2017-18 Turquía incautó alrededor de 17 toneladas de heroína cada año (17,4 y 17,8), las mayores cantidades de la década.

Entre los países que notifican sistemáticamente datos de precio y pureza, las tendencias indexadas sugieren que, tras un marcado descenso entre 2009 y 2011, la pureza de la heroína aumentó rápidamente antes de estabilizarse en los últimos años. En cambio, el precio minorista de la heroína disminuyó entre 2008 y 2014 y ha sido relativamente estable desde entonces. En 2018 la mitad de los países notificaron una pureza media de la heroína a nivel minorista en el rango del 18-30 % y un precio medio en el rango de EUR 29-79 por gramo.

Aunque las incautaciones de opioides distintos de la heroína representan una pequeña fracción del total de incautaciones de opioides, han aumentado notablemente en los últimos años. Los opioides distintos de la heroína incautados con más frecuencia incluyen los opioides medicinales tramadol, buprenorfina y metadona (véase la Tabla 2). En 2018 las cantidades de morfina, codeína y metadona incautadas fueron mayores que en 2017, y los datos de incautaciones respaldan la preocupación de que el interés por los opioides sintéticos de todo tipo pueda estar creciendo.

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

Precio y pureza de la «heroína marrón»: valores medios nacionales — mínimo, máximo y rango intercuartílico. Los países cubiertos varían según el indicador.

European Drug Report 2020: Trends and Developments

Número de incautaciones

UE, Turquía y Noruega

Heroína (toneladas)

Turquía España Italia Otros países Bélgica

Bulgaria

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

Cantidad de heroína incautada (toneladas)

Otros países

Cantidad

Número de

Número

Kilogramos

Litros

Tabletas

Parches

países

Metadona

Buprenorfina

Tramadol

Derivados del fentanilo

Morfina

Codeína

Dihidrocodeína

Oxicodona

Heroína y otros opioides

Consumo de opioides de alto riesgo: continúa el descenso de las admisiones a tratamiento por heroína por primera vez

La prevalencia del consumo de opioides de alto riesgo entre los adultos (15-64) se estima en 0,4 % de la población de la UE, equivalente a 1,3 millones de consumidores de opioides de alto riesgo en 2018. A nivel nacional, las estimaciones de prevalencia del consumo de opioides de alto riesgo oscilan entre menos de 1 y más de 8 consumidores por 1 000 habitantes de 15-64 años (Figura 27). Los cinco países más poblados de la Unión Europea (Alemania, España, Francia, Italia, Reino Unido) representan tres cuartas partes (75 %) de esta estimación.

En 2018 el consumo de opioides se notificó como el motivo principal de ingreso en tratamiento especializado de drogas por 143 000 clientes, o el 34 % de todos los que ingresaron en tratamiento de drogas en Europa.

De estos, más de 27 000 eran ingresos por primera vez. Los consumidores primarios de heroína representaron el 77 % (casi 20 000 clientes) de los consumidores primarios de opioides que ingresaban por primera vez en tratamiento, un descenso de 2 200 clientes o el 10 % en comparación con el año anterior.

Según los datos de tendencia disponibles, el número de clientes que consumen heroína por primera vez ha caído más de la mitad desde un máximo observado en 2007. Entre 2017 y 2018 el número de ingresos por primera vez en tratamiento por consumo primario de heroína disminuyó en 18 países de los 29 con datos disponibles.

Opioides sintéticos: variación nacional en las sustancias consumidas

Los opioides distintos de la heroína notificados por los ingresados a tratamiento incluyen metadona, buprenorfina, fentanilo, codeína, morfina, tramadol y oxicodona usados indebidamente. En conjunto, los opioides distintos de la heroína representan el 16 % de todos los clientes que citan un opioide como su droga problema principal. En algunos países, los opioides distintos de la heroína representan la forma más común de consumo de opioides entre los ingresados en tratamiento especializado. Veinte países europeos notificaron que más del 10 % de todos los consumidores de opioides

PREVALENCIA DEL CONSUMO DE OPIOIDES DE ALTO RIESGO POR 1 000 HABITANTES DE 15-64 AÑOS, POR PAÍS (ESTUDIOS MÁS

Reino Unido (2014-15) Finlandia (2017) Italia (2018) Austria (2017) Irlanda (2014) Dinamarca (2016) Letonia (2017) Portugal (2015) Francia (2017) Malta (2017) Luxemburgo (2015) Lituania (2016) Eslovenia (2018) Croacia (2015) Alemania (2016-17) Noruega (2013) España (2017) Chipre (2018) Grecia (2018) Rumanía (2017) Chequia (2018) Países Bajos (2012) Eslovaquia (2018) Polonia (2014) Hungría (2010-11) Turquía (2011)

Prevalencia por 1000 habitantes de 15 a 64 años (con intervalos de incertidumbre)

Informe Europeo sobre Drogas 2020: Tendencias y novedades

Consumidores de heroína que inician tratamiento

Características

20 % 80 %

Edad media en el primer consumo

Edad media en el

inicio del tratamiento 35

Nuevos ingresos 19 %

Ingresos ya tratados anteriormente 81 %

Frecuencia de consumo Tendencias en los nuevos ingresos

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

I Inyectada, 34 %

I Fumada/inhalada, 47 % I Ingerida/bebida, 3 % Aspirada, 15 %

Otra, 1 %

Salvo en lo relativo a 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 en los nuevos ingresos se basan en 24 países. Solo se incluyen en el gráfico de tendencias los países con datos de al menos 11 de los 13 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. Los datos del Reino Unido para 2018 no incluyen Irlanda del Norte.

INGRESOS EN TRATAMIENTO QUE CITAN OPIOIDES COMO DROGA PRINCIPAL: POR TIPO DE OPIOIDE (IZQUIERDA) Y PORCENTAJE QUE DECLARA OPIOIDES DISTINTOS DE LA HEROÍNA (DERECHA)

Heroína, 83,6 %

Porcentaje

Heroína y otros opioides

clientes que accedieron a servicios especializados en 2018 lo hicieron por problemas relacionados principalmente con opioides distintos de la heroína (Figura 28). En Estonia, la mayoría de los ingresos en tratamiento que declararon un opioide como droga principal consumían fentanilo, mientras que la buprenorfina fue el opioide principal más citado entre los ingresos en tratamiento en Finlandia. El uso indebido de buprenorfina lo declara alrededor del 24 % de los clientes por opioides en Chequia, y el uso indebido de metadona lo declara el 23 % de los clientes

por opioides en Alemania y el 22 % en Dinamarca. Los opioides distintos de la heroína también representan una gran proporción de los clientes en tratamiento por opioides en Polonia, donde el 27 % de los clientes por opioides declara «kompot» —heroína elaborada a partir de paja de adormidera—, y en Chipre, donde el 39 % declara oxicodona. Cabe señalar que quienes inician tratamiento por problemas relacionados con nuevas sustancias psicoactivas con efectos similares a los opioides pueden registrarse bajo el epígrafe general de opioides.

Opciones de respuesta sanitaria y social a los problemas relacionados con el consumo de opioides

Intervenciones farmacológicas, como el tratamiento sustitutivo con opioides, generalmente con metadona o buprenorfina.

El tratamiento asistido con heroína puede ser útil para las personas que no han respondido a otras formas de tratamiento sustitutivo con opioides.

Las intervenciones conductuales y psicosociales para abordar los aspectos psicológicos y sociales del consumo de drogas incluyen intervenciones breves, terapias psicológicas estructuradas, intervenciones motivacionales, gestión de contingencias y terapia conductual de pareja. A menudo se utilizan junto con intervenciones farmacológicas.

La rehabilitación residencial implica vivir en un centro de tratamiento y seguir un programa estructurado y planificado de cuidados con actividades médicas, terapéuticas y de otro tipo. Este enfoque es adecuado para clientes con niveles de necesidad medios o altos.

Los grupos de autoayuda y ayuda mutua enseñan técnicas cognitivas, conductuales y de autocontrol sin orientación profesional formal.

Los servicios de apoyo a la recuperación y la reintegración ofrecen, por ejemplo, apoyo para el empleo y la vivienda.

El tratamiento eficaz a largo plazo de la dependencia de opioides a menudo requiere múltiples episodios de tratamiento y combinaciones de respuestas. Las intervenciones de reducción de daños, los servicios de

salud mental y otros servicios, que abordan problemas de salud mental y física concurrentes, también serán importantes.

Estas y otras respuestas se explican con más detalle en la obra del EMCDDA *Health and Social Responses to Drug Problems*:

A European Guide, respaldada por el portal en línea Best Practice Portal

Informe Europeo sobre Drogas 2020: Tendencias y novedades

DROGA — C USO I—i

El consumo de drogas por vía inyectada se asocia más comúnmente con los opioides, aunque en algunos países predomina la inyección de estimulantes como las anfetaminas o la cocaína. En esta sección, los estudios nacionales sobre la prevalencia del consumo de drogas por vía inyectada y los datos de los centros especializados de tratamiento de drogas se complementan con los hallazgos de un estudio europeo multicéntrico sobre residuos de drogas en jeringuillas usadas.

