

2001

**Informe anual sobre el problema
de la drogodependencia
en la Unión Europea**

Advertencia legal

Esta publicación es propiedad del Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías (OEDT) y está protegida por los derechos de autor. El OEDT no acepta responsabilidad alguna por las consecuencias que pudieran derivarse del uso de los datos contenidos en este documento. Salvo indicación contraria, esta publicación, incluidas sus recomendaciones u opiniones, no representa la política del OEDT, de sus socios, de cualesquiera Estados miembros de la Unión Europea ni de ningún organismo o institución de la Unión Europea o de las Comunidades Europeas.

Puede obtenerse información sobre la Unión Europea a través del servidor Europa en la siguiente dirección de Internet:
<http://europa.eu.int>.

El presente informe está publicado en alemán, danés, español, finés, francés, griego, inglés, italiano, neerlandés, noruego, portugués y sueco. Todas las traducciones fueron realizadas por el Centro de Traducción de los Órganos de la Unión Europea.

Al final de la obra figura una ficha bibliográfica.

Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, 2001

ISBN 92-9168-111-3

© Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías, 2001
Reproducción autorizada, con indicación de la fuente bibliográfica.

Printed in Belgium



O . E . D . T .
Observatorio Europeo de la
Droga y las Toxicomanías

Rua da Cruz de Santa Apolónia, 23-25

P-1149-045 Lisboa

Tel. (351) 21 811 30 00

Fax (351) 21 813 17 11

E-mail: info@emcdda.org

Internet: <http://www.emcdda.org>

Índice

Prefacio	5
Agradecimiento	6
CAPÍTULO 1	7
Demanda y oferta de drogas	7
Consumo de drogas	7
Consumo de drogas en la población en general	7
Consumo problemático de drogas	11
Consecuencias del consumo de drogas para la salud	14
Demanda de tratamiento	14
Enfermedades infecciosas relacionadas con la droga	17
Muertes relacionadas con la droga y mortalidad de los consumidores	18
Indicadores relativos a la acción de cumplimiento de la ley	21
«Detenciones» por delitos contra las leyes sobre drogas	21
Consumidores de drogas en centros penitenciarios	22
Indicadores del mercado de la droga: incautaciones, precio y pureza	22
Heroína	22
Cocaína	23
Drogas sintéticas: anfetaminas, éxtasis y LSD	23
Cánnabis	24
CAPÍTULO 2	27
Respuestas al consumo de drogas	27
Respuestas políticas y estratégicas	27
Por parte de la Unión Europea	27
Estrategias nacionales	27
Respuestas específicas	31
Reducción de la demanda	31
Reducción de la oferta	36

CAPÍTULO 3	39
Cuestiones particulares	39
Cocaína y cocaína base/crack	39
Prevalencia, pautas y problemas	39
Mercado	42
Proyectos de intervención y nuevos enfoques	42
Cuestiones relativas a las políticas	43
Enfermedades infecciosas	44
Prevalencia y tendencias	44
Factores determinantes y consecuencias	46
Respuestas de reducción de los daños	48
Drogas sintéticas	50
Difusión del consumo	50
Comportamientos y pautas de consumo	50
Disponibilidad de las sustancias	51
Datos sobre tratamiento	52
Riesgos para la salud	52
Muertes conexas	53
Respuestas	53
Reducción de la oferta	53
Nuevas iniciativas y retos para la formulación de políticas	54
CAPÍTULO 4	57
El problema de la droga en los países de Europa Central y Oriental	57
Situación y tendencias	57
Prevalencia y pautas de consumo de drogas	57
Demanda de tratamiento	58
Disponibilidad	58
Respuestas políticas e institucionales al fenómeno de la droga	59
Legislación	59
Coordinación nacional	60
Estrategias y planes de actuación nacionales	60
Blanqueo de capitales	61
Puntos focales Reitox	63

Prefacio

El Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías (OEDT) se complace en presentar su sexto *Informe anual sobre el problema de la drogodependencia en la Unión Europea*, cuyo principal objetivo es contribuir a orientar las políticas en este ámbito tanto en el plano nacional como regional.

En el presente informe se ofrece una imagen actualizada de la situación de las drogas en la Unión Europea y se destacan las nuevas tendencias y desarrollos. Además de ofrecer una imagen de conjunto, en el informe se abordan de manera más detallada algunas cuestiones clave, como la cocaína, las enfermedades infecciosas y las drogas sintéticas. También se ofrece una imagen general de la situación en los países del centro y este de Europa.

En esta edición se ha registrado una importante mejora en la calidad y comparabilidad de los datos producidos por los Estados miembros. No obstante, es esencial mantener los esfuerzos de todos los Estados miembros no sólo para mejorar la comparabilidad de los datos en el ámbito de la Unión Europea en todas las áreas sino también para asegurar la presentación regular de estos datos.

Esto nos lleva a la importante cuestión de la armonización de datos, un objetivo que debe alcanzarse rápidamente para que la información sobre drogas en el ámbito de la Unión Europea llegue a ser más fiable y comparable de lo que es actualmente. Para facilitar el proceso, el OEDT ha elaborado directrices para la aplicación normalizada en la Unión Europea de sus cinco indicadores epidemiológicos clave. El próximo año los Estados miembros desempeñarán un papel esencial para asegurar la plena aplicación de estos indicadores normalizados en el ámbito nacional.

Es de señalar especialmente que la estrategia de la Unión Europea sobre las drogas y su plan de seguimiento (2000-2004) recogen como prioridades clave la información y

la evaluación. En efecto, la recogida y el análisis de la información constituyen un paso preliminar para evaluar el impacto de cualquier acción. El plan de acción de la Unión Europea también destaca la importancia de aprovechar las diferentes fuentes de información disponibles en la Unión Europea, en particular el OEDT y Europol.

El OEDT está trabajando de manera intensa para desempeñar su esencial papel informativo. Ha refinado su programa de trabajo para el período 2001-2003 a fin de adecuarlo a los seis objetivos prioritarios de la estrategia sobre las drogas de la Unión Europea. El Observatorio también contribuye al proceso de evaluar la repercusión del plan de acción de la Unión Europea y ha colaborado con sus «puntos focales nacionales» y con Europol y sus unidades nacionales sobre drogas para diseñar instrumentos apropiados para elaborar dos instantáneas compuestas de un conjunto de variables adaptadas a los seis objetivos prioritarios de la estrategia de la Unión Europea.

La primera instantánea mostrará la situación y respuestas desplegadas en 1999 antes de la aprobación del plan de acción de la Unión Europea y constituirá una línea de base para poder medir los progresos alcanzados al finalizar el plan el año 2004. La segunda mostrará la situación y las respuestas aplicadas en el 2004 sobre la base de la información disponible a partir del mismo conjunto de variables.

Todas estas medidas contribuirán a cumplir el principal reto del OEDT, a saber: proporcionar a los responsables políticos una sólida base de conocimientos para la planificación informada de la política en materia de drogas.

Georges Estievenart
Director ejecutivo

Agradecimiento

El OEDT desea expresar su agradecimiento a las siguientes personas e instituciones, cuya contribución hizo posible este informe:

- los directores de los puntos focales nacionales Reitox y su personal;
- los servicios de cada Estado miembro encargados de recoger los datos básicos para el informe;
- los miembros del Consejo de Administración y del Comité Científico del OEDT;
- el Parlamento Europeo, el Consejo de la Unión Europea —en particular, su grupo de trabajo horizontal sobre drogas— y la Comisión Europea;
- el Grupo Pompidou del Consejo de Europa, el Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de las Drogas, la Organización Mundial de la Salud, Europol, Interpol, la Organización Mundial de Aduanas y el Centro de Control Epidemiológico del Sida;
- el Centro de Traducción de los Órganos de la Unión Europea y la Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas;
- Andrew Haig & Associates, diseño gráfico y composición.



Está disponible en Internet, en la dirección www.emcdda.org, una versión interactiva del informe anual de 2001, con vínculos a fuentes de datos, informes y documentos de apoyo empleados para elaborar el presente informe.

Demanda y oferta de drogas

En el presente capítulo se ofrece una descripción general de la situación del consumo y la oferta de drogas en la Unión Europea y se destacan las realizaciones recientes y las tendencias emergentes

Mejora de la comparabilidad de los datos. Indicadores clave del OEDT

La mejora de la comparabilidad de los datos entre Estados miembros es una de las principales tareas del OEDT. Éste desarrolla y recomienda métodos e instrumentos para reunir y analizar datos armonizados y de buena calidad a escala europea. El «Plan de acción en materia de lucha contra la droga (2000–2004)» pide que los Estados miembros proporcionen información fiable y comparable sobre cinco indicadores epidemiológicos clave, de acuerdo con los instrumentos técnicos y directrices recomendados por el OEDT. Esos cinco indicadores son los siguientes:

- prevalencia y pautas del consumo de drogas entre la población en general (encuestas de población),
- prevalencia y pautas del problema del consumo de drogas (estimaciones estadísticas de prevalencia/inciden-

cia completadas con encuestas a consumidores de drogas),

- enfermedades infecciosas relacionadas con el consumo de drogas (tasas de prevalencia e incidencia del VIH y de las hepatitis B y C en consumidores de drogas por vía parenteral),
- muertes relacionadas con la droga y mortalidad de los consumidores de drogas (registros de mortalidad entre la población en general y estadísticas de registros especiales, y estudios por cohortes entre los consumidores de drogas sobre la mortalidad y sus causas),
- solicitud de tratamiento de la drogadicción (estadísticas de los centros de tratamiento sobre los pacientes que se someten a dicho tratamiento).

Consumo de drogas

Consumo de drogas en la población en general

Una estimación de la proporción de la población que consume drogas, o que ha experimentado con ellas, constituye una información básica para evaluar la situación de las drogas, desarrollar políticas y evaluarlas. Es necesario saber en qué grupos se concentra el consumo de drogas y con qué pautas.

Pautas en el consumo de drogas

En todos los países de la Unión Europea, el cánnabis es la sustancia ilegal más frecuentemente consumida, tanto en lo que se refiere al consumo en algún momento de la

vida (cualquier consumo durante la vida de una persona) como en el consumo reciente. El consumo de otras sustancias ilegales es menos frecuente.

La experiencia con el cánnabis en algún momento de la vida en la población adulta (de 15 a 64 años según el criterio del OEDT, aunque con algunas diferencias nacionales) va desde en torno al 10 % en Finlandia hasta aproximadamente el 20 % o el 25 % en Dinamarca, Francia, Irlanda, los Países Bajos, España y el Reino Unido ⁽¹⁾.

Otras sustancias han sido experimentadas por muchas menos personas. Declara haber tenido experiencias con

⁽¹⁾ Figura 1 OL. Consumo de cánnabis, anfetaminas y cocaína en algún momento de la vida entre los adultos en algunos países de la Unión Europea, según encuestas nacionales de población (versión *online*).

Metodología para hacer estimaciones del consumo de drogas en la población en general

Para hacer estimaciones del consumo de drogas se emplean encuestas de la población general. Doce Estados miembros han realizado encuestas nacionales durante los últimos años acerca del consumo de drogas entre la población en general (aunque en Luxemburgo la muestra era pequeña) y los restantes (Italia, Portugal y Austria) las están organizando actualmente. Varios países han establecido ya series de encuestas nacionales periódicas aplicando la misma metodología (por ejemplo, Alemania, España, Suecia y el Reino Unido), mientras que en Grecia, Francia y los Países Bajos se han iniciado las series. Algunos países disponen de encuestas *ad hoc* sucesivas comparables hasta cierto punto (por ejemplo, Dinamarca, Finlandia y Francia).

Existen diferencias entre los países en cuanto al método de recogida de datos, el tamaño de las muestras y la estructura, que podrían influir en la precisión y la validez de las estimaciones. Mientras no se resuelvan estos problemas, las comparaciones directas entre los niveles de consumo en los Estados miembros deben hacerse con prudencia, especialmente cuando las diferencias sean pequeñas.

