



Observatorio Europeo de las
Drogas y las Toxicomanías

ES

ISSN 2314-9094

Informe Europeo sobre Drogas

Tendencias y novedades

2013



Observatorio Europeo de las
Drogas y las Toxicomanías

| Informe | Europeo | sobre Drogas

Tendencias y novedades

2013

Advertencia legal

Esta publicación es propiedad del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA) y está protegida por los derechos de autor. El EMCDDA no acepta responsabilidad alguna por las consecuencias que pudieran derivarse del uso de los datos contenidos en este documento. El contenido de esta publicación no refleja necesariamente las opiniones oficiales de los socios del EMCDDA, los Estados miembros de la Unión Europea (UE) o cualquier institución o agencia de la Unión.

Más información sobre la Unión Europea, en el servidor Europa de internet (<http://europa.eu>)

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

Número de teléfono gratuito (*): 00 800 6 7 8 9 10 11

(* Algunos operadores de telefonía móvil no autorizan el acceso a los números 00 800 o cobran por ello.

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

Al final de la obra figura una ficha catalográfica.

Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2013

ISBN 978-92-9168-612-4

doi:10.2810/882

© Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2013
Reproducción autorizada, con indicación de la fuente bibliográfica.

Printed in Spain

IMPRESO EN PAPEL BLANQUEADO SIN CLORO



Observatorio Europeo de las
Drogas y las Toxicomanías

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

| Índice

5	Prefacio
9	Nota introductoria y reconocimientos
11	RESUMEN Viejos y nuevos problemas en materia de drogas – el panorama europeo en 2013
17	CAPÍTULO 1 Oferta de drogas en Europa
31	CAPÍTULO 2 Consumo de drogas y problemas relacionados con las drogas
49	CAPÍTULO 3 Respuesta a las drogas
61	CAPÍTULO 4 Políticas sobre drogas
67	ANEXO Tablas de datos nacionales


Prefacio

Este año, el análisis anual del EMCDDA de la situación de las drogas se presenta en un nuevo formato. Formada por un conjunto de productos interrelacionados, la serie de documentos que denominamos Informe Europeo sobre Drogas (EDR) 2013 ofrece un punto de acceso común a la labor del EMCDDA y permite a las diferentes audiencias acceder de forma fácil a la información específica que necesiten. Ofrece un análisis más oportuno, interactivo e interrelacionado. Estos cambios son necesarios para mantener el ritmo tanto de la rápida evolución de la situación de las drogas como de las crecientes necesidades y las cambiantes expectativas de nuestras audiencias.

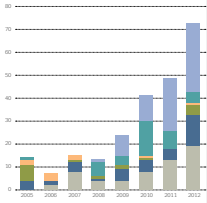
El elemento central del EDR es el presente informe (también disponible en línea), que ofrece un resumen a alto nivel de las tendencias y la evolución. Se complementa con el documento Perspectivas sobre las drogas (PsD), que ofrece información más a fondo sobre algunas cuestiones importantes, que este año son los nuevos enfoques de tratamiento de la hepatitis C, el consumo de cannabis de alto riesgo y el control de las nuevas sustancias psicoactivas cada vez más fácilmente disponibles. Se complementa además con el Boletín estadístico y los Resúmenes de países, en los que se ofrecen datos y análisis a escala nacional.

INFORME EUROPEO SOBRE DROGAS 2013

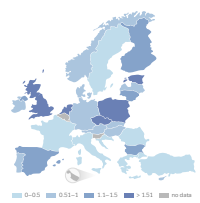
Serie de documentos interrelacionados que ofrece pleno acceso a los datos y análisis disponibles sobre el problema de drogas en Europa




Tendencias y novedades
ofrece un análisis a alto nivel de la evolución principal



Boletín estadístico
ofrece series completas de datos, gráficos explicativos e información metodológica



Resúmenes de países
los datos y análisis a escala nacional al alcance de las manos



Perspectivas sobre las drogas
ventanas interactivas sobre cuestiones clave

Este enfoque coincide con el lanzamiento de una nueva estrategia de la UE sobre drogas para el periodo 2013-2020, en la que la Unión Europea reafirma su compromiso con un enfoque equilibrado y basado en datos contrastados de las cuestiones referidas a las drogas. Una parte importante de la misión del EMCDDA consiste en contribuir al suministro de la información necesaria para la aplicación de esa estrategia. Muchos de los cambios positivos en el ámbito de las drogas en Europa han sido el resultado de un debate que se ha visto informado por un conocimiento cada vez más sólido de los problemas y por una evaluación científicamente rigurosa de las medidas necesarias para abordarlos. Estamos orgullosos del papel que el EMCDDA ha desempeñado en todo ello.

Somos conscientes, sin embargo, de los retos que aguardan en el futuro. La estrategia de la UE sobre drogas ha de abordar un nuevo entorno de las políticas, algunas de cuyos aspectos se recogen en este informe, entre ellas la necesaria mejora de la prestación de servicios para los reclusos consumidores de drogas y la importancia cada vez mayor de las drogas sintéticas. La estrategia se aplicará durante un período de incertidumbre económica y de considerable cambio global evolutivo y social. La globalización y la innovación tecnológica influyen en todos los ámbitos de la vida moderna; no resulta sorprendente, pues, que afectan a los problemas de drogas con los que nos enfrentamos. Como agencia responsable del suministro de información, respondemos a ello con recursos actualizados y adaptables que cubren una amplia perspectiva. Creemos que el EDR 2013, tanto en el fondo como en la forma, representa un importante paso en el abordaje de los retos que nos aguardan. Ya se requiera un acceso rápido a una visión estratégica de la situación en materia de drogas o un análisis a fondo de los datos estadísticos, esperamos que el EDR 2013 constituya un punto de acceso valioso y de fácil uso para los considerables recursos de que disponemos actualmente en este ámbito.

João Goulão

Presidente del Consejo de Administración del EMCDDA

Wolfgang Götz

Director del EMCDDA

Nota introductoria y reconocimientos

Este Informe se basa en la información facilitada al Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA) por los Estados miembros de la Unión Europea (UE), los países candidatos Croacia y Turquía, así como Noruega.

Los datos estadísticos que se recogen se refieren a 2011 o al año más reciente disponible. Los totales y las tendencias a escala europea corresponden a los países que han facilitado datos suficientes y relevantes para el período especificado. El análisis de los datos da prioridad a los niveles, las tendencias y la distribución geográfica. Las advertencias y matizaciones técnicas que se requieran en su caso pueden encontrarse en inglés en la versión en línea de este informe y en el Boletín estadístico de 2013 del EMCDDA, en el que se ofrece información sobre la metodología, los países informantes y los años correspondientes. Por otra parte, la versión en línea ofrece vínculos con recursos adicionales.

El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA) desea expresar su agradecimiento a las siguientes personas e instituciones, sin cuya contribución no hubiera sido posible este informe:

- | los Jefes de los Puntos Focales Nacionales de la Red Reitox y su personal;
- | los servicios de cada Estado miembro encargados de recabar los datos básicos para la elaboración del 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 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 ESPAD y el Consejo Sueco de Información sobre el Alcohol y otras Drogas (CAN);
- | el Centro de Traducción de los Órganos de la Unión Europea, Missing Element Designers y Composiciones Rali.

Puntos focales nacionales de la red Reitox

Reitox es la red europea de información sobre la droga y las toxicomanías. Está integrada por los puntos focales nacionales de los Estados miembros de la Unión Europea, Noruega, los países candidatos y la Comisión Europea. Los puntos focales son autoridades nacionales que, bajo la responsabilidad de sus gobiernos, facilitan información sobre drogas al EMCDDA.

En el sitio web del EMCDDA se ofrecen sus datos de contacto.

Resumen

El mercado actual de las drogas parece ser más fluido y dinámico y basarse menos en una serie de sustancias a base de plantas enviadas desde larga distancia a los mercados de consumidores en Europa

Viejos y nuevos problemas en materia de drogas – el panorama europeo en 2013

Los rasgos principales del paisaje europeo de las drogas se han mantenido relativamente estables en los últimos años. El consumo sigue siendo alto en términos históricos, si bien cabe observar cambios positivos, como las cifras récord de administración de tratamiento y la presencia de algunos signos favorables en lo que respecta al consumo por vía parenteral, al inicio en el consumo de heroína y al consumo de cocaína y de cannabis. Debe matizarse, sin embargo, cualquier optimismo, ante la perspectiva de que el desempleo juvenil y los recortes de los servicios favorezcan la reaparición de «viejos» problemas. Por otra parte, un examen más detallado indica una situación muy fluida en el ámbito de las drogas, debido a la presencia de «nuevos» problemas que suponen un reto para las políticas y las prácticas actuales: aparecen, en efecto, nuevas drogas sintéticas y pautas de consumo, tanto en el mercado de drogas ilegales como en el contexto de las sustancias no controladas.

El mercado actual de las drogas parece ser más fluido y dinámico y basarse menos en una serie de sustancias a base de plantas enviadas desde larga distancia a los mercados de consumidores en Europa. La globalización y los avances en la tecnología de la información son factores importantes al respecto. Están cambiando las pautas de consumo de drogas en los países de renta baja y media, y esto también puede tener consecuencias para la problemática de las drogas en Europa en un futuro. Internet presenta retos cada vez mayores, tanto como mecanismo para la difusión rápida de las nuevas tendencias como en su condición de mercado anónimo en rápido auge de alcance global. Internet crea una nueva interconexión entre el consumo y la oferta de drogas. No obstante, ofrece también oportunidades de búsqueda de vías innovadoras en la administración de tratamiento y en las intervenciones de prevención y de reducción de daños.

Las consecuencias de estos cambios para la salud pública no se conocen aún por completo. Los signos de éxito de las políticas actuales en algunos ámbitos importantes deben examinarse a la luz de la cambiante situación de las drogas, que exigirá ajustes de las prácticas actuales si se quiere que sigan bien enfocadas y ajustadas a su objetivo.

Cannabis

A pesar de algunos signos de una tendencia decreciente, sobre todo en países con una historia larga y consolidada de prevalencia elevada, el consumo de cannabis en Europa sigue siendo alto en términos históricos y cuenta con un mercado amplio y relativamente sólido. Ha aumentado asimismo la diversidad de tipos de productos disponibles. La hierba de cannabis, a veces de alta potencia, desempeña ahora un papel más importante y se acompaña de la reciente aparición de productos sintéticos «similares al cannabis». Ambos son cambios potencialmente preocupantes desde el punto de vista de la salud pública. Dada su condición de droga de consumo más frecuente, el cannabis representa un tema importante en la labor de prevención con los jóvenes y despierta un interés creciente por el uso de estrategias de prevención ambiental. Se refleja en todo ello la utilidad de los enfoques medioambientales para la reducción de los problemas asociados al consumo de sustancias legales como el tabaco y el alcohol.

Cualquier cambio positivo en los indicadores del consumo general de cannabis en Europa debe considerarse en el contexto de una situación muy heterogénea a escala nacional; hay países, por ejemplo, que notifican sistemáticamente niveles de prevalencia bajos y estables, mientras que en muchos países de Europa central y oriental aumentó considerablemente el consumo en la presente década. Al examinar las tendencias han de tenerse en cuenta las diferentes pautas de consumo, por cuanto el consumo normal y a largo plazo va asociado a daños en la mayoría de los casos. En Europa se reconocen y se comprenden mejor ahora los problemas del cannabis; esta droga es la segunda más notificada por los consumidores que inician tratamiento especializado. Aunque estos últimos suelen ser hombres de edad relativamente joven, cada vez se reconocen más los problemas asociados a los consumidores crónicos.

El cannabis es también la droga que divide las actitudes de la población y en este sentido algunos países hacen una distinción explícita entre el cannabis y las demás sustancias en sus políticas de control de las drogas.

Heroína y otros opiáceos

Ante el telón de fondo de un aumento general de la disponibilidad de tratamiento para los consumidores de heroína, los indicadores señalan ahora una tendencia a la baja tanto en el consumo como en la disponibilidad de esta droga. Los volúmenes incautados muestran una tendencia decreciente a largo plazo y, más recientemente,

ha empezado a disminuir también el número de incautaciones. Algunos países informan de que, en la última década, la heroína ha sido desplazada del mercado por otros opiáceos. Otros países han sufrido más recientemente crisis o escasez de mercado, seguidas en general por una recuperación parcial.

El número de consumidores de heroína que inician tratamiento por primera vez también sigue disminuyendo y, en conjunto, los consumidores en tratamiento constituyen una población cada vez de mayor edad. También las muertes relacionadas con opiáceos se han reducido en los últimos años. Históricamente, el consumo de heroína se ha hecho sobre todo por vía parenteral, pero se observa una disminución a largo plazo de esta práctica. Es probable que tal circunstancia, junto con el efecto de las intervenciones, haya contribuido a la reducción observada del número de nuevas infecciones por el VIH atribuidas al consumo de drogas. Es motivo de preocupación, sin embargo, la interrupción de esta tendencia positiva por los recientes brotes de VIH relacionados con el consumo de drogas por vía parenteral en Grecia y Rumanía. Se refuerza así la necesidad de consolidar las respuestas, especialmente en lo que se refiere a la reducción de daños y al tratamiento eficaz de la drogodependencia, para conseguir que sigan disminuyendo estos problemas en Europa. Independientemente de las nuevas tendencias en el consumo de heroína, la difícil solución del problema significa que seguirá siendo una cuestión clave para los servicios de drogodependencia durante muchos años. Ante el gran número de consumidores en contacto con esos servicios, se advierte cada vez más la necesidad de centrarse en la continuidad de la asistencia, en los servicios de reinserción social y en la creación de un consenso sobre lo que debe entenderse como pronóstico realista de recuperación a largo plazo.

Ante el telón de fondo de un aumento general de la disponibilidad de tratamiento para los consumidores de heroína, los indicadores señalan ahora una tendencia a la baja tanto en el consumo como en la disponibilidad de esta droga

Cocaína

Sólo unos pocos países informan de problemas con el consumo de crack y los casos en que se da suelen solaparse con el consumo problemático de otras sustancias, como la heroína. El consumo de cocaína en polvo es mucho más común, pero tiende a concentrarse en un número relativamente pequeño de países de Europa occidental. En términos generales, tanto los indicadores de consumo como los de oferta de cocaína muestran tendencias decrecientes en los últimos años y la espectacular reducción de los volúmenes incautados probablemente se debe, en parte, a la diversificación de las rutas de tráfico y las técnicas por parte de los grupos de delincuencia organizada. Las incautaciones siguen siendo importantes en la Península Ibérica, pero proporcionalmente menos que en el pasado, mientras que los informes de incautaciones en Europa oriental son preocupantes y plantean la cuestión de su potencial para una difusión posterior del consumo.

En los países con mayor prevalencia, tanto los datos de las encuestas como los de tratamiento apuntan a una disminución reciente del consumo, aunque los niveles siguen siendo altos en términos históricos. El número de muertes asociadas al consumo de cocaína ha disminuido ligeramente, aunque hay que tener prudencia al interpretar los datos en este ámbito. Los problemas agudos relacionados con su consumo fuerzan la visita a los servicios de urgencias hospitalarias en algunas partes de Europa, pero nuestra capacidad para hacer un seguimiento al respecto es limitada. En cuanto al tratamiento, actualmente se dispone de servicios especializados para los consumidores problemáticos de cocaína en muchos países y la base de datos contrastados existente apoya las intervenciones psicosociales.

Drogas estimulantes sintéticas

El conocimiento de las tendencias generales en el consumo de drogas estimulantes de síntesis se complica por la frecuencia con que se sustituyen unas por otras, dada la influencia que ejercen sobre las decisiones de los consumidores factores como la disponibilidad, el precio y la «calidad» percibida. La anfetamina y el éxtasis siguen siendo las drogas de este tipo más consumidas en Europa y compiten en cierta medida con la cocaína. La anfetamina sigue siendo un elemento importante del paisaje de consumo de drogas en muchos países y su administración por vía parenteral ha sido históricamente una parte significativa del problema de drogodependencia crónica en muchos países de Europa septentrional. A largo plazo, la mayoría de los indicadores de su consumo se han

mantenido estables; sin embargo, datos recientes indican un aumento de la disponibilidad de metanfetamina, que en determinados mercados está desplazando a la anfetamina. En cuanto al éxtasis, ciertas pruebas parecen indicar una disminución de su popularidad, debido probablemente a que muchas pastillas que se venden como tal no contienen MDMA o son de baja pureza. Recientemente, los productores de éxtasis parecen haber mejorado la eficiencia en la obtención de MDMA y ha cambiado en consecuencia el contenido de las pastillas. Queda por ver si esto se traducirá en un interés renovado por la droga, aunque algunas pruebas iniciales apuntan en tal dirección.

Los estimulantes, especialmente a dosis altas, pueden tener consecuencias adversas para la salud y todos los años se notifican algunas muertes. En caso de problemas, el primer punto de contacto de los consumidores con los servicios lo constituyen los servicios de urgencias hospitalarias. Hay en curso varios proyectos europeos para mejorar el seguimiento al respecto y facilitar directrices sobre las respuestas eficaces a las situaciones de urgencia en relación con las drogas en los locales nocturnos. Aunque son relativamente infrecuentes las muertes relacionadas con los estimulantes, generan una gran preocupación, sobre todo cuando se producen entre adultos jóvenes sanos. La aparición de nuevas sustancias psicotrópicas de toxicidad desconocida añade complicaciones adicionales. Un ejemplo reciente es la presencia en el mercado de las drogas ilegales de la sustancia estimulante no controlada 4-MA, notificada por primera vez en 2009, vendida como tal o mezclada con anfetamina. Varias muertes asociadas a su consumo desencadenaron un ejercicio de evaluación de riesgos y la recomendación consiguiente de su control a escala europea.

Nuevas sustancias psicotrópicas

Cada vez es mayor en Europa el número de nuevas sustancias psicotrópicas, a menudo concebidas para imitar los efectos de las drogas controladas. Algunas se venden directamente en el mercado ilegal, mientras que otras, los «euforizantes legales», se venden de forma más abierta. La evolución en este campo es muy rápida y aparecen nuevas sustancias a ritmo muy vivo. En ocasiones aparece una sustancia que da el salto y se convierte en una droga de elección en el mercado ilegal, siendo el ejemplo más reciente el de la mefedrona. El Sistema de alerta rápida de la UE sigue recibiendo notificaciones que apuntan a la aparición de una nueva sustancia más o menos cada semana en 2013. En los últimos años destaca la aparición de nuevos agonistas

de receptores de cannabinoides (ARC) sintéticos, de fenetilaminas y de catinonas, que imitan en gran medida las drogas ilegales más conocidas. Más reciente aún es el aumento creciente de la presencia de grupos químicos menos conocidos y más oscuros. Muchos de los productos en venta contienen mezclas de sustancias y la falta de datos farmacológicos y toxicológicos dificulta cualquier especulación sobre las consecuencias de su consumo a largo plazo para la salud, aunque hay cada vez más datos de que algunos de ellos causan problemas que requieren una actuación clínica y se han registrado casos de muerte.

La Comisión Europea está preparando una nueva propuesta para reforzar la respuesta de la UE a las nuevas sustancias psicotrópicas. Aunque el consumo de estas se da principalmente con carácter recreativo

entre jóvenes, se ha observado una cierta difusión en poblaciones de consumidores problemáticos. En países que han informado de problemas de escasez de heroína se observa una cierta sustitución de opiáceos por estimulantes sintéticos, especialmente catinonas. No está claro por qué se sustituye la heroína por vía parenteral por las catinonas, pero tal evolución se puede vincular a la fácil disponibilidad y la alta calidad percibida de las nuevas drogas. Los elevados índices de administración parenteral, de problemas de salud mental y de lesiones físicas plantean cuestiones de salud pública. Hasta la fecha, los países han probado diversas medidas de control para responder al problema de las nuevas drogas. Menos desarrollada, pero igual de importante, es la necesidad de identificar e introducir respuestas adecuadas de reducción de la demanda.

1

Debido a la elevada prevalencia de su consumo, el cannabis es, con diferencia, la droga objeto de un mayor número de incautaciones en Europa

Oferta de drogas en Europa

Europa es un importante destino de las sustancias controladas, aparte de desempeñar un papel limitado como punto de tránsito a otras regiones. Las principales fuentes de procedencia de las drogas que entran en Europa son América Latina, el Asia occidental y el norte de África; no obstante, la dinámica del mercado moderno de las drogas determina una importancia cada vez mayor de otras regiones del mundo. Europa es además una región productora de cannabis y de drogas sintéticas. El cannabis producido se destina casi en su totalidad al consumo local, mientras que algunas de las drogas sintéticas elaboradas se exportan a otras regiones.

La disponibilidad creciente de «nuevas sustancias psicotrópicas» no controlada por los tratados internacionales de control de drogas representa un rasgo relativamente novedoso de los mercados europeos de la droga. Estas sustancias, producidas normalmente fuera de Europa, se obtienen de minoristas en línea o de establecimientos especializados y a veces se venden también junto con sustancias controladas en el mercado de drogas ilegales.

Seguimiento de la oferta de drogas

El análisis de esta sección se basa en distintas fuentes de datos: incautaciones de drogas, desmantelamientos de laboratorios de producción de drogas, incautaciones de sustancias químicas precursoras, infracciones relacionadas con la oferta de drogas, precios minoristas de las drogas y análisis forenses de las incautaciones. Los conjuntos completos de datos, junto con extensas notas metodológicas, pueden encontrarse en el Boletín estadístico. Debe señalarse que en las tendencias pueden influir una serie de factores, como el nivel de actividad de las fuerzas de seguridad y la eficacia de las medidas de prohibición. Los datos sobre nuevas sustancias psicotrópicas se basan en las notificaciones al Sistema de alerta rápida de la UE, basado en los datos facilitados por el EMCDDA y en las redes nacionales de Europol. Puede verse una descripción detallada de este mecanismo en el sitio web del EMCDDA, en el apartado «Action on new drugs».

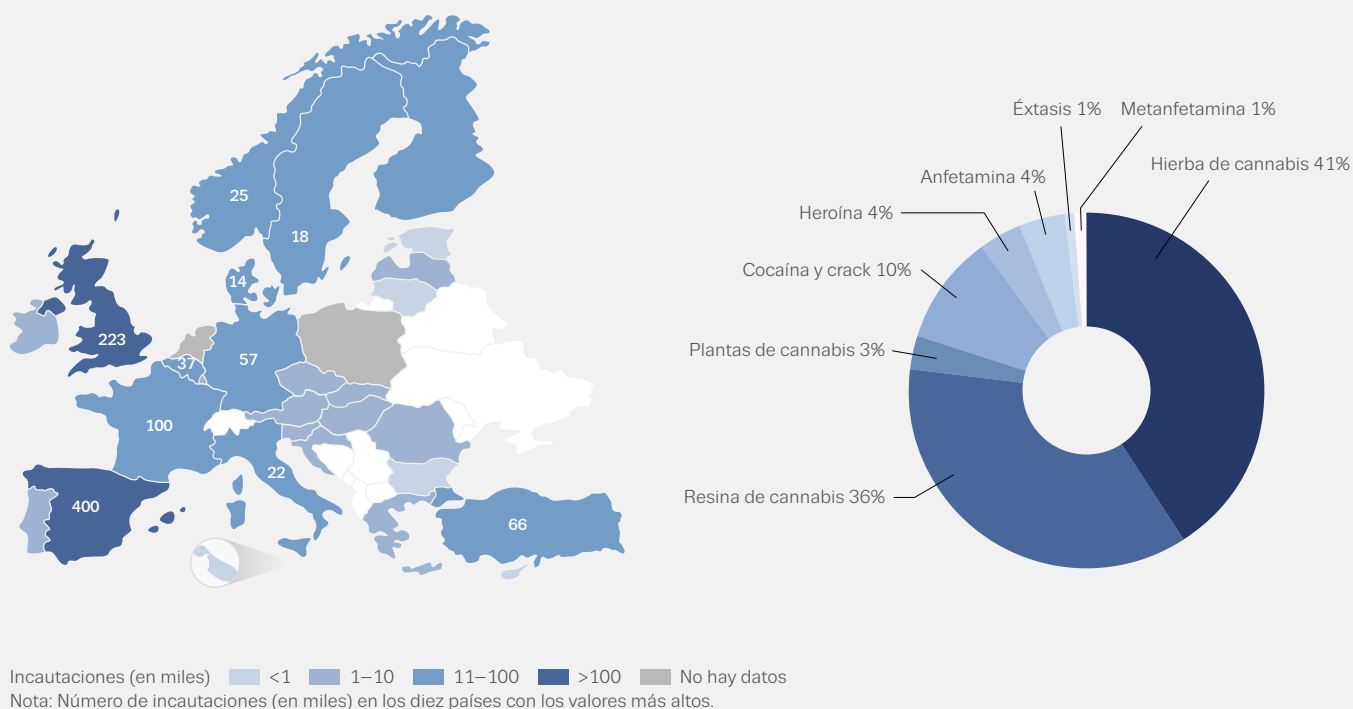
Un millón de incautaciones de drogas ilegales en Europa

Se observa una tendencia ascendente a largo plazo en el número de incautaciones de drogas ilegales en Europa, habiéndose notificado un millón de intervenciones de este tipo en 2011. En su mayor parte corresponden a pequeñas cantidades decomisadas a consumidores, aunque se incluyen también incautaciones de varios kilogramos a traficantes y productores.

La mayor parte de las incautaciones de 2011 fueron notificadas por sólo dos países, España y el Reino

GRÁFICO 1.1

Número de incautaciones por países (izquierda) y proporción de incautaciones de las drogas principales (derecha), 2011



Unido, aunque también Bélgica y cuatro países nórdicos comunicaron cifras relativamente elevadas. Otro país importante desde el punto de vista de las incautaciones es Turquía, en el que algunas de las drogas aprehendidas estaban destinadas al consumo en otros países, tanto de Europa como de Oriente Próximo.

Debido a la elevada prevalencia de su consumo, el cannabis es, con diferencia, la droga objeto de un mayor número de incautaciones en Europa (gráfico 1.1). El segundo lugar lo ocupa la cocaína, cuyas incautaciones duplican las de las anfetaminas o la heroína. El número de incautaciones de éxtasis es inferior y ha disminuido considerablemente en los últimos años.

Cannabis: cambios en el suministro

Dos productos diferenciados de cannabis se manejan habitualmente en el mercado europeo de las drogas: la hierba de cannabis («marihuana») y la resina de cannabis («hachís»). Su consumo anual conjunto puede estimarse en unas 2 500 toneladas.

La hierba de cannabis que se consume en Europa se cultiva internamente o procede de países vecinos, aunque algunos informes mencionan también su origen en otras regiones, como África. La resina de cannabis se importa en su mayor parte de Marruecos, por vía marítima o aérea.

A escala europea, las interceptaciones de resina son por término medio mayores que las de hierba.

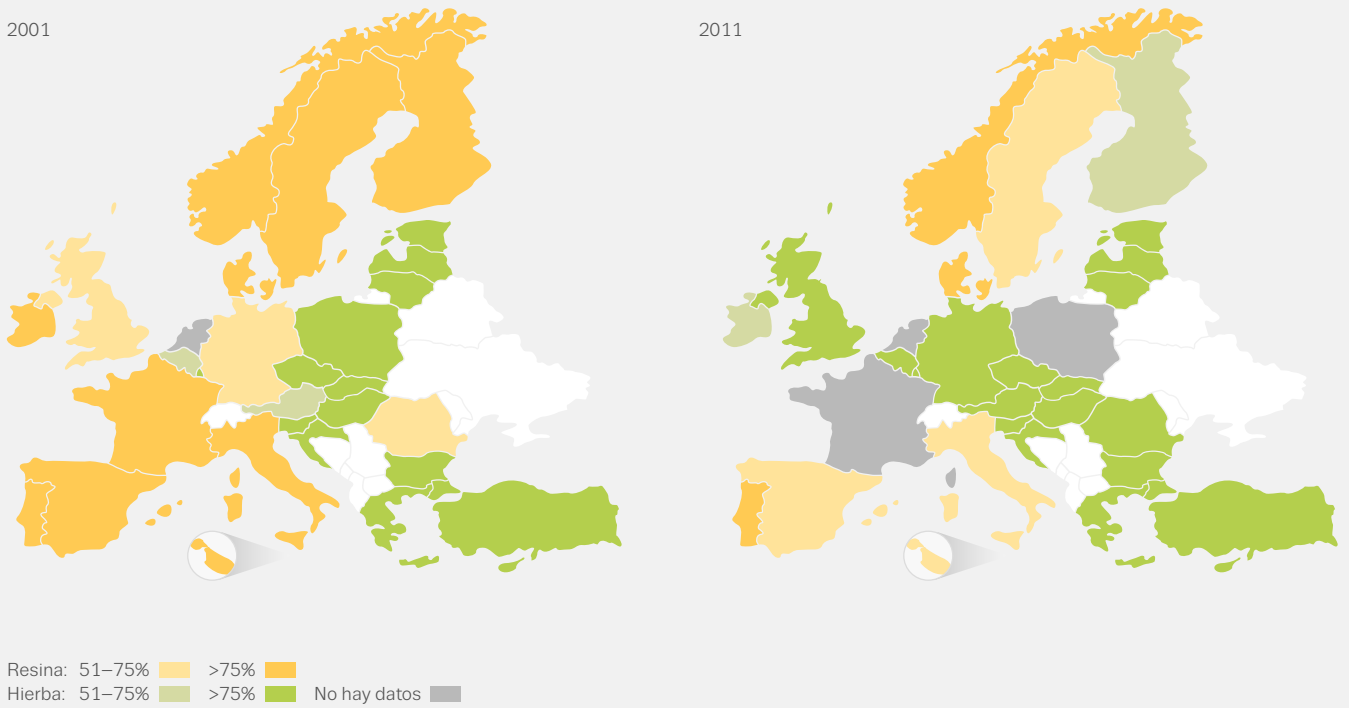
En los últimos diez años, el número de incautaciones de hierba ha superado el de resina y ahora representa más de la mitad del total (gráfico 1.3). Este dato refleja, en parte, la disponibilidad creciente de la hierba de producción interior en muchos países. No obstante, la cantidad de resina incautada, a pesar de su disminución en los últimos años, sigue siendo muy superior a la de hierba incautada (483 toneladas frente a 92 toneladas en 2011).