El consumo de drogas por vía inyectada sigue disminuyendo entre los nuevos clientes por heroína

Solo 16 países disponen de estimaciones de la prevalencia del consumo de drogas por vía inyectada desde 2012, que oscilan entre menos de 1 y más de 10 casos por 1 000 habitantes de 15 a 64 años. Los opioides se declaran como las principales drogas inyectadas en la mayoría (14) de estos países (Figura 29).

Entre los nuevos clientes que accedieron a tratamiento especializado de drogas en 2018 con la heroína como droga principal, el 24 56 declaró la inyección como vía principal de administración, frente al 43 56 en 2006. En este grupo, los niveles de inyección varían entre países, desde el 9 % en España y Portugal hasta el 90 56 o más en Letonia. La inyección se declara como vía principal de administración por menos del 1 56 de los nuevos clientes por cocaína y el 21 56 de los nuevos clientes por anfetaminas. Sin embargo, el panorama general de las anfetaminas está influido por Chequia, que representa más del 50 56 de los nuevos clientes por anfetaminas que se inyectan la droga en Europa.

Considerando conjuntamente las tres principales drogas inyectadas, la inyección como vía principal de administración entre los nuevos ingresos en tratamiento en Europa ha disminuido del 26 56 en 2006 al 10 56 en 2018 (Figura 30).

Consumo de drogas por vía inyectada

CONSUMO DE DROGAS POR VÍA INYECTADA: ESTIMACIONES MÁS RECIENTES DE LA PREVALENCIA DE INYECCIÓN DE CUALQUIER DROGA EN EL ÚLTIMO AÑO

Estonia (2015) Letonia (2016) Chequia (2018) Lituania (2016) Finlandia (2012) Luxemburgo (2015) Bélgica (2015) Francia (2017) Noruega (2017) Croacia (2015) Portugal (2015) Hungría (2015) Chipre (2018) Grecia (2018) España (2017) Países Bajos (2015)

-1 Cocaínaj heroína

Heroína —I Heroína

-;-1 Heroína

-1-1 Heroína

|| Heroína

\ Heroína, anfetaminas

BHi Metanfetamina

H Buprenorfina

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

Fentanilo

Porcentaje

Cocaína Anfetaminas Heroína

Conclusiones de los datos de residuos en jeringuillas: presencia frecuente de drogas estimulantes

Los datos de tratamiento de drogas y las estimaciones del consumo de drogas de alto riesgo pueden complementarse con los hallazgos de la red European Syringe Collection and Analysis Project Enterprise (ESCAPE), que recopila información sobre las sustancias inyectadas analizando el contenido residual de las jeringuillas usadas. En 2019 se recogieron jeringuillas de los contenedores de dispensadores callejeros automáticos de kits de inyección y en servicios de reducción de daños de Ámsterdam, Budapest, Colonia, Helsinki, Oslo, París y Vilna. Se analizó el contenido de 1 180 jeringuillas usadas en siete laboratorios.

Una alta proporción de las jeringuillas de seis de las ciudades contenía estimulantes, encontrándose con frecuencia cocaína, anfetaminas y catinonas sintéticas (Figura 31); la excepción fue Vilna, donde solo se encontraron opioides (metadona o carfentanilo) en la mayoría de las jeringuillas. Un tercio de las jeringuillas contenía dos o más drogas; la combinación más frecuente era una mezcla de estimulante y opioide.

Informe Europeo sobre Drogas 2020: Tendencias y novedades

RESIDUOS DE DROGAS EN JERINGUILLAS USADAS EN CIUDADES EUROPEAS SELECCIONADAS, 2019

Helsinki

Otras drogas Naloxona • Derivados del fentanilo

Anfetaminas

Benzodiazepinas

) Buprenorfina

Cocaína o • MDMA

Metadona

Ámsterdam

Anfetaminas

Morfina

Anfetaminas Naloxona

^ Benzodiazepinas

) Otros medicamentos Cocaína

Budapest

i Otros medicamentos

Cocaína

Anfetaminas

Vilna

Derivados del fentanilo

^ Anfetaminas # MDMA # Morfina Cocaína ► Heroína

París

Colonia

Catinona;

Ketamina • Derivados del fentanilo o Otros medicamentos o Otros opioides o Metadona o

Anfetaminas

Morfina

f Metadona £ Otros medicamentos o Anfetaminas Otras drogas

Derivados del fentanilo Morfina

El área del círculo es proporcional al porcentaje de jeringuillas de cada lugar en las que se detectó una sustancia. Puede detectarse más de una sustancia en una sola jeringuilla. Estudio realizado en 2019. Fuente: red European Syringe Collection and Analysis Project Enterprise (ESCAPE).

Los datos de urgencias hospitalarias pueden ofrecer una visión de los daños agudos relacionados con las drogas y del impacto en la salud pública del consumo de drogas en Europa. Los datos sobre las atenciones relacionadas con drogas en los servicios de urgencias recogidos por varios países permiten cierto análisis a escala nacional.

Una imagen europea más amplia, aunque no representativa, la proporciona la labor de la red Euro-DEN Plus.

Las drogas establecidas aumentan en las atenciones de urgencias

Los datos de urgencias hospitalarias pueden ofrecer una visión de los daños agudos relacionados con las drogas y del impacto en la salud pública del consumo de drogas en Europa. Solo un pequeño número de países, como Chequia, Dinamarca, España, Francia y los Países Bajos, notifican datos sobre urgencias agudas relacionadas con drogas. Entre ellos, los Países Bajos disponen de un sistema de vigilancia multifuente que capta datos de distintos servicios médicos en ocho regiones, además de servicios de primeros auxilios que operan en eventos multitudinarios a escala nacional. Los datos aquí presentados proceden principalmente de un sistema de estaciones centinela sin cobertura nacional.

Las drogas más comunes implicadas en las urgencias agudas notificadas por esta red de centros de urgencias en 2018 fueron MDMA (46 %), cannabis (25 %), GHB (23 %), cocaína en polvo (16 %), ketamina (10 %) y la nueva sustancia psicoactiva 4-fluoroanfetamina (4-FA,

5 %). En 2018 aumentó la proporción tanto de las atenciones relacionadas con MDMA como con ketamina, mientras que disminuyó la proporción de atenciones relacionadas con 4-FA, sometida a control en 2017.

En Dinamarca, las urgencias agudas relacionadas con drogas han mostrado una tendencia creciente, de 1 618 en 2009 a 2 618 en 2018, correspondiendo el aumento global principalmente a casos que implicaban opioides distintos de la heroína y estimulantes. El número de urgencias relacionadas con la heroína disminuyó a lo largo del período, de 195 en 2010 a 130 en 2018. Más recientemente, las urgencias agudas que implicaban cocaína aumentaron de 341 casos en 2016 a 523 en 2018. Debido a la infranotificación, es probable que estas cifras sean mínimas.

Informe Europeo sobre Drogas 2020: Tendencias y novedades

LAS 25 DROGAS PRINCIPALES REGISTRADAS EN LAS ATENCIONES DE URGENCIAS DE UNA RED DE HOSPITALES CENTINELA EN 2018 (ARRIBA) Y FRECUENCIAS DE ATENCIONES POR COCAÍ-

NA Y ANFETAMINAS (PORCENTAJE DE ATENCIONES), AGREGADAS POR PAÍS (ABAJO)

Cannabis

Cocaína

Heroína

GHB/GBL

Anfetamina

Benzodiazepina desconocida Desconocida Metanfetamina Cannabinoi-
des sintéticos Opiode desconocido Crack Metadona Alprazolam Diaze-
pam Ketamina Clonazepam LSD Pregabalina Psilocibina Buprenorfina
Morfina Zopiclona Mefedrona Poppers

Número de atenciones

Resultados de 9 134 atenciones en 27 hospitales centinela de 19 países europeos.

Atenciones que implican cocaína y anfetaminas

Noruega

Reino

Unido

Irlanda

Países Bajos

Bélgica

Francia

España

Italia

Malta

Alemania ^ Eslovaquia Bulgaria

Porcentaje de atenciones

Porcentaje de atenciones

I Anfetamina

I Metanfetamina

Solo se incluyen en el gráfico de estimulantes los países con más de 50 atenciones por cocaína y anfetaminas. Los círculos coloreados indican la droga estimulante implicada con más frecuencia en las atenciones de cada hospital: Bélgica (Amberes y Gante), Bulgaria (Sofía), Alemania (Múnich), Estonia (Pärnu y Tallin), Irlanda (Drogheda y Dublín), España (Barcelona y Mallorca), Francia (París), Italia (Monza), Letonia (Riga), Lituania (Vilna), Malta (Msida), Países Bajos (Ámsterdam y Utrecht), Polonia (Gdansk), Eslovenia (Liubliana), Eslovaquia (Bratislava), Reino Unido (Londres, 2; York) y Noruega (Oslo, 2).

Fuente: European Drug Emergencies Network (Euro-DEN Plus).

Urgencias hospitalarias

Número de atenciones

/ Heroína / Cocaína / Cannabis / GBH/GBL / Anfetamina / MDMA / Metanfetamina / Cocaína crack / Cannabinoides sintéticos / Catinonas

Datos de los 14 hospitales centinela de Euro-DEN Plus que notificaron en cada año de 2014 a 2018.

Fuente: European Drug Emergencies Network (Euro-DEN Plus).