El OEDT ha desarrollado unas directrices para mejorar la calidad y la comparabilidad de las encuestas de población en la Unión Europea. Dichas directrices incluyen una serie de puntos básicos que se pueden utilizar para comunicar datos procedentes de encuestas existentes o integrarse en cuestionarios más extensos y en las directrices metodológicas básicas y que se están implantando gradualmente en los Estados miembros.

anfetaminas entre el 1 % y el 4 % de los adultos, pero la cifra llega hasta el 10 % en el Reino Unido. El éxtasis lo ha probado entre el 0,5 % y el 4 % de los adultos europeos y la cocaína entre el 0,5 % y el 3 %. Generalmente, menos del 1 % de los adultos indica haber tenido experiencias con heroína, lo que contrasta con su elevada presencia en los indicadores sobre problemas con las drogas.

El consumo de drogas ilegales se concentra en algunos grupos de la población, concretamente adultos jóvenes, varones y habitantes de las zonas urbanas. Los adultos jóvenes (de edades comprendidas entre los 15 y los 34 años según el criterio del OEDT, con algunas diferencias nacionales) presentan tasas del doble o más que las del conjunto de la población adulta en la mayoría de las drogas ⁽²⁾ ⁽³⁾.

Por ejemplo, el cánnabis lo ha probado en torno al 15 % de los adultos jóvenes de Finlandia y Suecia y del 28 % al 40 % aproximadamente en Dinamarca, Francia, Irlanda, los Países Bajos, España y el Reino Unido, mientras que las anfetaminas, el éxtasis y la cocaína los ha probado aproximadamente del 1 % al 6 % de los adultos jóvenes (aunque en el Reino Unido las cifras para las anfetaminas y el éxtasis son de alrededor del 16 % y el 8 % respectiva-

mente). Se observan unas mayores tasas de consumo de drogas entre los varones, aunque esto varía según los países y las diferencias tienden a disminuir con el paso del tiempo ⁽⁴⁾.

Los habitantes de las zonas urbanas comunican unas mayores tasas de consumo de drogas que los de las zonas rurales, de modo que las diferencias entre las cifras nacionales globales podrían estar muy influidas por la proporción de población urbana ⁽⁵⁾.

Si bien se utiliza a menudo como referencia, el consumo en algún momento de la vida no es suficiente para calcular el consumo reciente de drogas, ya que incluye a todos los que han probado las drogas alguna vez, aunque sea una única vez o hace mucho tiempo. El consumo reciente suele considerarse como cualquier consumo realizado durante el año anterior (prevalencia en los últimos doce meses).

Entre un 1 % y un 9 % de los adultos europeos señala haber consumido cánnabis recientemente (expresado como consumo durante los últimos doce meses). El consumo reciente de otras sustancias ilegales raramente supera el 1 % entre los adultos. Los adultos jóvenes presentan unas cifras mayores de prevalencia, más o

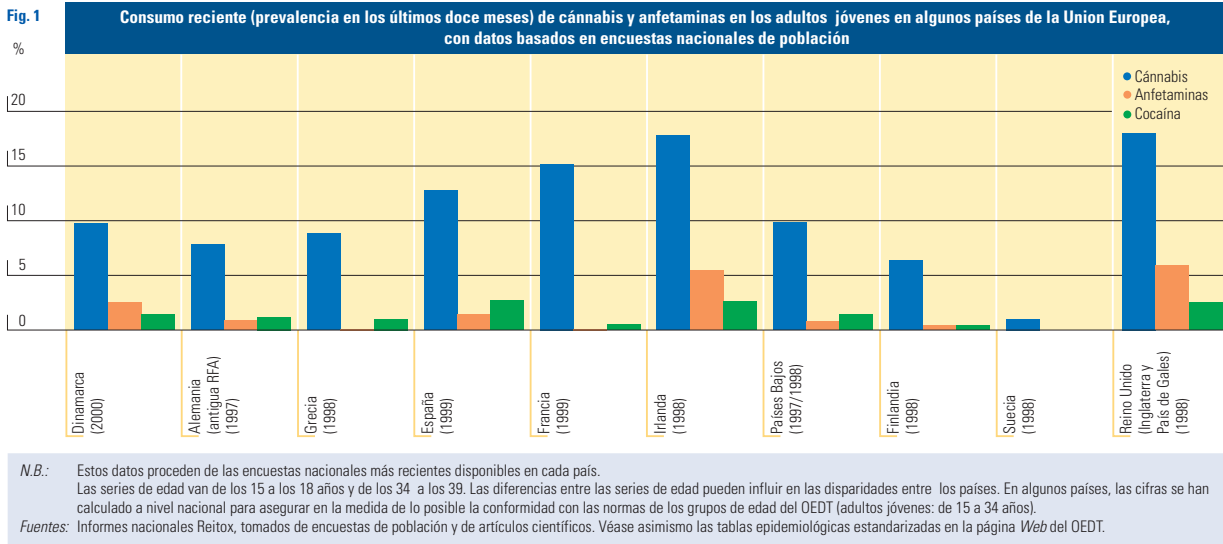
⁽²⁾ Figura 2 OL. Prevalencia del éxtasis y la cocaína en los últimos doce meses por grupos de edad en Inglaterra y Gales, 1998 (versión *online*).

⁽³⁾ Figura 3 OL. Consumo de cánnabis en algún momento de la vida entre todos los adultos y los adultos jóvenes en algunos países de la Unión Europea, según encuestas nacionales de población (versión *online*).

⁽⁴⁾ Figura 4 OL. Consumo de cánnabis en algún momento de la vida entre adultos (hombres y mujeres) en algunos países de la Unión Europea, según encuestas nacionales de población (versión *online*).

⁽⁵⁾ Figura 5 OL. Consumo de cánnabis en algún momento de la vida entre los adultos en Finlandia según el grado de urbanización, 1998 (versión *online*).

Demanda y oferta de drogas



menos el doble que las del total de los adultos. En Irlanda, España (para la cocaína) y el Reino Unido, las cifras tienden a ser algo mayores que en otros países (6).

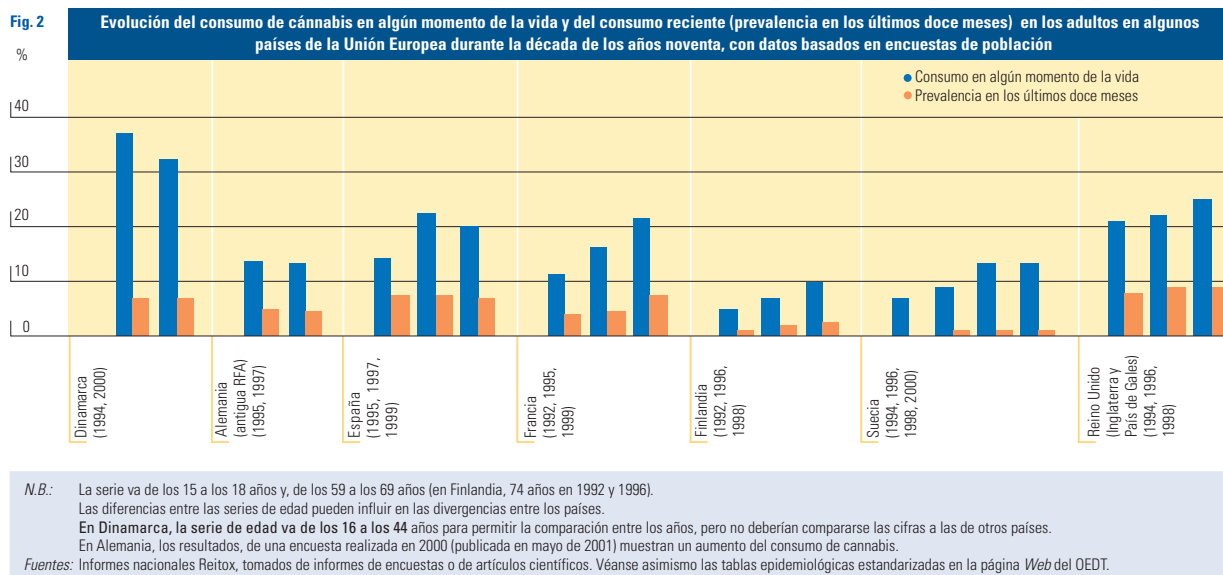
Tendencias

Los datos sobre la evolución del consumo de drogas pueden ser más informativos que una imagen instantánea. Sin embargo, hasta ahora únicamente Alemania, España, Suecia y el Reino Unido han llevado a cabo series de encuestas nacionales comparables. Otros países han realizado varias encuestas diferentes, por lo que las tendencias se deben analizar con precaución.

El consumo de cánnabis en algún momento de la vida aumentó durante la década de los años noventa en la

mayoría de los países en los que se dispone de información. En las encuestas recientes, muchos países presentan unas cifras de prevalencia relativamente similares (aproximadamente entre el 20 % y el 25 %). Allí donde la prevalencia era baja a principios de la década de los años noventa (por ejemplo, en Grecia, Finlandia y Suecia), el incremento parece haber sido proporcionalmente mayor que donde la prevalencia inicial era más elevada (por ejemplo, en Dinamarca, Alemania y el Reino Unido).

El incremento del consumo de cánnabis en algún momento de la vida no implica necesariamente un crecimiento paralelo del consumo reciente. La prevalencia en los últimos doce meses ha aumentado menos, por lo general, que el consumo en algún momento de la vida.



(6) Figura 6 OL. Consumo de cánnabis en algún momento de la vida y prevalencia en los últimos doce meses entre los adultos en algunos países de la Unión Europea, según encuestas nacionales de población (versión online).

Consumo de drogas en la población escolar

Para los menores de 18 años el OEDT extrae la información de una encuesta escolar comparable que incluye datos de treinta países europeos participantes, así como datos de Estados Unidos. En el último proyecto europeo de encuestas escolares (ESPAD) (1) de 1999, que describe el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas entre estudiantes de 15 y 16 años, participaron once Estados miembros de la Unión Europea. Bélgica, Luxemburgo y España realizaron además en 1998 o 1999 otras encuestas escolares aparte de la del ESPAD cuyos resultados coinciden con los de éste.

Situación y pautas

Estas encuestas muestran que el cánnabis sigue siendo la sustancia ilegal más consumida entre escolares. El consumo en algún momento de la vida entre estudiantes de 15 y 16 años va desde el 8 % en Suecia y Portugal hasta el 35 % en Francia y el Reino Unido. En dos Estados miembros (Grecia y Suecia), el consumo en algún momento de la vida de inhalantes (sustancias volátiles) es mayor o igual que el de cánnabis.

Las encuestas escolares indican un consumo de anfetaminas en algún momento de la vida por parte de un 1 % a un 8 % de los estudiantes de 15 y 16 años, un consumo de éxtasis por parte de un 1 % a un 5 %, y unas cifras de consumo de cocaína en algún momento de la vida de entre el 1 % y el 4 %, con España y los Países Bajos a la cabeza del consumo de cocaína.

La pauta es diferente en el consumo ilícito de tranquilizantes y sedantes (sin prescripción facultativa) en algún momento de la vida, estando el Reino Unido y Noruega, con el 4 %, en el extremo inferior y Francia en el superior (12 %). El consumo ilícito de tranquilizantes y sedantes en algún momento de la vida es mayor entre las chicas que entre los chicos en Francia, Portugal, Italia, Finlandia y Suecia. En cambio, la prevalencia del consumo de drogas ilegales en algún momento de la vida es mayor entre los chicos que entre las chicas en todos los Estados miembros.

Cabe señalar que, según datos comparables de Estados Unidos, las cifras de consumo de varias drogas ilegales en algún momento de la vida superan a las de cualquier Estado miembro de la Unión Europea: cánnabis (41 %), anfetaminas (16 %), éxtasis (6 %) y cocaína (8 %).

Existe una relación inversamente proporcional entre la tasa de prevalencia del consumo de una droga ilegal en un país y el riesgo percibido que se atribuye a esa droga concreta, siendo las chicas por lo general más propensas que los chicos a considerar como un riesgo el consumo de drogas ilegales. La desaprobación del consumo de

éstas es sistemáticamente elevada entre los chicos y chicas de todos los Estados miembros de la Unión, en torno al 80 % por término medio, quedando excluida la desaprobación del cánnabis, que baja hasta un 70 % de media.