Las tendencias europeas en las incautaciones de cannabis deben interpretarse en el contexto del peso desproporcionado que tienen los datos de un número limitado de países (gráfico 1.4). España, por ejemplo, por su proximidad a Marruecos y su importante mercado interior, notificó en 2011 aproximadamente dos tercios de la cantidad de resina incautada en Europa. En lo que

**En los últimos diez años,
el número de incautaciones
de hierba ha superado el de
resina y ahora representa
más de la mitad del total**

GRÁFICO 1.2

Tipo de cannabis (resina o hierba) predominante en el número de incautaciones en 2001 y 2011

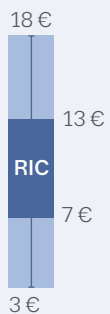


CANNABIS

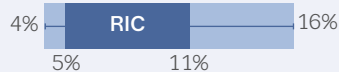
Resina

483 toneladas incautadas **345 000** incautaciones

504 toneladas incautadas, incluida Turquía **353 000** incautaciones, incluida Turquía



Precio (EUR/g)

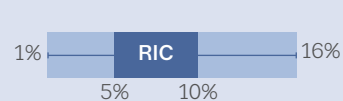


Potencia (% THC)

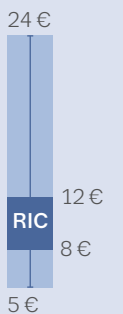
Hierba

92 toneladas incautadas **398 000** incautaciones

147 toneladas incautadas, incluida Turquía **439 000** incautaciones, incluida Turquía



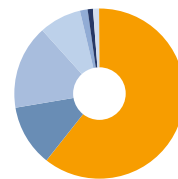
Potencia (% THC)



Precio (EUR/g)

113 000 infracciones relacionadas con la oferta

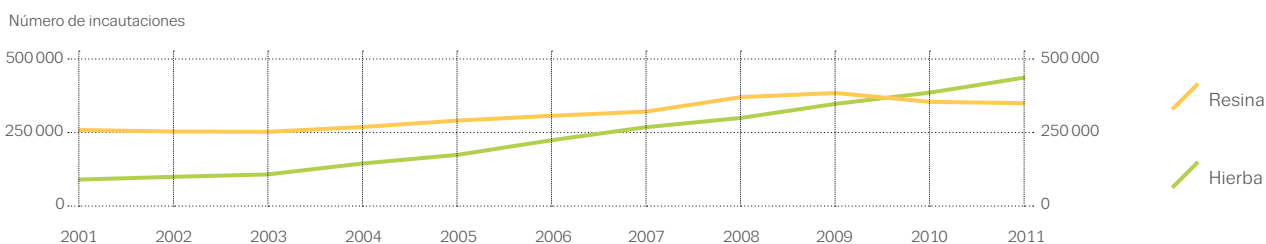
61% de las infracciones relacionadas con el tráfico en las seis drogas principales



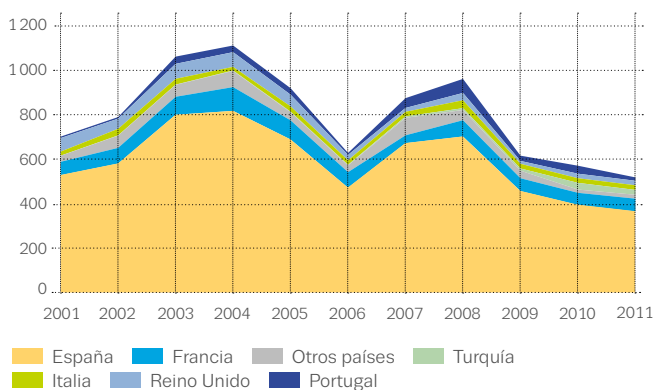
Precio y potencia de los productos de cannabis: valores nacionales medios, mínimo, máximo y rango intercuartílico (RIC). Los países comprendidos varían en función del indicador.

GRÁFICO 1.3

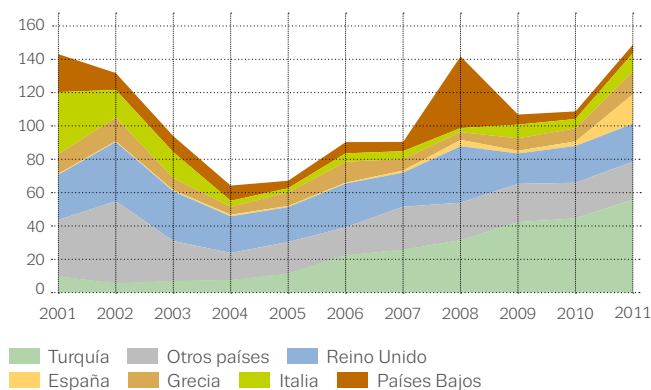
Número de incautaciones y cantidad de cannabis incautada en toneladas: resina y hierba, 2001-2011



Resina (Toneladas)



Hierba (Toneladas)



respecta a la hierba de cannabis, Grecia e Italia han notificado recientemente la incautación de grandes cantidades. Desde 2007, Turquía es el país con las mayores cantidades incautadas.

En cuanto a las plantas de cannabis, las incautaciones pueden considerarse como un indicador de la producción interior, aunque la calidad de los datos disponibles al respecto plantea problemas de comparación. En 2011 se notificaron en Europa 31 000 incautaciones. Estas incluyen el número de plantas (4,4 millones en total) y las cantidades incautadas (33 toneladas). El mayor número de incautaciones de plantas se produjeron en los Países Bajos (2 millones), Italia (1 millón) y el Reino Unido (627 000), y las mayores cantidades por peso se aprehendieron en España (26 toneladas) y Bulgaria (5 toneladas).

Una nueva dimensión: los agonistas de receptores de cannabinoides sintéticos

La disponibilidad reciente de productos que contienen agonistas de receptores de cannabinoides (ARC) sintéticos, que imitan los efectos de los compuestos psicotrópicos que se dan naturalmente en el cannabis, añade una nueva dimensión al mercado de esta droga. Se ha notificado la existencia de tales productos, que pueden ser extremadamente potentes, en casi todos los países

Europeos. Suelen importarse de Asia en cantidades de varios kilogramos en forma de polvo y se transforman y envasan en Europa. Hay algunas pruebas del tránsito a través de Europa de sustancias químicas originarias, como revela la incautación reciente de casi 15 kilogramos de polvo puro de ACR originarios de China en ruta a Rusia.

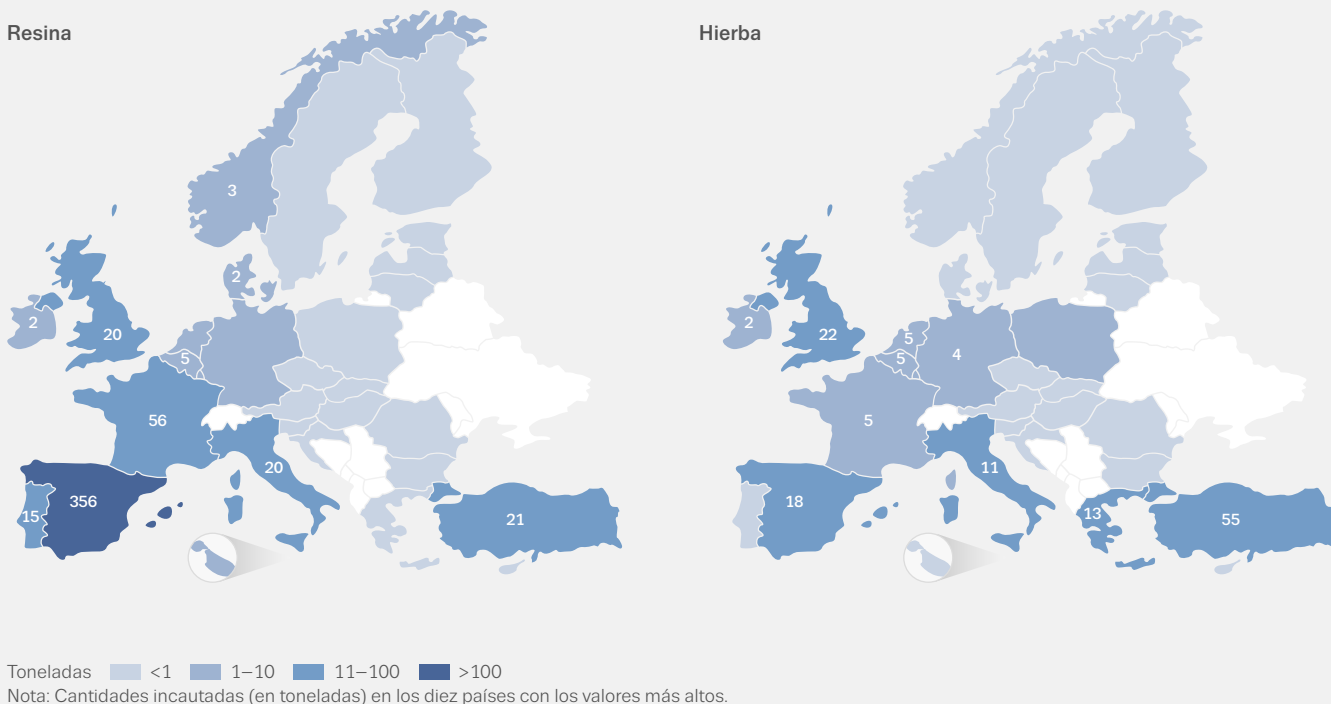
Heroina: signos de disminución

En Europa se han importado tradicionalmente dos tipos de heroína. La más común es la heroína marrón (forma química de base), procedente en su mayor parte de Afganistán. Mucho menos común es la heroína blanca (en forma de sal), que llegó históricamente de Asia sudoriental pero que ahora puede producirse en cualquier lugar. Sigue habiendo además una producción limitada de drogas

La cantidad de heroína incautada en 2011 (6,1 toneladas) fue la más baja notificada en la última década y equivale a la mitad de la incautada en 2001

GRÁFICO 1.4

Cantidad incautada de resina (izquierda) y de hierba (derecha) de cannabis, 2011



opiáceas en Europa, como acreditan las notificaciones de productos de adormidera en algunas partes de Europa oriental.

Afganistán sigue siendo el primer productor ilegal mundial de opio y la mayor parte de la heroína de Europa se piensa que se fabrica en ese país o, en menor medida, en los vecinos Irán o Pakistán. El transporte a Europa se hace a través de dos rutas de tráfico definidas con una

cierta imprecisión. Históricamente, la más importante ha sido la «ruta de los Balcanes», que discurre hacia el oeste a través de Turquía hasta los países de los Balcanes (Bulgaria, Rumanía y Albania) y la Europa central, meridional y occidental. Más reciente es la «ruta del norte» o «de la seda», que discurre hacia el norte hasta Rusia, pasando por las antiguas repúblicas soviéticas de Asia central. En general, no obstante, la situación parece ser ahora más fluida, ya que llegan

HEROÍNA

6,1 toneladas incautadas **40 500** incautaciones

13,4 toneladas incautadas, incluida Turquía **43 800** incautaciones, incluida Turquía



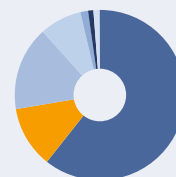
Pureza (%)



Precio (EUR/g)

23 300 infracciones relacionadas con la oferta

12% de las infracciones relacionados con el tráfico en las seis drogas principales



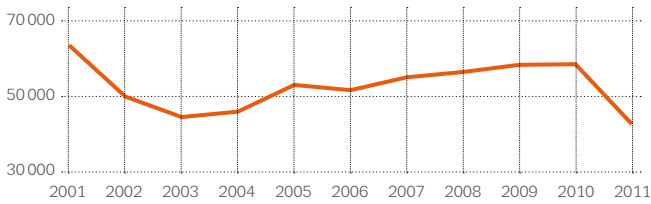
Precio y pureza de la «heroína marrón»: valores nacionales medios, mínimo, máximo y rango intercautílico (RIC).

Los países comprendidos varían en función del indicador.

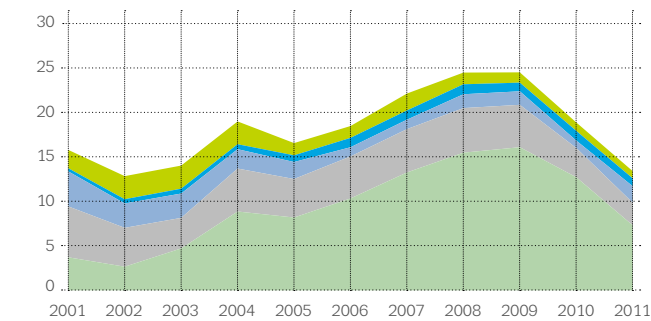
GRÁFICO 1.5

Número de incautaciones de heroína y cantidad incautada, 2001-2011

Número de incautaciones



Toneladas



Turquía Otros países Reino Unido
Francia Italia

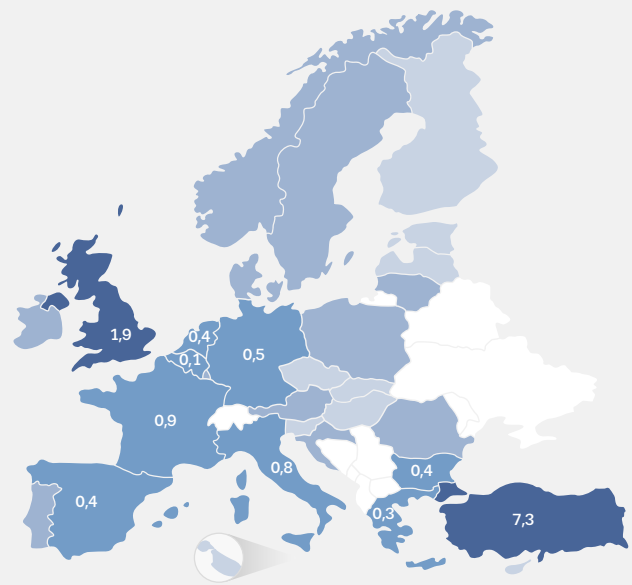
a Europa por vía marítima o aérea cargas de heroína procedentes de Irán y Pakistán, bien directamente, bien después de hacer escala en países de África occidental y oriental.

La cantidad de heroína incautada en 2011 (6,1 toneladas) fue la más baja notificada en la última década y equivale a la mitad de la incautada en 2001 (12 toneladas). También disminuyó el número de incautaciones notificadas en ese período (2001-2011), desde un pico de 63 000 toneladas en 2001 hasta 40 500 estimadas en 2011. En cierta medida, esta disminución puede explicarse por el crecimiento de las incautaciones entre 2002 y 2009 en Turquía, donde desde 2006 se aprehende más droga que en los demás países juntos (gráfico 1.5). No obstante, en 2010 y 2011 se notificaron en ese país reducciones sustanciales de las cantidades incautadas.

Además de esa disminución de las incautaciones de heroína y de los delitos relacionados con la oferta de la droga, se han notificado recientemente un mayor número de situaciones de escasez aguda a corto plazo, resultantes probablemente de los éxitos conseguidos en las tareas de interceptación de la ruta de los Balcanes. Varios países con poblaciones relativamente elevadas de consumidores de heroína experimentaron una escasez significativa de esta droga a finales de 2010 y principios de 2011, de la que sólo algunos mercados parecen haberse recuperado.

GRÁFICO 1.6

Cantidad de heroína incautada, 2011



Toneladas <0,01 0,01-0,10 0,11-1,0 >1,0

Nota: Cantidades incautadas (en toneladas) en los diez países con los valores más altos.

Cocaína: ¿cambios en el tráfico?

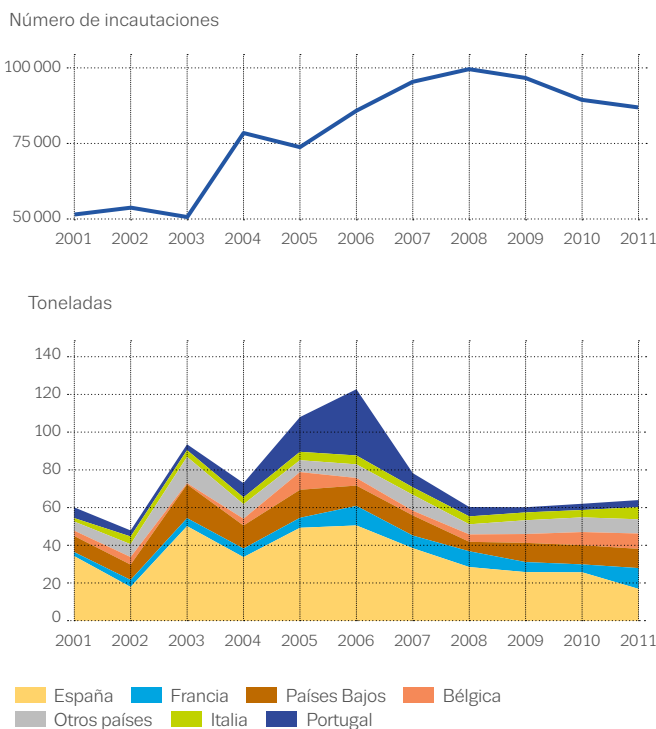
Hay dos formas de cocaína disponibles en Europa. La más común es el polvo de cocaína (una sal clorhidrato, HCl). Menos frecuente es el crack, una forma en la que se inhala el humo. La cocaína se produce a partir de las hojas del arbusto de coca. Se obtiene casi exclusivamente en Bolivia, Colombia y Perú y se transporta a Europa por vía marítima y aérea. La principal ruta del tráfico en Europa parece pasar por la Península Ibérica (España y Portugal), aun cuando el uso cada vez más frecuente de cargas en contenedor denota posiblemente la mayor importancia adquirida por los grandes puertos de Bélgica, los Países Bajos y los demás países de Europa occidental. Algunas grandes incautaciones realizadas en puertos en Bulgaria, Grecia, Rumanía y los países bálticos son signos recientes de la diversificación actual de las rutas del tráfico de cocaína en Europa.

No toda la cocaína llega a Europa lista para su comercialización y en los últimos años se han desmantelado varios «laboratorios» ilegales. En España se descubrieron y desmantelaron entre 2008 y 2010 un total de 73 centros de ese tipo, la mayoría configurados como laboratorios secundarios para la extracción de la droga escondida en otros materiales, como cera de abeja, abonos, plásticos, productos alimenticios o prendas de vestir.

En 2011 se notificaron en Europa unas 86 000 incautaciones de cocaína, con un total de

GRÁFICO 1.7

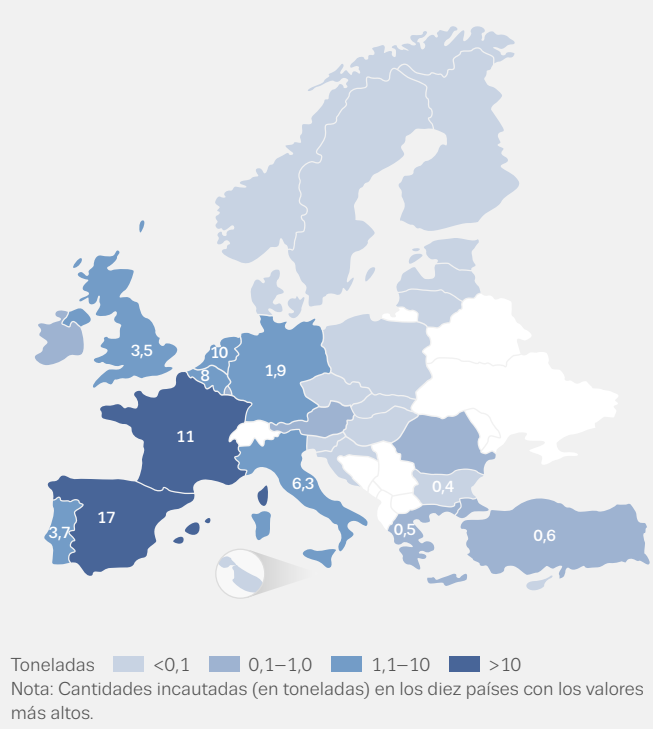
Número de incautaciones de cocaína y cantidad incautada, 2001-2011



62 toneladas de droga. Esta cifra representa un descenso de casi el 50% desde el pico de 120 toneladas en 2006. También el número de incautaciones ha disminuido, aunque de forma menos acusada, desde el máximo de 100 000 en 2008 (gráfico 1.7). Las mayores disminuciones se observan en la Península Ibérica, donde las interceptaciones combinadas de España y Portugal se redujeron de 84 toneladas en 2006 a 20 toneladas en 2011. Esta cantidad es similar a la correspondiente a los Países Bajos

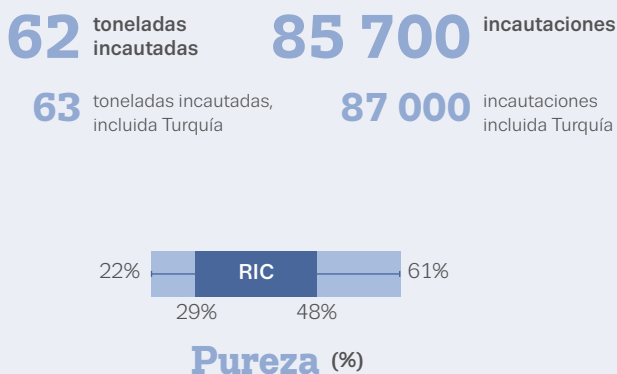
GRÁFICO 1.8

Cantidad de cocaína incautada, 2011

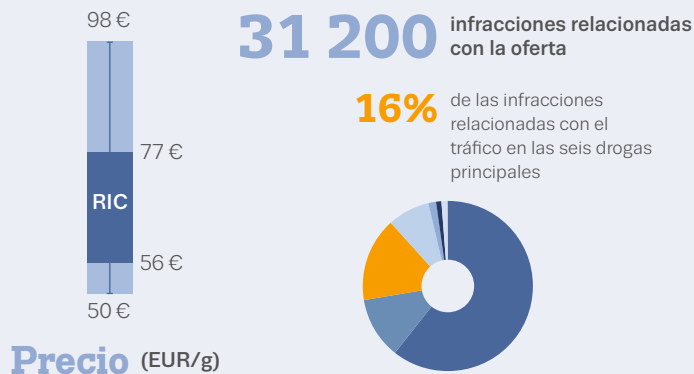


y Bélgica, donde las incautaciones combinadas fueron de 18 toneladas en 2011. En 2011 se registraron incautaciones récord, en cantidad, en Francia (11 toneladas) y en Italia (6 toneladas). No está claro hasta qué punto los cambios en las incautaciones de cocaína, en cantidad, en los países europeos se deben a cambios globales en el suministro al mercado, a cambios en la actuación de las fuerzas de seguridad o a la introducción de nuevos enfoques operativos por las organizaciones de tráfico de drogas.

COCAÍNA



Precio y pureza de la cocaína: valores nacionales medios, mínimo, máximo y rango intercuartílico (RIC).



Los países comprendidos varían en función del indicador.



Anfetaminas: signos de una mayor disponibilidad de metanfetamina

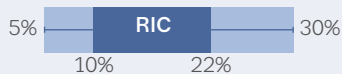
Desarrolladas en un principio para fines terapéuticos y conocidas de forma genérica como anfetaminas, la metanfetamina y la anfetamina son estimulantes sintéticos estrechamente relacionados. De las dos, la anfetamina ha sido siempre la más común en Europa, aunque actualmente hay nuevos signos de disponibilidad creciente de metanfetamina.

Ambas drogas se elaboran en Europa para consumo interior, aunque parte de la anfetamina se produce también para su exportación, principalmente a Oriente Próximo. Las técnicas de elaboración pueden ser relativamente complejas y pueden dar lugar a grandes series de producción. Los equipos y el personal pueden utilizarse también para la producción de otras sustancias sintéticas, como MDMA (éxtasis). Se sabe que hay una producción importante en Bélgica y los Países Bajos, así como en Polonia y en los países bálticos; también se han descubierto laboratorios en otros países, como Bulgaria, Alemania y Hungría. Se ha notificado la existencia de un gran número de centros de producción de metanfetamina en la República Checa, en su mayor parte a pequeña escala y destinadas al suministro para consumo personal, aunque se ha observado asimismo una cierta producción a gran escala, destinándose en tal caso la droga a consumo interior o a la exportación a países fronterizos. También parece haber aumentado la escala de producción de metanfetamina en los países bálticos, destinándose a su exportación a los países escandinavos, donde parece que empieza a desplazar a la anfetamina.

En el caso de la anfetamina, las cifras de incautaciones en 2011 son menores que las del período anterior y se acercan al nivel de 2002

ANFETAMINA

5,9 toneladas incautadas **35 600 incautaciones**
6,2 toneladas incautadas, incluida Turquía **35 600 incautaciones, incluida Turquía**



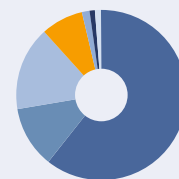
Pureza (%)



Precio (EUR/g)

16 000 infracciones relacionadas con la oferta

8% de las infracciones relacionadas con el tráfico en las seis drogas principales

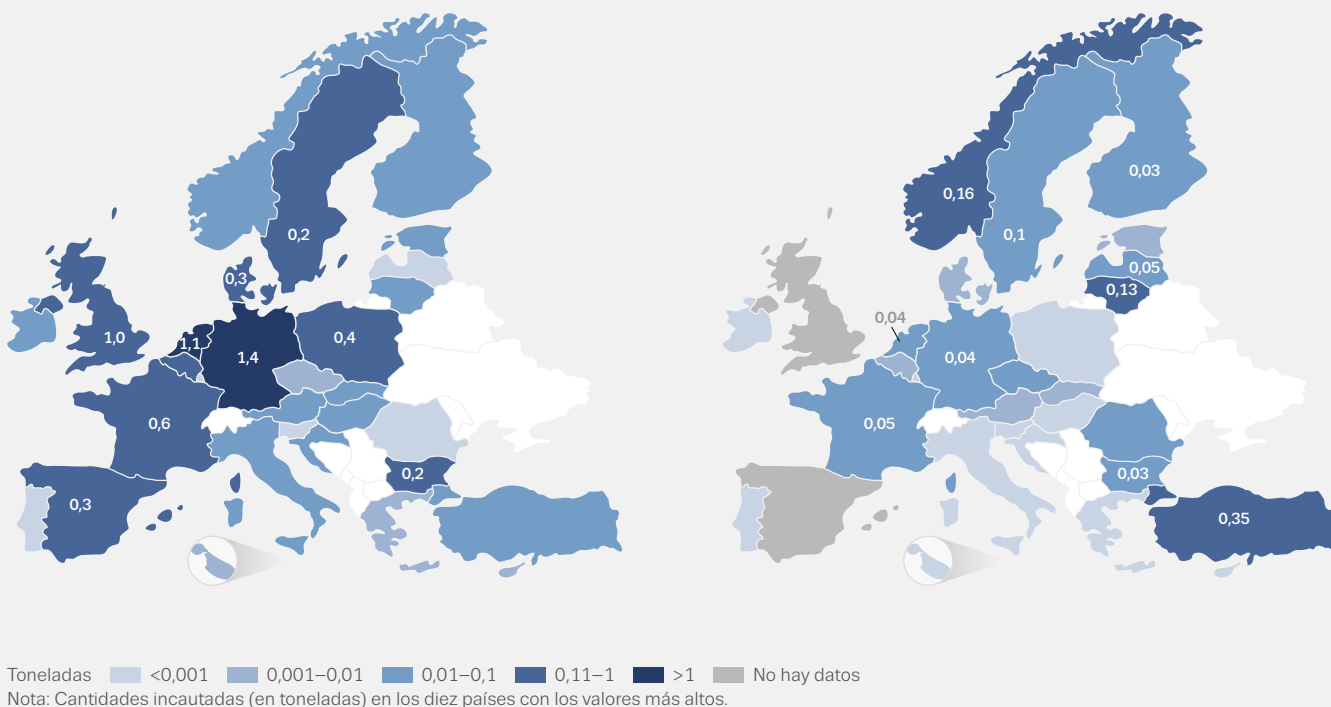


Precio y pureza de la anfetamina: valores nacionales medios, mínimo, máximo y rango intercuartílico (RIC).

Los países comprendidos varían en función del indicador.

GRÁFICO 1.9

Cantidad de anfetamina (izquierda) y de metanfetamina (derecha) incautada, 2011



En 2011 se notificaron unas 45 000 incautaciones de anfetaminas. Se desglosan en 35 600 incautaciones de anfetamina (5,9 toneladas de anfetamina) y 9 400 de metanfetamina (0,7 toneladas). En el caso de la anfetamina, esas cifras son menores que las del período anterior y se acercan al nivel de 2002 (gráfico 1.10). En

cambio, las de metanfetamina, aunque todavía pequeñas en número y en cantidad, aumentaron en el mismo período (gráfico 1.11).

METANFETAMINA

0,7 toneladas incautadas
 1,0 toneladas incautadas, incluida Turquía

9 400 incautaciones
 9 500 incautaciones incluida Turquía



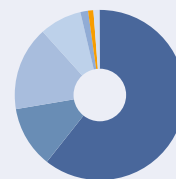
Pureza (%)



Precio (EUR/g)

2 200 infracciones relacionadas con la oferta

1% de las infracciones relacionadas con el tráfico en las seis drogas principales

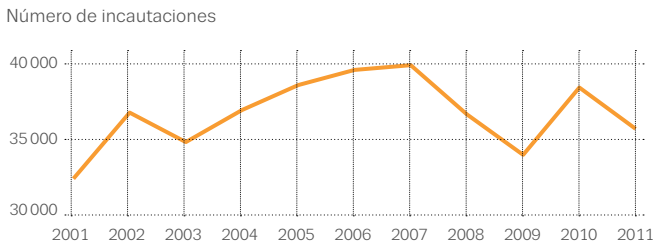


Precio y pureza de la metanfetamina: valores nacionales medios, mínimo, máximo y rango intercuartílico (RIC).

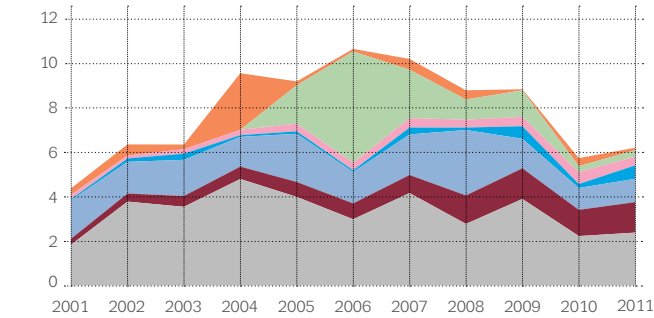
Los países comprendidos varían en función del indicador.

GRÁFICO 1.10

Número de incautaciones de anfetamina y cantidad incautada, 2001-2011



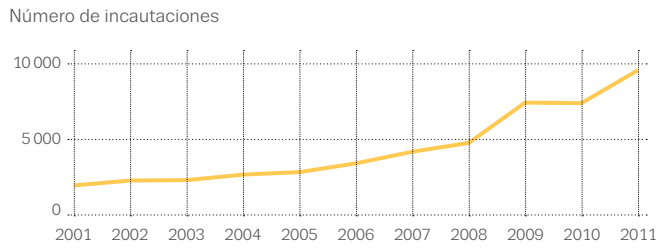
Toneladas



Otros países
 Alemania
 Reino Unido
 Francia
 Polonia
 Turquía
 Bélgica

GRÁFICO 1.11

Número de incautaciones de metanfetamina y cantidad incautada, 2001-2011



Toneladas



Otros países
 Turquía
 Noruega
 Lituania
 Suecia
 Letonia

Éxtasis: ¿una reaparición?

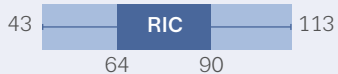
Se denomina habitualmente éxtasis la sustancia sintética MDMA, relacionada químicamente con las anfetaminas, pero que se diferencia en alguna medida en sus efectos. Las pastillas vendidas como éxtasis pueden contener, sin embargo otras diversas sustancias análogas a la MDMA y compuestos químicos no relacionados.