Las atenciones por toxicidad aguda relacionada con drogas en 27 hospitales (centinela) de 19 países europeos son monitorizadas por la European Drug Emergencies Network (Euro-DEN Plus).

Aunque las atenciones observadas en los hospitales centinela pueden no reflejar el panorama nacional y este no sea un conjunto de datos representativo, sí ofrece una visión de las tendencias en las atenciones de urgencias relacionadas con drogas. En 2018 los hospitales registraron 9 134 atenciones, la mayoría de hombres (77 %). Casi tres cuartas partes de las atenciones fueron trasladadas⁹² al hospital en ambulancia, y la ma-

yoría (80 %) recibió el alta en un plazo de 12 horas. Una pequeña proporción necesitó ingreso en cuidados críticos (6 %) o en una unidad psiquiátrica (4 %). Algunas drogas se asociaron más que otras al ingreso en cuidados críticos, como GHB/GBL (16 %), metanfetamina (8 %) y MDMA (8 %). En la muestra se registraron 30 muertes intrahospitalarias, de las cuales 13 implicaban cocaína, 9 heroína y 11 otros opioides.

La mayoría de los casos implicaban más de una droga.

El Cannabis fue la droga más frecuentemente implicada en las urgencias hospitalarias en 2018, seguida de la cocaína y la heroína (Figura 32). El diecisiete por ciento de las drogas notificadas eran medicamentos con receta o de venta libre (más comúnmente benzodiazepinas y opioides), el 10 % eran GHB/GBL y el 4 % eran nuevas sustancias psicoactivas.

Las diferencias en las drogas implicadas en las urgencias hospitalarias entre los distintos centros parecen reflejar variaciones en el área de captación hospitalaria y en los patrones locales de consumo. Por ejemplo, las urgencias relacionadas con anfetaminas fueron más comunes en el norte y el este de Europa, mientras que las urgencias relacionadas con la cocaína predominaron en el sur y el oeste de Europa (Figura 32).

La tendencia general de los 14 centros de Euro-DEN que han notificado datos para 2014-18 muestra un repunte en el número de urgencias relacionadas con la heroína —principalmente en Londres— y aumentos en las relacionadas con la cocaína en polvo y la cocaína crack, el cannabis, el GHB/GBL y la metanfetamina (Figura 33). Los mayores aumentos en este período en el número de urgencias relacionadas con la cocaína en polvo se notificaron en los centros del norte y el oeste de Europa: Oslo, Londres, Dublín, así como Mallorca. Mientras tanto, Londres, París y, en menor medida, Dublín notificaron los mayores aumentos en las urgencias relacionadas con la cocaína crack. Durante el mismo período, se produjo un descenso general en las urgencias relacionadas con las catinonas sintéticas y un aumento en las relacionadas con los cannabinoides sintéticos. Los cuatro hospitales de Londres y Oslo representan más de la mitad de las urgencias atendidas en los 14 centros que han notificado datos desde 2014.

ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Las personas que consumen drogas, particularmente quienes se las inyectan, corren el riesgo de contraer infecciones como el virus de la hepatitis C (VHC) y el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) al compartir el material de consumo de drogas. Estas infecciones suelen causar enfermedades crónicas que pueden provocar graves daños para la salud, incluida la muerte.

Esta sección presenta una visión general de los datos nacionales sobre nuevos diagnósticos de VIH atribuibles a la inyección de drogas, junto con datos serológicos sobre el VIH y el VHC en muestras nacionales y subnacionales de personas que se inyectan drogas.

La inyección de estimulantes vinculada a brotes locales de VIH

En 2018 se notificaron en la Unión Europea un número estimado de 966 nuevos diagnósticos de VIH atribuibles al consumo de drogas por vía inyectada.

Esto representa una cuota del 4,8 % de todos los nuevos diagnósticos de VIH para los que se conoce la vía de transmisión, una proporción que se ha mantenido baja y estable durante la última década.

La mayoría de estos casos fueron varones (82 %), típicamente de 35 años o más. Las notificaciones de infecciones por VIH de nuevo diagnóstico entre personas que se inyectan drogas disminuyeron en la mayoría de los países europeos entre 2009 y 2018 (Figura 34).

Sin embargo, el consumo de drogas por vía inyectada sigue siendo un modo importante de transmisión en algunos países. En 2018, según los datos notificados al Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades, el consumo de drogas por vía inyectada se vinculó al 40 % de los casos de VIH de nuevo diagnóstico en Lituania y al 35 % en Letonia. Los estudios de seroprevalencia —basados en muestras de sangre— entre personas que se inyectan drogas, realizados en Estonia, Grecia, Letonia, Lituania, Polonia y Rumanía en 2017-18, encontraron que más del 10 % de los examinados eran seropositivos al VIH.

Se han documentado brotes localizados de VIH entre poblaciones marginadas de personas que se inyectan drogas en Dublín (2014-15), Luxemburgo (2014-16), Múnich (2015-16), Lituania (2016-17), Colonia (2018) y Glasgow (2015-19). Estos brotes se han asociado a veces con la inyección de estimulantes, como la cocaína y las catinonas sintéticas.

Enfermedades infecciosas relacionadas con las drogas

CASOS DE VIH DE NUEVO DIAGNÓSTICO RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE DROGAS POR VÍA INYECTADA: TENDENCIAS GENERALES Y SELECCIONADAS Y DATOS MÁS RECIENTES

Casos por millón de habitantes (Unión Europea)

Casos por millón de habitantes

Letonia / Lituania / Estonia / Grecia / Bulgaria / Rumanía

Cuando la información estaba disponible, más de la mitad de los nuevos diagnósticos de VIH atribuidos a la inyección de drogas en la Unión Europea en 2018 se diagnosticaron tardíamente —es decir, cuando el virus ya había comenzado a dañar el sistema inmunitario—, lo que sugiere que se están perdiendo oportunidades de intervención temprana. 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, mediante la cual se inicia la terapia antirretroviral directamente después de un diagnóstico de VIH, puede dar lugar a una reducción de la transmisión y es especialmente importante entre grupos con conductas de mayor riesgo, como las personas que se inyectan drogas.

El diagnóstico temprano y el inicio de la terapia antirretroviral ofrecen a los infectados una esperanza de vida normal. Cuando se dispone de datos, los países de la UE están por detrás de las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en materia de tratamiento del VIH y supresión viral entre las personas que se inyectan drogas, lo que indica que se necesita una mejor vinculación a la atención y un mayor apoyo a la adherencia.

En 2018, el 12 % de los casos de sida de nuevo diagnóstico notificados en la Unión Europea, para los que se conocía la vía de transmisión, se atribuyeron al consumo de drogas por vía inyectada. Estas 327 notificaciones de sida relacionadas con la inyección representan menos de una cuarta parte del número notificado una década antes.

Casos por millón de habitantes

Datos para 2018 (fuente: ECDC).

Prevalencia del VHC: diferencias nacionales

La hepatitis viral, particularmente la infección causada por el virus de la hepatitis C (VHC), es muy prevalente entre los consumidores de drogas por vía inyectada en toda Europa. De cada 100 personas infectadas por el VHC, entre 55 y 85 desarrollarán una infección crónica. Esto tiene importantes consecuencias a largo plazo, ya que la infección crónica por VHC, a menudo agravada por un consumo elevado de alcohol, conducirá a un número creciente de muertes y 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 entre las personas que se inyectan drogas, que indica infección presente o pasada, se estima a partir de estudios de seroprevalencia o de pruebas diagnósticas rutinarias que a menudo se ofrecen en los servicios de drogas. En 2017-18, la prevalencia de anticuerpos contra el VHC en muestras nacionales de personas que se inyectan drogas varió del 16 % al 86 %, y 10 de los 16 países con datos nacionales notificaron tasas superiores al 50 % (Figura 35).

Informe Europeo sobre Drogas 2020: Tendencias y novedades

Los pacientes que eliminan el virus de forma natural y los que se curan, sin embargo, seguirán dando positivo en anticuerpos contra el VHC.

En términos de carga de enfermedad, es importante identificar a las personas que siguen crónicamente infectadas; corren el riesgo de cirrosis y cáncer, y pueden transmitir el virus a otros al compartir cualquier material de inyección que haya estado en contacto con su sangre. Entre

los países que notificaron datos recientes sobre infecciones crónicas entre personas que se inyectan drogas, con un tamaño de muestra igual o superior a 100, la prevalencia osciló entre el 27 % en el Reino Unido (Inglaterra y Gales, 2018) y el 55 % en Austria (Viena, 2018).

Entre las personas que se inyectan drogas, la infección por el virus de la hepatitis B (VHB) es menos común que la infección por el VHC, pero sigue siendo superior a la de la población general, a pesar de la disponibilidad de una vacuna eficaz. La presencia del antígeno de superficie del VHB indica infección actual, que puede ser aguda o crónica. En los siete países con datos nacionales para 2018, se estimó que una media del 5,3 % (rango: 0-17 %) de las personas que se inyectan drogas estaban infectadas actualmente por el VHB.

La inyección de drogas es un factor de riesgo de otras enfermedades infecciosas, y en 2016 se notificaron en Chequia y Alemania conglomerados de hepatitis A relacionados con las drogas. En el Reino Unido ha aumentado el número de casos notificados de *Streptococcus* del grupo A y *Staphylococcus aureus* asociados al consumo de drogas por vía inyectada, y en Europa se siguen notificando casos de botulismo de las heridas.