Tendencias

En todos los Estados miembros que participaron tanto en la primera como en la última encuesta del ESPAD, a excepción de dos (el Reino Unido e Irlanda), la prevalencia del consumo en algún momento de la vida de todas las drogas ilegales se incrementó entre 1995 y 1999.

Consumo de cánnabis en algún momento de la vida

Las cifras de consumo de drogas ilegales en general por los escolares de 15 y 16 años están determinadas en gran medida por las cifras del cánnabis. En la mayoría de los países, la prevalencia del consumo de este último en algún momento de la vida se ha incrementado.

En Finlandia y Noruega, las cifras de consumo de cánnabis en algún momento de la vida se duplicaron entre 1995 y 1999. También se registraron incrementos en Suecia, Portugal, Dinamarca e Italia. Sin embargo, en los dos Estados miembros que en 1995 tenían la mayor prevalencia se produjo un descenso. En el Reino Unido, la cifra disminuyó del 41 % al 35 % entre 1995 y 1999, y en Irlanda, del 37 % al 32 %.

La disponibilidad aparente de cánnabis aumentó sustancialmente en Dinamarca, Finlandia, Italia y Noruega entre 1995 y 1999. En Irlanda y el Reino Unido dicha disponibilidad disminuyó, aunque no tanto como la prevalencia del consumo en algún momento de la vida.

Consumo de «otras drogas ilícitas» (anfetaminas, LSD/alucinógenos, crack, cocaína, éxtasis y heroína) en algún momento de la vida

La encuesta del ESPAD también muestra un incremento del consumo en algún momento de la vida de las categorías englobadas en «otras drogas ilícitas» en la mayoría de los Estados miembros, salvo un fuerte descenso en el Reino Unido e Irlanda, donde bajó del 22 % al 12 % y del 16 % al 9 %, respectivamente. El incremento en la

(1) Informe del ESPAD de 1999 titulado *Alcohol and other drug use among students in 30 European countries* (Consumo de alcohol y otras drogas entre estudiantes de 30 países europeos), B. Hibell, B. Andersson, S. Ahlström, O. Balakireva, T. Bjarnason, A. Kokkevi y M. Morgan, Consejo Sueco de Información sobre el Alcohol y otras Drogas (CAN), Grupo Pompidou del Consejo de Europa, diciembre de 2000.

Demanda y oferta de drogas

mayoría de los Estados miembros y el descenso en el Reino Unido e Irlanda confirman la tendencia convergente de las pautas del consumo de drogas en los Estados miembros. El descenso sustancial en Irlanda y en el Reino Unido puede suponer que, en los estadios avanzados de difusión de la droga, la población de 15 y 16 años deseosa de experimentar con drogas ilegales llega a saturarse.

Consumo de tranquilizantes o sedantes sin prescripción facultativa en algún momento de la vida

Tradicionalmente, el consumo de tranquilizantes o sedantes sin prescripción médica ha sido considerablemente mayor entre las chicas que entre los chicos. Entre

1995 y 1999, las cifras de prevalencia del consumo de estas sustancias sin prescripción facultativa en algún momento de la vida experimentaron disminuciones sustanciales, de aproximadamente la mitad, entre las chicas de Dinamarca, Italia, Irlanda y el Reino Unido. En cambio, entre las de Finlandia y Portugal se produjo un incremento (3 % y 2 % respectivamente), mientras que entre los chicos de estos dos países hubo una disminución.

Consumo de inhalantes en algún momento de la vida

El consumo de inhalantes en algún momento de la vida registró pocos cambios, excepto en Suecia y en el Reino Unido, donde se registró una disminución entre 1995 y 1999.

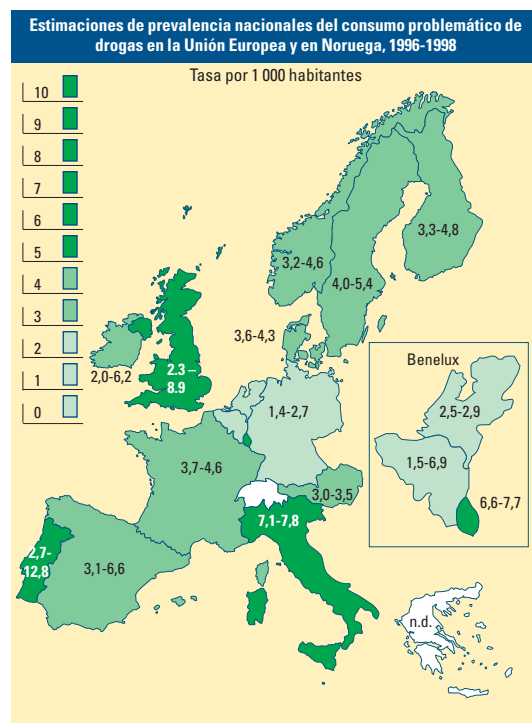
Las tendencias del consumo de otras sustancias son más difíciles de determinar, pues suelen afectar a grupos relativamente pequeños de la población. Sin embargo, pueden tener importantes repercusiones en materia de salud pública y de política sobre drogas. Por ejemplo, el posible incremento del consumo de cocaína del que tanto se ha hablado es un tema que debe ser analizado con más detalle. Tampoco el reciente incremento del consumo de éxtasis —bien documentado entre grupos de jóvenes— aparece claramente en las encuestas que abarcan a toda la población. Las muestras deben ser lo suficientemente representativas y el análisis debe centrarse en los grupos de edad adecuados. También debería considerarse la posibilidad de tomar más muestras de población joven.

Consumo problemático de drogas

En general, las mayores tasas de prevalencia del consumo problemático de drogas parecen ser las de Italia, Luxemburgo, Portugal y el Reino Unido, con una cifra de entre cinco y ocho consumidores problemáticos por cada 1 000 habitantes de 15 a 64 años (tomando los valores centrales del rango en cada país). Las menores tasas parecen ser las de Bélgica (pero este dato se refiere sólo a los CVI, por lo que es una estimación demasiado baja), Alemania y los Países Bajos, con dos o tres consumidores problemáticos de drogas por cada 1 000 habitantes de 15 a 64 años. Las tasas intermedias oscilan entre tres y cinco consumidores problemáticos de drogas por cada 1 000 habitantes de 15 a 64 años en Austria, Dinamarca, Finlandia, Francia, Irlanda, España y Noruega. Algunos países han comunicado unas cifras ligeramente diferentes de las dadas en 2000 debido a la mejora de los datos y las estimaciones. Sin embargo, las de Dinamarca y, sobre todo, Finlandia son mucho más elevadas debido a que han eliminado las estimaciones menos fiables (e inferiores en ambos casos).

Además de los datos sobre la prevalencia, también son importantes los datos sobre las pautas de consumo de drogas. Sin embargo, se dispone de pocos datos sobre las pautas de consumo de drogas de los consumidores problemáticos que no están en tratamiento, aunque esta información es importante para orientar las decisiones de actuación sobre la futura demanda de tratamiento. En los países nórdicos, en particular Finlandia y Suecia, la

Fig. 3



N.B.: n.d. = no disponible.

Las diferencias entre países han de interpretarse con precaución debido al uso de diferentes métodos y grupos diana. Para conocer más detalles, véase el cuadro 1 OL en www.emcdda.org. Los datos relativos a Austria y Bélgica se refieren a 1995, los relativos a Italia a 1999, y a Portugal a 1999-2000. La estimación para Suecia ha sido reducida un 8 % al excluir a los adictos al cannabis, compatible con la definición del consumo de drogas de la OEDT. El color de un país indica el punto intermedio del rango de estimaciones, excepto por lo que respecta a Bélgica (estimación puntual de 3.0 e intervalo de confianza del 95 %). La estimación para Bélgica se refiere a CVI y por lo tanto subestima el problema del consumo de drogas.

Fuente: Puntos focales Reitox, 2000. Para Suecia: B. Olsson, C.A. Wahren, S. Byqvist, Det tunga narkotikamissbrukets omfattning i Sverige 1998, CAN, Stockholm, 2001.

Definición y metodología empleadas en las estimaciones del consumo problemático de drogas

El «consumo problemático de drogas» se define como el «consumo por inyección o habitual/a largo plazo de opiáceos, cocaína y/o anfetaminas». Esta definición excluye a los consumidores de éxtasis y de cánnabis y a los que nunca consumen opiáceos, cocaína o anfetaminas o lo hacen de forma ocasional. Entre los opiáceos se incluyen los de prescripción facultativa, como la metadona. Las estimaciones nacionales del consumo problemático de drogas señaladas para los países de la Unión Europea y de Noruega (que también participó en el proyecto del OEDT de estimación de prevalencias) corresponden al período comprendido entre 1996 y 1998. Austria (1995) y Bélgica (1995) no pudieron aportar estimaciones para este período, debido a la falta de datos más recientes en los que basar los cálculos (véase la figura 3), mientras que Luxemburgo, Portugal e Italia proporcionaron datos más recientes (1999-2000).

La metodología empleada para hacer las estimaciones se basa sobre todo en modelos estadísticos que incorporan indicadores relacionados con la droga e incluye:

- un método indicador multivariante,
- recogida y recuperación de datos,
- tres métodos multiplicadores basados en datos policiales, datos de tratamiento y tasas de mortalidad,

- un método multiplicador que emplea las cifras calculadas anteriormente de consumidores de droga por vía intravenosa (CVI) con VIH/sida en combinación con los índices de VIH/sida entre CVI.

Los rangos de estimaciones que aparecen en la figura 3 con frecuencia se han obtenido a partir de una combinación de varios métodos; por lo tanto, las cifras más altas y las más bajas pueden ser resultado de métodos distintos, tanto dentro de cada país como entre países. Los métodos no siempre se refieren al mismo grupo diana (por ejemplo, los multiplicadores con retrocálculo sobre VIH/sida y mortalidad por sobredosis se refieren a los CVI, mientras que los multiplicadores con datos de tratamiento sólo se pueden emplear para el grupo más amplio de consumidores problemáticos de opiáceos).

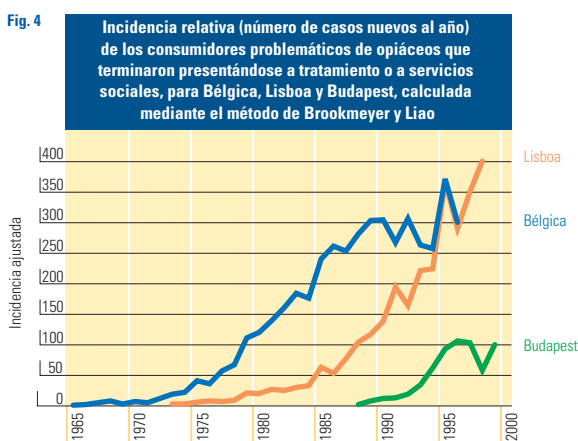
Varios países aplicaron más de un método de estimación: dos (España, Luxemburgo y los Países Bajos), tres (Alemania, Francia, Irlanda, Finlandia y el Reino Unido) o incluso cuatro (Italia y Portugal). Otros (Bélgica, Dinamarca, Austria, Suecia y Noruega) sólo pudieron aplicar un método, mientras que Grecia no ha podido dar todavía ninguna estimación. El uso de varios métodos de estimación independientes puede servir para hacer una validación cruzada de las cifras, dando unas estimaciones generales más fiables para cada país. Por lo tanto, en teoría se puede utilizar la combinación de varios métodos, si es posible con una periodicidad anual.

mayoría de los consumidores problemáticos de drogas consumen anfetaminas como droga principal (entre el 70 % y el 80 % en Finlandia en 1997 según las estimaciones). Es lo contrario de lo que sucede en otros países, donde los consumidores problemáticos de drogas son fundamentalmente consumidores de opiáceos en primer lugar (aunque con frecuencia consumen varios tipos de droga).