La fabricación de éxtasis en Europa pudo alcanzar su máximo en 2000, cuando se notificó el desmantelamiento de 50 laboratorios. Esta cifra se redujo a tres en 2010 y a cinco en 2011, lo que indica una disminución de los niveles de producción en toda Europa. Los Países Bajos, seguidos por Bélgica, han comunicado las cifras más altas de desmantelamiento de laboratorios en la última década, lo que se cree que es un reflejo geográfico de la principal área de producción de la droga.

ÉXTASIS

4,3 millones de pastillas incautadas
5,7 millones de pastillas incautadas, incluida Turquía

10 000 incautaciones
13 000 incautaciones, incluida Turquía



Pureza (mg/pastilla MDMA)

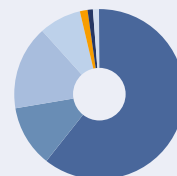
Precio y pureza de las pastillas de éxtasis: valores nacionales medios, mínimo, máximo y rango intercuartílico (RIC).



Precio (EUR/pastilla)

3 000 infracciones relacionadas con la oferta

1% de las infracciones relacionadas con el tráfico en las seis drogas principales

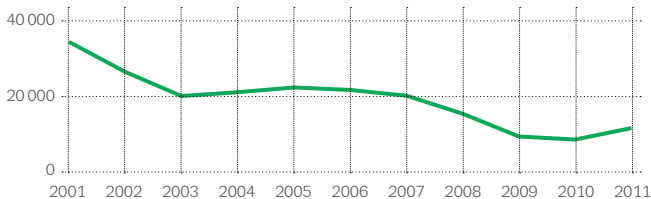


Los países comprendidos varían en función del indicador.

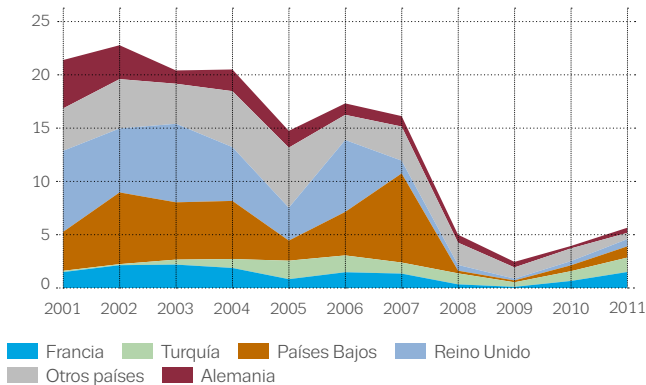
GRÁFICO 1.12

Número de incautaciones y pastillas incautadas de éxtasis, 2001-2011

Número de incautaciones



Pastillas (millones)

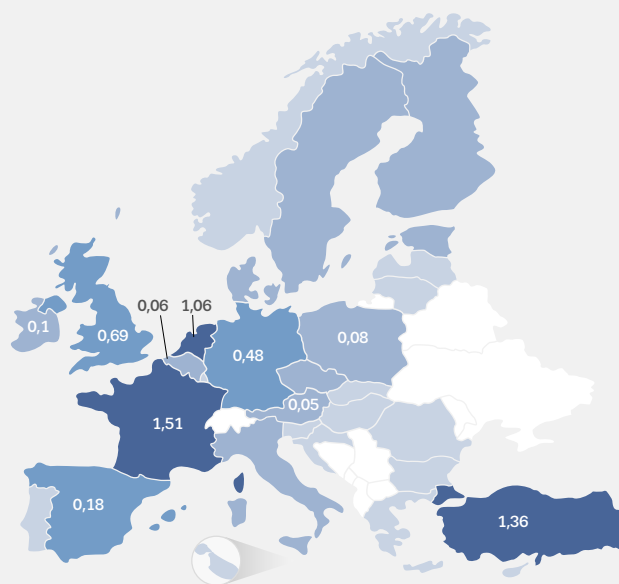


Francia Turquía Países Bajos Reino Unido Otros países Alemania

Las incautaciones han disminuido considerablemente desde 2007 (gráfico 1.12), y las cifras actuales de 4,3 millones de pastillas de éxtasis incautadas son únicamente una pequeña fracción del máximo alcanzado en 2002 (23 millones). Se observa también una fuerte disminución de las infracciones relacionadas con la oferta de éxtasis, que se redujeron en unos dos tercios entre 2006 y 2011 y que en la actualidad representan el 1% de las infracciones relacionadas con la oferta de las drogas principales. Estas tendencias a la baja se han atribuido al endurecimiento de los controles y a las incautaciones específicas de PMK, el principal precursor químico en la fabricación de la MDMA. Pueden deberse también a un cambio sustancial del contenido de las pastillas de «éxtasis» disponibles en Europa, aunque sólo tres países indicaron que en las pastillas analizadas en 2009 la mayor parte de ese contenido correspondía a sustancias análogas a la MDMA. Hay indicios, no obstante, de una reavivación reciente del mercado del éxtasis, aunque no a los niveles observados antes. El MDMA parece ser cada vez más común y en algunas partes de Europa se ofrece polvo de alta pureza. Es posible que los productores de éxtasis hayan respondido al control de los precursores acudiendo a «pre-precursores» o «precursores enmascarados», compuestos químicos esenciales que pueden importarse legalmente como sustancias no controladas y luego convertirse en los precursores químicos necesarios para la producción de MDMA.

GRÁFICO 1.13

Cantidad de éxtasis incautada, 2011



Pastillas (millones) <0,01 0,01-0,1 0,11-1,0 >1,0
 Nota: Cantidades incautadas (en número de pastillas) en los diez países con los valores más altos.

Las incautaciones han disminuido considerablemente desde 2007, y las cifras actuales de 4,3 millones de pastillas de éxtasis incautadas son únicamente una pequeña fracción del máximo alcanzado en 2002

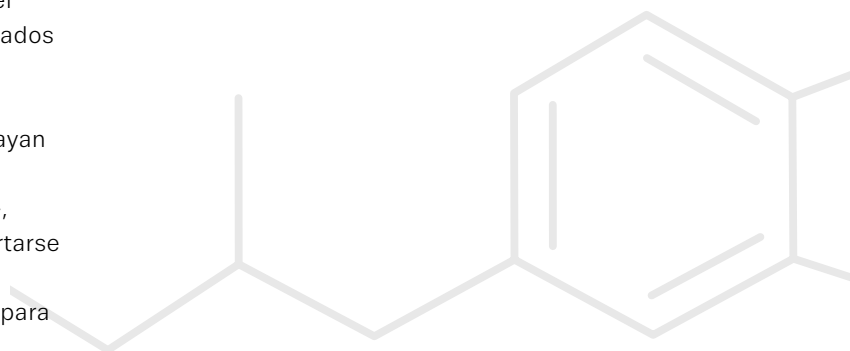
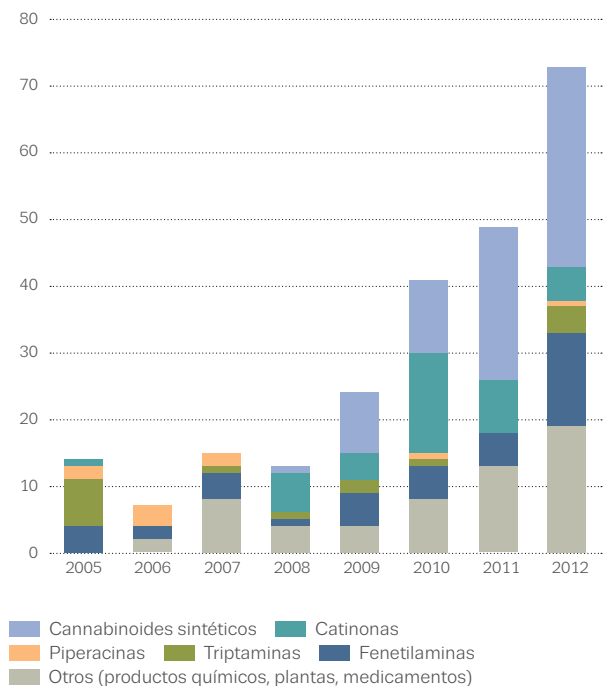


GRÁFICO 1.14

Número y grupos principales de nuevas sustancias psicoactivas notificadas al Sistema de alerta rápida de la UE, 2005-2012



En 2012 fueron notificadas por primera vez 73 nuevas sustancias psicoactivas por los Estados miembros a través del Sistema de alerta rápida de la UE

Nuevas drogas: más sustancias disponibles

El análisis del mercado de las drogas se complica por la aparición de nuevas drogas (nuevas sustancias psicoactivas), es decir, sustancias químicas o naturales no controlado por el Derecho internacional y producidas para que imiten los efectos de las drogas controladas. En algunos casos, se elaboran en Europa en laboratorios clandestinos y se venden directamente en el mercado. Otras veces se importan de proveedores, a menudo de China o la India luego se envasan atractivamente y se comercializan en Europa como «euforizantes legales». El término «euforizantes legales» es inadecuado, ya que estas sustancias pueden estar controladas en algunos Estados miembros o, si se venden para consumo, pueden infringir la normativa sobre comercialización o sobre seguridad del consumidor. Para evitar los controles, se etiquetan a menudo de forma equívoca, indicando por ejemplo que se trata de «compuestos químicos en investigación» o de «alimentos de origen vegetal» y agregando en las cláusulas de exención de responsabilidad que no están destinadas al consumo humano.

En 2012 fueron notificadas por primera vez 73 nuevas sustancias psicoactivas por los Estados miembros a través del Sistema de alerta rápida de la UE (gráfico 1.14). Como reflejo de la demanda de los consumidores de productos similares al cannabis, 30 de esas sustancias eran agonistas de receptores de cannabinoides sintéticos.

Diecinueve compuestos no encajaban en ninguno de los grupos químicos fácilmente reconocidos (por ejemplo, plantas o medicamentos), si bien se notificaron también 14 nuevas fenetilaminas sustituidas, el número más alto desde 2005.

Dada la importancia de Internet como mercado de las nuevas sustancias psicoactivas, el EMCDDA realiza periódicamente un ejercicio puntual de control del número de establecimientos en línea que las ofrecen a los consumidores europeos. Este número de establecimientos sigue creciendo, habiéndose identificado un total de 693 en enero de 2012.

Una vez que se someten a medidas de control, la mayoría de las nuevas sustancias psicoactivas suelen sustituirse rápidamente, lo que dificulta sobremedida la adopción de medidas de intervención en este ámbito. La mefedrona, sin embargo, es un raro ejemplo de nueva droga que ha dado el salto y se ha convertido en una sustancia demandada en el mercado ilegal de estimulantes. A pesar de los controles practicados en toda la Unión Europea, parece estar disponible aún en algunos países, en los que se vende en el mercado ilegal. Aun aceptando la posible existencia de reservas formadas antes de la prohibición y de actividades de importación clandestina, es motivo de preocupación el descubrimiento reciente de un centro de producción de mefedrona en Polonia, con enlaces con grupos internacionales de delincuencia organizada y evidencia de tráfico a otros países europeos.

PARA SABER MÁS

Publicaciones del EMCDDA

2012

Cannabis production and markets in Europe, observaciones del EMCDDA 12.

2011

Report on the risk assessment of mephedrone in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances.

Recent shocks in the European heroin market: explanations and ramifications. Summary report from EMCDDA Trendspotter, meeting 18–19 October.

Respuesta a las nuevas sustancias psicotrópicas, Drogas en el punto de mira, nº 22.

Publicaciones del EMCDDA y de Europol

2013

Annual report on the Implementation of Council Decision 2005/387/JHA.

EU Drug markets report: a strategic analysis.

2011

Amphetamine: a European Union perspective in the global context.

2010

Cocaine: a European Union perspective in the global context.

2009

Methamphetamine: a European Union perspective in the global context.

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

2

Al menos 85 millones de europeos adultos han consumido una droga ilegal en algún momento de su vida, lo que supone la cuarta parte de la población adulta

Consumo de drogas y problemas relacionados con las drogas

La supervisión del consumo de drogas y de sus daños asociados se complica debido a muchos factores. Existe, por ejemplo, una amplia variedad de formas de consumo de las drogas ilegales, cuyas pautas varían desde el consumo experimental y ocasional hasta el consumo diario y a largo plazo. Los riesgos a que se ven expuestas las personas dependen además de numerosos factores, como la dosis, la vía de administración, el consumo simultáneo de otras sustancias, el número y duración de los episodios de consumo y la vulnerabilidad individual.

Supervisión del consumo de drogas y de los problemas relacionados con las drogas

La supervisión del consumo de drogas y de los daños relacionados con las drogas en Europa se basa fundamentalmente en cinco indicadores epidemiológicos: el consumo de drogas en la población en general, el consumo problemático de drogas, las muertes y la mortalidad relacionadas con las drogas, las enfermedades infecciosas relacionadas con las drogas y la demanda de tratamiento de la drogodependencia. Puede hallarse información sobre estos indicadores, incluidas notas metodológicas, en el sitio web del EMCDDA, concretamente en la pasarela «Key indicators gateway», así como en el Boletín estadístico.

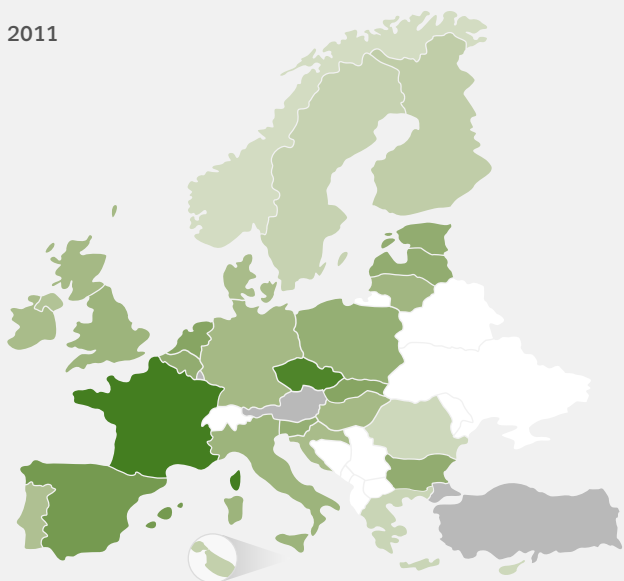
La cuarta parte de los adultos europeos han consumido drogas ilegales

Al menos 85 millones de europeos adultos han consumido una droga ilegal en algún momento de su vida, lo que supone la cuarta parte de la población adulta. La mayoría declaran haber consumido cannabis (77 millones), siendo muy inferiores las cifras correspondientes a las demás drogas: 14,5 millones para la cocaína, 12,7 millones para las anfetaminas y 11,4 millones para el éxtasis. En todo

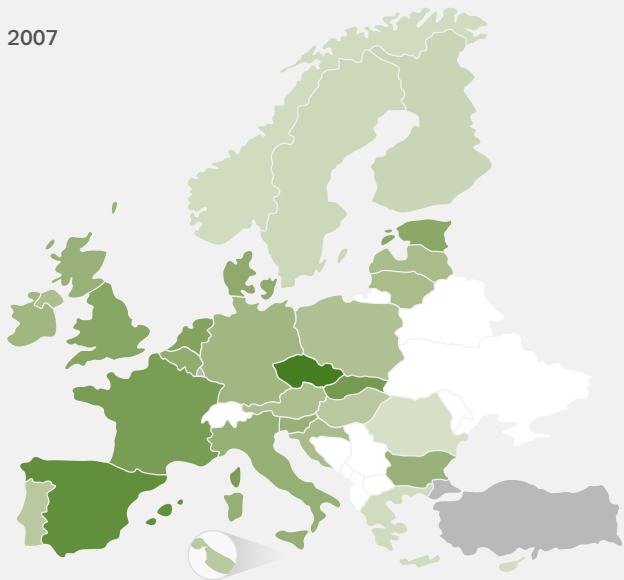
GRÁFICO 2.1

Prevalencia del consumo de cannabis a lo largo de la vida entre los escolares de 15 a 16 años de edad

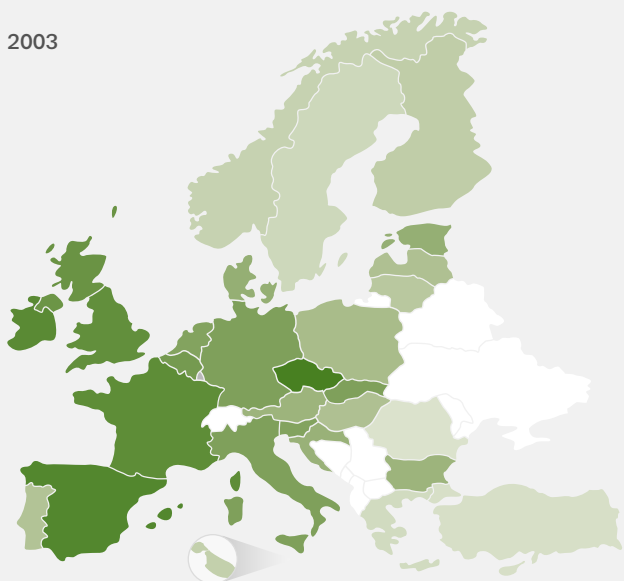
2011



2007



2003



2% 10 20 30 40 45%

No hay datos

Nota: Datos de ESPAD y de encuestas nacionales de España y el Reino Unido.

caso, existe una considerable variación territorial, ya que las cifras van desde un tercio de los adultos en Dinamarca, Francia y el Reino Unido hasta menos de uno de cada diez en Bulgaria, Grecia, Hungría, Rumanía y Turquía.

Cannabis: tendencias estables o decrecientes en países con mayor prevalencia

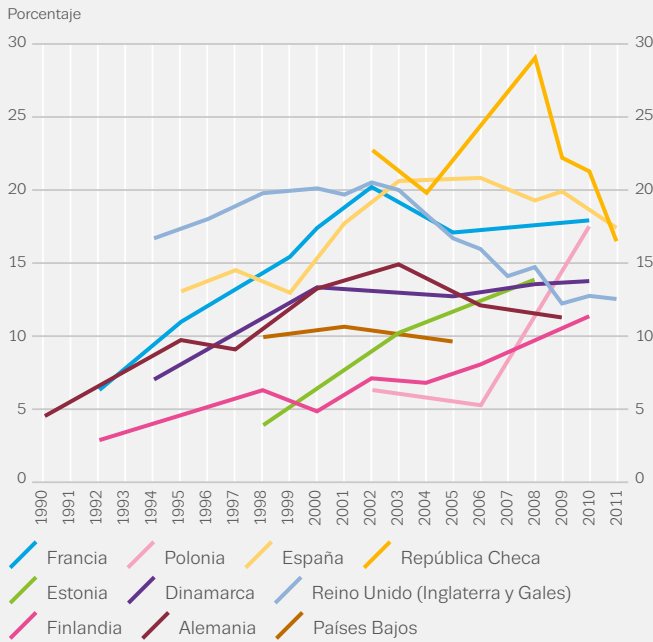
Los productos de cannabis suelen inhalarse y se mezclan comúnmente con tabaco. Las pautas varían desde el consumo ocasional o experimental hasta el consumo regular y dependiente, observándose una fuerte asociación entre los problemas relacionados con esta droga y la frecuencia y cantidades de consumo. Los efectos sobre la salud pueden revestir la forma de problemas respiratorios, problemas de salud mental y dependencia. Algunos de los nuevos agonistas receptores de cannabinoides sintéticos son extremadamente potentes y cada vez más se notifican más consecuencias adversas agudas.

El cannabis es la droga ilegal que tiene más probabilidades de ser probada por los escolares europeos. En las encuestas ESPAD de 2011, su consumo a lo largo de la vida entre los escolares de 15 a 16 años osciló entre el 5% en Noruega y el 42% en la República Checa (gráfico 2.1). Los ratios de género oscilaron entre 1 y 2,5 chicos por cada chica. Considerando las tendencias a escala europea, el consumo de cannabis por los escolares aumentó entre 1995 y 2003, se redujo ligeramente en 2007 y desde entonces se ha mantenido estable. Una tendencia notable durante ese período fue la reducción del consumo en muchos de los países que habían notificado niveles elevados de prevalencia en las encuestas iniciales. Se observó asimismo un aumento del consumo en muchos países de Europa central y oriental, que revela un cierto grado de convergencia en Europa en su conjunto. En los seis países que han comunicado datos de encuestas escolares nacionales con posterioridad al estudio ESPAD (2011/12), la prevalencia del consumo de cannabis entre los escolares se mantiene estable o está en ligera disminución.

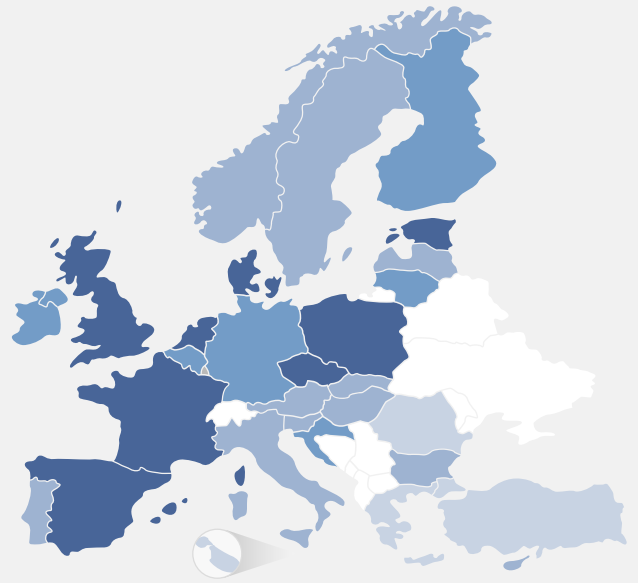
Unos 15,4 millones de europeos jóvenes (de 15 a 34 años) (el 11,7% de este grupo de edad) han consumido cannabis en el último año, siendo la cifra correspondiente de 9,2 millones entre los de 15 a 24 años (14,9%). El consumo de cannabis es generalmente más elevado entre los hombres. Las tendencias a largo plazo entre los adultos jóvenes están en consonancia con las observadas entre los escolares, ya que se registran aumentos graduales del consumo en algunos países con menor prevalencia y disminuciones en los países con mayor prevalencia.

GRÁFICO 2.2

Prevalencia del consumo de cannabis durante el último año entre los adultos jóvenes: tendencias seleccionadas (izquierda) y datos más recientes (derecha)



Nota: Tendencias de diez países con la prevalencia más alta y tres o más encuestas.



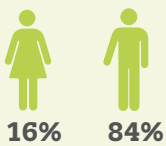
Porcentaje 0-4 4,1-8 8,1-12 >12

Se exceptúan Polonia y Finlandia, países en los que encuestas recientes (de 2010 o posteriores) señalan una estabilidad o disminución de las tendencias entre los adultos jóvenes (gráfico 2.2). Pocas encuestas nacionales

informan actualmente sobre el consumo de agonistas de receptores de cannabinoides sintéticos; en las que lo hacen, los niveles de prevalencia son generalmente bajos.

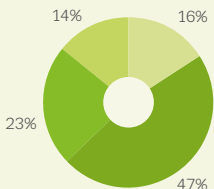
CONSUMIDORES DE CANNABIS EN TRATAMIENTO

Características



Edad media en el momento del primer consumo **16**

Edad media al iniciar el tratamiento **25**



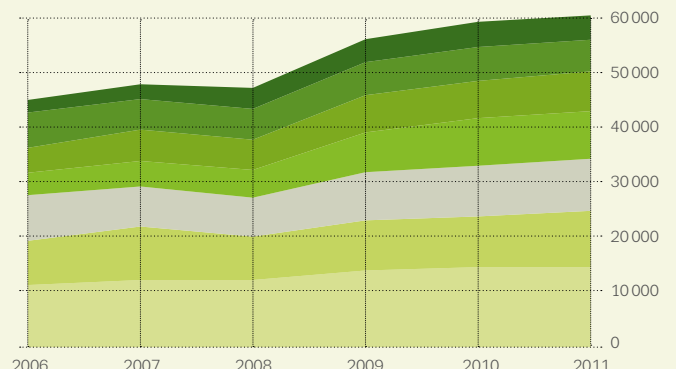
Frecuencia de consumo

- A diario
- De dos a seis veces a la semana
- Una vez a la semana o menos
- Sin consumo en el último mes/ consumo ocasional

Inhalación

del humo como principal vía de administración

Tendencias en los consumidores que inician tratamiento por primera vez

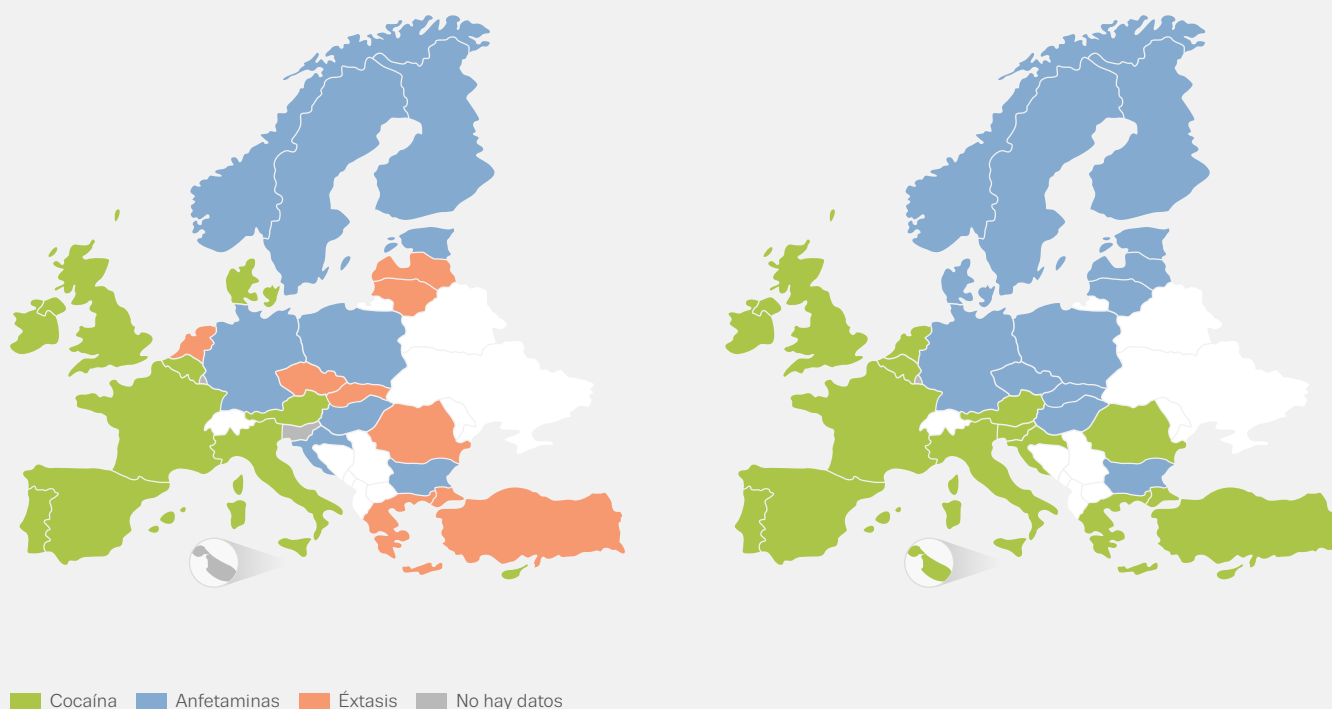


Reino Unido Alemania Otros países España Francia Italia Países Bajos

Nota: Las características se refieren al conjunto de los consumidores que iniciaron tratamiento siendo el cannabis la droga principal. Las tendencias se refieren a los consumidores que iniciaron tratamiento por primera vez siendo el cannabis la droga principal. Los países comprendidos varían en función del indicador.

GRÁFICO 2.3

Droga estimulante predominante, por la prevalencia del consumo en el último año entre los jóvenes de 15 a 34 años (izquierda) y por su carácter de droga principal entre los consumidores que inician tratamiento por primera vez (derecha)



Más de 3 millones de consumidores de cannabis a diario y demanda de tratamiento cada vez mayor

Una minoría significativa de consumidores de cannabis lo hacen de forma intensiva. Se define como consumo diario o casi diario de cannabis el realizado durante 20 días o más del mes anterior. Los datos de 22 países apuntan a esta intensidad del consumo en un 1% de los adultos, es decir, al menos tres millones de personas. Dos terceras partes de ellos tienen de 15 a 34 años de edad, y en este grupo de edad, más de tres cuartas partes son hombres.

En 2011, el cannabis fue la segunda droga principal, después de la heroína, entre los consumidores que iniciaron tratamiento especializado en Europa (109 000) y

la más frecuentemente mencionada entre los que iniciaron tratamiento por primera vez. No obstante, se observa una notable variación nacional, ya que el porcentaje de consumidores que notificaron esta droga como la razón para iniciar tratamiento osciló entre el 4% del total en Bulgaria y el 69% en Hungría. Estas variaciones pueden explicarse por las diferencias en las prácticas de derivación de los pacientes, por el tipo de servicios disponibles y por los niveles nacionales de prevalencia. A escala europea, el número de consumidores de cannabis que iniciaron tratamiento por primera vez aumentó de 45 000 en 2006 a 60 000 en 2011.

Cannabis... la droga más frecuentemente mencionada entre los que iniciaron tratamiento por primera vez

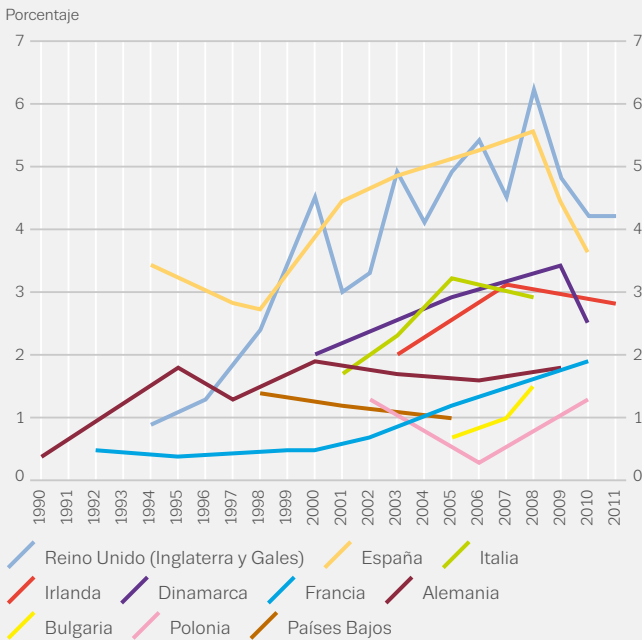
Estimulantes ilegales de Europa: pautas regionales de consumo

La cocaína, las anfetaminas y el éxtasis son los estimulantes ilegales más consumidos en Europa, pero hay otras sustancias menos conocidas, como las piperacinas (por ejemplo, BZP) y las catinonas sintéticas (por ejemplo, la mefedrona y MDPV), que pueden consumirse también ilegalmente por sus efectos estimulantes. Suele asociarse un elevado consumo de estimulantes a locales nocturnos, de baile y de música concretos en los que se combina ese consumo con el de alcohol.