PREVALENCIA DE ANTICUERPOS CONTRA EL VHC ENTRE LAS PERSONAS QUE SE INYECTAN DROGAS: ESTUDIOS DE SEROPREVALENCIA Y RESULTADOS DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Porcentaje

Estudios de seroprevalencia

Muestras con cobertura nacional

Muestras con cobertura subnacional

Resultados de pruebas diagnósticas

Muestras con cobertura nacional

Muestras con cobertura subnacional

Países con datos nacionales

<25 % | 51-75 %

MUERTES Y MORTALIDAD

El consumo de drogas es una causa reconocida de mortalidad evitable entre los adultos europeos. Esta sección presenta los datos más recientes sobre las muertes atribuidas a la toxicidad aguda de las drogas (sobredosis), un contribuyente importante al número total de muertes relacionadas con el consumo de drogas. El análisis abarca tanto el número total de muertes como las tasas de mortalidad. Se presta especial atención a las tendencias en las muertes relacionadas con la heroína y la cocaína.

Sobredosis: una causa frecuente de muerte entre los consumidores de drogas de alto riesgo

El consumo de drogas es una causa reconocida de mortalidad evitable entre los adultos europeos. En general, en Europa, las personas que consumen opioides tienen entre 5 y 10 veces más probabilidades de morir que sus pares de la misma edad y sexo. La sobredosis es una de las causas más frecuentes de muerte entre las personas con problemas de drogas. Sin embargo, otras causas de muerte indirectamente relacionadas con el consumo de drogas, como el VIH/sida y la hepatitis viral, las lesiones accidentales, la violencia, incluidos el homicidio y el suicidio, también son causas importantes de mortalidad en este grupo. Las afecciones pulmonares y hepáticas crónicas, así como los problemas cardiovasculares, son frecuentes y ahora representan una cuota creciente de las muertes entre los consumidores de drogas mayores y crónicos, que tienen ciclos prolongados de consumo, tratamiento, abstinencia y recaída.

Los datos sobre sobredosis, especialmente el total acumulado europeo, deben interpretarse con cautela. Entre las razones se encuentran la infranotificación sistemática en algunos países, las diferencias en la forma de realizar los exámenes toxicológicos y los procesos de registro que pueden provocar retrasos en la notificación. Por lo tanto, las estimaciones anuales representan un valor mínimo provisional.

Se estima que en 2018 se produjeron en la Unión Europea al menos 8 300 muertes por sobredosis relacionadas con drogas ilícitas, principalmente opioides, lo que representa una situación estable en comparación

Informe Europeo sobre Drogas 2020: Tendencias y novedades

Características

Edad en el momento de la muerte

Tendencias en las muertes por sobredosis

24% 76%

Edad media en el momento de la muerte

Muertes con opioides presentes

>64

Número de muertes

Turquía | España | Suecia | Alemania | Reino Unido | Otros países

Los datos se refieren a los Estados miembros de la UE, Turquía y Noruega (UE + 2). Cuando no se dispone de datos de 2018, se utilizan los de 2017 o, en su defecto, los más recientes.

Los datos más recientes del Reino Unido no incluyen Irlanda del Norte.

con 2017. Este total asciende a una estimación de 9 200 muertes si se incluyen Noruega y Turquía, lo que representa un ligero descenso en relación con la estimación revisada de 9 500 en 2017.

El análisis europeo, sin embargo, es provisional y probablemente subestima el número real de muertes ocurridas en 2018.

Como en años anteriores, el Reino Unido (un tercio) y Alemania representan juntos la mitad de todas las muertes por sobredosis notificadas en la Unión Europea, Noruega y Turquía. Esta cifra debe interpretarse en el contexto tanto del tamaño de las poblaciones en riesgo en estos países como de la infranotificación en algunos otros países.

Tres cuartas partes de los que mueren por sobredosis son varones (76 %).

La edad media de los que murieron en Europa siguió aumentando, alcanzando los 41,7 años en 2018. Esto refleja la naturaleza envejecida de una gran parte de la población europea consumidora de opioides, principalmente en Europa occidental, que presenta el mayor riesgo de muerte por sobredosis de drogas. En algunos países, una proporción de los casos de opioides puede estar relacionada con muertes por opioides en el contexto del tratamiento del dolor a largo plazo.

Se han notificado descensos en el número de muertes en Suecia, Estonia y Turquía. Los descensos en Estonia y Suecia están potencialmente relacionados con una menor disponibilidad de derivados del fentanilo y una ampliación de las intervenciones, particularmente la provisión de naloxona para llevar a casa. El descenso de las muertes por sobredosis en Turquía puede estar relacionado con varios factores, posiblemente incluido un aumento de la cobertura y la eficacia de las intervenciones disponibles.

Entre 2012 y 2018, las muertes por sobredosis en la Unión Europea aumentaron en todas las categorías de edad, excepto en las de 20-29 años (Figura 36). Las muertes en los grupos de edad de 50 y más aumentaron un 75 % en general, mientras que las muertes en los grupos de edad más jóvenes se han mantenido generalmente estables. El análisis de las sobredosis mortales notificadas por Turquía en 2018 muestra un perfil más joven que la media de la Unión Europea, con una edad media de 32,5 años (Figura 37).

Muertes y mortalidad relacionadas con las drogas

2012-2018

Mortalidad inducida por drogas: el norte de Europa registra tasas superiores a la media

La tasa de mortalidad por sobredosis en Europa en 2018 se estima en 22,3 muertes por millón de habitantes de 15 a 64 años.

La tasa entre los hombres (35,1 casos por millón de hombres) es casi cuatro veces superior a la de las mujeres (9,5 casos por millón de mujeres). Los hombres de 35 a 44 años son los más afectados, con una tasa de mortalidad de 53,7 muertes por millón, más del doble de la media observada para todas las edades, y más del triple de la tasa de mortalidad más alta en mujeres (13,9 muertes por millón de mujeres de 35 a 44 años).

Las tasas y tendencias nacionales de mortalidad varían considerablemente y están influidas por factores como la prevalencia y las pautas de consumo de drogas, en particular el consumo inyectado de opioides; los factores de riesgo y de protección, como la disponibilidad de tratamiento; y las prácticas nacionales de notificación, registro de información y codificación de los casos de sobredosis, incluidos los niveles variables de infranotificación, en las bases de datos nacionales de mortalidad. Las comparaciones entre países deben hacerse teniendo en cuenta los contextos nacionales y las limitaciones de algunos datos. Según los últimos datos disponibles, se notificaron tasas superiores a 40 muertes por millón

DISTRIBUCIÓN POR EDAD DE LAS MUERTES INDUCIDAS POR DROGAS NOTIFICADAS EN 2018, O AÑO MÁS RECIENTE Porcentaje

Informe Europeo sobre Drogas 2020: Tendencias y novedades

TASAS DE MORTALIDAD INDUCIDA POR DROGAS ENTRE ADULTOS (15-64): TENDENCIAS SELECCIONADAS Y DATOS MÁS RECIENTES

Casos por millón de habitantes Casos por millón de habitantes

Escocia (Reino Unido) / Suecia Reino Unido / Irlanda / Finlandia / Noruega / Dinamarca / Estonia / Eslovenia / UE + 2

Tendencias en los ocho países que notificaron las tasas más altas en 2018 o 2017 y tendencia europea general. Los datos del Reino Unido para 2017 no incluyen Irlanda del Norte. UE + 2 se refiere a los Estados miembros de la UE, Turquía y Noruega. Debido a las diferencias meto-

dológicas y a la posible infranotificación en algunos países, las comparaciones entre países pueden no ser válidas.

de habitantes en ocho países del norte de Europa, con las tasas más altas notificadas en Suecia (81,5 por millón en 2018) y el Reino Unido (excluida Irlanda del Norte) (76,2 por millón en 2017) (Figura 38).

Escocia, en el Reino Unido, tuvo la tasa de mortalidad más alta en 2018, con 295 muertes por millón de población adulta de 15 a 64 años.

Tendencias de las muertes relacionadas con la heroína y la cocaína

Los opioides, principalmente la heroína o sus metabolitos, a menudo en combinación con otras sustancias, están presentes en la mayoría de las sobredosis mortales notificadas en Europa. Las muertes relacionadas con opioides predominan especialmente en el norte de Europa —Austria, Dinamarca, Estonia, Finlandia, Irlanda, Luxemburgo, Noruega, Suecia y el Reino Unido— y también en Bulgaria, Croacia y Rumanía, donde alrededor de 9 de cada 10 muertes por sobredosis implicaron alguna forma de opioide.

El número de muertes por heroína aumentó en Portugal (29 muertes, un aumento del 93 %). Como en 2017, Alemania (405 muertes en 2018, una disminución del 1 %), Italia (155 muertes en 2018, un aumento del 5 %) y Turquía (205 muertes en 2018, una disminución del 3 %) notificaron un gran número de muertes relacionadas con la heroína en 2018. Suecia notificó 98 muertes por heroína en 2018. Austria notificó un aumento de las muertes con morfina o heroína en la toxicología, de 77 en 2017 a 113 en 2018.