Tendencias

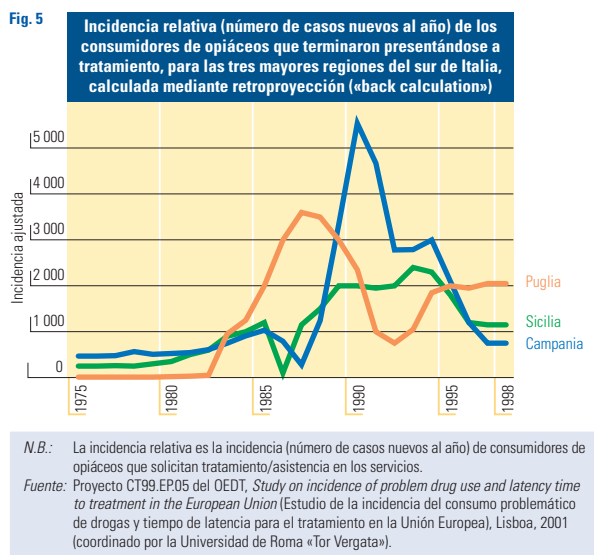
A pesar de su importancia para la evaluación de la política, aún no es posible calcular las tendencias de la prevalencia del problema del consumo de drogas con los métodos actuales, los datos disponibles y su calidad. Para medir dichas tendencias, un medio suplementario e importante puede ser la incidencia del problema del consumo de drogas. La incidencia es el número de nuevos casos en un año, mientras que la prevalencia es el número total de casos existentes, nuevos y antiguos. Por lo tanto, las tendencias de la incidencia son mucho más sensibles a los cambios epidemiológicos y a las intervenciones para impedir que aparezcan nuevos casos.

Un proyecto del OEDT obtuvo nuevas estimaciones de la incidencia del consumo de heroína en Bélgica, Lisboa, Budapest, Londres y Amsterdam según las cuales el



N.B.: La incidencia relativa es la incidencia (número de casos nuevos al año) de consumidores de opiáceos que se presentan a los servicios de tratamiento/apoyo. Lisboa: zona extremadamente problemática de Lisboa, consumidores que se presentan a los servicios sociales. Bélgica: muestra de consumidores de la comunidad francófona que solicitan tratamiento. Fuente: Proyecto CT99.EP.05 del OEDT, *Study on incidence of problem drug use and latency time to treatment in the European Union* (Estudio de la incidencia del consumo problemático de drogas y tiempo de latencia para el tratamiento en la Unión Europea), Lisboa, 2001 (coordinado por la Universidad de Roma «Tor Vergata»).

Demanda y oferta de drogas



momento de aparición de las epidemias de heroína en esas regiones podría haber sido muy diferente (véase la figura 4, aunque no aparecen los datos correspondientes a Londres y Amsterdam).

La figura 5 muestra cómo incluso dentro de un país, en este caso Italia, la epidemia de heroína puede producirse en distintos momentos según las regiones. El resultado sugiere además que podría haber un período inicial (epidémico) de rápida propagación, seguido de una saturación (cuando las personas más susceptibles se han convertido en consumidoras de heroína) y una propagación menor pero constante (situación endémica) —mecanismo semejante al de la propagación de las enfermedades infecciosas—. Esto puede tener repercusiones importantes para los responsables de la toma de decisiones a la hora de hallar un equilibrio óptimo entre distintas medidas de actuación, por ejemplo entre la prevención primaria, que debe llevarse a cabo en el momento oportuno para prevenir una alta prevalencia, y la prevención secundaria (tratamiento de la drogodependencia y medidas de reducción de los daños), que adquiere más importancia cuando ya se ha establecido una alta prevalencia.

En la figura 5 es preciso observar que la epidemia de heroína en Puglia parece haber comenzado mucho antes que en Sicilia y Campania. Puglia, el «talón» de Italia, está situada en una importante ruta comercial de la heroína desde la región de los Balcanes hacia Europa, lo que puede haber favorecido una difusión temprana del consumo de la heroína. Esto confirma resultados anteriores basados en un análisis geográfico de los datos sobre tratamiento (véase el informe anual de 2000 del OEDT).

Las diferencias en la prevalencia del consumo de drogas dependen de diversos factores en cada país. Puesto que

algunos países con políticas más liberales en materia de drogas (como los Países Bajos) y otros con enfoques más restrictivos (como Suecia) presentan unas tasas de prevalencia similares y moderadas, la repercusión de las políticas nacionales (enfoques más liberales frente a enfoques más restrictivos) en la prevalencia del consumo de drogas, sobre todo en el consumo problemático, sigue sin estar clara. Sin embargo, la existencia de una política nacional global sobre drogas es de gran importancia para reducir las consecuencias negativas del consumo problemático, como son la infección por el VIH, las hepatitis B y C y las muertes por sobredosis. Otros factores que pueden influir en la prevalencia del consumo problemático de drogas son la disponibilidad y el precio de las drogas, el desempleo y la pobreza u otros problemas de la sociedad (guerra), la estructura de edades de un país y la proporción de zonas urbanas y zonas rurales. Por otra parte, el consumo de drogas parece tener un comportamiento epidémico (véanse, por ejemplo, las figuras 4 y 5). Así pues, puede seguir ciclos epidémicos de larga duración que dependen en gran parte de la renovación demográfica con nuevas generaciones de jóvenes «propensos» que nunca hayan experimentado los problemas asociados a las pautas más intensas de consumo. En la actualidad, por consiguiente, no se puede establecer una interpretación causal definitiva de la variación de las tasas de prevalencia en los Estados miembros de la Unión Europea.

Se dispone de información cualitativa o local adicional sobre las tendencias del consumo problemático de drogas en algunos países o ciudades.

En Austria, la prevalencia de dicho consumo parece mantenerse estable actualmente en casi todas las regiones, aunque en Viena las personas que trabajan a pie de calle han registrado una disminución del número de jóvenes recién introducidos. En Francia, el consumo de heroína está disminuyendo en general, aunque no se sabe con precisión cómo se traduce esto en el número de consumidores de heroína y existen algunos indicios de nuevos incrementos locales. En Finlandia, las estimaciones de la prevalencia en el área metropolitana de Helsinki para 1995-1997 apuntan a que el consumo de drogas duras se incrementó como mínimo un 40 % en dos años; dicho incremento fue más pronunciado entre los varones, los mayores de 26 años y los consumidores de anfetaminas.

En Alemania, el consumo de heroína se observa principalmente en las áreas metropolitanas, siendo mucho menores las tasas de prevalencia y las incautaciones en las zonas rurales. En los nuevos *Länder* el consumo de esta droga sigue siendo escaso. Según las encuestas, el

consumo de heroína está creciendo sólo ligeramente o se encuentra estancado desde 1992, mientras que la cocaína muestra un crecimiento estable y uniforme. En Grecia, los datos procedentes de indicadores indirectos (tratamiento, muertes, servicios de bajo umbral) sugieren que el consumo problemático de drogas está aumentando. En Irlanda, los consumidores de drogas son jóvenes, como reflejo de la situación demográfica general; hasta 1996 aproximadamente, la tendencia en el consumo de heroína era a fumarla, pero últimamente está volviendo a aumentar el consumo por vía parenteral. En Italia, los niveles de consumo de drogas parecen ser mayores en las regiones del norte, pero es posible que el consumo problemático esté más uniformemente repartido entre las regiones del norte, el centro y el sur, aunque la población de riesgo varía de un área geográfica a otra. (La población total de edad comprendida entre 15 y 54 años es de alrededor de 32 millones: el 44 % vive en las regiones del norte, el 19 % en las zonas centrales y el 37 % en las regiones del sur). Además, puede que en las regiones septentrionales haya un consumo relativamente mayor de drogas de diversión.

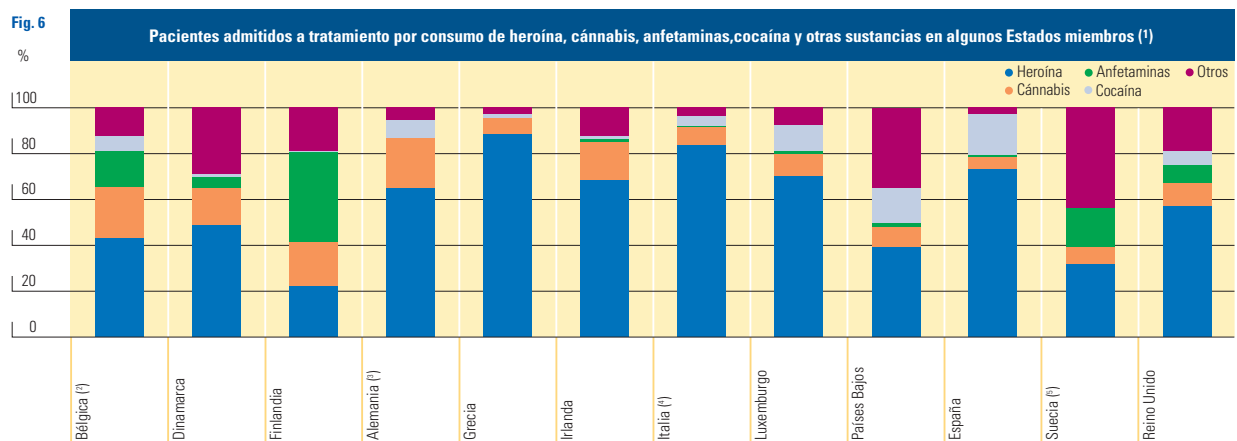
En Luxemburgo, el sistema nacional de registro mostró un notable incremento del 42 % en las nuevas inscripciones entre 1998 y 1999; sin embargo ello se debe principalmente a delitos contra las leyes sobre drogas y puede ser reflejo de la actividad policial. Entre los consumidores problemáticos hay una gran proporción de no nativos de Luxemburgo (48 %). La prevalencia estimada muestra una tendencia al alza mientras que el consumo por inyección ha disminuido desde más del 90 % a aproximadamente el 66 %. En Amsterdam (Países Bajos), el número de consumidores de heroína ha disminuido moderadamente a lo largo de los años, mientras que la

proporción de los mismos que utilizan la inyección ha experimentado un fuerte descenso. En Portugal, los mayores problemas por consumo de drogas aparecen en los distritos de Lisboa, Oporto, Setúbal y Faro. En España, el consumo de heroína, sobre todo inyectada, está perdiendo importancia entre los problemas relativos a las drogas, mientras que están aumentando los problemas relacionados con la cocaína. En Suecia, ha habido un incremento de los grandes consumidores de drogas durante la década de los años noventa y el consumo de heroína se está haciendo más habitual entre los grupos más jóvenes de consumidores problemáticos. Un informe publicado en 1998 sugería para el Reino Unido un incremento de los consumidores de heroína entre la población más joven en la mayoría de las regiones de Inglaterra a partir de 1996. Sin embargo, un estudio reciente realizado en Londres destaca un incremento doble de la incidencia del consumo de heroína por vía no intravenosa entre los años 1991 a 1997.

Consecuencias del consumo de drogas para la salud

Demanda de tratamiento

Las características de los consumidores admitidos a tratamiento (como las características sociales) y las conductas de consumo (como la proporción de los que se inyectan o la de consumidores de opiáceos) son indicadores potenciales de las tendencias más amplias del consumo problemático de drogas. Sin embargo, los datos pueden estar sesgados debido a los distintos métodos utilizados para reunir la información y a la diferente oferta de servicios de tratamiento entre unos países y otros.



(*) Austria, Portugal y Francia no están incluidos porque sus sistemas de elaboración de informes no son comparables.
 (†) Bélgica (datos relativos a 1998): la heroína comprende todos los opiáceos y anfetaminas, todos los estimulantes.
 (‡) Alemania: la heroína comprende todos los opiáceos.
 (§) Italia: estos datos comprenden además a todos los pacientes aún en tratamiento desde el año anterior.
 (¶) Suecia: la heroína comprende todos los opiáceos.
 Fuente: Informes nacionales Reitox 2000.