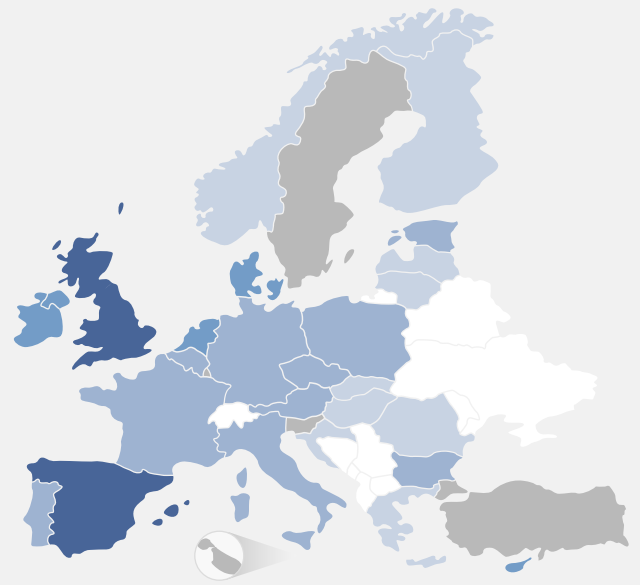
Los datos sobre prevalencia ilustran un mercado de estimulantes en Europa geográficamente divergente,

GRÁFICO 2.4

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



Nota: Tendencias de diez países con la prevalencia más alta y tres o más encuestas.



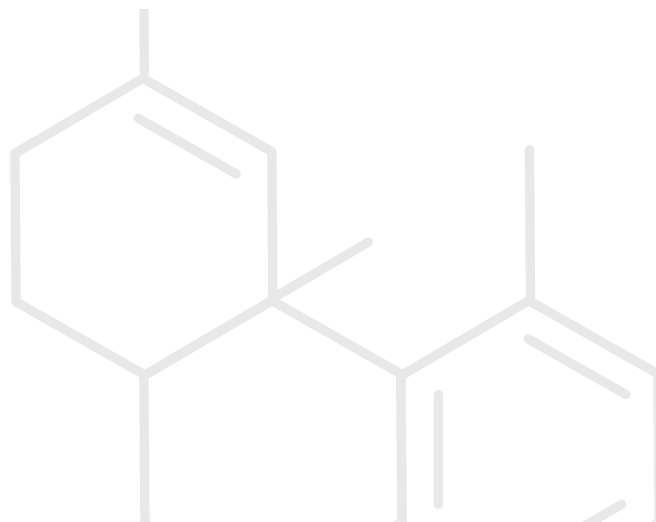
Porcentaje 0-1 1,1-2 2,1-3 >3 No hay datos

siendo más prevalente la cocaína en el sur y el oeste, las anfetaminas en los países centrales y del norte y el éxtasis en el sur y el este (gráfico 2.3). Los datos de tratamiento muestran pautas similares para la cocaína y las anfetaminas, mientras que las cifras de consumidores que inician tratamiento por problemas con el éxtasis son bajas.

Cocaína: reducción del uso en países con alta prevalencia

El polvo de cocaína suele esnifarse, aunque a veces se administra por vía parenteral, mientras que el crack habitualmente se fuma. Entre los consumidores habituales puede hacerse una amplia distinción entre los más integrados socialmente, que es posible que

La cocaína, las anfetaminas y el éxtasis son los estimulantes ilegales más consumidos en Europa



tomen la droga en un contexto recreativo, y los más marginados, que consumen la cocaína, a menudo junto con otras sustancias, en el marco de un problema de drogodependencia crónico. El consumo habitual de cocaína se ha asociado a problemas de salud cardiovasculares, neurológicos y mentales y a un elevado riesgo de accidente y dependencia. El consumo de cocaína por vía parenteral y el de crack se asocian a los riesgos sanitarios más altos, incluida la transmisión de enfermedades infecciosas.

La cocaína es la droga estimulante ilegal más consumida en Europa, aunque la mayoría de los consumidores se concentran en un número relativamente pequeño de países. Se estima que 2,5 millones de europeos jóvenes (el 1,9% de este grupo de edad) consumieron cocaína el último año. Son relativamente elevados los niveles de consumo de adultos jóvenes (2,5-4,2%) en el último año notificados por Dinamarca, Irlanda, España y el Reino Unido (gráfico 2.4). En los países con mayor prevalencia y con encuestas más recientes, esos niveles tendieron a alcanzar un máximo en 2008/2009 y luego mostraron disminuciones moderadas o se estabilizaron. En los demás países se mantuvieron relativamente bajos y estables, aunque Francia y Polonia notificaron incrementos en 2010.

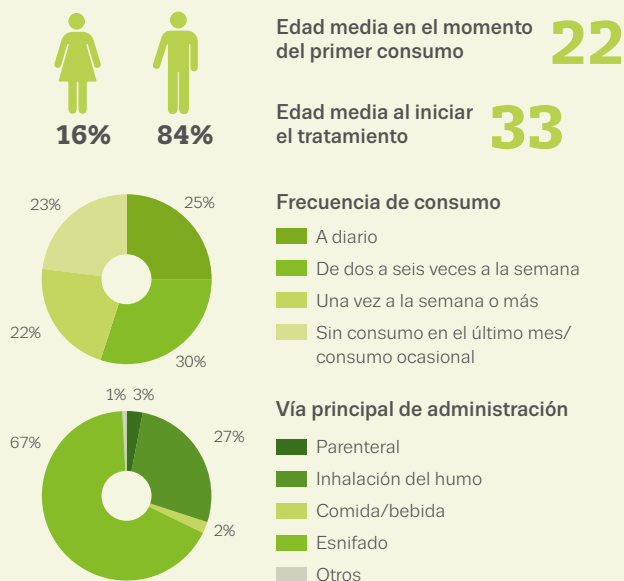
Signos de disminución de la demanda de tratamiento de la dependencia de la cocaína

Sólo cuatro países tienen estimaciones relativamente recientes de consumo intensivo o problemático de cocaína, y son difíciles las comparaciones entre ellos, debido a la divergencia de las definiciones. En 2009, entre la población adulta, España estimó el «consumo intensivo de cocaína» en el 0,45%, Alemania cifró la existencia de «problemas relacionados con la cocaína» en el 0,20% e Italia estimó un «consumo potencialmente problemático de cocaína» en el 0,34%. En 2009/10, el Reino Unido estimó el consumo de crack en la población adulta de Inglaterra en el 0,54%, pero señaló que muchos de los consumidores lo eran probablemente de crack y de opiáceos.

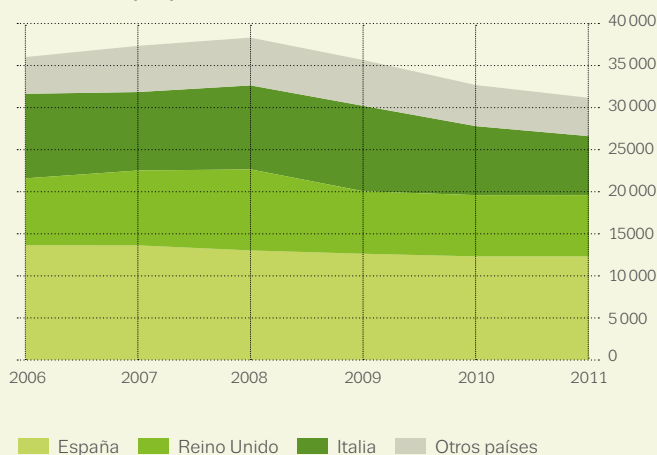
La cocaína fue citada como droga principal por el 14% de los consumidores que iniciaron tratamiento especializado en 2011 (60 000), y por el 19% de los que iniciaron tratamiento por primera vez (31 000). Existen amplias diferencias entre los países, concentrándose el 90% de los consumidores de cocaína en sólo cinco países (Alemania, España, Italia, Países Bajos, Reino Unido). El número de consumidores que iniciaron tratamiento por primera vez siendo la cocaína la droga principal aumentó

CONSUMIDORES DE COCAÍNA EN TRATAMIENTO

Características



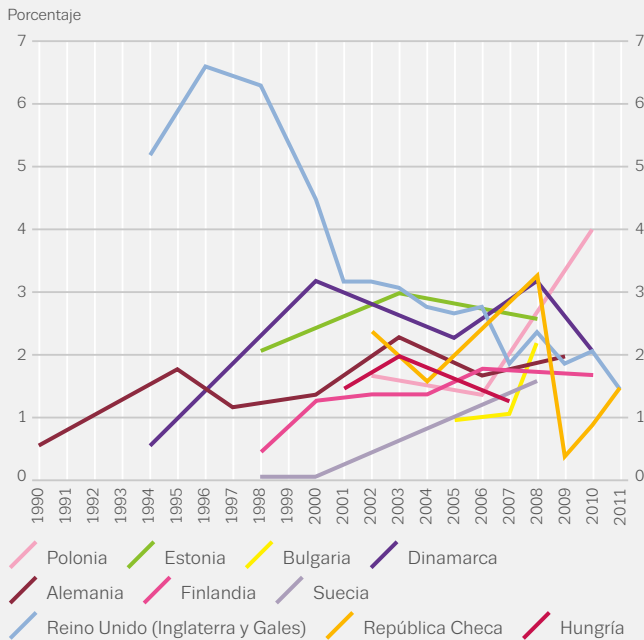
Tendencias en los consumidores que inician tratamiento por primera vez



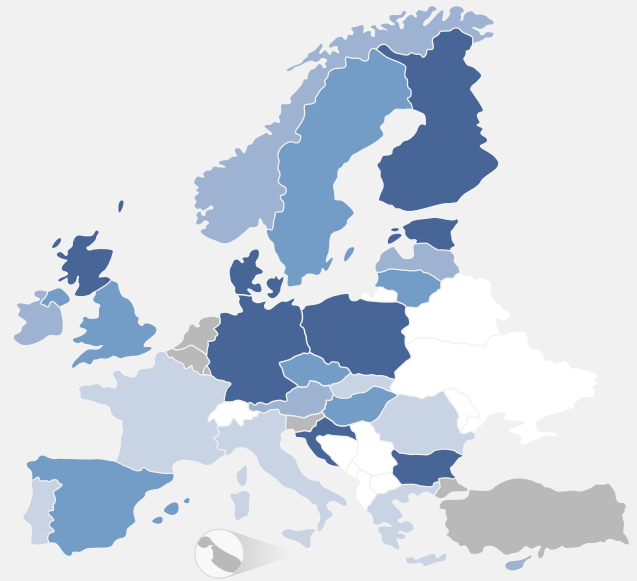
Nota: Las características se refieren al conjunto de los consumidores que iniciaron tratamiento siendo la cocaína/crack la droga principal. Las tendencias se refieren a los que iniciaron tratamiento por primera vez siendo la cocaína/crack la droga principal. Los países comprendidos varían en función del indicador.

GRÁFICO 2.5

Prevalencia del consumo de anfetaminas en el año anterior entre los adultos jóvenes: tendencias seleccionadas (izquierda) y datos más recientes (derecha)



Nota: Tendencias de diez países con la mayor prevalencia y tres o más encuestas.



Porcentaje 0-0,5 0,51-1 1,1-1,5 >1,5 No hay datos

de 35 000 en 2006 a 37 000 en 2009 y posteriormente se redujo a 31 000 en 2011 (23 países). En España se observa una pequeña pero firme reducción del número de consumidores que iniciaron tratamiento desde 2005, en el Reino Unido desde 2008 y en Italia desde 2009. Sólo unos 3 000 nuevos consumidores de crack como droga principal iniciaron tratamiento en Europa en 2011, correspondiendo dos tercios de ellos al Reino Unido y el resto casi por entero a España y los Países Bajos.

Aumento a largo plazo de las visitas a urgencias hospitalarias por problemas relacionados con la cocaína

Una publicación europea reciente observó un aumento al triple en los indicadores de urgencias hospitalarias por problemas relacionados con la cocaína en algunos países desde finales de la década de los 90, habiéndose alcanzado un máximo hacia 2008 en España y en el Reino Unido (Inglaterra). La mayoría de los casos correspondieron a hombres jóvenes. Las muertes por intoxicación aguda por cocaína parecen ser relativamente infrecuentes. En 2011 se notificaron en 17 países al menos 475 muertes relacionadas con la cocaína, aunque con frecuencia aparecen también otras drogas. Datos recientes de España y del Reino Unido indican un descenso en el número de esas muertes desde 2008.

Es probable que la cocaína desempeñe además un papel en algunas muertes relacionadas con problemas cardiovasculares, pero los datos en este ámbito son limitados.

Anfetaminas: consumo estable, aunque siguen los riesgos para la salud

En Europa, la disponibilidad de anfetamina es mayor que la de metanfetamina, cuyo consumo ha estado históricamente restringido a la República Checa y, en épocas más recientes, a Eslovaquia. Las anfetaminas suelen tomarse oralmente o esnifarse, pero en unos pocos

En Europa, la disponibilidad de anfetamina es mayor que la de metanfetamina

países es relativamente común su administración por vía parenteral entre los consumidores problemáticos y los que se encuentran en tratamiento.

La mayoría de los estudios sobre los efectos nocivos para la salud del consumo de anfetaminas proceden de Australia y de Estados Unidos, donde es prevalente el consumo de metanfetamina cristalina, y sus resultados no pueden transferirse directamente a la situación europea. Esos estudios revelan efectos tales como problemas cardiovasculares, pulmonares, neurológicos y de salud mental, que van desde ansiedad, agresión y depresión hasta psicosis paranoide aguda, siendo la administración por vía parenteral un factor de riesgo de enfermedades infecciosas. Se han notificado casos de muerte relacionada con el consumo de anfetaminas, aunque raros en comparación con los relacionados con los opiáceos, en algunos países, en particular entre los que tienen poblaciones relativamente amplias de consumidores de anfetaminas. Las sobredosis de anfetaminas pueden ser, sin embargo, más difíciles de identificar, ya que los síntomas suelen ser menos específicos. El problema se complica por la aparición de nuevas drogas estimulantes. Por ejemplo, en 2011 y 2012 se asociaron más de 20 muertes al consumo de 4-metilamfetamina, una anfetamina, lo que indujo al EMCDDA y a Europol a llevar a cabo una evaluación de riesgos a escala europea y a la Comisión Europea a recomendar medidas de control a escala de la UE.

Se estima que 1,7 millones (1,3%) de adultos jóvenes (15-34 años) consumieron anfetaminas en el último año. Entre 2006 y 2011, ese consumo permaneció relativamente escaso y estable entre adultos jóvenes en la mayoría de los países europeos, registrándose niveles de prevalencia de aproximadamente el 2% o menos en todos los países que facilitaron datos, a excepción de Bulgaria (2,1%), Estonia (2,5%) y Polonia (3,9%). Entre los países con encuestas recientes (de 2010 o posteriores), todos notificaron niveles de prevalencia del consumo estables o decrecientes, salvo Polonia, que notificó un aumento (gráfico 2.5).

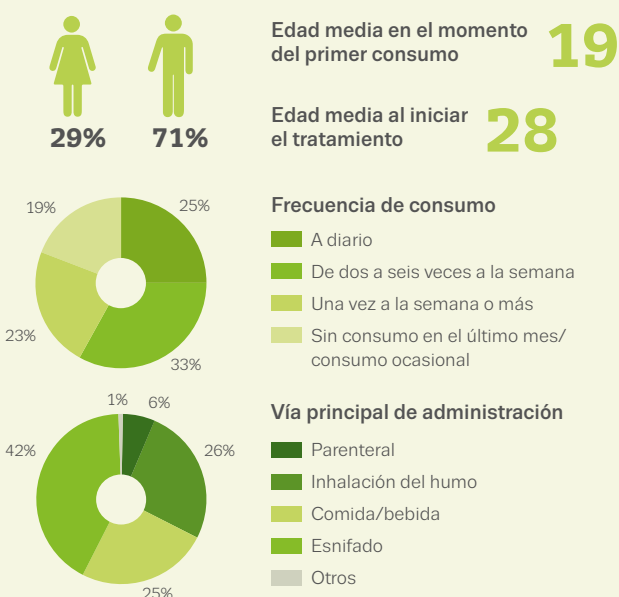
Aumento de la demanda de tratamiento por consumo de metanfetamina

Sólo dos países tienen estimaciones recientes del número de consumidores problemáticos de metanfetamina, que representan el 0,42% de los adultos (de 15 a 64 años) en la República Checa (2011) y el 0,21% en Eslovaquia (2007). Se han notificado recientemente indicios de consumo problemático de metanfetamina en Alemania, Grecia, Chipre y Turquía.

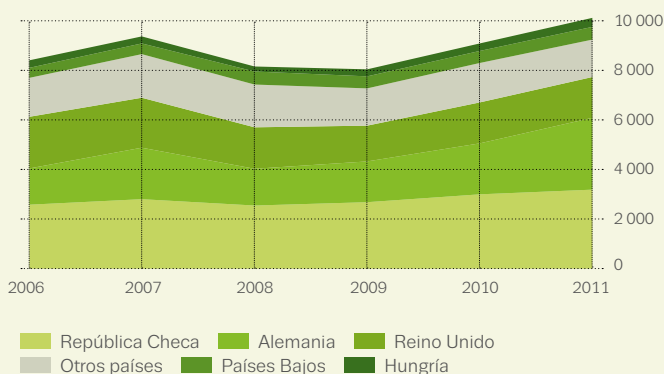
En torno al 6% de los consumidores que iniciaron tratamiento especializado de la drogodependencia en Europa en 2011 señalaron las anfetaminas como la droga principal (aproximadamente 24 000, de los cuales 10 000 iniciaron tratamiento por primera vez en su vida).

CONSUMIDORES DE ANFETAMINAS EN TRATAMIENTO

Características



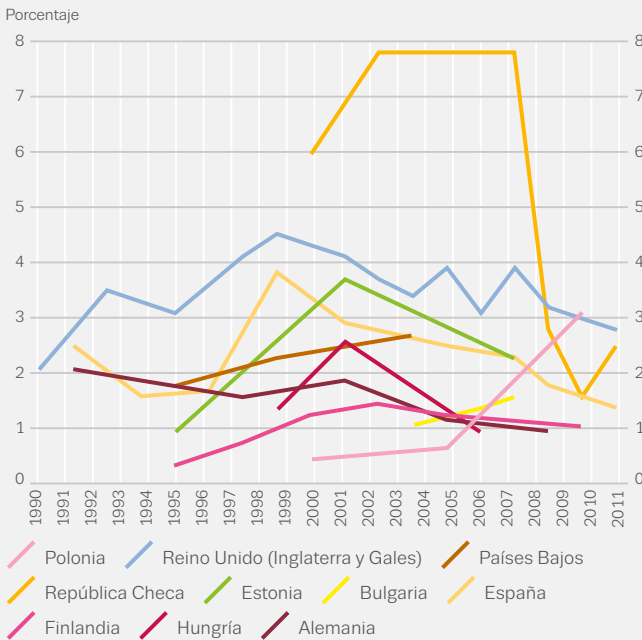
Tendencias en los consumidores que inician tratamiento por primera vez



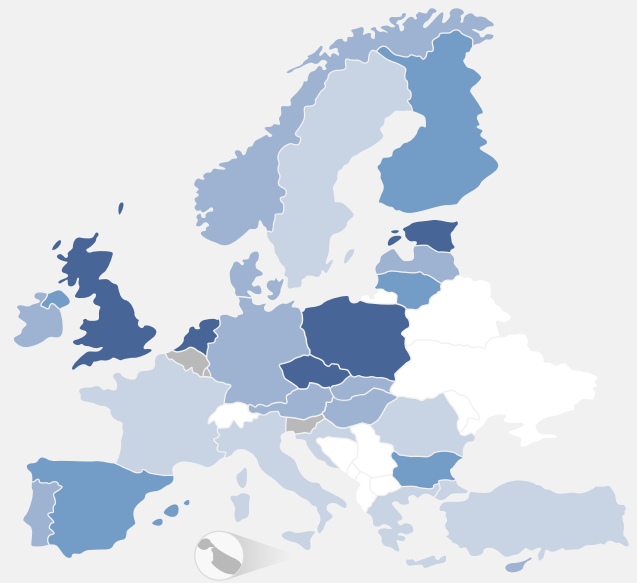
Nota: Las características se refieren al conjunto de los consumidores que iniciaron tratamiento siendo las anfetaminas la droga principal. Las tendencias se refieren a los que iniciaron tratamiento por primera vez siendo las anfetaminas la droga principal. Los países comprendidos varían en función del indicador.

GRÁFICO 2.6

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



Nota: Tendencias de diez países con la mayor prevalencia y tres o más encuestas.



Porcentaje 0-0,5 0,51-1,0 1,1-2,0 >2,0 No hay datos

Los consumidores de anfetamina como droga principal sólo representan una proporción significativa de los que iniciaron tratamiento por primera vez en Letonia, Polonia y Suecia, mientras que la metanfetamina se cita como droga principal en una gran proporción de los que iniciaron tratamiento en la República Checa y Eslovaquia. Entre 2006 y 2011, las tendencias del consumo de anfetaminas entre los consumidores que iniciaron tratamiento por primera vez se mantuvieron ampliamente estables, salvo en la República Checa y en Eslovaquia, que notificaron aumentos del consumo de metanfetamina.

3,1%. El consumo alcanzó su máximo de principios a mediados de la década del año 2000, antes de disminuir (gráfico 2.6). Entre 2006 y 2011, la mayoría de los países notificaron tendencias de consumo estables o en declive. Con la excepción de Polonia, sigue observándose esa disminución en los países que han realizado encuestas desde 2010. Pocos consumidores iniciaron tratamiento por problemas relacionados con el éxtasis en 2011: el éxtasis fue mencionado como droga principal por menos del 1% (alrededor de 600 consumidores) de que los que iniciaron tratamiento por primera vez.

Éxtasis: baja demanda de tratamiento

Se denomina habitualmente éxtasis la sustancia sintética MDMA. Suele presentarse en forma de pastillas, y a veces de polvo; puede ingerirse, esnifarse o (rara vez) administrarse por vía parenteral. Su consumo se ha asociado históricamente a los locales de música electrónica y se concentra en los adultos jóvenes, en particular hombres. Entre los problemas relacionados con su consumo se encuentran la hipertermia aguda y los problemas de salud mental. Las muertes relacionadas con el éxtasis son raras.

Se estima que 1,8 millones de adultos jóvenes consumieron éxtasis en el año anterior, variando las estimaciones nacionales entre menos del 0,1% y el

Mefedrona: nuevo contendiente en el mercado de los estimulantes

Hay signos de que las catinonas sintéticas, incluida la mefedrona, pueden haberse hecho con un espacio en el mercado de los estimulantes ilegales en algunos países. En la actualidad, sin embargo, sólo el Reino Unido realiza encuestas habituales en las que se incluyen estas drogas. Según los datos más recientes, el 1,1% de los adultos (de 16 a 59 años) de Inglaterra y Gales declararon haber consumido mefedrona en el último año, con lo que esta droga se situó como la cuarta más consumida. En el grupo de 16 a 24 años, la prevalencia del consumo en el último año fue igual a la de éxtasis (3,3%), situándose como tercera droga por su prevalencia. Se observó, sin embargo, una disminución de los niveles de consumo en todos los grupos en comparación con la encuesta de 2010/11.

En términos más generales, siguen notificándose datos de mortalidad y morbilidad relacionadas con la mefedrona en Europa, aunque a niveles relativamente bajos. Algunos países también notifican la administración por vía parenteral de mefedrona, MDPV y otras catinonas sintéticas entre los grupos de consumidores problemáticos y los que están en tratamiento por drogodependencia (Hungria, Austria, Rumanía, Reino Unido).

Alucinógenos, GHB y ketamina: todavía dentro del panorama actual

En el mercado de drogas ilegales en Europa hay varias sustancias psicotrópicas con propiedades alucinógenas, anestésicas y depresivas: se consumen por sí mismas, o bien junto con otras drogas más comunes o en lugar de estas. Los niveles de prevalencia general del consumo de hongos alucinógenos y de LSD en Europa son generalmente bajos y estables desde hace varios años. Entre los adultos jóvenes (de 15 a 34 años), las estimaciones de prevalencia del consumo de hongos alucinógenos en el último año en

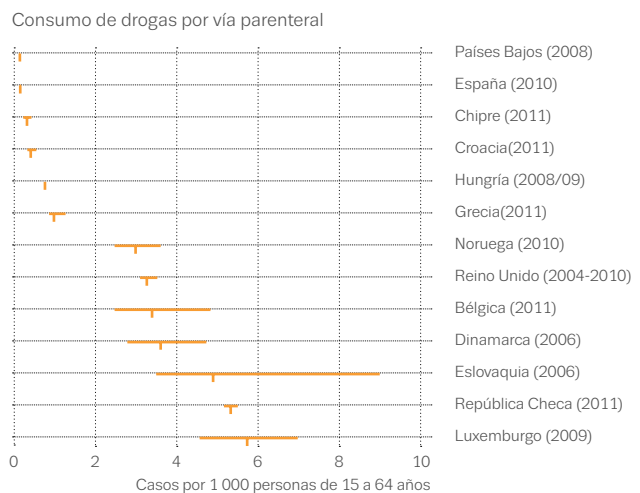
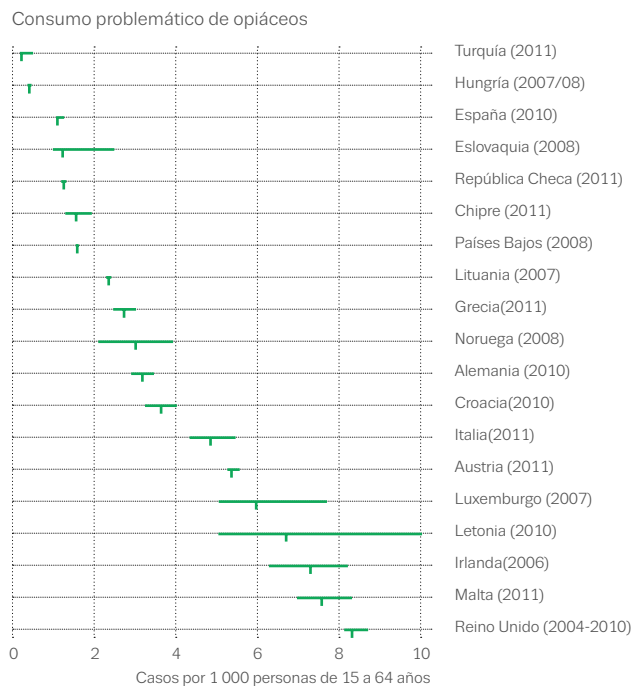
Las catinonas sintéticas, incluida la mefedrona, pueden haberse hecho con un espacio en el mercado de los estimulantes ilegales en algunos países

las encuestas nacionales oscilan entre el 0% y el 2,2% y las del LSD, entre el 0% y el 1,7%.

Desde mediados de la década de los 90 se tienen noticias del consumo recreativo de ketamina y de gamma-hidroxibutirato (GHB) en algunos subgrupos de consumidores de drogas en Europa. Se han ido reconociendo además de forma creciente los problemas de salud relacionados con estas sustancias, en particular la cistopatía asociada al consumo crónico de ketamina.

GRÁFICO 2.7

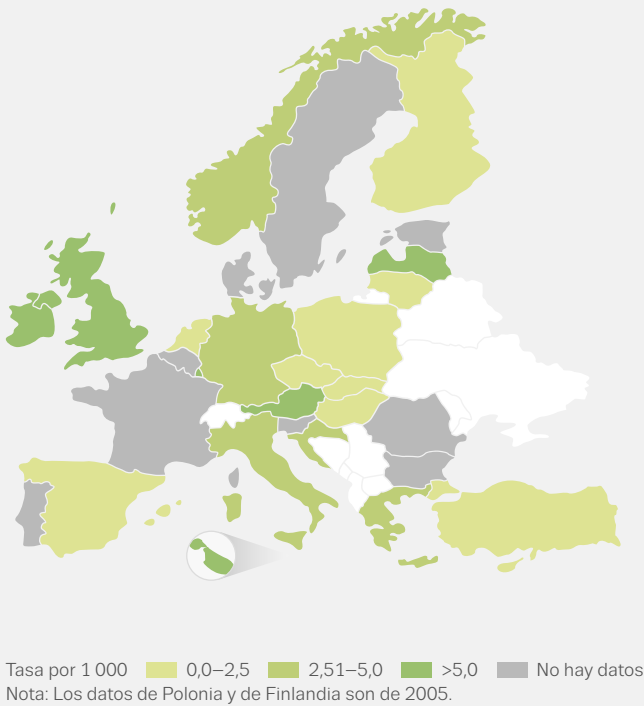
Estimaciones nacionales de prevalencia del consumo problemático de opiáceos y del consumo de drogas por vía parenteral



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

GRÁFICO 2.8

Estimaciones del consumo problemático de opiáceos en Europa



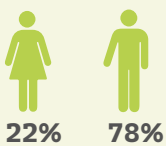
Por su parte, son riesgos ligados al consumo de GHB la pérdida de conciencia y la dependencia, y se ha documentado síndrome de abstinencia. Las estimaciones nacionales de prevalencia del consumo de estas sustancias, cuando las hay, en la población adulta y en la población escolar se mantienen bajas. En el Reino Unido, el 1,8% de las personas de 16 a 24 años declararon haber consumido ketamina el año anterior, manteniéndose estables los niveles entre 2008 y 2012 tras aumentar desde el 0,8% de 2006. Las encuestas específicas realizadas en locales nocturnos refieren niveles más altos de prevalencia del consumo a lo largo de la vida; por ejemplo, en una encuesta entre «discotequeros» daneses, declararon que habían probado ketamina el 10%. En una encuesta del Reino Unido por Internet entre consumidores identificados como «discotequeros» habituales, declararon haber consumido en el último año ketamina el 40% y GHB, el 2%.