Otros opioides distintos de la heroína también se mencionan regularmente en los informes toxicológicos post mortem. Estas sustancias, principalmente la metadona, pero también la buprenorfina (Finlandia), el fentanilo y sus derivados y el tramadol, están asociadas a una parte sustancial de las muertes por sobredosis en algunos países.

Cuando se dispone de toxicología post mortem sobre la presencia de fentanilo o derivados del fentanilo en sobredosis mortales, en general se han observado descensos en los datos más recientes. Entre los países

que notificaron un descenso figuran Alemania (de 157 muertes en 2017 a 59 en 2018), Estonia (de 86 en 2017 a 12 en 2018) y Suecia (de 131 en 2017 a 30 en 2018). Las muertes vinculadas al fentanilo o a sus derivados se mantuvieron estables en el Reino Unido (Inglaterra y Gales; 106 muertes registradas en 2017 y 105 en 2018), mientras que Finlandia notificó un aumento de 7 en 2017 a 14 en 2018.

Muertes y mortalidad relacionadas con las drogas

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. A menudo se encuentran en combinación con otras sustancias. Al igual que en años anteriores, la cocaína estuvo presente en más de la mitad (53 %) de las muertes inducidas por drogas notificadas en 2018 en España. Cuando se dispone de datos, se notificó un aumento de las muertes relacionadas con la cocaína en 2018 en comparación con 2017 en Alemania, Italia, Austria y Portugal. No pueden hacerse comparaciones interanuales similares del número de muertes por cocaína para Francia, Irlanda y el Reino Unido. En estos países, la proporción de muertes relacionadas con la droga ha aumentado en los datos más recientes; entre 2016 y 2017 en Francia e Irlanda y entre las muertes registradas en 2018 en el Reino Unido.

Opciones de respuesta sanitaria y social

Muertes

Estas se centran principalmente en prevenir la aparición de sobredosis y en mejorar la supervivencia de quienes sufren una sobredosis.

Inscribir y retener a los consumidores problemáticos de opioides en el tratamiento sustitutivo con opioides (TSO) y garantizar la continuidad entre el tratamiento en prisiones y la comunidad y en otros puntos de transición.

Promover la concienciación sobre las sobredosis, especialmente en torno a los períodos de riesgo clave y otros factores de riesgo, como el consumo concurrente de alcohol o benzodiazepinas.

Garantizar la disponibilidad de antagonistas de los opioides (naloxona) y promover su uso adecuado por parte de los profesionales que responden o intervienen en las sobredosis de drogas.

Educación y formación de los consumidores de drogas, sus pares y familiares para identificar las sobredosis e intervenir con naloxona para llevar a casa mientras se espera la llegada de la ambulancia.

Provisión de salas de consumo de drogas para apoyar una inyección más segura.

Enfermedades infecciosas

Proporcionar tratamiento sustitutivo con opioides y otros tratamientos eficaces de la dependencia de drogas a las personas que se inyectan drogas.

Programas de agujas y jeringuillas que proporcionen material de inyección estéril a los inyectores.

Vacunación contra la hepatitis A y B, el tétanos y la gripe, y también vacuna neumocócica para las personas seropositivas.

Pruebas rutinarias del VIH, el VHC (VHB para los no vacunados) y otras infecciones, incluida la tuberculosis.

Esto debe vincularse a la derivación y la provisión de tratamiento para los infectados, incluidos los nuevos tratamientos antivirales de acción directa para el VHC que ahora están disponibles.

Promoción de la salud centrada en conductas de inyección más seguras; salud sexual, incluido el uso del preservativo; y prevención, pruebas y tratamiento de enfermedades.

Desarrollar enfoques proactivos y multicomponente adaptados a las necesidades de los usuarios y a las condiciones locales.

Estas y otras respuestas se explican con más detalle en la obra del EMCDDA *Health and Social Responses to Drug Problems*:

A *European Guide*, respaldada por el portal en línea *Best Practice Portal*.

Datos nacionales para las estimaciones de prevalencia del consumo de drogas, incluido el consumo problemático de opioides, el tratamiento sustitutivo, el número total en tratamiento, el ingreso en tratamiento, el consumo de drogas inyectadas, las muertes inducidas por drogas, las enfermedades infecciosas relacionadas con las drogas, la distribución de jeringuillas y las incautaciones. Los datos proceden del Boletín Estadístico 2020 del EMCDDA y son un subconjunto de este, donde se dispone de notas y metadatos. Se indican los años a

los que se refieren los datos.

Informe Europeo sobre Drogas 2020: Tendencias y novedades

Personas que ingresan en tratamiento durante el año

Consumo problemático de opioides

pctimato

Clientes de opioides como % de los ingresos en tratamiento

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

Clientes en tratamiento sustitutivo

Todos los

ingresos

Primeros

ingresos

Ingresos previamente

tratados

Todos los

ingresos

Primeros

ingresos

Ingresos previamente

tratados

tratamiento

Año de la estimación

casos

% (número)

% (número)

% (número)

% (número)

% (número)

% (número)

número

Bélgica

-

-

(2 322)

6,6 (269)

(1969)

13,7 (287)

11,4(28)

13,8 (245)

Bulgaria

-

-

83,1 (987)

52,2 (144)

91,7 (705)

74,2 (710)

67,7 (88)

73,8 (516)

Chequia

17,2(751)

9,9 (188)

22,9 (525)

61,8 (443)

60,2(112)

62,4 (311)

Dinamarca

11 (565)

6,3(151)

15,6 (404)

15 (85)

2,6 (4)

19,8 (80)

Alemania

(6 977)

8,5 (1 972)

(1067)

17,6 (246)

-

Estonia

-

-

93,4(271)

87,4 (76)

95,5 (150)

69,3 (187)

72 (54)

80,7 (121)

Irlanda

(4 178)

18,1 (718)

(3 312)

(1202)

19,7 (141)

(1032)

Grecia

(2 036)

32,5 (494)

(1485)

26,5 (526)

19,5 (95)

29,1(424)

España

(11 632)

12 (2 850)

(8 404)

(1816)

8,4 (240)

(1 457)

Francia

(11 935)

(1 509)

(7 519)

(1 774)

10,2 (139)

20 (1 304)

Croacia

-

21,2 (203)

-

-

30,9 (56)

-

Italia

(16 445)

(4 256)

(12 189)

(6 252)

32 (1 050)

(5 202)

Chipre

24,4 (272)

13,3 (72)

38,6 (187)

36,3 (94)

44,1(30)

34,1 (61)

Letonia

49,4 (399)

28,7 (123)

72,8 (276)

82,8 (323)

73,8 (90)

86,9 (233)

Lituania

(1 075)

50,7 (105)

89,1 (961)

83,3 (895)

77,1 (81)

84 (807)

Luxemburgo

51,6 (158)

35,4 (29)

59,6 (115)

46 (64)

34,8 (8)

48,5 (50)

Hungría

2,6 (121)

1,2 (43)

6,7 (63)

34,7 (35)

7,9 (3)

52,6 (30)

Malta

(1 067)

19,5 (76)

65,8 (991)

54,2 (578)

30,3 (23)

56 (555)

Países Bajos

0)

(1262)

6,2 (402)

19,3 (860)

6,1(39)

7,6 (13)

5,6 (26)

Austria

(1 966)

29,8 (548)

(1 418)

34,7 (553)

21,1(90)

39,6 (463)

Polonia

(1 035)

6,2(201)

25,7 (822)

53,5 (545)

36,7 (73)

58 (469)

Portugal

(1 214)

20,8 (379)

57,7 (835)

11(127)

5,8 (21)

13,4 (106)

Rumanía

(1 048)

10,8 (314)

54 (734)

83,4 (859)

80,8 (253)

84,5 (606)

Eslovenia

79,5 (174)

44,9 (22)

89,3 (151)

39,1 (68)

13,6 (3)

42,4 (64)

Eslovaquia

26,5 (805)

9,3 (115)

39,6 (676)

71,4 (566)

66,1(74)

72,7 (487)

Finlandia

48,5 (328)

35,5 (86)

55,8 (242)

77,3 (252)

75,6 (65)

77,9 (187)

Suecia o

-

-

(10 005)

(2 259)

(7 363)

-

-

-

Anexo | Tablas de datos nacionales

Consumo problemático de opioides

octimato

Personas que ingresan en tratamiento durante el año

Clientes en tratamiento sustitutivo

Clientes de opioides como % de los ingresos en tratamiento

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

Todos los

ingresos

Primeros

ingresos

Ingresos previamente

tratados

Todos los

ingresos

Primeros

ingresos

Ingresos previamente

tratados

tratamiento

Año de la estimación

casos

% (número)

% (número)

% (número)

% (número)

% (número)

% (número)

número

Reino

15,6 (646)

Unido (3)

(55 687)

(7 502)

(48 081)

(11553)

(10 884)

Turquía

63(7 141)

14,1 (346)

(2 446)

(4 695)

(1719)

(1373)

Noruega (4)

17 (1 010)

11,4 (309)

21,6 (701)

-

-

-

Unión

-

-
Europea

(134 715)

(25 106)

(100 437)

(30 960)

(3 726)

(25 720)

UE, Turquía

-

-

y Noruega

(142 866)

(27 861)

(105 833)

(32 619)

(4 072)

(27 093)

Los datos sobre las personas que ingresan en tratamiento corresponden a 2018 o al año más reciente disponible: Estonia, 2016; Croacia, Letonia y España, 2017; Países Bajos, 2015.