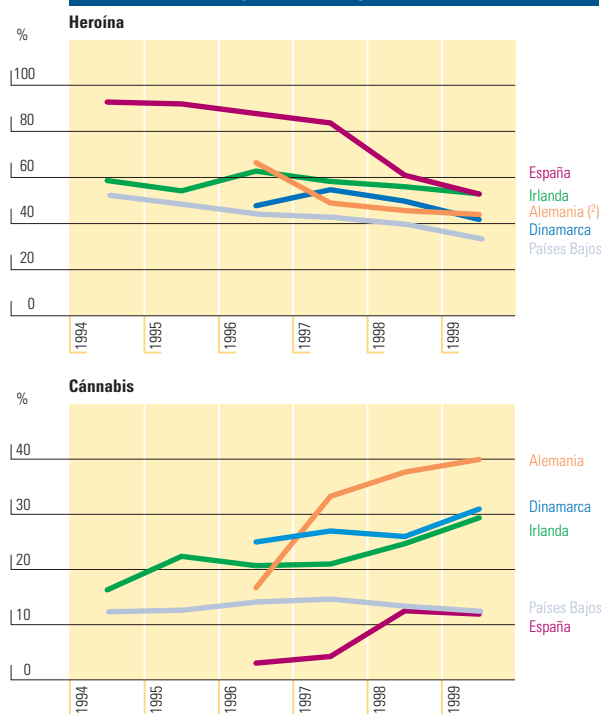
Demanda y oferta de drogas

Sustancias

A pesar de las diferencias en las políticas de tratamiento y en las prácticas de registro, es posible reconocer unas tendencias comunes y unas tendencias específicas en Europa.

En casi todos los países, los opiáceos son la droga principal consumida por los pacientes que se someten a tratamiento por primera vez (sobre todo la heroína). La variación entre países es bastante grande —desde el 22,4 % en Finlandia hasta el 84,2 % en Grecia— pero los porcentajes más frecuentes se sitúan entre el 50 % y el 70 %. Aparte de la heroína, otras sustancias principales para las que se solicita tratamiento son el cánnabis (por encima del 15 % en Bélgica, Dinamarca, Finlandia e Irlanda) y la cocaína (sobre todo en los Países Bajos, con un 15,4 %, y en España, con un 17 %). El éxtasis sólo es la droga principal en algunos casos, siendo la cifra más alta un 8,9 % en Irlanda. Existen diferencias importantes en lo que respecta a las anfetaminas, correspondiendo los porcentajes más elevados a Finlandia (39 %), Suecia (17 %) y Bélgica (15 %).

Fig. 7 Evolución de los pacientes admitidos por primera vez a tratamiento por consumo de heroína y cánnabis en algunos Estados miembros (1)



(1) Algunos países no han sido incluidos porque no disponían de datos comparables relativos a los años presentados.

(2) Estos datos conciernen todos a opiáceos.

Fuente: Informes nacionales Reitox 2000.

Tendencias

Se observan unas tendencias comunes en cuanto al número de consumidores que solicitan tratamiento: el de los que solicitan tratamiento por primera vez por consumo de heroína está disminuyendo, mientras que aumenta el de los que lo hacen por consumo de cánnabis y, sobre todo, de cocaína. El mayor aumento entre los consumidores de cánnabis afecta a Alemania (del 16,7 % en 1996 al 40 % en 1999, aunque es importante señalar que estos datos sólo se refieren a las unidades de tratamiento ambulatorio), Irlanda (del 20,7 % en 1996 al 29,4 % en 1999) y Dinamarca (del 25 % en 1996 al 31 % en 1999), mientras que, entre los consumidores de cocaína, el mayor crecimiento se registra en España (del 21,6 % en 1998 al 30,9 % en 1999) y los Países Bajos (del 14,7 % en 1994 al 23,2 % en 1999).

Estas tendencias son confirmadas por los datos del total de consumidores admitidos a tratamiento a lo largo de los años, que muestran un claro incremento entre los consumidores de cocaína, así como comparando los consumidores admitidos a tratamiento por primera vez y el total de consumidores admitidos en algunos Estados miembros. Por otro lado, se observa un incremento de los consumidores de cocaína como droga secundaria entre los pacientes que consumen opiáceos como sustancia principal (7) (8). En general, los pacientes que solicitan tratamiento consumen más de una droga, observándose diferencias según los grupos de consumidores.

En muchos países se señala un incremento de la demanda de tratamiento sustitutorio, especialmente por parte de mujeres embarazadas, probablemente debido a la mayor disponibilidad de este tipo de servicios.

Consumo de drogas por vía parenteral y otras vías de administración

La proporción de consumidores por vía parenteral entre los pacientes en tratamiento por consumo de heroína varía notablemente, desde el 12,5 % en los Países Bajos hasta el 72,7 % en Grecia. En casi todos los países es bastante habitual encontrar una disminución general de la heroína inyectada, aunque con variaciones (Irlanda informa de una tendencia contraria creciente de consumo de drogas por inyección). La comparación entre el total de pacientes que solicitan tratamiento por consumo de heroína y los que lo hacen por primera vez parece confirmar la disminución de los que consumen la heroína por inyección (por término medio, un 10 % menos) (9).

(7) Figura 7 OL. Evolución de todos los pacientes sometidos a tratamiento por consumo de heroína, cánnabis y cocaína (versión *online*).

(8) Figura 8 OL. Total de pacientes y pacientes nuevos sometidos a tratamiento por consumo de cánnabis y cocaína, 1999 (versión *online*).

(9) Figura 9 OL. Proporción de consumidores por vía parenteral entre los pacientes sometidos a tratamiento por consumo de heroína en algunos países de la Unión Europea, 1999 (versión *online*).

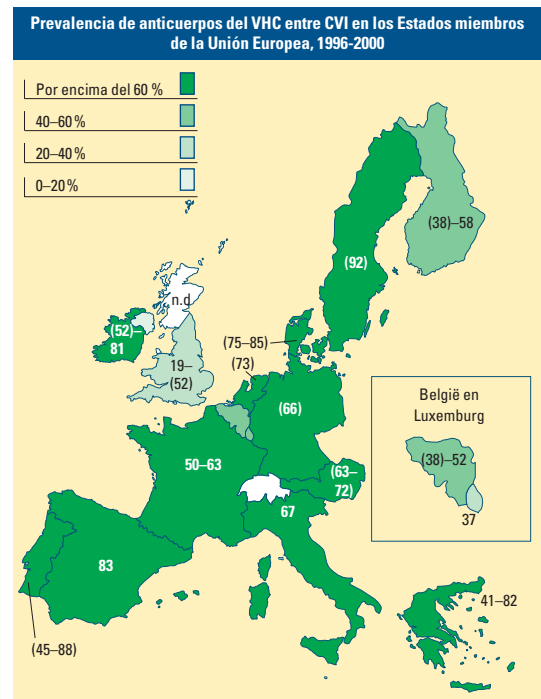
Son muchos los factores que pueden influir en las vías de administración, y aún no están totalmente claros ni demostrados por estudios científicos, pero podrían incluir factores de mercado, tradiciones culturales e intervenciones.

En términos de mercado son tres los factores principales que podrían influir en la vía de administración: la disponibilidad relativa de heroína fumable (forma base) o inyectable (clorhidrato), el precio de la heroína (a mayor precio, mayor consumo mediante inyección) y la pureza de la heroína (una menor pureza está relacionada con un mayor consumo por inyección).

Desde un punto de vista cultural, hay algunas tradiciones relacionadas específicamente con minorías étnicas: entre el subgrupo de Surinam la aversión a inyectarse droga parece haber influido en la forma de administración empleada por los consumidores de heroína (esnifada o fumada). No se ha observado la misma influencia en otros subgrupos, como los consumidores norteafricanos en Francia o los antillanos, que también fuman o esnifan la heroína tradicionalmente.

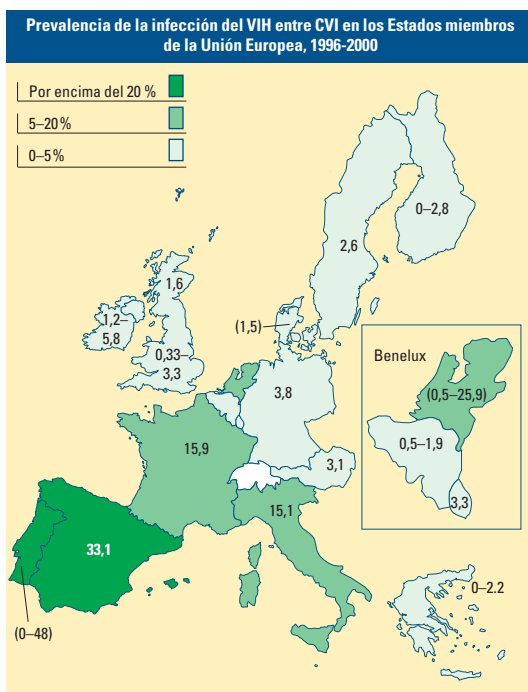
Diversos estudios de evaluación ponen asimismo de relieve la influencia de las actividades preventivas (insta-

Fig. 9



N.B.: n.d. = no disponible. Los datos entre paréntesis son locales. Las diferencias entre países han de interpretarse con precaución debido a las diferentes fuentes y en algunos casos a los datos locales. El color de un país corresponde al punto intermedio del rango de prevalencia de acuerdo con las diferentes fuentes de datos. Los datos relativos a España, Italia y Alemania se limitan a la prevalencia del VHC entre los consumidores por vía intravenosa en tratamiento y pueden no ser representativos de la prevalencia del VHC entre los consumidores por vía intravenosa que no están siendo tratados. Los datos sobre Luxemburgo se limitan a los consumidores por vía intravenosa en prisión. Los datos relativos a Luxemburgo y el Reino Unido y las elevadas cifras para Irlanda y Finlandia se basan en pruebas de saliva. Los datos relativos a Francia y la elevada cifra de Bélgica se basan en resultados de pruebas comunicados por los propios consumidores, que pueden no ser fiables. Los datos relativos a Alemania son de 1995, y los datos sobre Suecia, de 1994. Para conocer más detalles y las fuentes, véanse las tablas estadísticas complementarias en www.emcdda.org.

Fig. 8



N.B.: Los datos entre paréntesis son locales. Las diferencias entre países han de interpretarse con precaución debido a las diferentes fuentes y en algunos casos a los datos locales. El color de un país corresponde al punto intermedio del rango de prevalencia de acuerdo con las diferentes fuentes de datos. Los datos relativos a España, Italia, Francia y Alemania se limitan a la prevalencia del VIH entre los consumidores por vía intravenosa en tratamiento y pueden no ser representativos de la prevalencia del VIH entre los consumidores por vía intravenosa que no están siendo tratados. Para conocer más detalles y las fuentes, véanse las tablas estadísticas complementarias en www.emcdda.org.

laciones e información sobre los riesgos de la vía parenteral) en los cambios de preferencia de inyectarse a esnifar o fumar.

Características sociales

Los pacientes que se someten a tratamiento suelen ser varones de 20 a 39 años. La edad media es de 29 años para el total de los pacientes y de 27 para los que se someten a tratamiento por primera vez. Normalmente las mujeres son más jóvenes que los hombres, solicitando el tratamiento casi un año antes que ellos. Los pacientes de más edad se encuentran en Suecia y en los Países Bajos, mientras que los más jóvenes son los de Irlanda y Finlandia, aunque en el caso de Irlanda ello responde además a la situación demográfica del país.

La distribución por sexos varía, con cifras similares en todos los países del sur, en los que la gran mayoría son hombres (86/14 en Italia, 85/15 en España, 84/16 en Portugal y 84/16 en Grecia), y en todos los países del norte, con una mayor presencia de mujeres en tratamiento (70/30 en Irlanda, 72/28 en Suecia).

Demanda y oferta de drogas

La situación social de los solicitantes de tratamiento parece ir empeorando en lo que se refiere a los estudios y el empleo. La mayoría se concentra en zonas urbanas, pero ello podría deberse además a la menor oferta de servicios en las zonas rurales.

Enfermedades infecciosas relacionadas con la droga

En el apartado «Enfermedades infecciosas» del capítulo 3 («Cuestiones particulares») se hace un análisis más detallado de este tema.