Opiáceos: más de 1,4 millones de consumidores problemáticos

Los opiáceos siguen siendo responsables de una parte desproporcionadamente elevada de la mortalidad y la morbilidad por consumo de drogas en Europa. De ellos, el que más se consume es la heroína, que puede fumarse, esnifarse o administrarse por vía parenteral. Se dispone también en el mercado ilegal de otros opiáceos sintéticos,

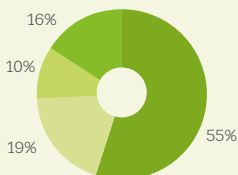
CONSUMIDORES DE HEROÍNA EN TRATAMIENTO

Características



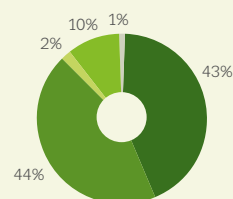
Edad media en el momento del primer consumo **22**

Edad media al iniciar el tratamiento **35**



Frecuencia de consumo

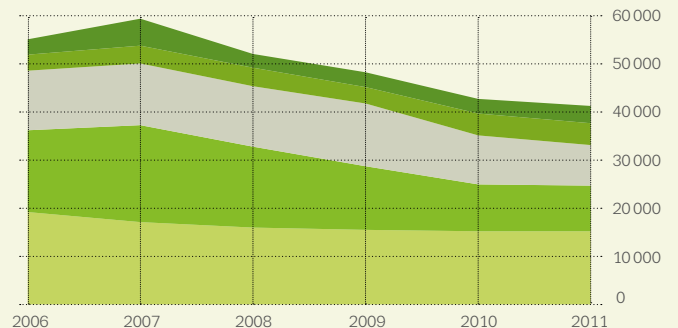
- A diario
- De dos a seis veces a la semana
- Una vez a la semana o más
- Sin consumo en el último mes/ consumo ocasional



Vía principal de administración

- Parenteral
- Inhalación del humo
- Comida/bebida
- Esnifado
- Otros

Tendencias en los consumidores que inician tratamiento por primera vez

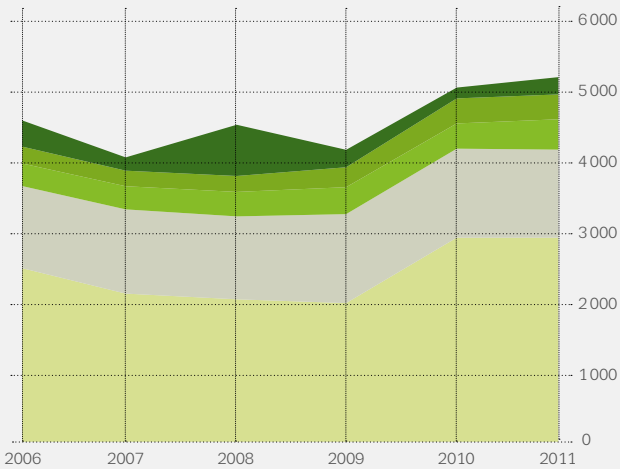


- Reino Unido
- Italia
- Otros países
- España
- Alemania

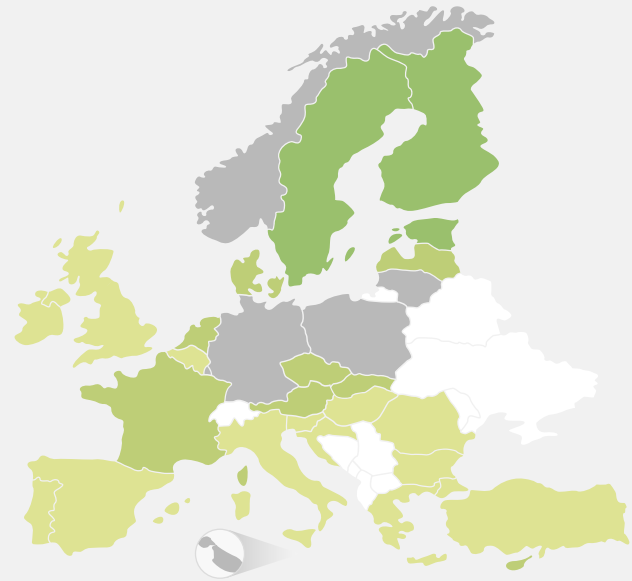
Nota: Las características se refieren al conjunto de los consumidores que iniciaron tratamiento siendo la heroína la droga principal. Las tendencias se refieren a los que iniciaron tratamiento por primera vez siendo la heroína la droga principal. Los países comprendidos varían en función del indicador.

GRÁFICO 2.9

Consumidores que iniciaron tratamiento por primera vez por consumo de opiáceos distintos de la heroína: tendencias en números absolutos (izquierda) y en porcentaje de los consumidores que iniciaron tratamiento por primera y que declararon el consumo de opiáceos como droga principal (derecha)



Reino Unido Otros países Francia
España Italia



Porcentaje 0-10 11-50 >50 No hay datos

como buprenorfina, metadona y fentanilo. La mayoría de los consumidores de opiáceos son politoxicómanos y las cifras de prevalencia son más elevadas en zonas urbanas y entre grupos marginados. Aparte de problemas de salud, los consumidores de opiáceos que inician tratamiento notifican en general niveles de desempleo y de carencia de hogar más altos y niveles de estudios más bajos que los que se dan en consumidores de otras drogas.

En Europa ha habido varias oleadas de adicción a la heroína, en particular una primera que afectó a muchos países de la parte occidental desde mediados de la década de los 70 y una segunda que afectó a la parte central y oriental entre mediados y finales de la década

de los 90. Aunque las tendencias de la última década presentan variaciones, en términos generales parece ir disminuyendo la iniciación al consumo de esta droga.

La prevalencia media del consumo problemático de opiáceos entre adultos (de 15 a 64 años) se estima en el 0,41%, lo que da 1,4 millones de casos en Europa en 2011. A escala nacional, las estimaciones de prevalencia varían entre menos de uno y aproximadamente ocho casos por 1 000 personas de 15 a 64 años de edad (gráfico 2.7).

Heroína: disminución del número de nuevos consumidores que inician tratamiento

Los consumidores de opiáceos (principalmente heroína) representaron el 48% de los que iniciaron tratamiento especializado en Europa en 2011 (197 000 personas) y en torno al 30% de los que iniciaron tratamiento por primera

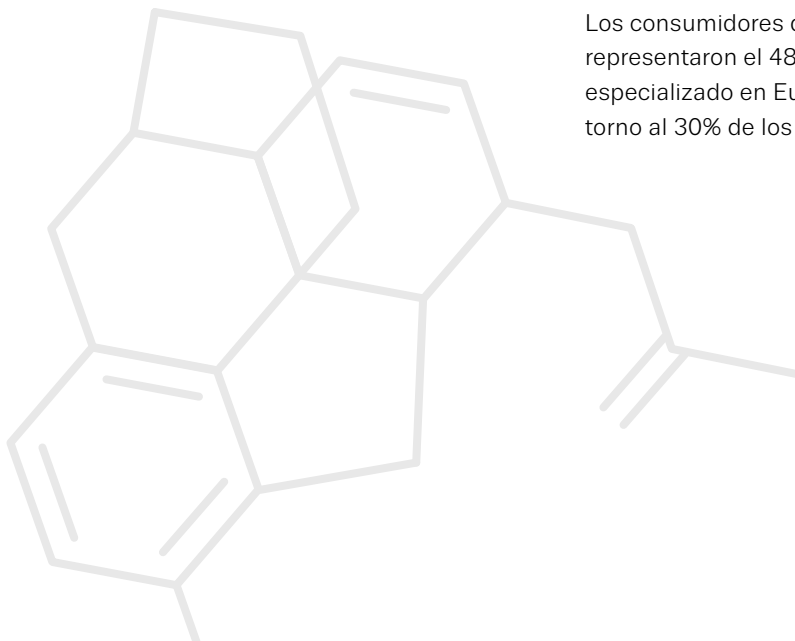
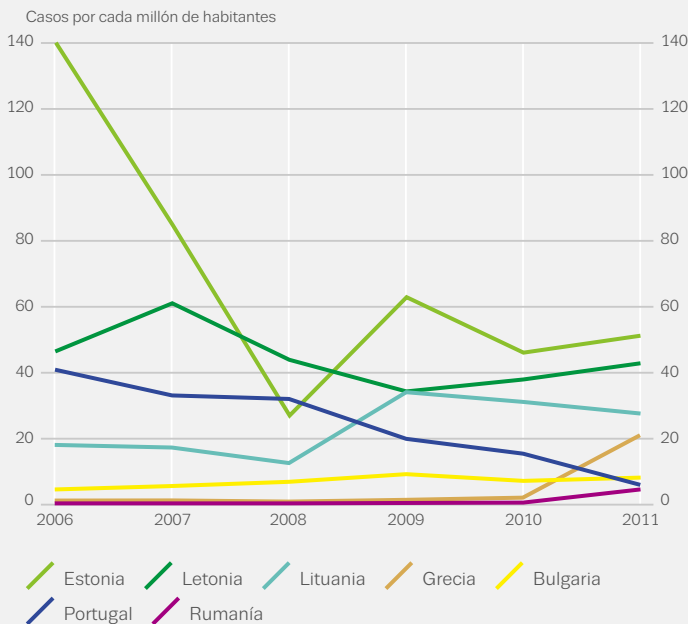
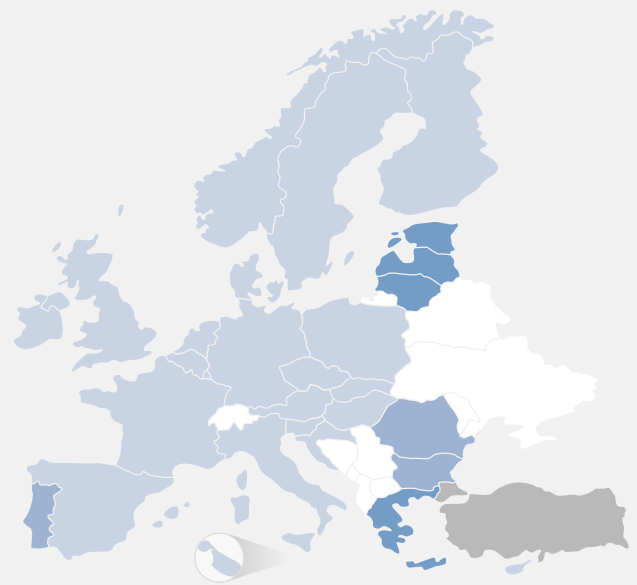


GRÁFICO 2.10

Nuevos diagnósticos de infecciones por el VIH relacionadas con el consumo de drogas por vía parenteral: tendencias seleccionadas (izquierda) y datos más recientes (derecha)



Nota: Nuevos diagnósticos de infecciones por el VIH entre los consumidores de drogas por vía parenteral en países que notificaron las tasas más elevadas en 2011 (fuente: ECDC).



Casos por cada millón de habitantes: <5, 5–10, >10, No hay datos

La iniciación al consumo de heroína parece ir disminuyendo

vez. En términos tendenciales, se observa en Europa una disminución del número de consumidores de opiáceos que inician tratamiento, desde un máximo de 59 000 en 2007 hasta 41 000 en 2011; la reducción es más evidente en los países de Europa occidental. En general, parece haber disminuido la iniciación en el consumo de heroína y esto es lo que influye ahora en la reducción de la demanda de tratamiento.

Opiáceos distintos de la heroína: un reto en algunos países

En 2011, once países europeos notificaron que el 10% o más de los consumidores de opiáceos que iniciaron tratamiento especializado por primera vez consumían productos distintos de la heroína, como fentanilo, metadona y buprenorfina (gráfico 2.9). En algunos países, estas drogas son ahora los opiáceos más frecuentes: en Estonia, la mayoría de los consumidores que iniciaron tratamiento por consumo de opiáceos tomaban fentanilo ilegal y en Finlandia, buprenorfina.

Consumo de drogas por vía parenteral: disminución a largo plazo

Los consumidores de drogas por vía parenteral se cuentan entre los colectivos con mayor riesgo de sufrir problemas de salud por esta causa, en particular infecciones transmitidas por la sangre o sobredosis. La vía parenteral se asocia generalmente al consumo de opiáceos, aunque en algunos países constituye un problema importante la administración por esta vía de anfetaminas. Trece países tienen estimaciones recientes de la prevalencia del consumo de drogas por vía parenteral; las cifras van desde menos de uno hasta aproximadamente seis casos por 1 000 personas de 15 a 64 años de edad. Entre los consumidores que iniciaron tratamiento especializado, el 38% de los que usaban opiáceos y el 24% de los que usaban anfetamina declararon haber utilizado la

Los consumidores de drogas por vía parenteral se cuentan entre los colectivos con mayor riesgo de sufrir problemas de salud por esta causa

vía parenteral. Las cifras varían de unos países a otros, entre menos del 9% en los Países Bajos y más del 93% en Letonia. Entre 2006 y 2011 disminuyó en general la proporción de consumidores que habían utilizado la vía parenteral entre los que iniciaron tratamiento por primera vez por problemas relacionados con la heroína; los datos más recientes, sin embargo, muestran un pequeño ascenso.

Los brotes amenazan la disminución a largo plazo en el VIH

El consumo de drogas por vía parenteral sigue siendo un importante mecanismo de transmisión de enfermedades infecciosas, como la infección por el VIH/SIDA y la hepatitis C. Las cifras más recientes muestran que la tendencia a una disminución a largo plazo del número de nuevos diagnósticos de VIH en Europa podría verse interrumpida por los brotes registrados entre los consumidores de drogas por vía parenteral en Grecia y

en Rumanía (gráfico 2.10). En 2011, la tasa media de diagnósticos de VIH atribuidos al consumo de drogas por vía parenteral fue de 3,03 por un millón de habitantes. Aunque las cifras están sujetas a revisión, en ese año se notificaron 1 507 nuevos casos, ligeramente más que en 2010, lo que rompe la tendencia general a la baja observada desde 2004.

La cifra total europea enmascara, en todo caso, importantes diferencias en los niveles y las tendencias de los nuevos diagnósticos de VIH en los distintos países. En 2011 se registraron en Grecia y Rumanía 353 nuevos diagnósticos, el 23% del total, mientras que en 2010 la cifra había sido ligeramente superior al 2% (31/1 469). Bulgaria, Estonia y Letonia notificaron en ese mismo año ligeros aumentos de la tasa de nuevos diagnósticos, mientras que, en contraste, las tasas de Irlanda, España y Portugal siguieron disminuyendo, en consonancia con la tendencia a la baja observable desde 2004.

Hepatitis y otras infecciones: importantes problemas de salud

La hepatitis vírica, en particular la causada por el virus de la hepatitis C (VHC), tiene una elevada prevalencia entre los consumidores de drogas por vía parenteral en Europa. Los niveles de anticuerpos del VHC en las muestras nacionales de consumidores de drogas por vía parenteral en 2010-2011 variaron entre el 18% y el 80%, aunque ocho de los 12 países que disponían de datos nacionales notificaron niveles superiores al 40% (gráfico 2.11). Una prevalencia igual o superior a ese nivel puede indicar la posibilidad de nuevos brotes de transmisión del VIH relacionada con el uso de la vía parenteral. De los países con datos de tendencias nacionales durante el período 2006-2011, se notificó una disminución de la prevalencia del VHC entre los consumidores de drogas por vía parenteral en tres países (Italia, Portugal, Noruega) y un aumento en dos (Grecia, Chipre).

Promediando los datos de los 18 países que facilitaron datos correspondientes al período 2010-2011, el consumo de drogas por vía parenteral representó el 58% de los casos notificados de infección por el VHC y el 41% de los diagnósticos agudos (en los que se conocía la categoría de riesgo). En cuanto a la hepatitis B, los consumidores de drogas por vía parenteral representan el 7% de los casos notificados y el 15% de los diagnósticos agudos. El consumo de drogas puede ser un factor de riesgo de otras enfermedades infecciosas, como hepatitis A y D, enfermedades de transmisión sexual, tuberculosis, tétanos y botulismo. También se notifican esporádicamente en Europa brotes de infección por ántrax, probablemente

GRÁFICO 2.11

Prevalencia de anticuerpos del VHC entre los consumidores de drogas por vía parenteral, 2010/2011

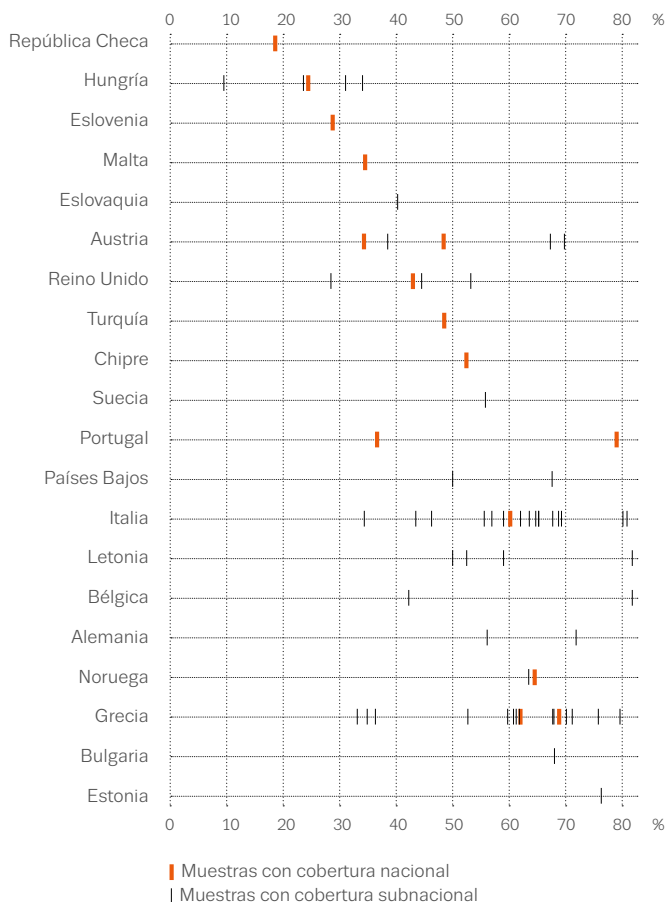
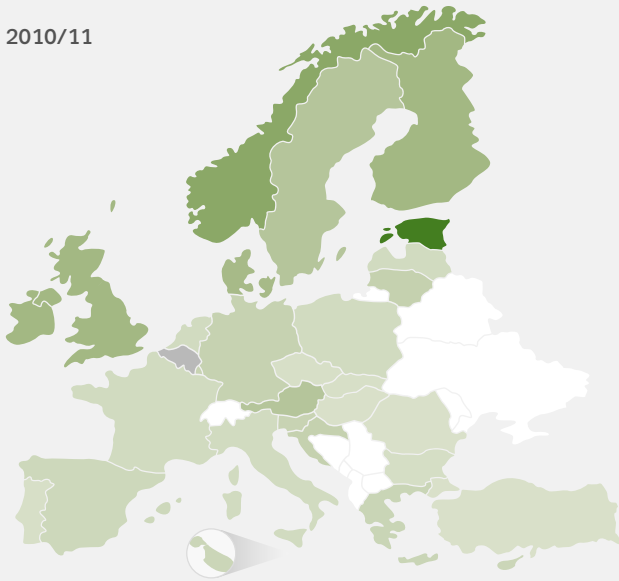


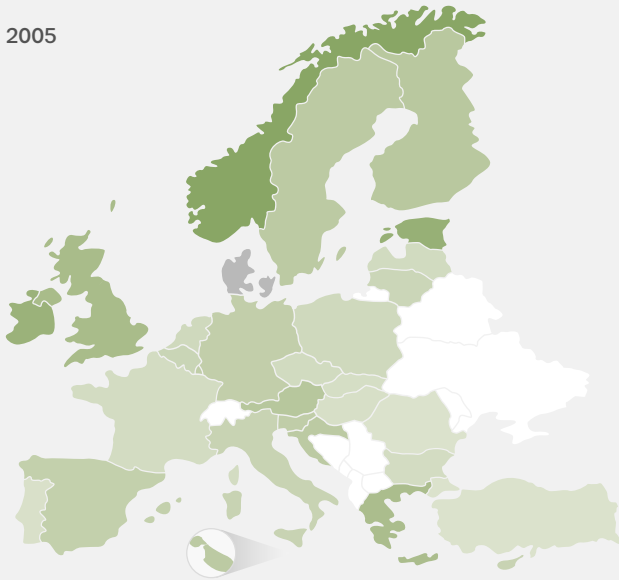
GRÁFICO 2.12

Tasa de mortalidad inducida por el consumo de drogas entre adultos (de 15 a 64 años)

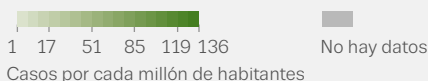
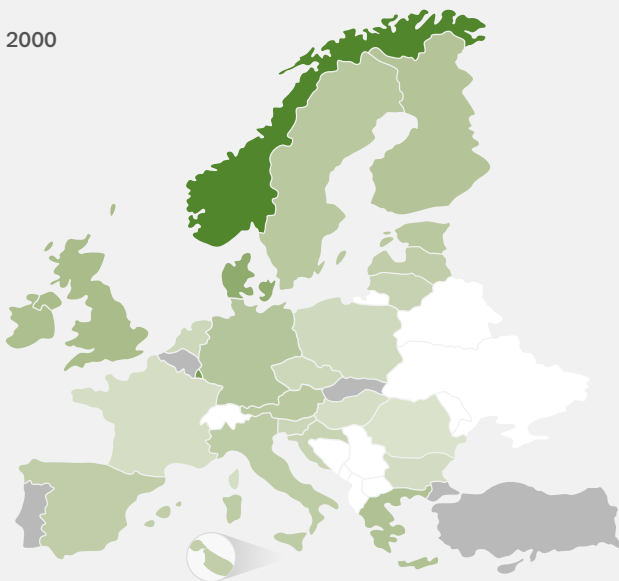
2010/11



2005



2000



causados por heroína contaminada. Por ejemplo, entre junio de 2012 y principios de marzo de 2013, se notificaron 15 casos, de los cuales siete causaron la muerte. Esto puede tener relación con un brote anterior declarado en 2009/2010.

Muertes relacionadas con las drogas: no sólo sobredosis

El consumo de drogas es una de las principales causas de mortalidad entre los jóvenes en Europa, tanto directamente por sobredosis (muertes inducidas por drogas) como indirectamente por enfermedades y accidentes relacionados con las drogas, actos de violencia y suicidios. La mayoría de los estudios sobre cohortes de consumidores problemáticos de drogas muestran tasas de mortalidad comprendidas en el intervalo del 1-2% al año, lo que representa un exceso de mortalidad de 10 a 20 veces superior a lo esperado. Un reciente análisis del EMCDDA estimó que cada año mueren en Europa entre 10 000 y 20 000 consumidores de opiáceos. La mayoría de estas muertes se producen en hombres en la treintena; no obstante, la edad, la tasa y las causas de la mortalidad varían entre unos países y otros y entre unos momentos y otros.

La infección por el VIH es la causa indirecta mejor documentada de muerte entre los consumidores de drogas. La estimación más reciente indica que en 2010 murieron en Europa cerca de 1 700 personas por infección por el VIH/SIDA atribuible al consumo de drogas por vía parenteral, y la tendencia es descendente. La hepatopatía puede representar un número considerable de muertes entre los consumidores de drogas, principalmente debido a infección por el VHC, y a menudo empeora por el consumo excesivo de alcohol, aunque no se dispone de cifras a escala europea. También el suicidio, las lesiones y el homicidio influyen en el exceso de mortalidad entre los consumidores de drogas, aunque de nuevo faltan al respecto estimaciones fiables.

Se notificaron unas 6 500 muertes por sobredosis en 2011, lo que supone un descenso respecto a los 7 000 casos de 2010 y los 7 700 de 2009

La causa principal de muerte entre los consumidores problemáticos de drogas en Europa es la sobredosis, interviniendo en la mayoría de los casos los opiáceos, principalmente la heroína o sus metabolitos, a menudo en combinación con otras sustancias como el alcohol o las benzodiazepinas. Además de la heroína, en los informes toxicológicos se mencionan opiáceos como la metadona, la buprenorfina y el fentanilo.

Aproximadamente el 90% de las muertes por sobredosis que se notifican en Europa se producen en personas de más de 25 años, y además va en aumento la edad media, lo que indica un envejecimiento de la cohorte de consumidores problemáticos de opiáceos. La mayoría de las muertes por sobredosis (80%) que se notifican son hombres.

Para el año 2011, la tasa de mortalidad media por sobredosis en Europa se estimó en 18 casos por un millón de personas de 15 a 64 años de edad. Se notificaron tasas de más de 40 muertes por un millón de personas en seis países, siendo las más altas las correspondientes a Noruega (73 por millón) y a Estonia (136 por millón) (gráfico 2.12).

La mayoría de los países notificaron una tendencia al alza de las muertes por sobredosis desde 2003 hasta 2008/2009, en que los niveles se estabilizaron en general y luego comenzaron a disminuir. En conjunto, se notificaron unas 6 500 muertes por sobredosis en 2011, lo que supone un descenso respecto a los 7 000 casos de 2010 y los 7 700 de 2009. En todo caso, la situación varía de unos países a otros y algunos todavía comunican aumentos.

PARA SABER MÁS

Publicaciones del EMCDDA

2012

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

Fentanyl in Europe. EMCDDA Trendspotter study.

Prevalence of daily cannabis use in the European Union and Norway, documento temático.

2011

Mortality related to drug use in Europe, cuestión particular.

2010

Problem amphetamine and methamphetamine use in Europe, cuestión particular.

Trends in injecting drug use in Europe, cuestión particular.

2009

Polydrug use: patterns and responses, cuestión particular.

2008

A cannabis reader: global issues and local experiences, volumen 2, parte I: Epidemiología, and Parte II: Efectos del consumo de cannabis sobre la salud, monografía del EMCDDA.

Publicaciones del EMCDDA y ESPAD

2012

Resumen del informe ESPAD 2011.

Publicaciones del EMCDDA y el ECDC

2012

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

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

3

Las respuestas a los problemas de las drogas pueden clasificarse en dos grandes grupos según que impliquen actividades de reducción de la demanda o de reducción de la oferta

Respuesta a las drogas

Las respuestas a los problemas de las drogas pueden clasificarse en dos grandes grupos según que impliquen actividades de reducción de la demanda o de reducción de la oferta. Las primeras incluyen intervenciones sanitarias y sociales, como la prevención, la reducción de daños, el tratamiento y la reinserción social. Las segundas incluyen el cumplimiento de la legislación sobre drogas, principalmente a través de la policía, el sistema de aduanas y la administración judicial, con el objetivo fundamental de reducir la disponibilidad de drogas.

Supervisión de las respuestas a los problemas de las drogas

Las respuestas a los problemas de las drogas se supervisan actualmente usando una combinación de fuentes de datos normalizados y de evaluaciones nacionales y valoraciones de expertos. Para la supervisión de las respuestas de orden sanitario y social se usan, por ejemplo, estimaciones de la prestación del tratamiento de sustitución de opiáceos y del suministro de agujas y jeringuillas. También la revisión de datos científicos, como los aportados por la Colaboración Cochrane, aporta información sobre la eficacia de las intervenciones de salud pública. Para más información sobre los datos presentados aquí y sobre la base de datos relativos a las respuestas pueden consultarse el sitio web del EMCDDA, el Boletín estadístico y el portal de buenas prácticas.

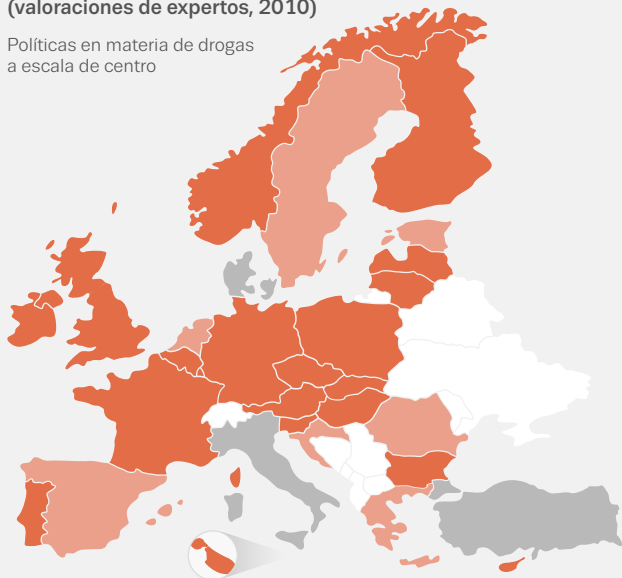
Progreso hacia la prevención basada en datos contrastados en los centros escolares

Para abordar el problema del consumo de drogas y los problemas relacionados con las drogas se utilizan diversas estrategias de prevención. La prevención ambiental y universal se dirige a poblaciones completas, la prevención selectiva atiende a grupos vulnerables y la prevención específica se centra en personas concretas en riesgo. En Europa, la mayor parte de las actividades de prevención suelen tener lugar en los centros escolares (gráfico 3.1), aunque también se desarrollan en otros contextos.

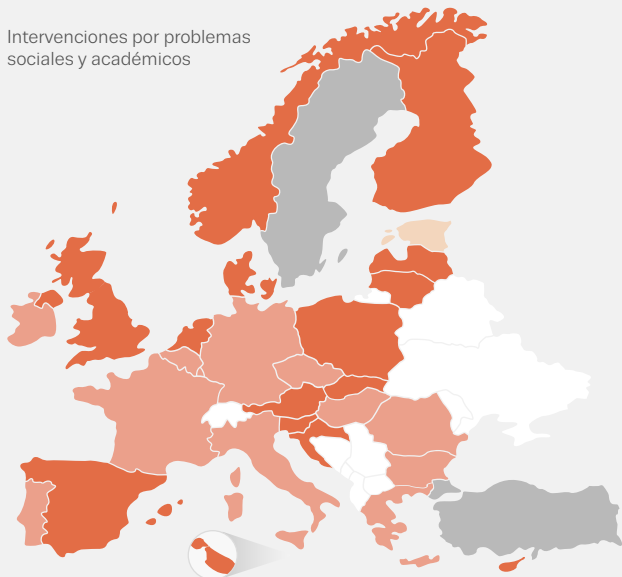
GRÁFICO 3.1

Disponibilidad de intervenciones específicas de prevención en materia de drogas en los centros escolares (valoraciones de expertos, 2010)

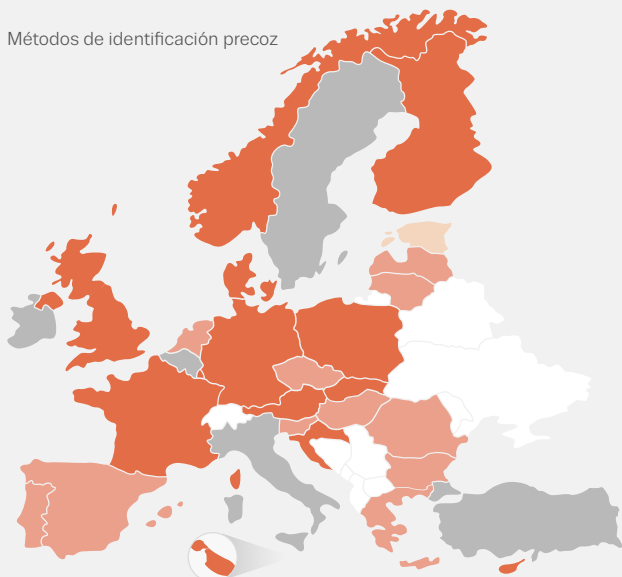
Políticas en materia de drogas a escala de centro



Intervenciones por problemas sociales y académicos



Métodos de identificación precoz



■ Completa/amplia
 ■ Limitada/rara
 ■ No disponible
■ No hay datos

Los datos disponibles indican que las estrategias de prevención ambiental, dirigidas a modificar el entorno cultural, social, físico y económico, pueden inducir un cambio en las creencias normativas y, en consecuencia, en el consumo de sustancias. En el conjunto de Europa, el empleo de medidas de este carácter ambiental en los centros escolares sigue siendo raro. Se observan, sin embargo, progresos en algunos ámbitos, como el relativo a la promoción de un clima escolar de protección y al desarrollo de políticas sobre drogas a escala de centro (por ejemplo, mediante la emisión de directrices para responder al consumo o a la venta de drogas por los propios alumnos). Se advierte asimismo una pequeña tendencia favorable al empleo en los centros escolares de estrategias de prevención universal valoradas positivamente, como la formación en capacidades personales y sociales, y contraria a las actividades basadas en el suministro de información básica, de cuya eficacia tenemos débiles pruebas. Cada vez son más, por otra parte, los informes de una aplicación satisfactoria de distintos programas de prevención estadounidenses y europeos valorados positivamente (por ejemplo, Good Behaviour Game, EUDAP (Unplugged), Örebro y Preventure).