Los datos sobre los clientes en tratamiento sustitutivo corresponden a 2018 o al año más reciente disponible: Luxemburgo, 2017; Croacia, Dinamarca, Francia, Eslovaquia y España, 2016;

Países Bajos y Finlandia, 2015; Turquía, 2011. La cifra de Suecia no representa a todos los clientes.

(x) Los datos sobre el número de clientes en tratamiento sustitutivo no están completos.

f 2) Los datos sobre los clientes que ingresan en tratamiento se refieren a la atención hospitalaria y a los centros especializados de atención ambulatoria. Los datos mostrados no son plenamente representativos de la situación nacional.

f 3) La estimación del consumo problemático de opioides y los datos sobre las personas que ingresan en tratamiento no incluyen Irlanda del Norte. Los clientes en tratamiento sustitutivo se refieren a Inglaterra y Gales.

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

Informe Europeo sobre Drogas 2020: Tendencias y novedades

Estimaciones de prevalencia

Personas que ingresan en tratamiento durante el año

Año de la

Población general

Clientes de cocaína como % de los ingresos en tratamiento

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

encuesta

Consumo alguna vez en la vida,

adultos

(15-64)

Últimos 12 meses,

Todos los

ingresos

Primeros

ingresos

Previamente

tratados

Todos los clientes

Primeros

ingresos

Previamente

tratados

adultos jóvenes

ingresos

ingresos

(15-34)

% (número)

% (número)

% (número)

% (número)

% (número)

% (número)

Bélgica

-

(2 804)

(1 037)

(1 600)

3,8 (97)

l.i(ii)

5,4 (77)

Bulgaria

3,5 (41)

7,6 (21)

2,6 (20)

Chequia

0,9 (38)

1(19)

0,8 (18)

10,8 (4)

10,5 (2)

11,1(2)

Dinamarca

18,9 (971)

21,3 (511)

16,7 (432)

1,7 (16)

0,2 (1)

3,6(15)

Alemania

6,5 (2 598)

6,6 (1 533)

-

2(36)

1,7 (18)

-

Estonia

0,3 (1)

1,1 (1)

-

-

-

-

Irlanda

(2 186)

(1231)

15,9 (878)

0,8 (17)

0,5 (6)

Grecia

11,6 (429)

15,3 (233)

9,2 (194)

8,5 (36)

3-1(7)

15 (29)

España

(20 168)

(10 393)

(9 025)

0,9 (179)

0,3 (36)

1,5 (138)

Francia

(5 182)

9,8 (1 300)

(2 368)

8.2 (382)

2.7 (33)

12.2 (264)

Croacia

-

3.2(31)

-

-

3.2 (1)

-

Italia

(12 641)

(6 014)

(6 627)

2.6 (294)

1.5 (79)

3.6 (215)

Chipre

17.8 (199)

15.9 (86)

20.2 (98)

2.6 (5)

2.4 (2)

3.1 (3)

Letonia

0-5 (4)

0-7 (3)

0.3 (1)

Lituania

1.1(15)

3-4(7)

0-6(7)

6.7 (1)

14.3 (1)

Luxemburgo

20.6 (63)

23.2 (19)

17.6 (34)

51.9(27)

38.9 (7)

58.3 (14)

Hungría

3 (143)

3.2 (113)

2.7 (25)

2.2 (3)

2.7 (3)

Malta

-

26.8 (508)

49 (191)

21 (317)

16.5 (84)

3-7 (7)

24.3 (77)

Países Bajos

(2 675)

(1357)

(1318)

0.4 (5)

0.1(1)

0.6 (4)

Austria

10.7 (443)

11.4 (210)

10.1 (233)

9.5(41)

3.9 (8)

14.5 (33)

Polonia

2.6 (173)

2.2 (72)

3.1 (99)

1.2 (2)

1.4 (1)

1.1 (1)

Portugal

19.9 (650)

21.8 (397)

17.5 (253)

2.4 (15)

4.6 (11)

Rumanía

1.5 (64)

1.9 (55)

0-7 (9)

1.6 (1)

11.1(1)

Eslovenia

7.3 (16)

18.4 (9)

4-1(7)

25(4)

57.1 (4)

Eslovaquia

0.9 (28)

1.5 (18)

0.5 (9)

-

-

-

Finlandia

0.4 (3)

0.8 (2)

0.2 (1)

Suecia f 1)

-

1.7 (715)

3 (424)

0.7 (190)

-

-

-

Reino Unido (2)

(21 750)

(8 712)

(12 981)

1.7 (257)

0.4 (24)

2.7 (226)

Turquía

2.9 (328)

3.2 (166)

2.6 (162)

-

Noruega

1.9 (112)

2.8 (75)

1.1(37)

-

-

-

Estimaciones de prevalencia

Personas que inician tratamiento durante el año

Año de

Población general

Clientes de cocaína como % de las personas que inician tratamiento

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

encuesta

Prevalencia a lo largo de la vida, adultos

(15-64)

Últimos 12 meses, adultos jóvenes

Todos los

que inician

Quienes inician por primera vez

Quienes ya habían recibido tratamiento

Todos los clientes

Quienes inician por primera vez

Quienes ya habían recibido tratamiento

(15-34)

% (número)

% (número)

% (número)

% (número)

% (número)

% (número)

Unión

Europea

-

(74 508)

(33 999)

(36 744)

2.4 (1 506)

0.9 (251)

3.7 (1 124)

UE, Turquía y Noruega

-

-

-

(74 948)

(34 240)

(36 943)

2.4 (1 506)

0.9 (251)

3.7 (1 124)

Estimaciones de prevalencia para la población general: las estimaciones del Reino Unido se refieren únicamente a Inglaterra y Gales. Los rangos de edad son 18-64 y 18-34 para Francia, Alemania, Grecia y Hungría;

16-64 y 16-34 para Dinamarca, Estonia, Reino Unido y Noruega; 18-65 para Malta; 17-34 para Suecia.

Los datos sobre personas que inician tratamiento corresponden a 2018 o al año más reciente disponible: Estonia, 2016; Croacia, Letonia y España, 2017; Países Bajos, 2015.

(J) Los datos de clientes que inician tratamiento se refieren a atención hospitalaria y a centros especializados de atención ambulatoria. Los datos mostrados no son plenamente representativos de la situación nacional.

f 2) Las personas que inician tratamiento no incluyen Irlanda del Norte.

Informe Europeo sobre Drogas 2020: Tendencias y novedades

Estimaciones de prevalencia

Personas que inician tratamiento durante el año

Población general

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

Prevalencia a lo largo de la vida, adultos

(15-64)

Últimos 12 meses, adultos jóvenes (15-34)

Todos los

que inician

Quienes inician por primera vez

Quienes ya habían recibido tratamiento

Todos los

que inician

Quienes inician por primera vez

Quienes ya habían recibido tratamiento

(número)

(número)

(número)

(número)

(número)

(número)

(número)

(número)

Bélgica

-

(1015)

7 (285)

10.9 (706)

(125)

10.1 (24)

16.4 (100)

Bulgaria

7.1(84)

20.3 (56)

3.3 (25)

1.2 (1)

Chequia

(2 185)

(1018)

(1074)

(1315)

57 (569)

68 (707)

Dinamarca

6.1(312)

5 (121)

7.1 (183)

2.5 (3)

3.5 (6)

Alemania

(6 511)

(3 387)

-

1.9 (79)

1.5 (33)

-

Estonia

3.8 (11)

6.9 (6)

2.5 (4)

50(5)

66.7 (4)

33.3 (1)

Irlanda

0.6 (56)

0.9 (34)

0.3 (18)

7.4 (4)

5.9 (2)

11.1 (2)

Grecia

-

-

-

1.1(41)

1.1 (16)

1.2 (25)

12.2 (5)

6.2 (1)

16(4)

España

1.5 (689)

1.7(410)

1.2 (252)

1.2 (8)

1.5 (6)

0.8 (2)

Francia

0.5 (220)

0.4 (50)

0.4 (80)

11.6(20)

18.6 (8)

4.2 (3)

Croacia

-

3.4 (33)

-

-

-

Italia

0.3 (102)

0.4 (67)

0.2 (35)

4.5 (4)

5.1(3)

3.4 (1)

Chipre

6.6 (74)

5.7 (31)

8.5 (41)

10(3)

Letonia

(141)

22.9 (98)

11.3 (43)

64.1 (84)

54.9 (50)

85 (34)

Lituania

2.8 (36)

9.2 (19)

1.3 (14)

16.7 (6)

15.8 (3)

21.4 (3)

Luxemburgo

0.3 (1)

-

-

-

-

-

Hungría

(538)

(394)

13 (122)

5.5 (29)

3.1 (12)

12.4 (15)

Malta

-

0.3 (6)

-

0.4 (6)

50(3)

-

50(3)

Países Bajos

7.4 (817)

7.5 (487)

7.4 (330)

1.3 (4)

1.9 (2)

Austria

5.6 (232)

7.1(131)