Prevalencia y tendencias

Puesto que los datos disponibles proceden de diferentes fuentes (a veces locales), sólo se puede ofrecer una imagen general de la prevalencia del VIH en los consumidores de drogas por vía intravenosa o que se inyectan (CVI). No obstante, se aprecian grandes diferencias entre los países y dentro de los mismos. Los datos disponibles indican unos niveles de infección en diferentes subgru-

pos de CVI que van de aproximadamente el 1 % en el Reino Unido al 32 % en España. Este panorama general no ha variado en los últimos años. Sin embargo, hay indicios de que en algunos países se está produciendo un nuevo incremento de la transmisión del VIH en (subgrupos de) CVI (véase el recuadro *infra*).

No se dispone de tantos datos sobre la prevalencia de la infección por el virus de la hepatitis C (VHC) y, cuando se dispone de ellos, presentan las mismas limitaciones que los datos sobre el VIH. Sin embargo, el panorama general está claro: la prevalencia del VHC es sumamente alta según los datos de todos los países de la Unión, con unas tasas de infección de entre el 40 % y el 90 % en diferentes subgrupos de CIV (véase la figura 9). En la medida en la que se dispone de datos, los relativos a la prevalencia en CVI menores de 25 años indican unos niveles de infección por VHC que van desde el 20 % (Bélgica, tratamiento, 1998) hasta más del 74 % (Portugal, tratamiento en Coimbra, 2000) (véase la figura 27 en el apartado

Posible incremento de la transmisión del VIH en CVI en algunos países de la Unión Europea

Los datos preliminares indican que quizá se haya producido un incremento de la infección por VIH en subgrupos de CVI en algunos países de la Unión. No hay que olvidar las limitaciones de usar datos rutinarios para detectar variaciones en la transmisión (véase el capítulo 3, página 44). Por ejemplo, el incremento en Irlanda puede ser debido en parte a un incremento de los análisis de los CVI. Sin embargo, es importante vigilar de cerca ese posible incremento y adoptar medidas adecuadas si es necesario. La transmisión del VIH podría haber aumentado en Austria, Luxemburgo, Irlanda, Países Bajos, Portugal y Finlandia.

En Austria, la prevalencia del VIH entre las sobredosis de opiáceos aumentó del 1 % al 5 % en 1999 (a partir del 3 % en 1996, 2 % en 1997 y 1 % en 1998).

En Luxemburgo, las infecciones por el VIH en CVI notificadas aumentaron de 2-3 anuales en 1995-1997 a 6-7 anuales en 1998 y 1999.

En Irlanda, el número de análisis positivos del VIH en CIV se triplicó hasta llegar a 69 en 1999 (desde 20-26 anuales en el período 1994-1998).

En Portugal los datos proceden de fuentes locales. En Coimbra, la prevalencia en los CVI en tratamiento se incrementó del 9 % al 13 % entre 1999 y 2000, con un aumento sobre todo entre las mujeres y del 9,5 % al 18 %

en el grupo de 25 a 34 años. Un estudio realizado a pie de calle entre 250 consumidores de heroína sin hogar en una zona muy problemática de Lisboa mostró una prevalencia del 48 % en 1998-1999.

En Finlandia, se produjo un gran aumento de las notificaciones de casos de VIH en CIV, de 0-5 casos anuales durante 1990-1997 a 20 casos en 1998 y 84 en 1999. La prevalencia en asistentes a centros de intercambio de jeringuillas que solicitan análisis de detección del VIH también creció desde el 0 % en 1997 hasta el 3 % en 1998 y el 8 % en 1999, volviendo a disminuir hasta el 3 % en 2000.

En los Países Bajos, la infección por el VIH creció del 11 % al 22 % entre 1994 y 1998-1999 entre los CVI en la ciudad de Heerlan, al sur del país.

N.B.: Tamaño de las muestras: Austria 1996: 184, 1997: 131, 1998: 108, 1999: 126; Heerlan (Países Bajos) 1994: 161, 1998-1999: 116; Coimbra (Portugal) 1999: 227, 2000: 106; Lisboa 1998-1999: 252, y Finlandia 1997: 131, 1998: 135, 1999: 63, 2000: 356.

Fuentes: Puntos focales nacionales. Para los datos de Lisboa: Valle, H., Rodrigues, L., Coutinho, R., et al.: *VIH, HCV and HBV infection in a group of drug addicts from Lisbon* (Infección de VIH, VHC y VHB en un grupo de drogadictos de Lisboa) Seventh European Conference on clinical aspects of VIH infection (Séptima conferencia europea sobre los aspectos clínicos de la infección por el VIH), 23-27 de octubre, Lisboa, Portugal (resumen 866).

Metodología y definiciones acerca de las muertes relacionadas con la droga

En el presente informe la atención se centra en las muertes por intoxicación aguda relacionadas con la droga (sobredosis) a menos que se especifique lo contrario.

Las comparaciones directas entre países pueden ser engañosas, ya que el número de muertes relacionadas con la droga depende no sólo de la prevalencia del consumo problemático y de las pautas de riesgo (como el uso de la inyección), sino también de las definiciones y los métodos de registro nacionales. Por ejemplo, Portugal tiene una definición inclusiva, mientras que Suecia ha cambiado recientemente de una definición general a una más restrictiva (1).

Las muertes relacionadas con la droga y la mortalidad entre los consumidores constituyen uno de los indicadores epidemiológicos clave del OEDT. Se ha desarrollado un protocolo europeo estándar para comunicar casos a partir de los registros de mortalidad generales y de registros especiales (forenses o policiales). Este protocolo estándar ha sido probado en todos los Estados miembros, y se mantiene una colaboración activa con Eurostat y con la Organización Mundial de la Salud (2).

Cuando en un país determinado se mantienen las definiciones, los métodos y la calidad de los informes, las estadísticas pueden indicar tendencias en el tiempo y, si se analizan correctamente y se combinan con otros indicadores, pueden ser valiosas para seguir las pautas más extremas de consumo de drogas.

Al valorar la repercusión global del abuso de las drogas, también hay que tener en cuenta las muertes relacionadas indirectamente con el consumo de drogas —muertes por sida, accidentes de tráfico, violencia o suicidios—, pero requieren diferentes fuentes de información y una metodología más orientada a la investigación.

- (1) Definición de «muerte por intoxicación aguda de drogas» en los Estados miembros de la Unión Europea siguiendo la definición del informe anual del OEDT y de los informes nacionales (versión *online*).
- (2) Estándar del OEDT propuesto para contar las muertes por intoxicación aguda de drogas: estándar DRD versión 1.0 (versión *online*).

«Enfermedades infecciosas» del capítulo 3). Esto hace pensar que la transmisión del VHC sigue siendo elevada en varios países, aunque algunos estudios indican que la introducción de medidas preventivas podría haber reducido la transmisión (el Reino Unido).

Muertes relacionadas con la droga y mortalidad de los consumidores

El número de muertes por intoxicación aguda de drogas («sobredosis») se emplea a veces como forma simplista de valorar la situación de las drogas en un país y de establecer comparaciones. Las muertes por drogas son una causa de preocupación social y política, especialmente las producidas por intoxicación aguda entre gente joven.

Características de las muertes por intoxicación aguda de drogas

En los últimos cinco años (de 1994 a 1999), con arreglo a la información disponible, el número total de casos comunicados por los países de la Unión Europea ha fluctuado entre 7 000 y 8 000. En la Unión, los opiáceos siguen estando presentes en casi todos los casos de fallecimientos por intoxicación aguda de drogas («sobredosis» o «envenenamiento») (10).

Es habitual la presencia de otras sustancias, como el alcohol, las benzodiazepinas o la cocaína. La presencia de sustancias depresoras, como el alcohol o las benzodiazepinas, se considera un factor de riesgo para las sobredosis de opiáceos. Las muertes por intoxicación aguda con presencia de cocaína, anfetaminas o éxtasis sin opiáceos parecen ser bastante infrecuentes en Europa.

Muchos fallecimientos por opiáceos ocurren dentro de las tres horas posteriores al consumo, lo que hace posible la intervención médica. Asimismo, muchas sobredosis tanto de consecuencias mortales como no mortales se producen en presencia de testigos, lo cual haría posible la intervención (en tales casos, es importante que los consumidores sepan cómo buscar ayuda efectiva).

Casi todas las muertes por opiáceos se producen entre consumidores de cerca de 30 años o en la treintena que se inyectan, normalmente después de varios años de consumo. La gran mayoría de fallecimientos se da entre los hombres. Al igual que sucede entre los pacientes que se someten a tratamiento, en muchos países de la Unión se observa una clara tendencia al aumento de la edad entre los consumidores de opiáceos fallecidos (11).

(10) Figura 10 OL. Proporción de abuso de opiáceos y no opiáceos en los casos de muertes relacionadas con las drogas (porcentajes válidos basados en casos de toxicología conocida) (versión *online*).

(11) Figura 11 OL. Proporción de personas mayores de 30 años en las muertes relacionadas con las drogas en algunos países de la Unión Europea, 1986 y 1999 (versión *online*).

Demanda y oferta de drogas

Algunos fallecimientos relacionados con la cocaína pueden pasar inadvertidos debido al entorno social de las víctimas o a una diferente presentación clínica (como enfermedades cardíacas isquémicas o arritmia). El personal de los servicios de emergencia debe ser consciente de esta posibilidad. Las muertes por intoxicación aguda relacionadas sólo con el éxtasis parecen infrecuentes, pese a la alarma de la opinión pública que generaron a mediados de la década de los años noventa en algunos países europeos.

La metadona se ha detectado en varias muertes por drogas y su papel se ha examinado en varios países europeos. Desde la generalización del tratamiento de sustitución por metadona en los últimos años, los hallazgos toxicológicos circunstanciales de metadona son cada vez más frecuentes entre los consumidores de drogas que fallecen a causa de accidentes, sida, etc. Algunos estudios locales sugieren que algunas muertes por intoxicación aguda pueden haber sido causadas por metadona desviada al mercado ilegal, hecho facilitado quizá por una mala organización de los servicios de prescripción. En algunos países se ha aconsejado mejorar la organización de los programas de sustitución por metadona. Pese a estos problemas, la investigación muestra que el tratamiento sustitutorio disminuye los riesgos de fallecimiento por intoxicación aguda en las personas que participan en los programas.

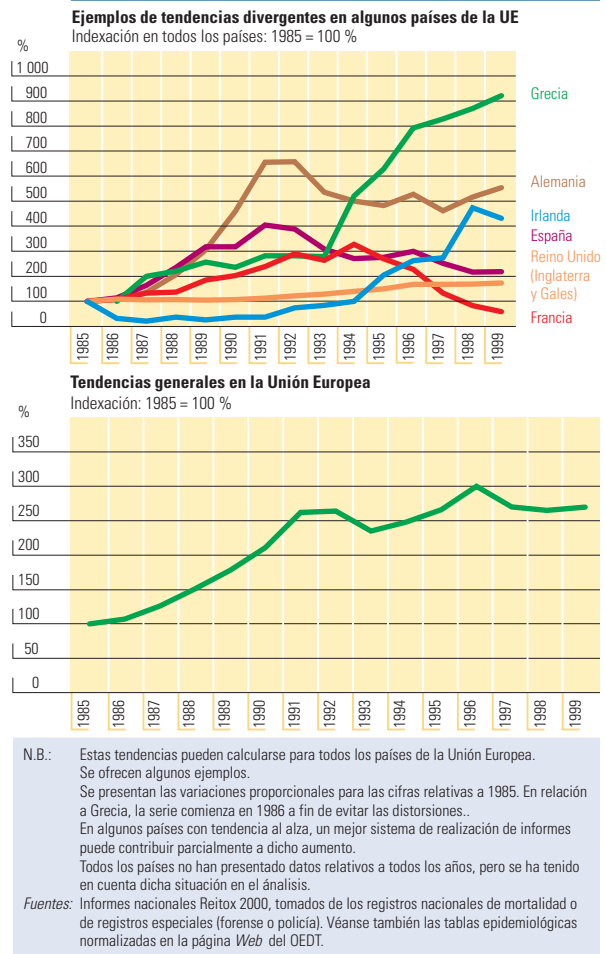
Tendencias de las muertes por intoxicación aguda de drogas

Muchos países de la Unión Europea registraron un acusado incremento de las muertes por intoxicación aguda de drogas en la segunda mitad de la década de los años ochenta y a comienzos de la de los años noventa. No obstante, en los últimos años el número de muertes de este tipo en toda la Unión se ha estabilizado, entre 7 000 y 8 000 por año, y en algunos países incluso ha disminuido.