Las intervenciones de prevención selectiva se dirigen a grupos vulnerables de jóvenes expuestos a un mayor riesgo de presentación de problemas de consumo de drogas. Los informes de expertos indican un aumento general de la disponibilidad en Europa de intervenciones idóneas para determinados grupos de este tipo, en particular las referidas a alumnos con problemas sociales y académicos. Los centros escolares constituyen además un importante entorno para el desarrollo de actividades de prevención específicas, como las consistentes en la aplicación de métodos para la determinación precoz de los alumnos con problemas de conducta y de drogas.

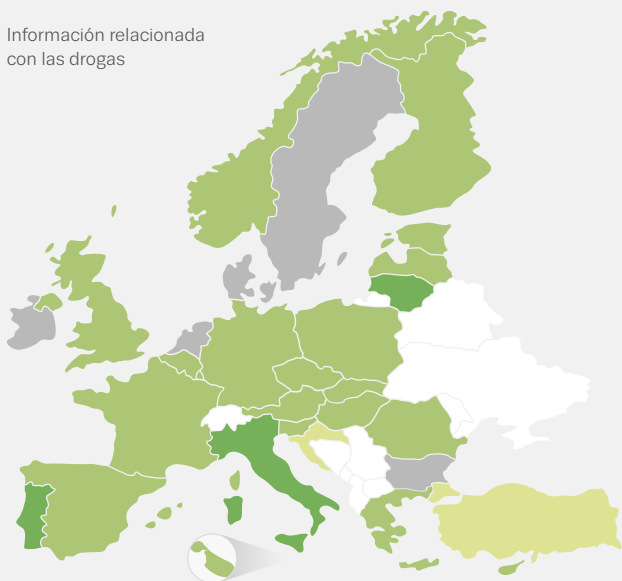
Intervenciones en entornos recreativos: necesidad de un enfoque integrado

Se asocia el consumo de drogas ilegales, en particular estimulantes, a los locales nocturnos y los jóvenes que acuden a algunos tipos de eventos pueden adoptar pautas de consumo de drogas y alcohol que aumenten en gran medida los riesgos de aparición de problemas de salud, accidentes o lesiones. Una iniciativa europea, Healthy Nightlife Toolbox, pone de relieve la importancia de velar por que los entornos recreativos apliquen una serie completa de medidas para abordar tales riesgos; el enfoque recomendado integra intervenciones de prevención, de reducción de daños, de reglamentación y de cumplimiento de la ley.

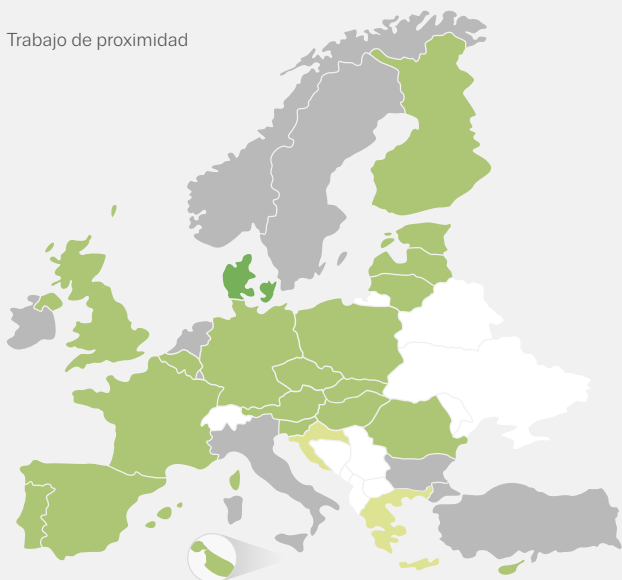
GRÁFICO 3.2

Disponibilidad de intervenciones específicas referidas a los locales nocturnos (evaluaciones de expertos, 2011)

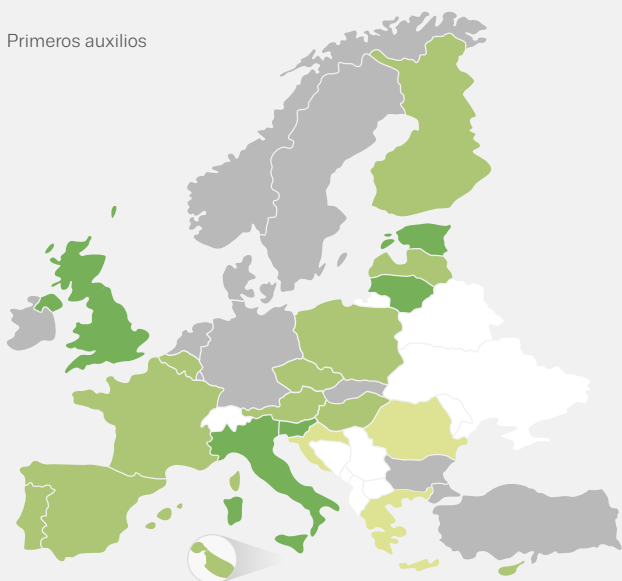
Información relacionada con las drogas



Trabajo de proximidad



Primeros auxilios



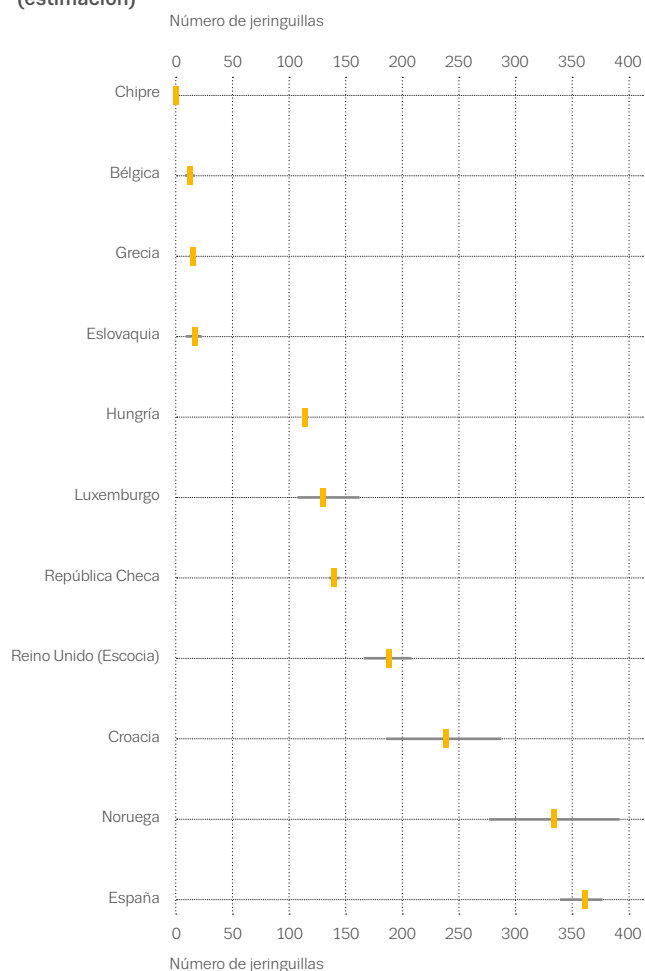
■ Completa/amplia
 ■ Limitada/rara
 ■ No disponible
 ■ No hay datos

Algo más de un tercio de los países informan del empleo de estrategias de prevención y de reducción de daños en los entornos recreativos. Algunas de estas estrategias se dirigen directamente a las personas, como las consistentes en la distribución de folletos informativos, en las intervenciones de educación por los propios compañeros y en el uso de equipos móviles. Otras se centran en aspectos ambientales, tales como la regulación y autorización de los locales de venta de alcohol, la promoción de un suministro responsable de alcohol, la aplicación de iniciativas de gestión de masas y la garantía de un acceso gratuito al suministro de agua y de un servicio de transportes nocturno seguro. Estas medidas son promovidas por club-salud.eu y por las etiquetas «noches de calidad» concedidas al amparo del proyecto europeo «Party+». Una revisión de la disponibilidad de tres intervenciones referidas a los locales nocturnos, en concreto las relativas a la distribución de material informativo, al trabajo de proximidad y a los primeros auxilios, indica, sin embargo, que en la mayoría de los países la actividad en este ámbito es aún limitada (gráfico 3.2).



GRÁFICO 3.3

Número de jeringuillas suministradas al amparo de programas especializados a los consumidores de drogas por vía parenteral (estimación)



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

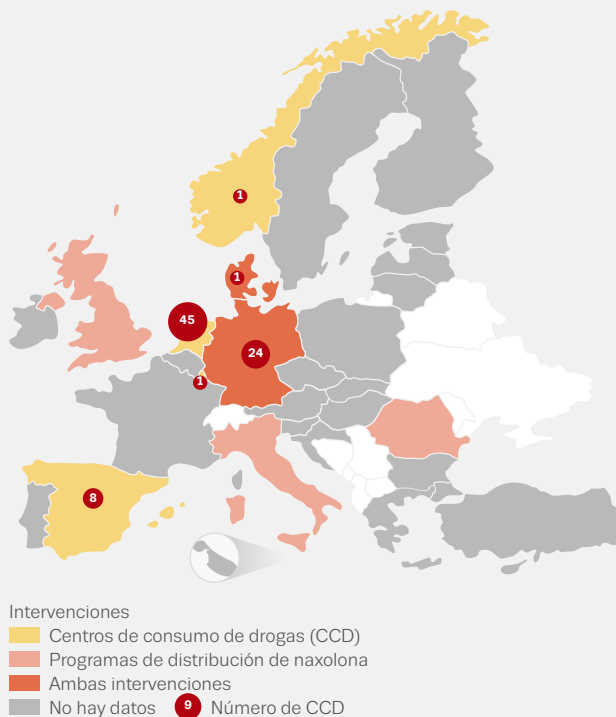
Prevención de las enfermedades infecciosas: más atención al tratamiento de la hepatitis C

Los consumidores de drogas, en particular por vía parenteral, corren el riesgo de contraer enfermedades infecciosas al compartir las jeringuillas o mantener relaciones sexuales sin protección. La prevención de la transmisión del VIH, de la hepatitis vírica y de otras infecciones es, por lo tanto, un importante objetivo de las políticas europeas en materia de drogas. En el caso de los consumidores de opiáceos por vía parenteral, la eficacia de los tratamientos de sustitución en este ámbito ha sido demostrada en varias revisiones recientes y parece aumentar cuando se combina con programas de suministro de agujas y jeringuillas.

El número de jeringuillas distribuidas al amparo de programas especializados aumentó de 34,2 millones en 2005 a 46,3 millones en 2011 en los 23 países que facilitaron datos nacionales para esos dos años. En los 11 países para los que se dispone de estimaciones

GRÁFICO 3.4

Países con programas de distribución de naxolona y con centros de consumo supervisado de drogas en Europa



recientes del número de consumidores de drogas por vía parenteral, se distribuyeron en virtud de esos programas una media de 127 jeringuillas por consumidor en 2011, oscilando las cifras nacionales entre menos de 50 y más de 300 (gráfico 3.3).

Existe una vacuna segura y eficaz para prevenir la propagación del virus de la hepatitis B (VHB), y 25 países europeos la han incorporado a su programa nacional de vacunaciones. Dieciséis países informan además de la existencia de programas de vacunación contra el VHB específicos para los consumidores de drogas por vía parenteral. En relación con la hepatitis C, para la que no existe vacuna, se aplican medidas de prevención similares a las que se utilizan para evitar la transmisión del VIH. No obstante, en este punto siguen siendo limitadas y están deficientemente financiadas en algunos países europeos las iniciativas basadas en la realización de análisis de laboratorio y en el asesoramiento a los consumidores de drogas por vía parenteral. Los estudios de modelización indican, por otra parte, que el suministro de información sobre la hepatitis C a estos colectivos puede reducir la transmisión del virus. A pesar de ello, y de las pruebas cada vez más abundantes de la eficacia de su aplicación a los consumidores de drogas por vía parenteral, son relativamente pocos los que reciben tratamiento antivírico contra la hepatitis C en Europa.

GRÁFICO 3.5

Número de consumidores que iniciaron tratamiento especializado de la drogodependencia, por drogas principales

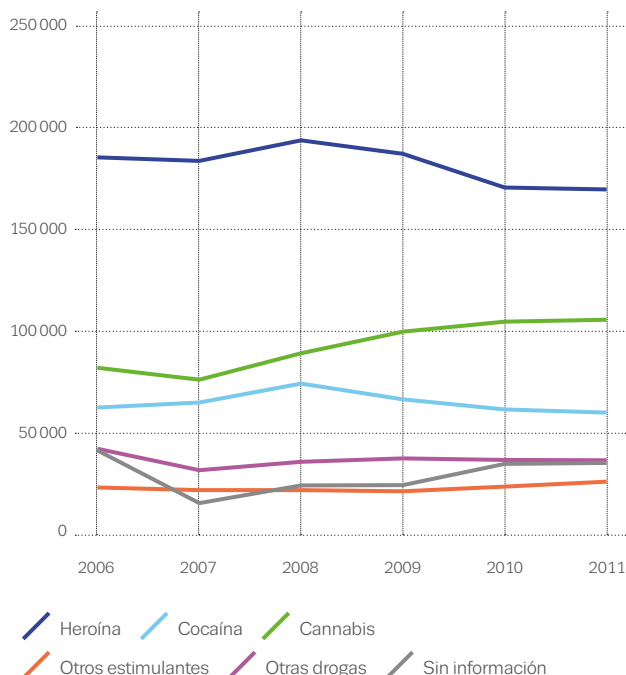
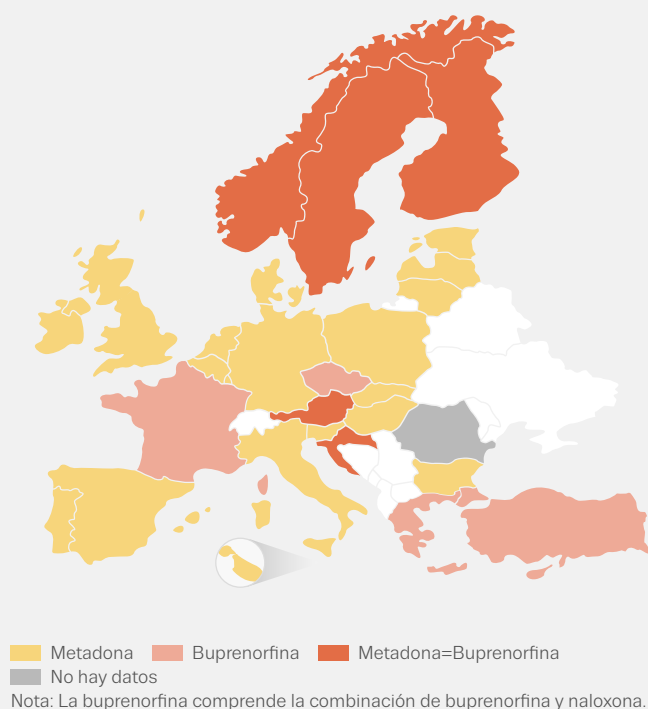


GRÁFICO 3.6

Medicamento de sustitución de opiáceos predominante, por número de pacientes



Prevención de las muertes relacionadas con las drogas: un importante reto de salud pública

La reducción de las sobredosis y de las muertes relacionadas con las drogas sigue siendo un importante reto de salud pública en Europa. La administración de tratamiento, especialmente el consistente en la sustitución de opiáceos, reduce sustancialmente el riesgo de mortalidad de los consumidores de drogas, y la mejora del acceso a las terapias, y el mantenimiento de estas, puede verse como una importante medida de prevención de las sobredosis. Es sabido, en todo caso, que los riesgos de sobredosis aumentan entre los consumidores de opiáceos cuando estos recobran la libertad después de su reclusión y cuando dejan ciertos tipos de tratamiento, debido probablemente a la reducción de los niveles de tolerancia. Un método innovador para abordar estos riesgos consiste en aumentar la disponibilidad del antagonistas de opiáceos naloxona. Cinco países informan de la aplicación de proyectos o programas piloto que prevén la entrega de naloxona a los consumidores de opiáceos, sus familiares o sus cuidadores (gráfico 3.4). En el Reino Unido, un estudio reveló que, con una formación mínima, los profesionales sanitarios, incluidos los técnicos en toxicomanías, pueden mejorar sus conocimientos, capacidades y seguridad en sí mismos para tratar las sobredosis y administrar dicho producto.

La mayoría de los países informan de la entrega de información sobre el riesgo de sobredosis a los

consumidores problemáticos de drogas. La evaluación de ese riesgo por el personal sanitario o por los técnicos en toxicomanías puede ayudar además a la identificación precoz de las personas de alto riesgo, y los centros de consumo supervisado de drogas pueden llegar a los grupos de consumidores marginados. Hay seis países con centros de este tipo, que pueden contribuir a la prevención de las muertes por sobredosis y a la reducción de los efectos de las sobredosis no mortales.

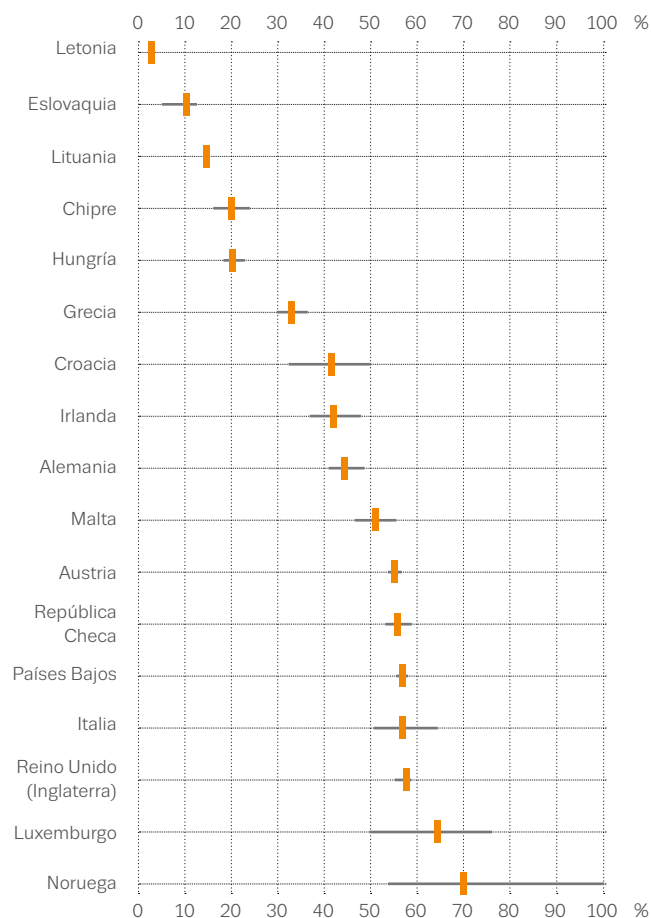
Más de un millón de europeos en tratamiento de la drogodependencia

Se estima que al menos 1,2 millones de personas recibieron tratamiento por consumo de drogas ilegales en Europa durante 2011. Los consumidores de opiáceos representan el grupo mayor, mientras que los datos sobre comienzo del tratamiento (gráfico 3.5) indican que el segundo y el tercer lugar corresponden a los consumidores de cannabis y de cocaína, aunque con diferencias observables entre unos países y otros.

Las intervenciones psicosociales, la sustitución de opiáceos y la desintoxicación son las principales modalidades de tratamiento de la drogodependencia en Europa, que se lleva a cabo en su mayor parte en entornos ambulatorios, como centros especializados, consultas de médicos generales y centros de bajo umbral. Hay por otra

GRÁFICO 3.7

Porcentaje de consumidores problemáticos de opiáceos en tratamiento de sustitución (estimación)



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

parte una proporción significativa, aunque decreciente, de los tratamientos que se prestan en régimen de ingreso.

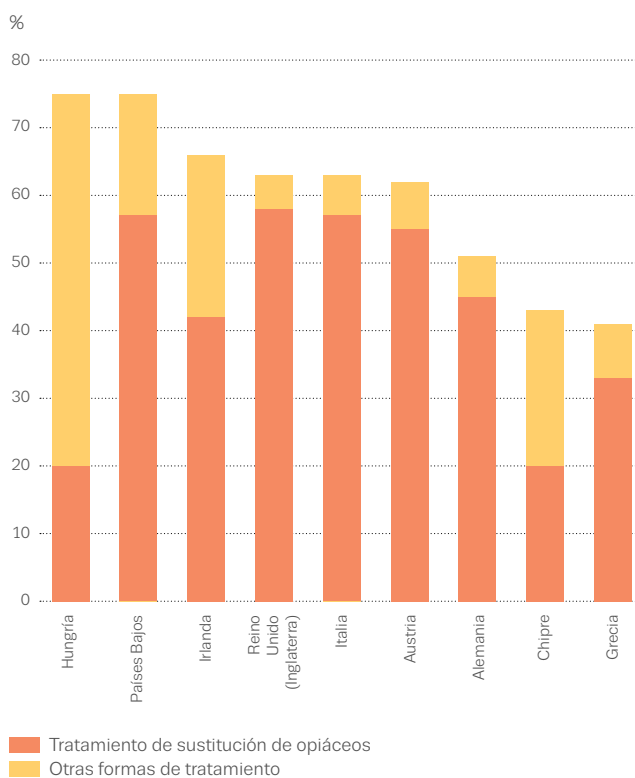
Consumidores de opiáceos: tratamiento de sustitución como primera elección

El tratamiento más frecuente de la dependencia de opiáceos en Europa es el de sustitución, normalmente integrado con la atención psicosocial y prestado en centros ambulatorios especializados o por médicos de cabecera. La metadona es el fármaco que más se prescribe, hasta en tres cuartas partes de los pacientes; en la mayoría de los casos restantes se administra buprenorfina, que es el principal fármaco de sustitución en cinco países (gráfico 3.6). Menos del 5% de los tratamientos de sustitución en Europa se basan en la prescripción de otras sustancias, como morfina de liberación lenta o diacetilmorfina (heroína).

Las pruebas disponibles apoyan el tratamiento de sustitución de opiáceos, combinado con la atención

GRÁFICO 3.8

Porcentaje de consumidores problemáticos de opiáceos que reciben tratamiento de la drogodependencia (estimación)

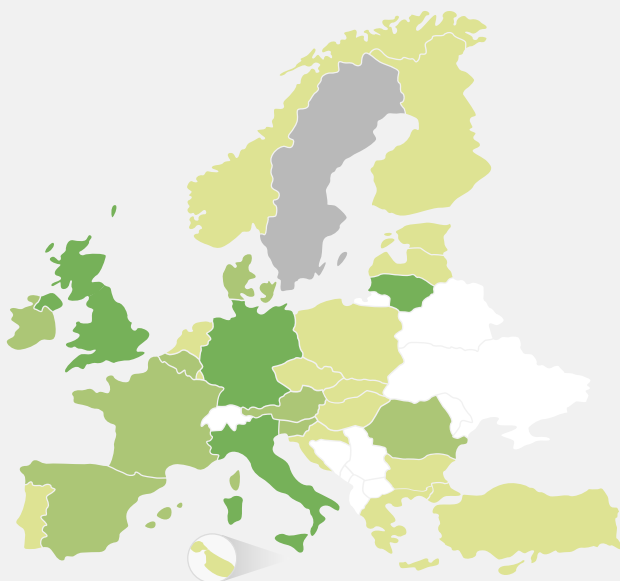


psicosocial, para mantener a los consumidores en tratamiento y reducir el consumo de opiáceos ilegales y los daños relacionados con las drogas y la mortalidad. La metadona, la buprenorfina y la diacetilmorfina han demostrado su eficacia para interrumpir el ciclo de intoxicación y abstinencia y para ayudar, de este modo, a los pacientes a estabilizarse y a seguir luego otros tipos de intervenciones (el tratamiento para la infección por el VIH/SIDA y la hepatitis, por ejemplo). El tratamiento de sustitución ha demostrado asimismo que mejora la calidad de vida y facilita la reinserción social.

El número total de consumidores de opiáceos beneficiarios de tratamiento de sustitución en Europa se estimó en 2011 en 730 000, frente a los 650 000 de 2008. Esta cifra corresponde probablemente al 50% de los consumidores problemáticos de opiáceos, lo que supone una tasa de cobertura equivalente a las notificadas en Australia y en Estados Unidos. Hay, no obstante, grandes diferencias nacionales, registrándose las tasas más bajas (3-20%) en Letonia, Eslovaquia y Lituania (gráfico 3.7). Cinco países informaron de largos tiempos de espera, de entre uno y seis meses, y de más de seis meses en Bulgaria y en Grecia. No obstante, tras los brotes de VIH aparecidos entre los consumidores de heroína en 2010, Grecia ha ampliado recientemente la administración de tratamientos de sustitución y ha reducido los tiempos de espera.

GRÁFICO 3.9

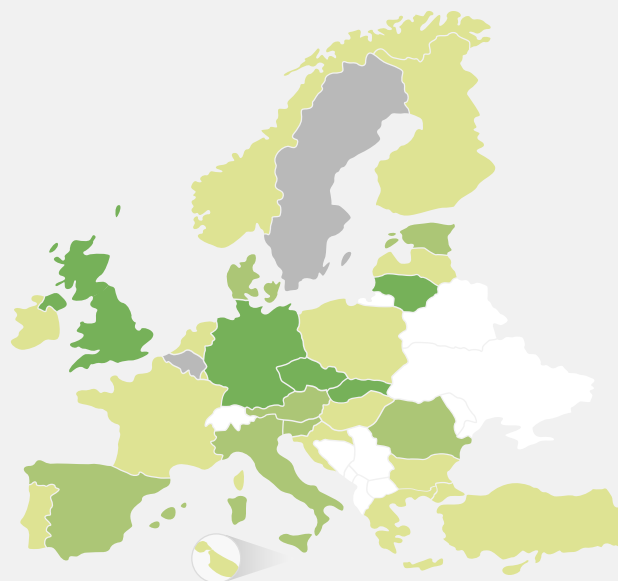
Disponibilidad de programas específicos de tratamiento para los consumidores de cocaína (valoraciones de expertos, 2011)



■ Completa/amplia
 ■ Limitada/rara
 ■ No disponible
■ No hay datos

GRÁFICO 3.10

Disponibilidad de programas específicos de tratamiento para los consumidores de anfetaminas (valoraciones de expertos, 2011)



■ Completa/amplia
 ■ Limitada/rara
 ■ No disponible
■ No hay datos

Otros tratamientos para los consumidores de opiáceos: disponibilidad en todos los países

En todos los países europeos se presta también a los consumidores de opiáceos tratamiento distinto al de sustitución. Se administra en centros ambulatorios y residenciales e incluye intervenciones psicosociales como la terapia cognitivo-conductual, las comunidades terapéuticas y otros enfoques. En ocasiones está precedido por un programa de desintoxicación, que ofrece asistencia farmacéutica para tratar los síntomas físicos de la abstinencia. Se ha demostrado una cierta eficacia de las intervenciones cognitivo-conductuales en los consumidores de opiáceos, pero no hay datos suficientemente sólidos para identificar cuál de esas intervenciones es la más eficaz. No hay pruebas concluyentes de la eficacia de las comunidades terapéuticas libres de drogas.

Estos tratamientos distintos al de sustitución se administran a un porcentaje de consumidores problemáticos de opiáceos que varía entre el 5% y más del 50% en los nueve países que aportan datos suficientes (gráfico 3.8). En todos ellos, las tasas combinadas de cobertura de los distintos tipos de tratamiento aplicados superan el 40% de esos consumidores.

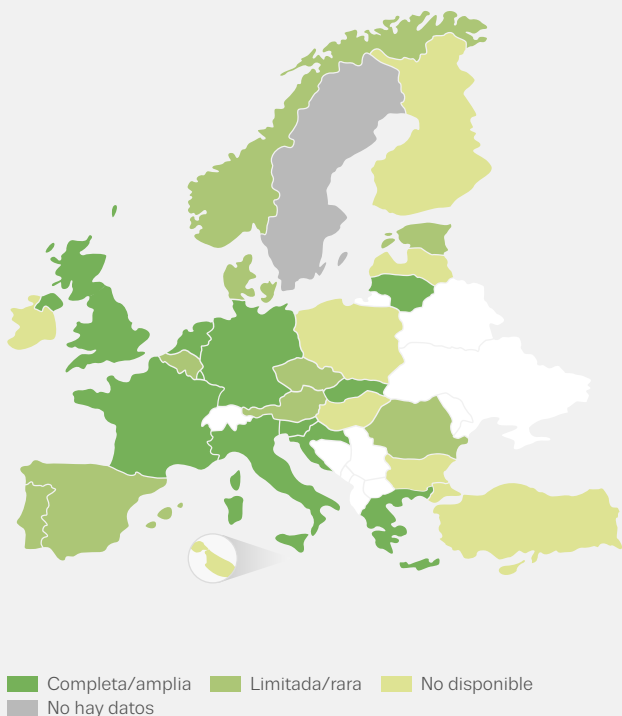
Tratamiento del consumo de cocaína: disponibilidad de programas específicos

La primera opción de tratamiento para la dependencia de la cocaína son las intervenciones psicosociales, siendo entre ellas la más eficaz la gestión de contingencias. En cuanto a los fármacos, pueden ser eficaces en la reducción del consumo los agonistas de dopamina y los antipsicóticos.

Aunque las personas con problemas de dependencia de la cocaína pueden ser atendidas en servicios generales de tratamiento, hay programas especializados para los consumidores de esta droga o de crack en 12 países (gráfico 3.9), entre ellos los que presentan niveles más elevados de consumo. En algunos países, tales programas se dirigen a los consumidores socialmente integrados que quizá se muestren reacios a acudir a otros servicios. En Dinamarca y Austria, se ofrece además tratamiento en el contexto de programas de policonsumo de drogas. Bulgaria, Malta y los Países Bajos informan de la existencia de planes para aplicar programas específicos de tratamiento en un futuro próximo. Se han preparado directrices específicas para el tratamiento de los consumidores de cocaína en Dinamarca, Alemania y el Reino Unido.

GRÁFICO 3.11

Disponibilidad de programas específicos de tratamiento para los consumidores de cannabis (valoraciones de expertos, 2011)



Tratamiento del consumo de anfetaminas: diferencias geográficas

La primera opción de tratamiento para los consumidores de anfetaminas son las intervenciones psicosociales en servicios ambulatorios de tratamiento de la drogodependencia. Tanto la terapia cognitivo-conductual como la gestión de contingencias, a veces en combinación, parecen asociarse a resultados positivos. Se han estudiado varios fármacos para tratar la dependencia de la anfetamina y la metanfetamina, pero aún no se han aportado pruebas sólidas a favor de ningún régimen farmacológico concreto.