4.4 (101)

1.4 (3)

0.8 (1)

2.1 (2)

Polonia

(1998)

(1 074)

27.7 (885)

2.3 (45)

1.3 (14)

3.5 (30)

Portugal

0.2 (5)

0.2 (3)

0.1(2)

20 (1)

33.3 (1)

Rumanía

0.5 (23)

0.7 (19)

0.3 (4)

Eslovenia

0.9 (2)

1.2 (2)

50 (1)

50 (1)

Eslovaquia

(1241)

(602)

34.8 (594)

(331)

(158)

30.5 (170)

Finlandia

(137)

17.8 (43)

21.7 (94)

(100)

54.8 (23)

81.9 (77)

Suecia o

-

6.6 (2 778)

7.5 (1 055)

4.8 (1278)

-

-

-
Reino Unido (2)

2.1 (2 305)

2.6 (880)

1.8 (1 416)

(262)

11.1(60)

21.4(201)

Turquía

-

7.8 (886)

(631)

4.1(255)

0.1 (1)

-

0.4 (1)

Anexo | Cuadros nacionales de datos

Estimaciones de prevalencia

Personas que inician tratamiento durante el año

Población general

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

Prevalencia a lo largo de la vida, adultos

(15-64)

Últimos 12 meses, adultos jóvenes (15-34)

Todos los

que inician

Quienes inician por primera vez

Quienes ya habían recibido tratamiento

Todos los

que inician

Quienes inician por primera vez

Quienes ya habían recibido tratamiento

(número)

(número)

(número)

(número)

(número)

(número)

(número)

(número)

Noruega

15.1(490)

-

-

-

(770) (280)

Unión Europea

-

(21 560)

6.3 (10 319)

3.6 (7 334)

(2 449)

(980)

(1 366)

UE, Turquía y Noruega

-

-

5.5 (23 216)

6.6 (11 230)

3.7 (8 079)

(2 450)

(980)

(1 367)

Estimaciones de prevalencia para la población general: las estimaciones del Reino Unido se refieren únicamente a Inglaterra y Gales. Los rangos de edad son 18-64 y 18-34 para Francia, Alemania y Hungría; 16-64 y 16-34 para Dinamarca, Estonia, Reino Unido y Noruega; 18-65 para Malta; 17-34 para Suecia.

Los datos sobre personas que inician tratamiento corresponden a 2018 o al año más reciente disponible: Estonia, 2016; Croacia, Letonia y España, 2017; Países Bajos, 2015.

Los datos de Alemania, Suecia y Noruega se refieren a consumidores de «estimulantes distintos de la cocaína».

(x) Los datos de clientes que inician tratamiento se refieren a atención hospitalaria y a centros especializados de atención ambulatoria. Los datos mostrados no son plenamente representativos de la situación nacional.

(2) Las personas que inician tratamiento no incluyen Irlanda del Norte.

Informe Europeo sobre Drogas 2020: Tendencias y novedades

Estimaciones de prevalencia

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

Año de la encuesta

Prevalencia a lo largo de la vida, adultos (15-64)

Últimos 12 meses, adultos jóvenes (15-34)

Todos los que inician

Quienes inician por primera vez

Quienes ya habían recibido tratamiento

% (número)

% (número)

% (número)

Bélgica

-

0.6 (62)

1(43)

0.2 (16)

Bulgaria

0.2 (2)

0.7 (2)

Chequia

0.7 (30)

0.7 (14)

0.7 (15)

Dinamarca

-

-

-

Alemania

-

-

-

Estonia

0.3 (1)

-

0.6 (1)

Irlanda

0.3 (32)

0.5 (18)

0.2 (12)

Grecia

0.2 (6)

0.3 (4)

0.1(2)

España

0.1(68)

0.2 (56)

0(10)

Francia

0.3 (168)

0.5 (62)

0.2 (46)

Croacia

-

0.8 (8)

-

Italia

0.1(56)

0.1 (24)

0.1(32)

Chipre

0.2 (2)

0.2 (1)

0.2 (1)

Letonia

0.4 (3)

0.2 (1)

0.5 (2)

Lituania

0.5 (6)

0.4 (4)

Luxemburgo

0.3 (1)

-

0.5 (1)

Hungría

2.3 (110)

2.1(75)

3.3 (31)

Malta

-

0.9(17)

-

1.1(17)

Países Bajos

0.7 (80)

1(67)

0.3 (13)

Austria

1(42)

1.3 (24)

0.8 (18)

Polonia

0.3 (23)

0.6 (18)

0.2(5)

Portugal

0.2(7)

0.3 (6)

0.1 (1)

Rumanía

1.3 (55)

1.8 (52)

0.2 (3)

Eslovenia

0.5 (1)

Eslovaquia

0.4 (13)

0.6 (8)

0.2 (4)

Finlandia

Suecia

-

-

-
-
Reino Unido o

0.5 (555)

1.2 (396)

0.2 (156)

Turquía

1.5 (172)

2.3 (118)

0.9 (54)

Noruega

-

-

-

Unión Europea

-

0.3 (1 340)

0.5 (882)

0.2 (390)

UE, Turquía y Noruega

-

-

-

0.4(1512)

0.6 (1 000)

0.2 (444)

Estimaciones de prevalencia para la población general: las estimaciones del Reino Unido se refieren únicamente a Inglaterra y Gales. Los rangos de edad son 18-64 y 18-34 para Francia, Alemania, Grecia y Hungría; 16-64 y 16-34 para Dinamarca, Estonia, Reino Unido y Noruega; 18-65 para Malta; 17-34 para Suecia.

Los datos sobre personas que inician tratamiento corresponden a 2018 o al año más reciente disponible: Estonia, 2016; Croacia, Letonia y España, 2017; Países Bajos, 2015.

o Las personas que inician tratamiento no incluyen Irlanda del Norte.

Anexo | Cuadros nacionales de datos

Año de la encuesta

Estimaciones de prevalencia

Personas que inician tratamiento durante el año

Población general

Clientes de cannabis como % de las personas que inician tratamiento

Prevalencia a lo largo de la vida, adultos (15-64)

Últimos 12 meses, adultos jóvenes (15-34)

Todos los que inician

Quienes inician por primera vez

Quienes ya habían recibido tratamiento

% (número)

% (número)

% (número)

Bélgica

34.6 (3 808)

51(2 090)

24.4 (1 579)

Bulgaria

2.2 (26)

4.3 (12)

1.7 (13)

Chequia

25 (1092)

29.1(551)

21.9 (502)

Dinamarca

60.6 (3 109)

64.1 (1 540)

57.2 (1 482)

Alemania

57.9 (23 301)

68.3 (15 895)

-

Estonia

2.3 (2)

0.6 (1)

Irlanda

23 (2 276)

38 (1 503)

11.6(637)

Grecia

28.1 (1 038)

47.7 (725)

14.6 (308)

España

27.6 (12 932)

38.4 (9 122)

15.5(3 314)

Francia

59.8 (28 818)

74.4 (9 868)

42.9 (8 124)

Croacia

-

62.9 (602)

-

Italia

22(8 514)

32.4 (5 217)

14.6 (3 297)

Chipre

50.7 (566)

64.8(351)

32 (155)

Letonia

24 (194)

36 (154)

10.6 (40)

Lituania

5.1 (66)

19.3 (40)

2.2 (24)

Luxemburgo

25.8 (79)

39 (32)

21.2(41)

Hungría

67.4 (3 174)

72.4 (2 539)

48.9 (458)

Malta

-

13.2 (251)

26.9 (105)

9.7 (146)

Países Bajos

47.3 (5 202)

55.5 (3 625)

35.4 (1 577)

Austria

33 (1 367)

48.6 (895)

20.5 (472)

Polonia

31.5 (2 074)

39.5 (1286)

23.2 (743)

Portugal

40 (1309)

53.7 (980)

22.8 (329)

Rumanía

54.4 (2 320)

68.9 (2 003)

23.3 (317)

Eslovenia

6.8(15)

26.5 (13)

1.2 (2)

Eslovaquia

21.2 (643)

31.2 (384)

13.8 (235)

Finlandia

18.3 (124)

32.2 (78)

10.6 (46)

Suecia Q

10.7 (4 537)

14.4 (2 029)

7.1(1 875)

Reino Unido (2)

22.4 (25 103)

42.7 (14 647)

13.4 (10 375)

Turquía

8.3 (941)

12.9 (668)

4.4 (273)

Noruega

30.1 (1 795)

39.4 (1 071)

22.3 (724)

Unión Europea

-
32.4(131941)

46.8 (76 288)

17.5 (36 092)

UE, Turquía y Noruega

-

-

-

31.7(134 677)

45.7 (78 027)

17.2 (37 089)

Estimaciones de prevalencia para la población general: las estimaciones del Reino Unido se refieren únicamente a Inglaterra y Gales. Los rangos de edad son 18-64 y 18-34 para Francia, Alemania, Grecia y Hungría; 16-64 y 16-34 para Dinamarca, Estonia, Suecia, Reino Unido y Noruega; 18-65 para Malta.

Los datos sobre personas que inician tratamiento corresponden a 2018 o al año más reciente disponible: Estonia, 2016; Croacia, Letonia y España, 2017; Países Bajos, 2015.

o Los datos de clientes que inician tratamiento se refieren a atención hospitalaria y a centros especializados de atención ambulatoria. Los datos mostrados no son plenamente representativos de la situación nacional.