Probablemente son muchos los factores que contribuyen a la reciente estabilización de los fallecimientos relacionados con las drogas. Es posible que el número de consumidores problemáticos se haya estabilizado y los datos sobre tratamiento apuntan a que las prácticas de riesgo, por ejemplo el consumo por vía parenteral, también han disminuido en algunos países. Además, las intervenciones de tratamiento —incluidos los programas de sustitución— se han extendido en muchos países y la ayuda médica en casos de sobredosis puede haber mejorado.

La estabilización es acorde con la disminución de la mortalidad global (en algunos casos también de las

Fig. 10 Tendencias de la mortalidad directamente relacionada con la droga, en algunos países de la Unión Europea 1985-1999



muertes por sobredosis) en cohortes de consumidores problemáticos de drogas, tal como se describe más adelante (véase el apartado sobre la mortalidad entre los consumidores de drogas).

Dentro de la tendencia global de la Unión, se observan diferentes tendencias nacionales:

- Varios países presentan una tendencia general descendente, aunque con fluctuaciones interanuales, por ejemplo, Austria, Francia, Alemania, Luxemburgo, Italia y España. Austria (1999), Alemania (1999-2000) y Luxemburgo (1997-1998) comunicaron nuevos incrementos recientemente, pero sin llegar a los valores anteriores. Este desarrollo se debe seguir atentamente.
- Varios países han informado de una importante tendencia ascendente hasta hace poco —por ejemplo, Grecia, Irlanda (disminución observada en 1999) y Portugal—. Este incremento probablemente esté relacionado con una expansión más reciente del consumo de heroína en estos países durante la década de los años noventa, hecho que puede ser explicado quizá por su evolución

sociológica. También pueden haber mejorado las prácticas de registro. La aplicación de una definición amplia de los casos puede haber influido en parte en el acusado incremento observado recientemente en Portugal.

- El Reino Unido presenta una tendencia de crecimiento moderado pero continuo. Otros países tienen una tendencia creciente estable, o bien sus tendencias son difíciles de evaluar debido a los recientes cambios de la Clasificación Internacional de Enfermedades (de la 9ª a la 10ª edición) o de las definiciones nacionales.

La comparación entre las estimaciones de muertes relacionadas con las drogas en la Unión Europea y en Estados Unidos debería realizarse e interpretarse con sumo cuidado. Las actuales definiciones europeas de las muertes relacionadas con las drogas son heterogéneas y la definición de Estados Unidos es algo más amplia e incluye los fármacos psicoactivos. Aún así, cabe destacar que el número de casos registrados en los países de la Unión (376 millones de habitantes) apenas llega a la mitad de los registrados en Estados Unidos (270 millones de habitantes). En los últimos años, el número de casos en la Unión Europea ha fluctuado entre 7 000 y 8 000, mientras que Estados Unidos parece presentar una tendencia creciente, pasando de aproximadamente 13 000 a casi 16 000 en el mismo período (ONDCP, The National Drug Control Strategy, Informe anual de 2001).

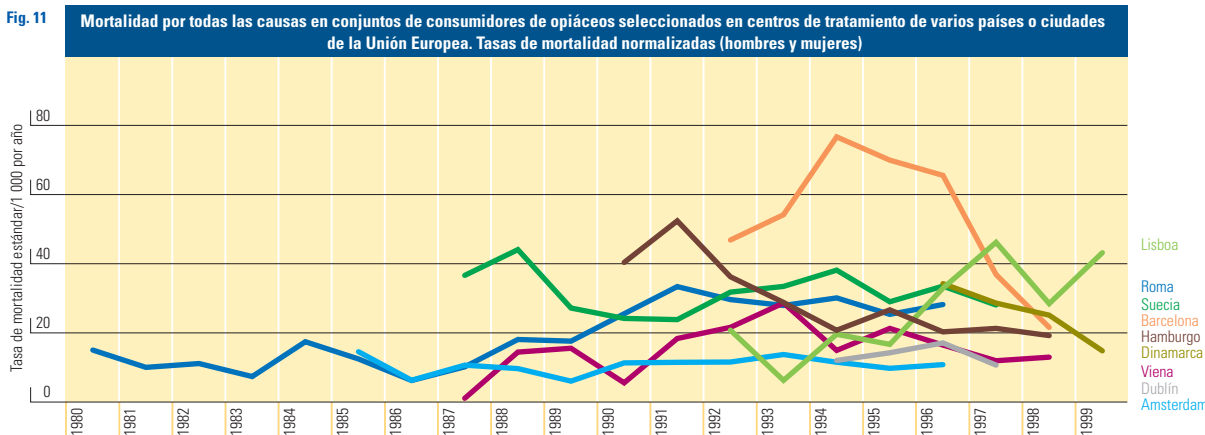
Mortalidad entre los consumidores de drogas

Los consumidores problemáticos de drogas representan un porcentaje muy pequeño de la población, pero concentran una cantidad desproporcionada de problemas de salud y, sobre todo, sufren una mortalidad muy elevada.

Los estudios de seguimiento realizados sobre grupos de consumidores problemáticos (normalmente consumidores de opiáceos seleccionados en centros de tratamiento) durante varios años han mostrado sistemáticamente que los consumidores de opiáceos tienen una tasa de mortalidad (por todo tipo de causas) hasta veinte veces mayor que la de la población general de la misma edad. Ello se debe no sólo a las muertes por sobredosis, sino también a accidentes, suicidios, sida y otras enfermedades infecciosas. Se han detectado además otros factores de riesgo: la mortalidad de los que se inyectan es de dos a cuatro veces mayor que la de los que no utilizan esta vía, mientras que la de los consumidores infectados con el VIH es de dos a seis veces mayor que la de los consumidores no infectados. El consumo combinado de opiáceos y otras sustancias depresoras tales como el alcohol o las benzodiazepinas puede elevar el riesgo de sobredosis.

La mortalidad de los consumidores problemáticos de drogas que no consumen opiáceos o no se inyectan las drogas es claramente inferior, aunque resulta más difícil evaluar con precisión los riesgos para su salud. En general, los centros tradicionales de tratamiento de la drogadicción registran relativamente pocos casos, y muy especiales, de grandes consumidores de cocaína o de anfetaminas, muchos de los cuales parecen haber sido o ser simultáneamente consumidores de opiáceos, haberse inyectado anteriormente o ser personas socialmente excluidas. Quizá se requieran metodologías y/o fuentes diferentes para estos consumidores de drogas que para los consumidores tradicionales de opiáceos.

Un estudio en varios lugares coordinado por el OEDT ha establecido cohortes en nueve lugares de Europa (ciudades o países) siguiendo en la medida de lo posible un protocolo común desarrollado como parte del indicador



N.B.: La comparabilidad entre lugares de estudio es aún limitada. Fuentes: Proyecto CT.99.EP.07 del OEDT, coordinado por la Agencia de Salud Pública de Roma. Véanse también las tablas epidemiológicas estándar en la página web del OEDT.

Demanda y oferta de drogas

clave «muertes relacionadas con la droga y mortalidad entre los consumidores de drogas». El estudio pone de manifiesto diferencias sustanciales entre los distintos lugares en lo que se refiere a la mortalidad global y a las causas de los fallecimientos.

Tendencias de la mortalidad entre los consumidores de drogas

El estudio del OEDT antes mencionado revela que en varios lugares las tasas de mortalidad alcanzaron sus niveles más altos a comienzos o a mediados de la década de los noventa, disminuyendo posteriormente (Barcelona, Hamburgo, Viena y quizá Dinamarca —sólo con información de los últimos años—). En Barcelona, este fenómeno ha sido especialmente evidente: la mortalidad anual llegó a ser de más de 50 consumidores por 1 000 entre 1992 y 1996 antes de disminuir notablemente, obedeciendo principalmente a un descenso de los fallecimientos por sida y, en menor medida, de las muertes por sobredosis.

Indicadores relativos a la acción de cumplimiento de la ley

Los delitos contra las leyes nacionales sobre drogas (como el consumo, la posesión y el tráfico) reflejan las diferencias tanto en las leyes como en los recursos y las prioridades de las fuerzas de seguridad. Las diferencias entre los métodos de registro y las definiciones hacen más difíciles las comparaciones. Sin embargo, las tendencias se comparan siempre que es posible.

«Detenciones»⁽¹²⁾ por delitos contra las leyes sobre drogas

El cannabis sigue siendo, en 1999, la droga más frecuentemente implicada en las «detenciones», siendo responsable desde el 45 % de las detenciones relacionadas con las drogas en Italia hasta el 85 % en Francia. En Suecia, las anfetaminas son algo más frecuentes que el cannabis. En Portugal y Luxemburgo predomina la heroína, mientras que en los Países Bajos casi todos los delitos relacionados con las drogas tienen que ver con las «drogas duras» (drogas distintas del cannabis y sus derivados).

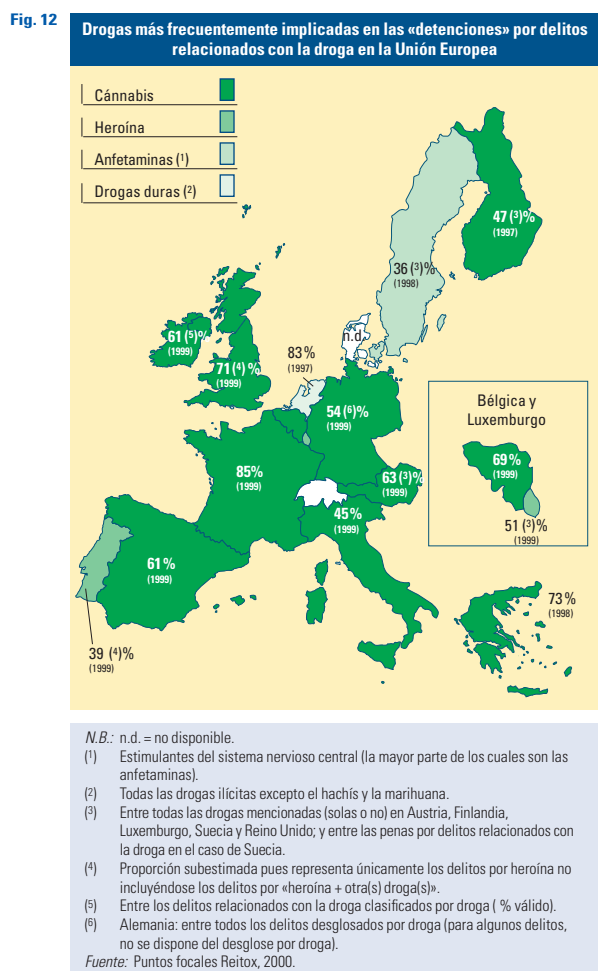
La mayoría de los delitos por drogas comunicados están relacionados con el consumo o la posesión para el

consumo, excepto en el caso de Italia, los Países Bajos y España, donde los delitos relacionados con las drogas sólo se refieren a las actividades de venta o tráfico. Como en años anteriores, en 1999 Luxemburgo comunicó el mayor número de «detenciones» por delitos tanto de consumo como de tráfico de drogas.

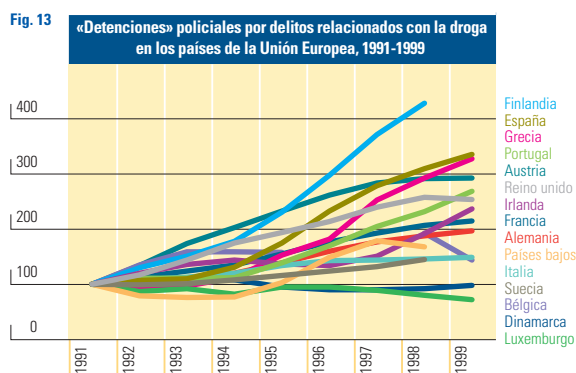
Tendencias

Las «detenciones» por delitos relacionados con las drogas han aumentado a un ritmo constante desde 1985 en el conjunto de la Unión Europea. En Finlandia, Grecia y Portugal ha aumentado más de siete veces, mientras que en Dinamarca, Italia, los Países Bajos y Suecia el incremento ha sido mucho menor (dos veces o menos).