Las opciones de tratamiento disponibles para los consumidores de anfetaminas en Europa varían considerablemente entre unos países y otros. Se dispone de programas de tratamientos adaptados específicamente sobre todo en países con una larga historia en este campo (gráfico 3.10). Además, Bulgaria y Hungría informan de la existencia de planes para la aplicación de programas específicos en un futuro próximo.

Tratamiento del consumo de cannabis: pluralidad de enfoques

En Europa, el tratamiento de los consumidores de cannabis abarca una amplia gama de enfoques, tales como el tratamiento basado en Internet, las

Los datos sobre consumidores que iniciaron tratamiento por drogodependencia en 2011 demuestran que la mayoría de ellos estaban desempleados y casi uno de cada diez carecían de vivienda estable

intervenciones breves, la terapia familiar multidimensional, la terapia cognitivo-conductual y otras intervenciones psicosociales estructuradas en régimen ambulatorio o de ingreso. La administración judicial, los servicios de urgencias hospitalarios y las unidades de salud mental constituyen importantes fuentes de derivación de los pacientes en algunos países. En los últimos años ha aumentado la disponibilidad de estudios de evaluación de los tratamientos de la dependencia del cannabis, entre ellos un metanálisis reciente de la terapia familiar multidimensional que presenta resultados positivos en cuanto a la reducción del consumo de sustancias y al mantenimiento del tratamiento. Se está investigando asimismo el uso de fármacos como posible apoyo de las intervenciones psicosociales. Rimonabant, un agonista, ha dado por ejemplo resultados positivos en cuanto a la reducción de los problemas fisiológicos agudos relacionados con la inhalación de cannabis.

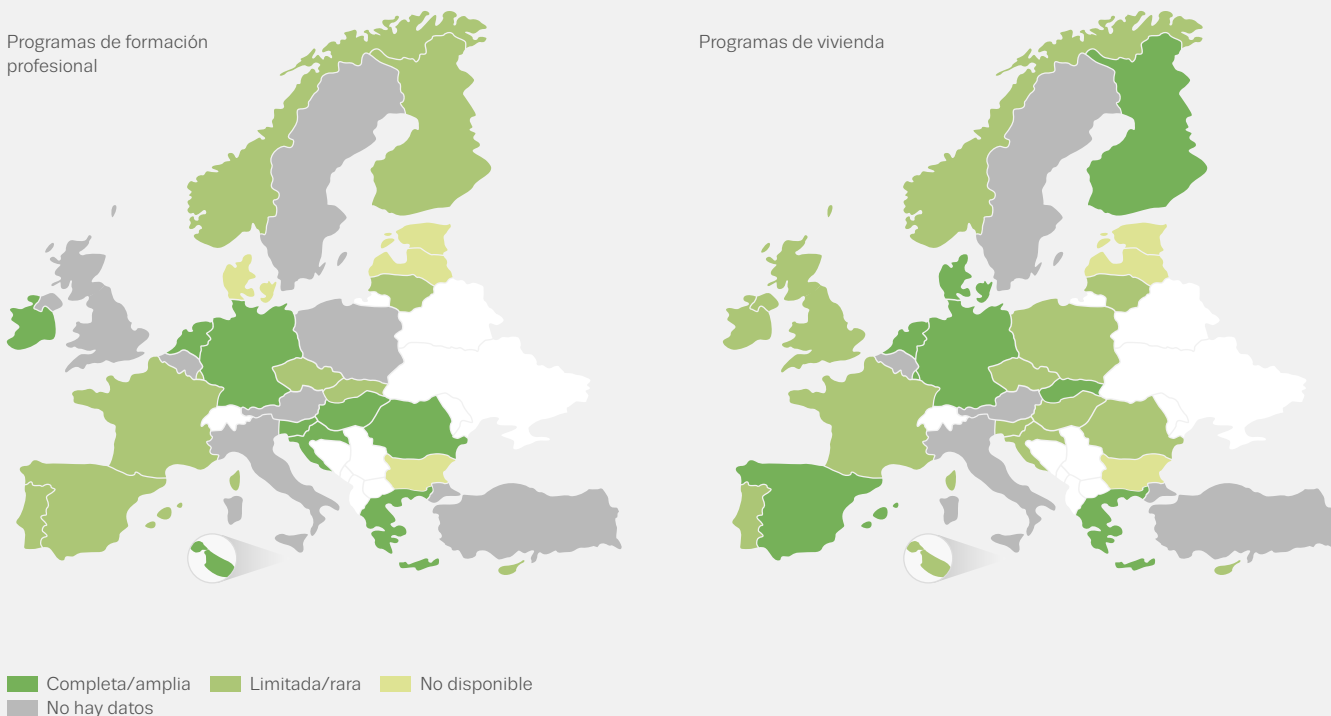
En 2011, más de la mitad de los países europeos informaron de la existencia de programas específicos de tratamiento para los consumidores de cannabis (gráfico 3.11), y Bulgaria, Chipre, Hungría y Polonia tienen prevista la introducción de programas de este tipo.

GHB: examen de posibles opciones de tratamiento

La dependencia del gamma-hidroxi-butarato (GHB) es una patología clínica reconocida, caracterizada por un síndrome de abstinencia potencialmente intenso tras un consumo regular o crónico. Hasta la fecha, la investigación se ha centrado en la descripción del síndrome y las complicaciones relacionadas, que pueden resultar difíciles de reconocer en situaciones de urgencia. No se dispone, en todo caso, de protocolos normalizados para su tratamiento, aunque se encuentran en curso en los Países Bajos investigaciones de desintoxicación controlada mediante fármacos que contienen GHB.

GRÁFICO 3.12

Disponibilidad de programas de reinserción social para los consumidores de drogas en tratamiento (valoraciones de expertos, 2010)



Reinserción social: ¿el elemento que falta?

Los datos sobre consumidores que iniciaron tratamiento por drogodependencia en 2011 demuestran que la mayoría de ellos estaban desempleados (47%) y casi uno de cada diez carecían de vivienda estable (9%). Es común en ellos el bajo nivel de estudios, ya que un 36% solo habían finalizado la educación primaria y un 2% ni siquiera eso.

La prestación de servicios de reinserción social, dirigidos a mejorar las competencias sociales, a promover la educación y la empleabilidad o a atender las necesidades de vivienda, puede tener lugar coetánea o posteriormente a la finalización del tratamiento de la drogodependencia. Aunque la mayoría de los países informan de la existencia de servicios de este tipo (gráfico 3.12), los niveles de prestación suelen ser insuficientes para las necesidades. Por otra parte, el acceso a ellos es muchas veces condicional, es decir, se supedita por ejemplo a la superación de la drogodependencia o a la disponibilidad de vivienda estable, lo que puede excluir a algunos de los más necesitados de apoyo.

El éxito de las medidas de reinserción social depende a menudo de una colaboración eficaz entre los distintos tipos de servicios de apoyo. Este tema se abordó en una reciente encuesta del EMCDDA, en la que 17 de los 28 países informaron de la existencia de alguna modalidad de colaboración entre los servicios de tratamiento de la

drogodependencia y los servicios de apoyo en ámbitos como la vivienda y el empleo.

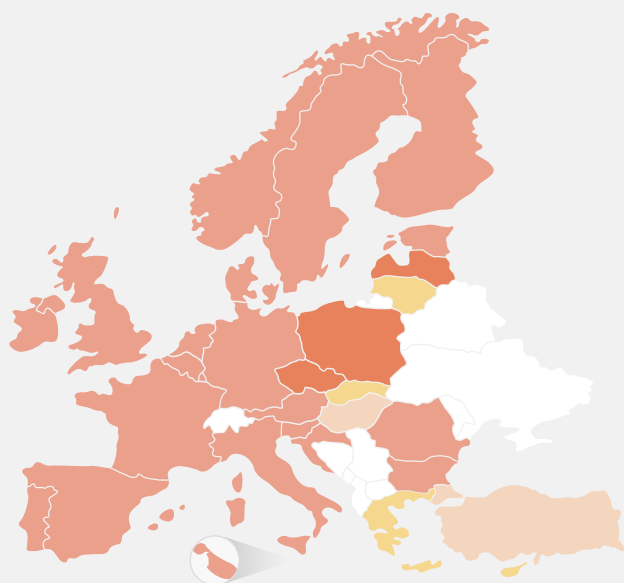
Servicios para reclusos: aún subdesarrollados

Según recientes estudios, las tasas de consumo de drogas son más altas y las pautas de consumo más nocivas entre la población reclusa que en la población general, ya que entre el 5% y el 31% de los reclusos han consumido drogas por vía parenteral en algún momento. Al ingresar en el establecimiento penitenciario, la mayoría reducen



GRÁFICO 3.13

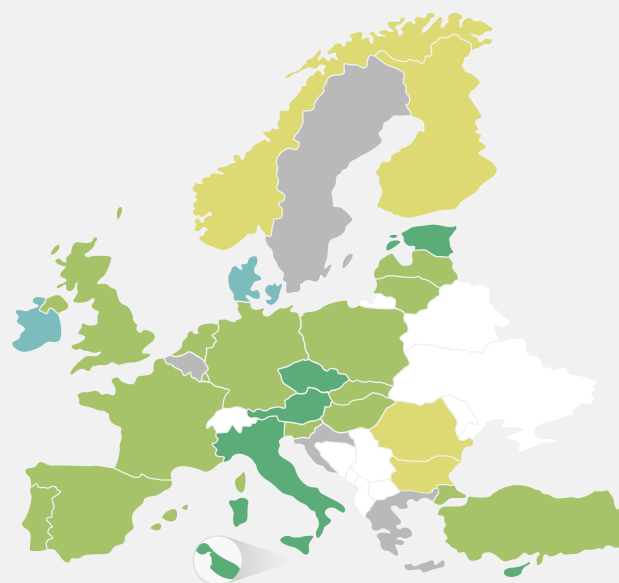
Disponibilidad de tratamientos de sustitución de opiáceos en los establecimientos penitenciarios



- Continuación e inicio del tratamiento
- Sólo continuación del tratamiento
- Sin casos notificados
- No disponible

GRÁFICO 3.14

Tipos de organizaciones especializadas en el cumplimiento de la legislación sobre drogas en Europa



- Brigadas de estupefacientes
- Agencias de lucha contra la delincuencia organizada y las formas de delincuencia grave
- Ambas
- Otras
- No hay datos

o suspenden el consumo. Las drogas ilegales se abren paso, sin embargo, en muchos de estos establecimientos y algunos reclusos prosiguen el consumo o se inician en él durante su permanencia en ellos.

Dadas las múltiples y complejas necesidades sanitarias de los reclusos con problemas de drogodependencia, que pueden exigir una actuación multidisciplinar y especializada de los servicios médicos, la evaluación de esas necesidades en el momento de la entrada en el establecimiento penitenciario constituye una intervención importante. La mayor parte de los países han establecido modalidades de colaboración entre los servicios penitenciarios de salud y los organismos responsables de esos mismos servicios en la comunidad para la aplicación de programas terapéuticos y de educación de la salud en los propios centros, pero también para garantizar la continuidad de la asistencia al entrar en ellos y al recobrar la libertad. En siete países europeos, la competencia de los servicios penitenciarios de salud corresponde al Ministerio de Sanidad. En términos generales, sin embargo, la prestación de esos servicios está rezagada respecto a los servicios comunitarios en general, a pesar del compromiso global de respeto del principio de equivalencia de la asistencia.

Los servicios penitenciarios europeos en materia de drogas abarcan variadas intervenciones, que van desde el suministro de información, el consejo y el tratamiento

hasta las medidas de reducción de daños y la preparación para la puesta en libertad. Suelen hacerse pruebas de detección de infecciones, principalmente el VIH, a la entrada en el establecimiento, y en unos pocos países también en el momento de la puesta en libertad. Sin embargo, no siempre se incluyen en ellas las pruebas de detección del VHC. Es raro el suministro de agujas y jeringuillas limpias, y solo cuatro países informan de la disponibilidad de jeringuillas al menos en un centro penitenciario.

En la mayoría de los países se administra tratamiento de sustitución de opiáceos en los establecimientos penitenciarios, pero su introducción ha sido más lenta que en la comunidad en general. Una estimación reciente indica que al menos 74 000 reclusos lo reciben durante el año, aunque los niveles de administración varían considerablemente de unos países a otros. Puede haber también restricciones ya que en algunos países, por ejemplo, solo se ofrece a los reclusos que ya lo estaban recibiendo con anterioridad (gráfico 3.13).

Reducción de la oferta de drogas: alejamiento del modelo de las brigadas de estupefacientes

Mientras que las intervenciones de reducción de la demanda suelen documentarse, la recogida sistemática de datos sobre las actividades de reducción de la oferta

son mucho más raras, a pesar de que absorben la mayor parte de los presupuestos nacionales en materia de drogas. La aplicación de la legislación sobre drogas es un componente clave de la reducción de la oferta y el EMCDDA ha iniciado recientemente un proyecto piloto para mejorar la descripción y conocimiento de la organización de las actividades en este ámbito. El punto de partida ha sido la elaboración de un inventario de las organizaciones formalmente constituidas que tienen por misión principal el descubrimiento e investigación de las infracciones de la legislación sobre drogas. Tales organizaciones pueden encuadrarse en dos grandes tipos: las «brigadas de estupefacientes» y las agencias contra la delincuencia organizada a las que se asigna el mandato específico de conseguir la reducción de la oferta de drogas.

Hay al menos uno de estos dos tipos de organizaciones en 26 países, que informan de la existencia de un total de más de 1 000 unidades (gráfico 3.14). En 23 países se ha estimado el número de funcionarios de esas unidades especializadas, en su mayor parte pertenecientes a la policía, que en total son al menos 17 000. Aunque las cifras facilitadas no son siempre directamente comparables, puede estimarse que estos funcionarios especializados representan entre el 0,2% y el 3,3% del total de los que tienen asignado el cumplimiento de la legislación sobre drogas a escala nacional.

Las brigadas de estupefacientes y las agencias mencionadas se encuadran en su mayor parte en las fuerzas de policía, aunque un pequeño número de ellas están adscritas a los servicios aduaneros. Además, 11 países informan de la existencia de una cooperación interinstitucional, normalmente en forma de brigadas o unidades conjuntas de la policía y de aduanas, como las constituidas por los servicios de guardacostas o de control de fronteras. Su número, sin embargo, es de solo 42 entre las más de 1 000 unidades existentes.

Aunque 21 países informan de la existencia de brigadas de estupefacientes, los datos indican que, en términos generales, esta modalidad de funcionamiento se encuentra en declive, ya que se prefieren las agencias más generales a las que se encomienda la competencia de la lucha contra la «delincuencia organizada y las formas graves de delincuencia». Se refleja así, hasta cierto punto, la evolución a escala de la UE, donde la oferta de drogas se considera como una de las varias dimensiones interrelacionadas de la lucha contra la delincuencia organizada que se recoge tanto en la Evaluación de la amenaza de la delincuencia organizada de Europol como en el ciclo político del Consejo Europeo en relación con la delincuencia organizada y las formas graves de delincuencia internacional.

PARA SABER MÁS

Publicaciones del EMCDDA

2012

Reducción de la demanda de drogas: datos mundiales para medidas locales, Drogas en el punto de mira, nº 23.

Guidelines for the evaluation of drug prevention: a manual for programme planners and evaluators (second edition), Manual.

New heroin-assisted treatment, observaciones del EMCDDA.

Prisons and drugs in Europe: the problem and responses, cuestión particular.

Social reintegration and employment: evidence and interventions for drug users in treatment, observaciones del EMCDDA.

2011

European drug prevention quality standards, Manual.

Guidelines for the treatment of drug dependence: a European perspective, cuestión particular.

2010

Harm reduction: evidence, impacts and challenges, monografía del EMCDDA.

Treatment and care for older drug users, cuestión particular.

2009

Internet-based drug treatment interventions, observaciones del EMCDDA.

2008

A cannabis reader: global issues and local experiences, volumen, 2, parte III Prevención y tratamiento, monografía del EMCDDA.

Publicaciones del EMCDDA y el ECDC

2011

ECDC and EMCDDA guidance. Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs.

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

4

Las políticas de control de las drogas se aplican en Europa en el contexto general del sistema internacional de control establecido por tres Convenios de las Naciones Unidas

Políticas sobre drogas

En Europa, compete a los gobiernos y los parlamentos nacionales adoptar el marco jurídico, estratégico, organizativo y presupuestario necesario para responder a los problemas relacionados con las drogas, todo ello en el marco de la actuación coordinada impuesta por la legislación y por las estrategias y planes de acción plurianuales de la UE. En conjunto, estos elementos configuran las políticas sobre la droga que permiten a los países elaborar y poner en práctica las intervenciones de reducción de la demanda y de la oferta que se examinan en el presente informe.

Supervisión de las políticas sobre drogas

Las dimensiones principales de la política sobre drogas que pueden supervisarse a escala europea son las correspondientes a la legislación sobre drogas y las infracciones de la misma, a las estrategias y planes de acción nacionales sobre drogas, a los mecanismos de coordinación y evaluación de las políticas y a los presupuestos y gastos públicos en materia de drogas. Los datos se recogen a través de dos redes del EMCDDA: los puntos focales nacionales y los corresponsales legales. Pueden consultarse datos y notas metodológicas sobre las infracciones de la legislación sobre drogas en el Boletín estadístico, y se ofrece información completa en línea sobre la política y la legislación europeas sobre drogas.

Legislación sobre drogas: un marco común

Las políticas de control de las drogas se aplican en Europa en el contexto general del sistema internacional de control establecido por tres Convenios de las Naciones Unidas. Este sistema establece un marco para el control de la producción, el comercio y la posesión de más de 240 sustancias psicoactivas, la mayoría de ellas con un uso médico reconocido. Los Convenios obligan a los países a tipificar como infracción el suministro no autorizado. Lo mismo se aplica a la posesión de drogas para uso personal, aunque con sujeción a los «principios constitucionales y las concepciones básicas del sistema jurídico» de cada país. Esta cláusula no ha sido interpretada uniformemente por los países europeos y ello se refleja en los diferentes enfoques jurídicos adoptados al respecto.

Posesión de drogas para uso personal: alejamiento de las penas de privación de libertad

En la mayoría de los países europeos, la posesión de drogas para uso personal (y en ocasiones su consumo) es un delito que se castiga con una pena de privación de libertad. En algunos, sin embargo, es una infracción que solo se castiga con una sanción administrativa, como una multa o la suspensión del permiso de conducir. Puede influir además la droga implicada. En dos tercios de los países europeos, la legislación nacional impone la misma sanción para todas las infracciones ligadas a la posesión para uso personal, independientemente de la sustancia de que se trate. En los restantes países, la sanción varía en función de la sustancia.

En general, desde 2000 más o menos se observa en toda Europa una tendencia general a la reducción de la posible imposición de penas de privación de libertad por la posesión de drogas para uso personal. Algunos países han modificado su legislación eliminando esas penas (como Portugal, Eslovenia, Bulgaria y, más recientemente, Croacia), mientras que otros han instruido a la policía o a los fiscales para que se impongan sanciones diferentes. El enfoque seguido en Portugal ha recibido considerable atención internacional. Las medidas adoptadas en 2001 reducen el papel de las penas y remiten a los consumidores de drogas a una red de «comisiones para la disuasión de la drogodependencia» dependiente del Ministerio de Sanidad.

En la mayoría de los países europeos, la mayor parte de las infracciones de la legislación sobre drogas se cometen por consumo o posesión para el consumo; en total se cometieron más de un millón de infracciones de este tipo

en 2011, un 15 % más que en 2006. Más de tres cuartas partes de esas infracciones estuvieron relacionadas con el cannabis (gráfico 4.1).

La práctica sancionadora arroja algo de luz sobre la consideración que se da a las infracciones por consumo y posesión para el consumo de drogas y a sus resultados reales en Europa. En 2009, una recopilación de datos del EMCDDA reveló que muchos países imponen multas, advertencias o trabajos para la comunidad por la posesión de drogas para consumo personal, en tanto que en algunos países de Europa central y oriental, como Bulgaria, Polonia, Rumanía, Eslovaquia y Croacia, se opta por la suspensión de las penas de privación de libertad.

Oferta de drogas: variaciones en las sanciones

El tráfico de drogas ilegales se tipifica en toda Europa como delito, pero las sanciones máximas que pueden imponerse varían considerablemente. En algunos países se distingue un único tipo de infracción, que puede castigarse con una amplia gama de sanciones (que pueden llegar a la pena de cadena perpetua). Otros países distinguen entre falta y delito, en función de factores como la cantidad de droga aprehendida, con la correspondiente gama de sanciones. Otro enfoque, que se da en 14 de los 30 países aquí considerados, consiste en diferenciar las sanciones según la droga de que se trate (gráfico 4.2).

Las infracciones relacionadas con la oferta de drogas han aumentado en una cuarta parte desde 2006, superando los 225 000 casos en 2011. En el caso del cannabis, la mayoría de las infracciones se cometen por posesión para

GRÁFICO 4.1

Infracciones por consumo o posesión para el consumo de drogas en Europa, tendencias y desglose por drogas (drogas principales)

Índice (2006=100)

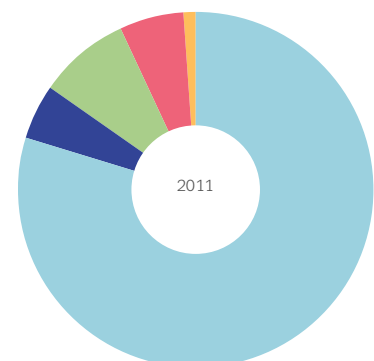
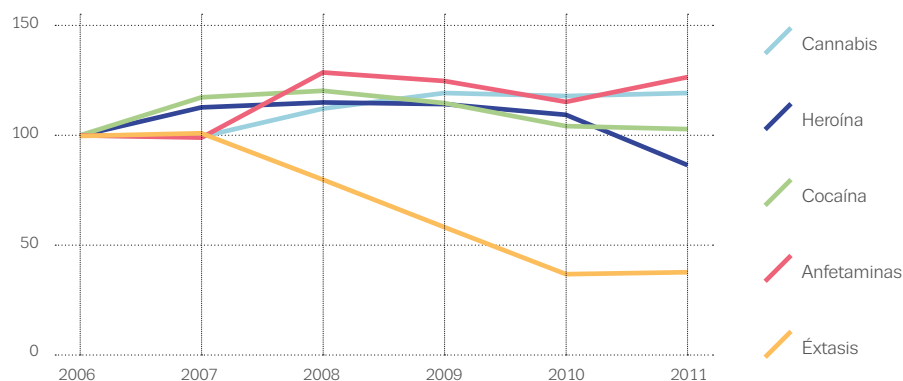


GRÁFICO 4.2

Sanciones de las infracciones de la legislación sobre drogas: variación en función de las drogas

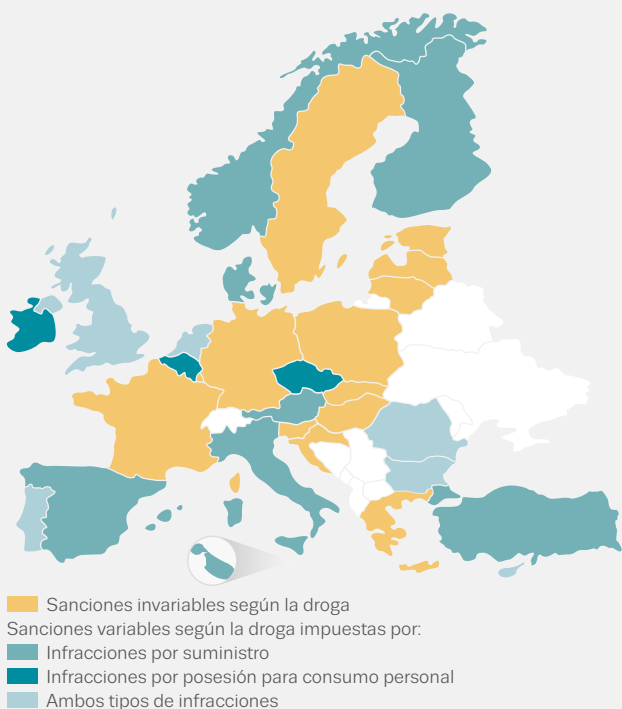
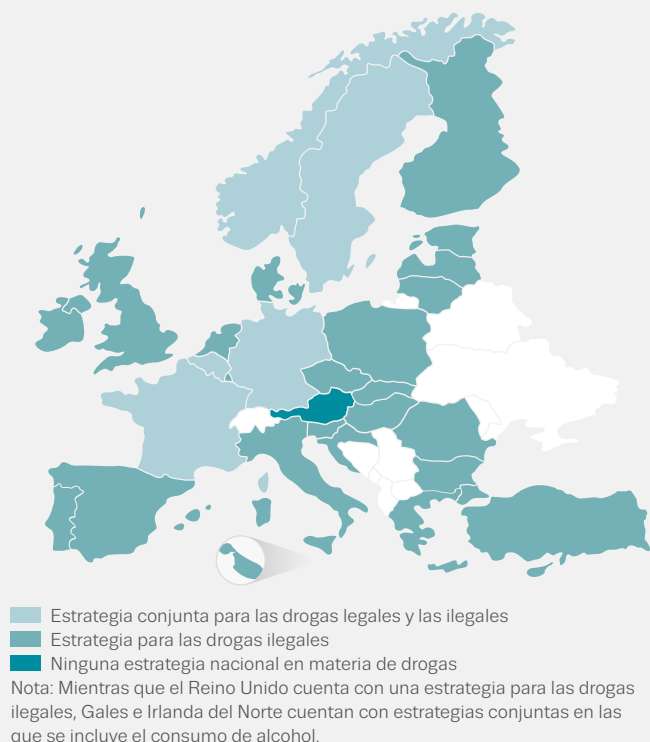


GRÁFICO 4.4

Estrategias y planes de acción nacionales en materia de drogas, disponibilidad y ámbito de aplicación



consumo personal. En cambio, en el caso de la cocaína, la heroína y las anfetaminas, el mayor porcentaje de las infracciones hace referencia al tráfico, no a la posesión para consumo personal (gráfico 4.3).

Las estadísticas de condenas de varios países desde 2009 indican que es más probable que se imponga una pena de privación de libertad en el caso de las infracciones relacionadas con la oferta de drogas que en el caso de las

infracciones por posesión para consumo. En todo caso, muy raramente o nunca se imponen las penas en su grado máximo y además se acortan o se suspenden a menudo las que se imponen en su grado medio, lo que revela que únicamente un pequeño número de infractores son tratados como traficantes importantes. Los datos revelan asimismo que las condenas suelen diferir en función del tipo de droga, incluso en los países en que las distintas drogas son tratadas legalmente por igual.

GRÁFICO 4.3

Infracciones relacionadas con la oferta de drogas en Europa, tendencias y desglose por drogas (drogas principales)

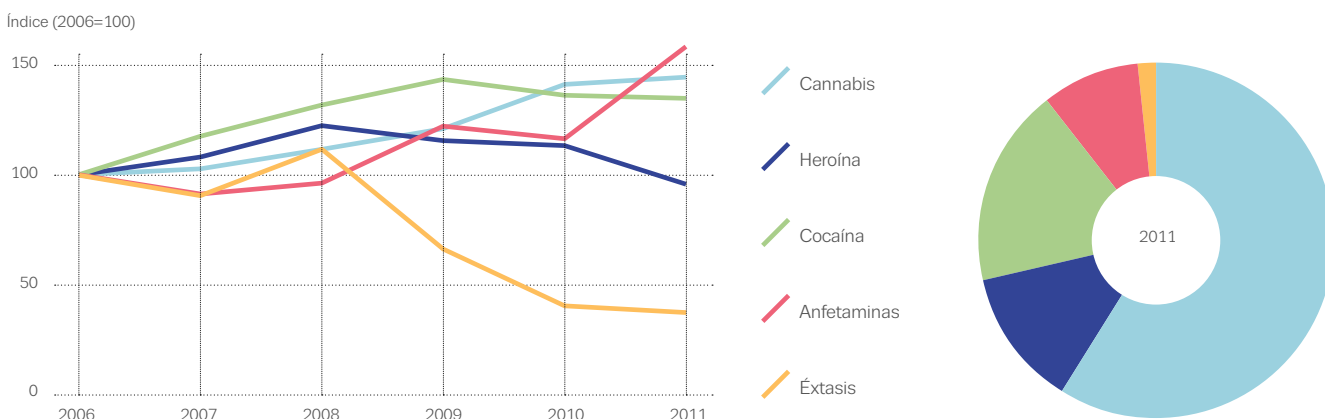
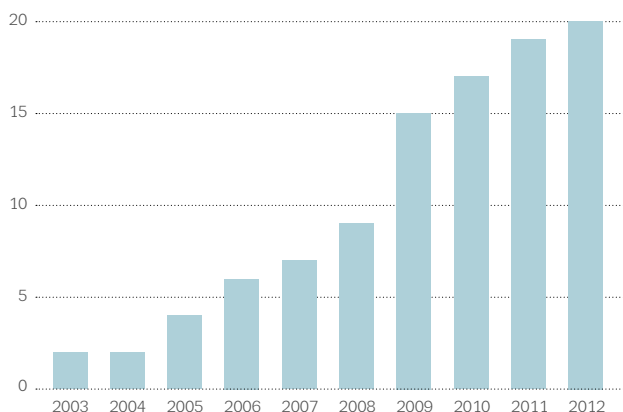


GRÁFICO 4.5

Número acumulado de países en los que se ha realizado una evaluación de la estrategia nacional en materia de drogas



Estrategias nacionales en materia de drogas: una norma europea

Desde finales de la década de los 90 se ha convertido en práctica establecida de las administraciones nacionales en Europa la adopción de estrategias y de planes de acción sobre las drogas. Estos documentos, de duración limitada, contienen un conjunto de principios generales, objetivos y prioridades, y especifican las medidas y los responsables de su aplicación. En la actualidad, todos los países cuentan con una estrategia o plan de acción nacional, excepto Austria, que cuenta con planes regionales. En cinco países, esas estrategias y planes de acción abarcan tanto las drogas legales como las ilegales (figura 4.4).

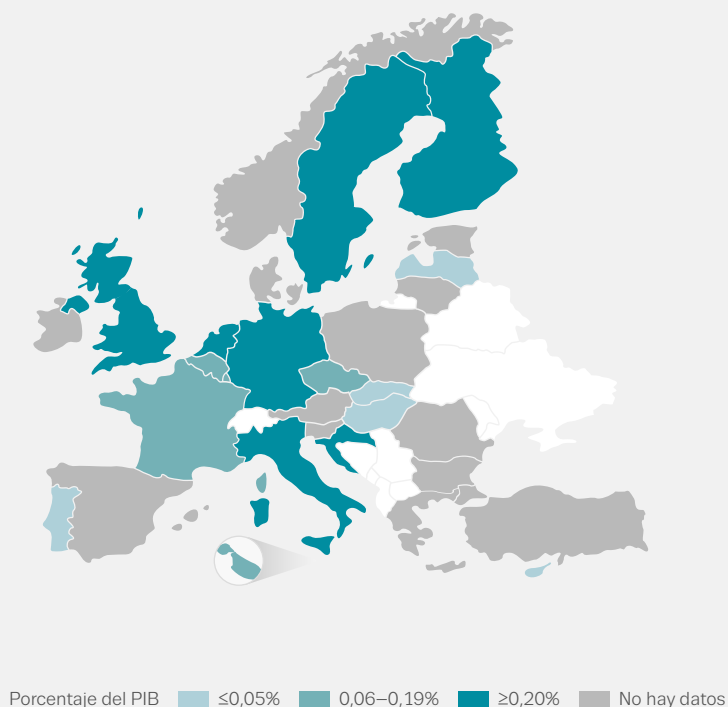
Apoyo a las estrategias en materia de drogas: mecanismos de coordinación y evaluación

Paralelamente al desarrollo de una estrategia nacional en materia de drogas, los países han establecido mecanismos para coordinar la aplicación de su política sobre drogas. A escala nacional, en la mayoría de los casos hay una comisión interministerial sobre drogas, más un organismo de coordinación responsable de la gestión cotidiana. En 14 países, este último depende del Ministerio de Sanidad, mientras que en otros depende de la Presidencia del Gobierno, del Ministerio del Interior o de otros ministerios. Veintidós países informan asimismo de la existencia de un coordinador nacional de drogas, que a menudo es el director del organismo de coordinación nacional. Los coordinadores nacionales se reúnen a escala de la UE.