(*) Las personas que inician tratamiento no incluyen Irlanda del Norte.

Informe Europeo sobre Drogas 2020: Tendencias y novedades

Muertes inducidas por drogas

diagnósticos relacionados con

Estimación del uso de drogas inyectables

Jeringuillas

distribuidas

a través de

Todas las edades

De 15 a 64 años

uso de drogas inyectables (ECDC)

programas

especializados

Recuento

Casos por millón de habitantes (recuento)

Casos por millón de habitantes (recuento)

Año de la estimación

Casos por población

Recuento

Bélgica

8(60)

1,1 (12)

Bulgaria

5(21)

5,0 (35)

-

-

Chequia

5(36)

0,8 (8)

Dinamarca

52 (191)

1,0 (6)

-

-

-

Alemania o

21 (1120)

1,7 (140)

-

-

-

Estonia

43 (36)

18,2 (24)

Irlanda

72 (227)

2,7 (13)

-

-

Grecia

9,9 (106)

España o

14 (437)

1,6 (74)

Francia (3)

9 (391)

0,9 (61)

Croacia (2)

30 (80)

0,0 (0)

Italia

9 (332)

1,8 (106)

-

-

-

Chipre

20 (12)

1,2 (1)

Letonia

16 (20)

37,7 (73)

Lituania

32 (59)

19,6 (55)

Luxemburgo

10(4)

6,6 (4)

Hungría

4(28)

0,1(1)

Malta

16(5)

0,0 (0)

-

-

Países Bajos

18 (206)

0,1 (2)

-

Austria

31 (184)

1,4 (12)

-

-

Polonia

7 (168)

0,5 (20)

-

-
Portugal

6(43)

2,0 (21)

Rumanía (4)

2(26)

3,5 (68)

-

-

Eslovenia

41 (55)

0,0 (0)

-

-

Eslovaquia

8(30)

0,2 (1)

-

-

Finlandia

72 (248)

1,1 (6)

Suecia

81(515)

2,3 (23)

-

-

Reino Unido (5)

76 (3 126)

1,4 (94)

-

-

-

Turquía

12 (637)

0,3 (24)

-

-

-

Noruega

66 (229)

1,1(6)

Unión Europea

-

23,7 (7 660)

1,9 (966)

-

-

-
UE, Turquía y Noruega

-
22,3 (8 526)

1,7 (996)

-
-
-
En algunos casos no se especifica la banda de edad, y estos casos no se incluyeron en los cálculos de la tasa de mortalidad referida a la población de 15 a 64 años:

Portugal (1), Grecia (62) y Turquía (14).

o Para «Muertes inducidas por drogas (de 15 a 64 años)», se utilizaron los datos de 2017 (147 casos sin información sobre la edad).

o Las jeringuillas distribuidas a través de programas especializados se refieren a 2017.

o Las jeringuillas distribuidas a través de programas especializados se refieren a 2016.

(4) Datos de muertes inducidas por drogas con cobertura subnacional: 3 condados de 42 registraron casos de DRD (Bucarest, Arad e Ilfov).

o Los datos de muertes inducidas por drogas no incluyen Irlanda del Norte. Datos de jeringuillas: Inglaterra, sin datos; Gales 2 658 586; Escocia 4 401 387 e Irlanda del Norte 337 390, ambos en 2017.

Anexo | Tablas nacionales de datos

Heroína

Cocaína

Anfetaminas

Cantidad

incautada

Número

incautaciones

Cantidad

incautada

Número

incautaciones

Cantidad

incautada

Número

incautaciones

Cantidad incautada

Número

incautaciones

recuento

recuento

recuento

comprimidos

(kg)

recuento

Bélgica

(587)

Bulgaria

(320)

Chequia

(9)

Dinamarca

(4)

Alemania

-

-

-

-

Estonia

-

(8)

Irlanda

-

-

-

-

Grecia

(5)

España

(293)

Francia

Croacia

-

(12)

Italia

(21)

Chipre

(0)

Letonia

(3)

Lituania

-

(17)

Luxemburgo

Hungría

(1)

Malta

(0)

Países Bajos (J)

-

-

-

-

(472)

-

Austria

(12)

Polonia

(408)

-

Portugal

(19)

Rumanía

(1)

Eslovenia

-

Eslovaquia

-

Finlandia

Suecia

(22)

Reino Unido

(1)

Turquía

Noruega

(11)

Unión Europea

(2 217)

UE, Turquía y Noruega

(2 228)

Todos los datos corresponden a 2018 o al año más reciente.

(*) Los datos sobre el número y la cantidad de incautaciones no incluyen todas las unidades policiales pertinentes y deben considerarse cifras parciales y mínimas.

Las incautaciones de cocaína representan la mayoría de las grandes incautaciones

Informe Europeo sobre Drogas 2020: Tendencias y novedades

Resina de cannabis

Cannabis herbal

Plantas de cannabis

Cantidad

incautada

Número de incautaciones

Cantidad

incautada

Número de incautaciones

Cantidad incautada

Número de incautaciones

recuento

recuento

plantas

(kg)

recuento

Bélgica

Bulgaria

(108 509)

Chequia

Dinamarca

(272)

Alemania

-

-

-

Estonia

-

(20)

Irlanda

|

-

-

Grecia

España

Francia

Croacia

Italia

Chipre

Letonia

-

(108)

Lituania

-

-

Luxemburgo

Hungría

Malta

Países Bajos Q

-

-

-

Austria

Polonia

Portugal

Rumanía

-

(28)

Eslovenia

Eslovaquia

Finlandia

Suecia

-

-

Reino Unido

Turquía

-
Noruega

-

-

Unión Europea

(108 935)

UE, Turquía y Noruega

(108 935)

Todos los datos corresponden a 2018 o al año más reciente.

o Los datos sobre el número y la cantidad de incautaciones no incluyen todas las unidades policiales pertinentes y deben considerarse cifras parciales y mínimas.

Para información detallada sobre las drogas ilícitas, consúltense las publicaciones y los recursos en línea del EMCDDA.

Informe Europeo sobre Drogas: Tendencias y novedades

El informe Tendencias y novedades, del cual Cuestiones clave es un resumen seleccionado, presenta una visión general de alto nivel del fenómeno de la droga en Europa, centrada en el uso de drogas ilícitas, los daños sanitarios relacionados y la oferta de drogas.

emcdda.europa.eu/edr2020

Publicaciones del EMCDDA

Además del Informe Europeo sobre Drogas anual, el EMCDDA publica Respuestas sanitarias y sociales al uso de drogas: una guía europea y, junto con Europol, el Informe Europeo sobre los Mercados de Drogas, así como una amplia gama de informes detallados sobre todo el espectro de las cuestiones relacionadas con las drogas, emcdda.europa.eu/publications

Mejores prácticas

El Portal de Mejores Prácticas ofrece información práctica y fiable sobre lo que funciona (y lo que no) en los ámbitos de la prevención, el tratamiento, la reducción de daños y la reintegración social. Le ayudará a identificar rápidamente intervenciones probadas y contrastadas, a asignar recursos a lo que es eficaz y a mejorar las intervenciones aplicando herramientas, normas y directrices.

emcdda.europa.eu/best-practice

Boletín estadístico

El Boletín estadístico anual contiene los datos más recientes disponibles sobre la situación de la droga en Europa facilitados por los Estados miembros. Estos conjuntos de datos sustentan el análisis presentado en el Informe Europeo sobre Drogas. Todos los datos pueden consultarse de forma interactiva en pantalla y descargarse en formato Excel.

emcdda.europa.eu/data/

Temas

Las páginas temáticas y el índice A-Z le ayudan a encontrar contenido del EMCDDA por tema.

emcdda.europa.eu/topics

Biblioteca de documentos

La Biblioteca de documentos del EMCDDA le da acceso a documentos relacionados con la agencia o recopilados por ella en su labor. Allí puede acceder a publicaciones de organizaciones internacionales y nacionales, artículos científicos del personal del EMCDDA, material publicado por otras instituciones de la Unión Europea y otro material adquirido por la agencia.

emcdda.europa.eu/document-library

Ponerse en contacto con la EL)

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

Derecho de la UE y documentos relacionados

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.

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías

M -> AÑOS DE | MONITORIZACIÓN

Acerca de este informe

El informe Tendencias y desarrollos presenta el último análisis del OEDT sobre la situación de las drogas en Europa. Centrado en el uso de drogas ilícitas, los daños relacionados y la oferta de drogas, el informe contiene un conjunto exhaustivo de datos nacionales sobre estos temas y las principales intervenciones de reducción de daños.

Acerca del OEDT

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

Durante 25 años, ha estado recopilando, analizando y difundiendo información científicamente sólida sobre las drogas y la toxicomanía y sus consecuencias, proporcionando a sus públicos una imagen basada en la evidencia del fenómeno de las drogas a nivel europeo.

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

Oficina de Publicaciones

Colofón

Edición digital preparada por Pevgrow para su Biblioteca de cannabis.

Texto original: EMCDDA, *European Drug Report 2020: Trends and Developments*, 2020. 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.