A escala regional o local, hay en muchos países órganos de coordinación, coordinadores de drogas o ambos tipos de entidades. Además, en algunos países, en particular los de estructura federal, existen órganos de coordinación

GRÁFICO 4.6

Estimaciones más recientes del gasto público en materia de drogas (% del PIB)



vertical que promueven la cooperación entre el ámbito nacional y el local. En otros casos, la coordinación a escala regional o local es supervisada directamente por las autoridades nacionales.

En años recientes, la Unión Europea y un número cada vez mayor de países han procedido a una evaluación final de sus respectivas estrategias o planes de acción sobre drogas (gráfico 4.5). Lo que se pretende normalmente con ello es evaluar el grado de ejecución alcanzado y los cambios producidos en la situación general en materia de drogas, con vistas a la formulación de la estrategia o el plan de acción siguiente. En el conjunto de Europa, la mayoría de estas evaluaciones son internas y se confía su realización al órgano o institución responsable del plan, pero cada vez es mayor el número de países que acuden a evaluaciones conjuntas o externas. En la actualidad, la mayoría de los países europeos tienen prevista una evaluación final de su estrategia vigente en materia de drogas.

En la mayoría de los países hay una comisión interministerial sobre drogas, más un organismo de coordinación responsable de la gestión cotidiana

Evaluación económica: necesidad de mejora de los datos

La evaluación económica, basada en el examen de los costes y los beneficios comparados de actuaciones alternativas, puede ser una herramienta importante para la evaluación de las políticas. Sin embargo, la cantidad y calidad de la información disponible sobre el gasto público en materia de drogas en Europa siguen siendo muy limitadas y esto representa un obstáculo importante para un análisis de coste-efectividad. En todo caso, ha crecido el número de países que han tratado de estimar, por lo menos una vez durante la última década, el gasto de las administraciones públicas en materia de drogas. Las cifras facilitadas varían entre el 0,01 % y el 0,7 % del PIB (gráfico 4.6), si bien son difíciles las comparaciones entre países debido a la gran variación del alcance y la calidad de las estimaciones. Con todo, y aun considerando estas limitaciones, la información disponible indica que las actividades de reducción de la oferta de drogas absorben la mayor parte del gasto público en materia de drogas en la mayoría de los países.

Europa, como muchas otras partes del mundo, afronta aún las consecuencias de la reciente recesión económica. Estas consecuencias se reflejan en un crecimiento económico negativo, un aumento de las tasas de desempleo, particularmente entre los jóvenes, y una reducción del gasto de las administraciones públicas. Es posible que resulten afectados los presupuestos de salud y de seguridad y orden público, que es de donde procede la mayor parte del gasto público en materia de drogas. El grado de consolidación fiscal y las medidas de austeridad y su repercusión varían considerablemente de unos países europeos a otros. Letonia, Lituania y Estonia se encuentran entre los países que han decidido mayores reducciones. Actualmente se informa de recortes en programas y servicios en materia de drogas en varios países europeos.

PARA SABER MÁS

Publicaciones del EMCDDA

2013

Drug policy profiles: Ireland.

2012

Drug-related research in Europe: recent developments and future perspectives, documento temático.

2011

Drug policy profiles: Portugal.

2009

Drug offences: sentencing and other outcomes, cuestión particular

2008

Towards a better understanding of drug-related public expenditure in Europe, cuestión particular.

2006

European drug policies: extended beyond illicit drugs?, cuestión particular.

2005

Illicit drug use in the EU: legislative approaches, documento temático.

Publicaciones del EMCDDA y la Comisión Europea

2010

The European Union and the drug phenomenon: frequently asked questions.

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



Anexo

**Los datos nacionales aquí
presentados proceden y son un
subconjunto del Boletín estadístico
2013 del EMCDDA, en el que se
ofrecen otros datos, años, notas
y metadatos**

TABLA 1

OPIÁCEOS

País	Estimación del consumo problemático de opiáceos Casos por 1 000	Indicador de la demanda de tratamiento, droga principal				Consumidores que reciben tratamiento de sustitución de opiáceos recuento
		Consumidores de opiáceos en % del total de consumidores que inician tratamiento		% de consumidores de opiáceos que se administran la droga por vía parenteral (vía principal de administración)		
		Consumidores que inician tratamiento % (recuento)	Consumidores que inician tratamiento por primera vez % (recuento)	Consumidores que inician tratamiento % (recuento)	Consumidores que inician tratamiento por primera vez % (recuento)	
Bélgica	–	36,8 (2 176)	18 (403)	19,7 (399)	16,3 (60)	17 701
Bulgaria	–	79,3 (1 877)	93,2 (275)	85,9 (1 300)	84,2 (223)	3 452
República Checa	1,2–1,3	19,4 (1 791)	9,9 (443)	86,3 (1 528)	83,1 (359)	5 200
Dinamarca	–	17,5 (663)	7,1 (102)	33,9 (193)	23 (20)	7 600
Alemania	2,9–3,4	44,3 (31 450)	19,2 (3 576)	36,2 (13 827)	33,2 (1 491)	76 200
Estonia	–	91,4 (486)	80,4 (131)	84,5 (410)	84 (110)	1 076
Irlanda	6,2–8,1	57,9 (4 930)	39 (1 457)	31 (1 488)	22,9 (327)	8 729
Grecia	2,5–3,0	80,6 (4 693)	73,4 (1 886)	41,3 (1 930)	38,7 (729)	6 783
España	1,1–1,3	34,3 (18 374)	18,2 (4 881)	15,8 (2 756)	10,2 (481)	82 372
Francia	–	40,7 (14 987)	20,2 (2 042)	17,7 (2 097)	12,3 (226)	145 000
Italia	4,3–5,4	55,3 (23 416)	42,4 (9 706)	57,5 (12 566)	50,5 (4 603)	109 987
Chipre	1,3–2,0	36,7 (365)	10,8 (48)	52,6 (191)	46,8 (22)	188
Letonia	5,0–9,9	52,9 (1 044)	34,1 (126)	93,3 (935)	88,4 (107)	277
Lituania	2,3–2,4	–	72,1 (181)	–	98,6 (136)	798
Luxemburgo	5,0–7,6	67,4 (151)	–	58,9 (89)	–	1 228
Hungría	0,4–0,5	6,8 (325)	2,3 (75)	66,8 (203)	49,3 (34)	639
Malta	6,9–8,2	78,7 (1 434)	45,4 (83)	62,5 (893)	59 (49)	1 107
Países Bajos	1,6–1,6	12,8 (1 674)	6 (461)	8,9 (91)	16 (46)	10 085
Austria	5,2–5,5	64,5 (2 426)	41,3 (566)	42,2 (987)	26,8 (146)	16 782
Polonia	–	48,2 (643)	14,7 (53)	77 (488)	46,2 (24)	2 200
Portugal	–	70,1 (2 637)	54,4 (980)	15,4 (147)	13,1 (80)	26 531
Rumanía	–	35 (648)	29,6 (339)	91,5 (590)	90,2 (305)	742
Eslovenia	–	86,6 (451)	74,9 (155)	56,8 (256)	49,7 (77)	3 557
Eslovaquia	1,0–2,5	33,7 (691)	22,7 (217)	75,7 (514)	63,1 (137)	500
Finlandia	–	62,2 (898)	43,8 (109)	81,8 (719)	66,7 (72)	2 000
Suecia	–	24,8 (1 541)	16,5 (255)	55,7 (857)	26,6 (69)	3 115
Reino Unido	8,0–8,6	59,3 (68 112)	40 (18 005)	33,2 (22 081)	29,2 (5 156)	177 993
Croacia	3,2–4,0	80,9 (6 198)	29,8 (343)	74,5 (4 530)	53,3 (171)	4 074
Turquía	0,2–0,5	70,3 (1 488)	64,7 (701)	50,9 (746)	48 (333)	8 074
Noruega	2,1–3,9	37,5 (2 884)	–	73,1 (160)	–	6 640

TABLA 2

COCAÍNA

País	Estimaciones de la prevalencia			Indicador de la demanda de tratamiento, droga principal			
	Población general		Población escolar	Consumidores de cocaína en % del total de consumidores que inician tratamiento		% de consumidores que se administran la droga por vía parenteral (vía principal de administración)	
	A lo largo de la vida, adultos (15-64)	En los últimos doce meses, adultos jóvenes (15-34)	A lo largo de la vida, escolares (15-16)	Consumidores que inician tratamiento	Consumidores que inician tratamiento por primera vez	Consumidores que inician tratamiento	Consumidores que inician tratamiento por primera vez
	%	%	%	% (recuento)	% (recuento)	% (recuento)	% (recuento)
Bélgica	–	2	4	12,9 (764)	13,6 (304)	6,0 (37)	1,2 (3)
Bulgaria	1,7	1,5	3	0,8 (20)	1,4 (4)	30 (3)	0 (0)
República Checa	1,4	1,1	1	0,3 (30)	0,3 (14)	3,4 (1)	0 (0)
Dinamarca	4,4	2,5	2	5,1 (193)	5,8 (84)	10,1 (17)	0 (0)
Alemania	3,3	1,8	3	5,9 (4 212)	6,2 (1 164)	19,8 (3 007)	8,7 (256)
Estonia	–	1,3	–	–	–	–	–
Irlanda	6,8	2,8	3	10 (850)	13,3 (496)	1,3 (11)	0,4 (2)
Grecia	0,7	0,2	1	4,3 (248)	4,2 (109)	19 (47)	10,1 (11)
España	8,8	3,6	3	41,4 (22 131)	45,3 (12 148)	2,3 (480)	1,4 (167)
Francia	3,66	1,85	4	6,9 (2 544)	5,1 (519)	10,2 (215)	4,4 (21)
Italia	4,2	1,3	2	24,3 (10 271)	30,3 (6 938)	5,3 (516)	4,1 (273)
Chipre	3	2,2	4	10,1 (100)	7 (31)	1 (1)	0 (0)
Letonia	1,5	0,3	4	0,4 (7)	0,3 (1)	0 (0)	0 (0)
Lituania	0,5	0,3	2	–	0,8 (2)	–	0 (0)
Luxemburgo	–	–	–	18,3 (41)	–	39 (16)	–
Hungría	0,9	0,4	2	1,6 (78)	1,6 (52)	2,7 (2)	0 (0)
Malta	0,4	–	4	12,5 (228)	28,4 (52)	24,8 (56)	17,6 (9)
Países Bajos	5,2	2,4	2	24,6 (3 220)	20,3 (1 560)	0,3 (6)	0 (0)
Austria	2,2	1,2	–	6 (226)	7,6 (104)	7 (15)	3 (3)
Polonia	1,3	1,3	3	1,3 (17)	2,2 (8)	0 (0)	0 (0)
Portugal	1,9	1,2	4	10,5 (397)	14,4 (259)	3,6 (8)	1 (2)
Rumanía	0,3	0,2	2	1,2 (22)	1,6 (18)	4,8 (1)	5,9 (1)
Eslovenia	–	–	3	3,5 (18)	3,9 (8)	44,4 (8)	25 (2)
Eslovaquia	0,6	0,4	2	0,8 (17)	1,6 (15)	0 (0)	0 (0)
Finlandia	1,7	0,6	1	0,1 (1)	0 (0)	–	–
Suecia	3,3	1,2	1	1,5 (91)	1,7 (27)	0 (0)	0 (0)
Reino Unido	9,6	4,2	3	12,3 (14 077)	16 (7 185)	2,1 (284)	1 (68)
Croacia	2,3	0,9	2	1,6 (126)	2,6 (30)	1,7 (2)	3,6 (1)
Turquía	–	–	–	2,2 (46)	2,3 (25)	2,2 (1)	4 (1)
Noruega	2,5	0,6	1	1 (78)	–	25 (2)	–

TABLA 3

ANFETAMINAS

País	Estimaciones de la prevalencia			Indicador de la demanda de tratamiento, droga principal			
	Población general		Población escolar	Consumidores de anfetaminas en % de los consumidores que inician tratamiento		% de consumidores de anfetaminas que se administran la droga por vía parenteral (vía principal de administración)	
	A lo largo de la vida, adultos (15-64)	En los últimos doce meses, adultos jóvenes (15-34)	Vida, estudiantes (15-16)	Consumidores que inician tratamiento	Consumidores que inician tratamiento por primera vez	Consumidores que inician tratamiento	Consumidores que inician tratamiento por primera vez
	%	%	%	% (recuento)	% (recuento)	% (recuento)	% (recuento)
Bélgica	–	–	5	9,8 (581)	11,2 (250)	9,1 (50)	5 (12)
Bulgaria	2,1	2,1	6	1,4 (33)	1,7 (5)	0 (0)	0 (0)
República Checa	2,1	0,8	2	65,2 (6 008)	69,6 (3 122)	77,4 (4 601)	71,9 (2 210)
Dinamarca	6,2	2	2	9,5 (358)	10,3 (149)	3,1 (9)	0 (0)
Alemania	3,7	1,9	4	11 (7 785)	15,2 (2 839)	1,7 (246)	0,7 (31)
Estonia	–	2,5	3	–	–	61,5 (8)	50 (4)
Irlanda	4,5	0,8	2	0,6 (53)	0,9 (33)	6 (3)	6,3 (2)
Grecia	0,1	0,1	2	0,1 (6)	0,1 (2)	0 (0)	0 (0)
España	3,3	1,4	2	1 (517)	1,2 (320)	0,6 (3)	0,6 (2)
Francia	1,69	0,46	4	0,3 (107)	0,3 (31)	14,9 (13)	0 (0)
Italia	1,8	0,1	1	0,1 (38)	0,1 (16)	0 (0)	0 (0)
Chipre	0,7	0,7	4	0,2 (2)	0,2 (1)	50 (1)	0 (0)
Letonia	2,2	1,9	4	19,3 (380)	28,2 (104)	60,9 (206)	53,9 (48)
Lituania	1,6	1,1	3	–	2 (5)	–	60 (3)
Luxemburgo	–	–	–	0,4 (1)	–	0 (0)	–
Hungría	1,8	1,2	6	11,9 (567)	11 (354)	23,3 (130)	19,2 (67)
Malta	0,4	–	3	0,2 (3)	–	33,3 (1)	–
Países Bajos	3,1	–	3	6,2 (818)	6,5 (499)	0,6 (3)	1 (3)
Austria	2,5	0,9	–	2,2 (83)	3,5 (48)	3,7 (3)	2,2 (1)
Polonia	4,2	1,3	4	21,4 (285)	26,7 (96)	9,4 (25)	8,4 (8)
Portugal	0,9	0,4	3	0 (1)	0,1 (1)	–	–
Rumanía	0,1	0	2	0,6 (12)	0,9 (10)	0 (0)	0 (0)
Eslovenia	–	–	2	0,4 (2)	0,5 (1)	50 (1)	0 (0)
Eslovaquia	0,5	0,7	2	38,2 (784)	41,9 (400)	32,1 (243)	25,4 (99)
Finlandia	2,3	1,6	1	14,1 (204)	11,6 (29)	78,6 (154)	64,3 (18)
Suecia	5	1,5	1	27,8 (1 728)	19,4 (301)	68,6 (1 137)	49,7 (149)
Reino Unido	11,5	1,4	2	3 (3 486)	3,6 (1 615)	22,1 (714)	16 (241)
Croacia	2,6	–	2	1 (80)	2,2 (25)	0 (0)	0 (0)
Turquía	0,3	–	–	0,9 (18)	0,8 (9)	5,6 (1)	0 (0)
Noruega	3,8	0,8	1	0 (0)	–	75,1 (205)	–

TABLA 4

ÉXTASIS

País	Estimaciones de la prevalencia			Indicador de la demanda de tratamiento, droga principal	
	Población general		Población escolar	Consumidores de éxtasis en % de los consumidores que inician tratamiento	
	A lo largo de la vida, adultos (15-64)	En los últimos doce meses, adultos jóvenes (15-34)	A lo largo de la vida, escolares (15-16)	Consumidores que inician tratamiento	Consumidores que inician tratamiento por primera vez
	%	%	%	% (recuento)	% (recuento)
Bélgica	–	–	4,0	0,6 (38)	1 (23)
Bulgaria	1,7	1,6	4,0	0,3 (6)	0,3 (1)
República Checa	5,8	2,5	3,0	0,1 (6)	0,1 (3)
Dinamarca	2,1	0,8	1,0	0,3 (13)	0,5 (7)
Alemania	2,4	1,0	2,0	0 (0)	0 (0)
Estonia	–	2,3	3,0	–	–
Irlanda	6,9	0,9	2,0	0,6 (51)	0,6 (24)
Grecia	0,4	0,4	2,0	0,2 (9)	0,2 (5)
España	3,6	1,4	2,0	0,2 (98)	0,2 (66)
Francia	2,4	0,4	3,0	0,3 (118)	0,2 (24)
Italia	1,8	0,1	1,0	0,3 (129)	0,5 (107)
Chipre	2,0	1,0	3,0	0,3 (3)	0,2 (1)
Letonia	2,7	0,8	4,0	0,1 (2)	0 (0)
Lituania	2,1	1,9	2,0	–	–
Luxemburgo	–	–	–	–	–
Hungría	2,4	1,0	4,0	1 (50)	1,2 (38)
Malta	0,7	–	3,0	0,7 (13)	1,6 (3)
Países Bajos	6,2	3,1	3,0	0,5 (69)	0,8 (58)
Austria	2,3	1,0	–	0,5 (19)	1,2 (16)
Polonia	3,4	3,1	2,0	0,1 (1)	0,3 (1)
Portugal	1,3	0,9	3,0	0,1 (4)	0,2 (4)
Rumanía	0,7	0,4	2,0	0,5 (9)	0,6 (7)
Eslovenia	–	–	2,0	0,2 (1)	0,5 (1)
Eslovaquia	1,9	0,9	4,0	0,1 (2)	0,2 (2)
Finlandia	1,8	1,1	1,0	0,3 (4)	0,8 (2)
Suecia	2,1	0,2	1,0	0,3 (17)	0,5 (7)
Reino Unido	8,6	2,8	3,0	0,2 (229)	0,3 (141)
Croacia	2,5	0,5	2,0	0,3 (23)	0,5 (6)
Turquía	0,1	0,1	–	0 (1)	0,1 (1)
Noruega	1,0	0,6	1,0	0 (0)	–

TABLA 5

CANNABIS

País	Estimaciones de la prevalencia			Indicador de la demanda de tratamiento, droga principal	
	Población general		Población escolar	Consumidores de cannabis en % de los consumidores que inician tratamiento	
	A lo largo de la vida, adultos (15-64)	En los últimos doce meses, adultos jóvenes (15-34)	A lo largo de la vida, escolares (15-16)	Consumidores que inician tratamiento	Consumidores que inician tratamiento por primera vez
	%	%	%	% (recuento)	% (recuento)
Bélgica	14,3	11,2	24	31 (1 832)	48,2 (1 077)
Bulgaria	7,3	6	21	4,3 (101)	3,1 (9)
República Checa	24,9	16,1	42	13,2 (1 214)	18,7 (839)
Dinamarca	32,5	13,5	18	63,4 (2 397)	72,6 (1 048)
Alemania	25,6	11,1	19	33 (23 418)	54,9 (10 236)
Estonia	–	13,6	24	5,3 (28)	–
Irlanda	25,3	10,3	18	22,9 (1 951)	35,7 (1 336)
Grecia	8,9	3,2	8	12,8 (746)	20,2 (518)
España	27,4	17	32	21 (11 210)	32,3 (8 653)
Francia	32,12	17,54	39	47,8 (17 621)	71,1 (7 193)
Italia	21,7	8	13	18,8 (7 957)	25,2 (5 781)
Chipre	11,6	7,9	7	48,8 (485)	78,1 (346)
Letonia	12,5	7,3	24	11,8 (232)	19,8 (73)
Lituania	11,9	9,9	20	–	3,6 (9)
Luxemburgo	–	–	–	12,9 (29)	–
Hungría	8,5	5,7	19	69,4 (3 321)	77,3 (2 492)
Malta	3,5	1,9	10	6,7 (122)	20,8 (38)
Países Bajos	25,7	13,7	26	48,3 (6 334)	58 (4 446)
Austria	14,2	6,6	–	22,5 (848)	41,8 (574)
Polonia	17,3	17,1	23	23,5 (313)	44,4 (160)
Portugal	11,7	6,7	14	13,9 (525)	25,4 (457)
Rumanía	1,6	0,6	7	8,6 (160)	11,3 (130)
Eslovenia	–	6,9	23	8,4 (44)	18,8 (39)
Eslovaquia	10,5	7,3	27	19,2 (394)	27,3 (260)
Finlandia	18,3	11,2	11	13,4 (193)	32,9 (82)
Suecia	21,4	6,1	6	24,9 (1 550)	45,1 (699)
Reino Unido	31	12,3	21	20,3 (23 378)	32,4 (14 559)
Croacia	15,6	10,5	18	12,5 (957)	52,7 (607)
Turquía	0,7	0,4	–	17,1 (363)	22,1 (240)
Noruega	14,6	7	5	20,3 (1 561)	–

TABLA 6

OTROS INDICADORES

	Muertes inducidas por drogas (edad 15-64)	Diagnósticos de VIH entre los consumidores de drogas por vía parenteral (ECDC)	Estimación del consumo de drogas por vía parenteral	Jeringas distribuidas en virtud de programas especializados
País	Casos por cada millón de habitantes (recuento)	Casos por cada millón de habitantes (recuento)	casos por 1 000 habitantes	recuento
Bélgica	19,6 (142)	1 (11)	2,5-4,8	938 674
Bulgaria	4,8 (24)	8,4 (63)	-	643 377
República Checa	3,8 (28)	0,9 (9)	5,1-5,5	5 398 317
Dinamarca	49,8 (181)	1,8 (10)	2,8-4,7	-
Alemania	17,9 (966)	1,1 (90)	-	-
Estonia	135,7 (123)	51,5 (69)	-	2 130 306
Irlanda	51,8 (159)	3,6 (16)	-	1 097 000
Grecia	-	21,7 (245)	0,9-1,3	119 397
España	12,5 (392)	4,5 (148)	0,2-0,2	2 672 228
Francia	7,9 (331)	1,3 (87)	-	-
Italia	9,1 (362)	2,7 (161)	-	-
Chipre	16,3 (9,66)	0 (0)	0,3-0,5	42
Letonia	7,9 (11)	40,4 (90)	-	338 473
Lituania	20,9 (43)	26,5 (86)	-	181 408
Luxemburgo	17,1 (6)	0 (0)	4,5-6,9	246 858
Hungría	2 (14)	0 (0)	0,8	648 269
Malta	17,3 (5)	0 (0)	-	289 940
Países Bajos	9,1 (101)	0,2 (4)	0,2-0,2	-
Austria	35,3 (201)	4,3 (36)	-	4 329 424
Polonia	8,4 (232)	1,2 (47)	-	175 902
Portugal	2,7 (19)	5,8 (62)	-	1 650 951
Rumanía	1 (15)	5 (108)	-	901 410
Eslovenia	16,9 (24)	0 (0)	-	632 462
Eslovaquia	3,9 (15)	0,2 (1)	3,5-8,9	15 064
Finlandia	53,3 (189)	1,5 (8)	-	3 539 009
Suecia	35,5 (217)	1,3 (12)	-	244 493
Reino Unido	52,3 (2 153)	2,1 (131)	3,1-3,5	-
Croacia	19,8 (59)	0,7 (3)	0,4-0,6	340 357
Turquía	1,9 (93)	0,1 (5)	-	0
Noruega	73,1 (238)	2 (10)	2,5-3,6	2 639 000

TABLA 7

INCAUTACIONES

País	Heroína		Cocaína		Anfetaminas		Éxtasis	
	Cantidad incautada	Número de incautaciones	Cantidad incautada	Número de incautaciones	Cantidad incautada	Número de incautaciones	Cantidad incautada	Número de incautaciones
	kg	recuento	kg	recuento	kg	recuento	pastillas	recuento
Bélgica	140	2 176	7 999	3 263	112	2 699	64 384	838
Bulgaria	385	41	4	22	233	38	7 879	11
Rep. Checa	5	34	16	44	1,20	3	13 000	15
Dinamarca	37	484	43	1 756	255	1 733	16 000	197
Alemania	498	4 361	1 941	3 335	1 368	9 131	484 992	1 322
Estonia	0,048	5	1	34	42	215	11 496	44
Irlanda	32	752	179	476	23	104	97 882	272
Grecia	307	2 477	463	466	1,84	17	70	8
España	412	7 587	16 609	42 659	278	3 178	183 028	2 123
Francia	883	4 834	10 834	4 538	601	387	1 510 500	781
Italia	811	3 588	6 342	6 859	19	124	14 108	114
Chipre	0,6	49	3	79	0,011	5	653	13
Letonia	0	329	81	25	0,1	29	3 592	13
Lituania	11	234	10	23	13	46	303	5
Luxemburgo	24	244	24	94	3	15	91	6
Hungría	3	22	13	108	24	483	270	22
Malta	4	39	5	86	0,50	1	2 171	30
Países Bajos	400	–	10 000	–	1 074	–	1 059 534	–
Austria	65	640	139	970	13	383	45 780	90
Polonia	51	–	78	–	395	–	75 082	–
Portugal	73	1 169	3 678	1 385	0,2	26	7 791	95
Rumanía	13	314	161	73	0,4	28	7 594	96
Eslovenia	4	503	2	272	1	204	34	14
Eslovaquia	0	33	35,3	30	13,22	10	27	5
Finlandia	1,0	3	4	81	71	3 157	17 800	300
Suecia	21	314	89	618	168	3 542	17 060	189
Reino Unido	1 850	9 174	3 468	17 751	1 048	6 801	686 000	3 346
Croacia	33	185	4	142	15	372	2 898	75
Turquía	7 294	3 306	592	1 457	14	6	1 364 253	2 587
Noruega	15	1 364	46	840	75	2 894	5 327	198

TABLA 7

INCAUTACIONES (continuación)

País	Resina de cannabis		Hierba de cannabis		Plantas de cannabis	
	Cantidad incautada	Número de incautaciones	Cantidad incautada	Número de incautaciones	Cantidad incautada	Número de incautaciones
	kg	recuento	kg	recuento	plantas (kg)	recuento
Bélgica	5 020	5 156	5 095	21 784	337 955 (-)	1 070
Bulgaria	16,8	11	1 035	168	7 456 (4 658)	24
Rep. Checa	2	24	441	508	62 817 (-)	240
Dinamarca	2 267	8 403	168	891	- (1 452)	710
Alemania	1 748	7 285	3 957	27 144	- 133 650	1 804
Estonia	46	22	53	409	- (29,3)	25
Irlanda	1 814	722	1 865	1 833	6 606 (-)	582
Grecia	122	172	13 393	5 774	33 242 (-)	460
España	355 904	199 770	17 535	140 952	- (26 108)	1 436
Francia	55 641	85 096	5 450	12 155	73 572 (-)	2 146
Italia	20 258	6 244	10 908	4 007	1 008 215 (-)	1 208
Chipre	1	33	76	758	86 (-)	27
Letonia	283	55	34	399	- (497)	7
Lituania	168	31	43	311	- (-)	0
Luxemburgo	2	171	11	833	81 (-)	5
Hungría	18	63	209	2 073	14 121 (-)	192
Malta	89	48	1,5	32	44 (-)	7
Países Bajos	1 000	-	5 000	-	2 000 000 (-)	-
Austria	75	1 197	621	5 272	- (219)	261
Polonia	-	-	1 265	-	52 914 (-)	-
Portugal	14 633	3 093	108	460	5 523 (-)	304
Rumanía	18	328	252	1 365	897 (-)	9
Eslovenia	4,2	89	613	3 306	12 836 (-)	178
Eslovaquia	0,0	22	137	1 512	10 045 (18)	45
Finlandia	860	1 829	97	4 281	16 400 (42)	3 187
Suecia	950	7 465	264	5 272	- (-)	92
Reino Unido	19 665	15 094	22 402	149 411	626 680 (-)	16 672
Croacia	2	373	421	3 684	4 136 (-)	195
Turquía	21 141	8 192	55 251	43 217	- (-)	7 318
Noruega	2 548	11 232	219	3 631	1 099 (214)	381

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías
Informe Europeo sobre Drogas 2013: Tendencias y novedades
Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea
2013 — 74 pp. — 21 × 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-612-4
doi:10.2810/882

CÓMO OBTENER LAS PUBLICACIONES DE LA UNIÓN EUROPEA

Publicaciones gratuitas

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

En las representaciones o delegaciones de la Unión Europea. Para ponerse en contacto con ellas, consulte el sitio <http://ec.europa.eu> o envíe un fax al número +352 2929-42758

Publicaciones de pago

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

Suscripciones de pago

(por ejemplo, a las series anuales del *Diario Oficial de la Unión Europea* o a las recopilaciones de la jurisprudencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea)

A través de los distribuidores comerciales de la Oficina de Publicaciones de la Unión Europea (http://publications.europa.eu/others/agents/index_es.htm)

Sobre este informe

El informe *Tendencias y novedades* presenta una visión panorámica al más alto nivel del fenómeno de la droga en Europa, que abarca desde los problemas de suministro, consumo y salud pública hasta la política y las respuestas aportadas. Junto con el *Boletín Estadístico* en línea, los *Resúmenes de países* y las *Perspectivas sobre las drogas*, conforma el conjunto del Informe Europeo sobre Drogas correspondiente a 2013.

Sobre el EMCDDA

El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA) es el eje central de la información sobre drogas en la Unión Europea. Su misión consiste en proporcionar a la UE y a sus Estados miembros «información objetiva, fiable y comparable» sobre las drogas, la drogadicción y sus consecuencias. El Observatorio, creado en 1993, abrió sus puertas en Lisboa en 1995 y es una de las agencias descentralizadas de la UE. Integrado por un sólido equipo multidisciplinar, el Centro brinda a los responsables políticos la base empírica que precisan para la elaboración de la legislación y las estrategias relacionadas con las drogas. También contribuye a orientar a los profesionales e investigadores sobre las mejores prácticas y los nuevos ámbitos de análisis.