En los tres últimos años, el número de «detenciones» relacionadas con la droga ha ascendido en casi todos los países de la Unión. Los mayores incrementos han sido comunicados por Grecia, Irlanda, Portugal y España. En 1999, Bélgica y el Reino Unido fueron los únicos países que



(12) Las «detenciones» por delitos relacionados con las drogas tienen diferentes definiciones según los Estados miembros. El término puede referirse, por ejemplo, a las detenciones de sospechosos de haber cometido algún delito o a la prisión preventiva de los acusados de delitos contra las leyes sobre drogas. La definiciones exactas figuran en el Boletín Estadístico, en www.emcdda.org.



NB: Para las diferentes definiciones de «detención», véanse las tablas complementarias en la página Web del OEDT: www.emcdda.org. Se han introducido valores reales para todos los países para 1999 y para Bélgica, Finlandia, Países Bajos y Suecia, para 1998, porque los datos disponibles no permiten calcular las medias móviles en estos casos. La serie se interrumpe para Bélgica en 1996 y 1997 (no se dispone de datos). Grecia: La cifra de 1998 presenta el número de condenas.
Fuente: Puntos focales Reitox.

informaron de un descenso del número de «detenciones» relacionadas con la droga (13).

Consumidores de drogas en centros penitenciarios

La prevalencia de consumidores de drogas entre los presos se calcula principalmente a partir de estudios ad hoc realizados a escala local. Hasta un 90 % de los presos declara haber consumido alguna droga ilícita en algún momento de su vida. Los consumidores problemáticos de drogas y/o los consumidores por vía intravenosa son menos frecuentes, pero pueden representar hasta un 50 % de la población reclusa en algunas regiones (14).

En varios países se señala el consumo de drogas dentro de las cárceles. La probabilidad de que los consumidores que se inyectan lo hagan dentro de la cárcel es menor que fuera, pero es mucho más probable que allí compartan el material para hacerlo.

Indicadores del mercado de la droga: incautaciones, precio y pureza

Los datos sobre incautaciones de drogas, precio y pureza que se analizan a continuación fueron proporcionados por los puntos focales Reitox. Las divergencias con los datos publicados por Europol se deben a las diferencias de los procedimientos de notificación (15).

Las incautaciones de drogas normalmente se consideran indicadores indirectos de la oferta y la disponibilidad de

Acceso a las drogas por parte de los estudiantes de 15 y 16 años

Según las encuestas escolares del ESPAD, la sensación de los jóvenes de 15 y 16 años de tener acceso a las drogas parece haberse incrementado entre 1995 y 1999 en todos los países participantes de la Unión Europea (1), a excepción de Irlanda y el Reino Unido, en los que ha ido en descenso. En 1999, el porcentaje de estudiantes que tenía la sensación de que el cánnabis era «muy fácil» o «bastante fácil» de obtener era de entre un 20 % y un 60 %, para la heroína y la cocaína era de entre un 5 % y un 20 %, y para las anfetaminas y el éxtasis era de entre un 6 % y un 38 %. La disponibilidad percibida de las drogas ilícitas es normalmente muy baja en Finlandia y bastante alta en Irlanda, Dinamarca y el Reino Unido.

(1) Países participantes de la Unión: Dinamarca, Finlandia, Francia, Grecia, Irlanda, Italia, Portugal, Suecia y el Reino Unido.

Fuente: Informe 1999 del ESPAD (para tener una referencia completa, véase la página 10).

drogas, aunque también dependen de los recursos, las prioridades y las estrategias policiales, así como de la vulnerabilidad de los traficantes ante las fuerzas de la ley. Las tendencias de las cantidades incautadas están sesgadas, ya que de un año a otro pueden fluctuar debido a un pequeño número de incautaciones de gran envergadura. La cifras sobre incautaciones suelen ser más útiles como indicador de las tendencias relativas a los consumidores, ya que en todos los países incluyen una gran proporción de pequeñas incautaciones en el mercado de venta al por menor. Cuando se conocen, el origen y el destino de las drogas incautadas pueden indicar las rutas de tráfico y las zonas de producción. La mayoría de los Estados miembros informa del precio y la pureza de las drogas que se venden al por menor, pero los datos son escasos y no permiten hacer comparaciones precisas. Sin embargo, pueden dar una indicación aproximada de la disponibilidad de diferentes drogas, además de información sobre el acceso a las mismas por parte de los consumidores.

Heroína

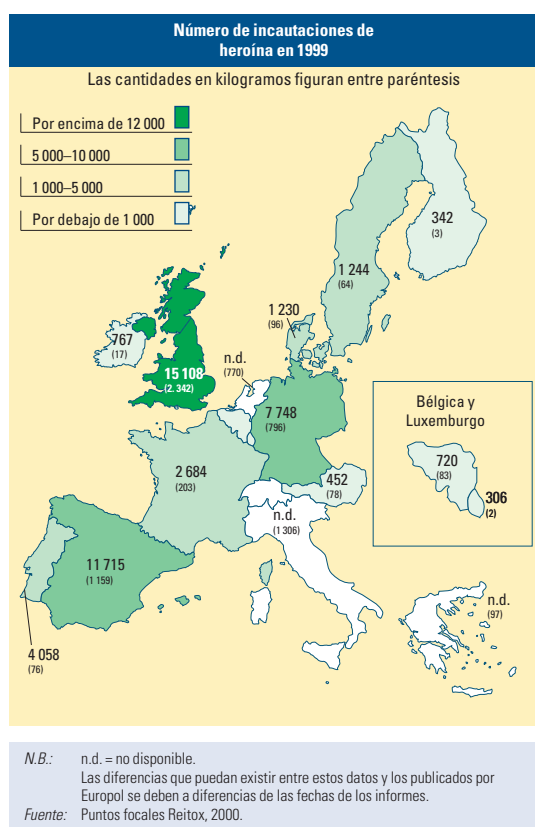
En 1999, se incautaron más de siete toneladas de heroína en la Unión Europea, de las cuales una tercera parte correspondió al Reino Unido. Esta heroína incautada procede principalmente de la Media Luna de Oro (sudoeste de Asia: Afganistán y Pakistán), seguida por el Triángulo de Oro (sudeste de Asia: Myanmar, Laos y Tailandia), vía Turquía, la ruta de los Balcanes y los Países

(13) Cuadro 3 OL. Número de «detenciones» por delitos relacionados con la droga en los países de la Unión Europea, 1985-1999 (versión online).

(14) Cuadro 4 OL. Consumidores de drogas entre la población reclusa (versión online).

(15) Cuadro 5 OL. Incautaciones de droga en los países de la Unión Europea, 1999 (versión online).

Fig. 14



Bajos. No obstante, se informó de un tráfico creciente a través de los países de la Europa nororiental, especialmente Rusia.

En la calle, los precios de la heroína en toda la Unión iban de 30 a 340 euros por gramo en 1999. Los precios más elevados son los comunicados por Finlandia y Suecia. La pureza de la heroína oscila normalmente entre menos del 20 % y el 35 %, pero en Dinamarca, Finlandia y el Reino Unido se señala una mayor pureza.

Tendencias

En el ámbito comunitario, las incautaciones de heroína aumentaron hasta 1991-1992 y después se estabilizaron. El número de incautaciones de esta droga ha crecido constantemente en Luxemburgo, Portugal y Suecia desde 1985, mientras que en Austria, Bélgica, Dinamarca, Francia, Alemania y España se notificaron notables descensos desde 1996-1997. En todos los Estados miembros, las cantidades incautadas fluctuaron a lo largo del período. En 1999, se informó de un notable descenso de la cantidad de heroína incautada en Austria, Francia, Grecia, Irlanda y los Países Bajos, mientras que en Italia y España se produjo un gran incremento.

Los precios de la heroína en la calle se mantienen generalmente estables, aunque Luxemburgo, Portugal, Suecia y el Reino Unido informaron de una bajada reciente. Según los datos comunicados, la pureza de la heroína se ha mantenido estable o ha disminuido en todos los países, a excepción de Alemania y el Reino Unido, donde ha estado aumentando últimamente.

Cocaína ⁽¹⁶⁾

España sigue siendo el país comunitario con el mayor nivel de incautaciones de cocaína. La cocaína consumida en Europa viene de Latinoamérica (sobre todo de Colombia, Brasil y Venezuela) a través de Centroamérica, España y los Países Bajos.

El precio de venta al público de la cocaína variaba entre 35 y 170 euros por gramo en 1999. Los precios más bajos se encuentran en Bélgica y España, y los más elevados en Finlandia. La pureza de la cocaína es generalmente alta, entre el 55 % y el 70 % en casi todos los países, excepto en Irlanda, que informó de una pureza media del 41 % en 1999.

Tendencias

El número total de incautaciones de cocaína creció de forma constante en la Unión Europea desde mediados de la década de los ochenta, y pareció estabilizarse en 1999. Las incautaciones experimentaron un marcado incremento en 1999 en Luxemburgo y en Suecia, a la vez que disminuyeron en Austria, Bélgica y Dinamarca.

Tras los incrementos producidos hasta 1990, las cantidades de cocaína incautada se estabilizaron, y desde 1994 en adelante fluctuaron dentro de una tendencia al alza. En los últimos años, las cantidades subieron en Francia y Suecia y disminuyeron en Grecia, Irlanda y Luxemburgo.

Los precios de la cocaína son estables en casi todos los países, pero están bajando en Luxemburgo, Portugal y el Reino Unido. La pureza se mantiene por lo general estable, aunque se acrecentó en el Reino Unido en 1999.

Drogas sintéticas: anfetaminas, éxtasis y LSD ⁽¹⁷⁾

En Finlandia y Suecia, las anfetaminas son la segunda droga más comúnmente incautada. Las cantidades más numerosas de anfetaminas, éxtasis y LSD incautadas en la Unión Europea corresponden al Reino Unido.

Hay una considerable producción local de drogas sintéticas en los Países Bajos, pero también se informa de una

⁽¹⁶⁾ Figura 12 OL. Número de incautaciones de cocaína en 1999 (versión *online*).

⁽¹⁷⁾ Figura 13 OL. Número de incautaciones de anfetaminas en 1999 (versión *online*).

producción en otros Estados miembros —Bélgica y el Reino Unido— y en países del este de Europa (la República Checa, Estonia y Polonia).

Según los datos comunicados, las anfetaminas se venden a un precio de entre 5 y 60 euros por gramo, mientras que el precio del éxtasis varía entre 5 y 25 euros por pastilla. Las drogas sintéticas son más baratas en Bélgica y en el Reino Unido. La pureza de las anfetaminas es muy variable, desde el 3 % en Irlanda hasta el 55 % en Finlandia, pero normalmente se sitúa entre el 10 % y el 20 % en la Unión. Las pastillas vendidas como éxtasis contienen —en un 15 % a un 90 % de los casos— éxtasis o sustancias similares (MDMA, MDEA, MDA). En un 6 % a un 22 % de las pastillas se encuentran anfetaminas (o metanfetaminas), pero también se pueden encontrar otras sustancias psicoactivas diversas.

Tendencias

Las incautaciones de anfetaminas —tanto en número como en volumen— han ido en aumento desde 1985. En 1999, siguieron creciendo en Finlandia y en Suecia; mientras que en otros países se mantuvieron estables o disminuyeron. Las cantidades alcanzaron su máximo en 1997-1998 en la mayoría de los Estados miembros.

Las incautaciones de éxtasis aumentaron hasta 1996, después se estabilizaron y volvieron a aumentar en 1999 en todos los países excepto en Bélgica y en Luxemburgo. Las cantidades de éxtasis incautadas siguieron la misma tendencia creciente desde 1985, y después se estabilizaron a partir de 1993 para alcanzar un máximo en 1996 y caer en 1997. Desde entonces han ido aumentando nuevamente en todos los Estados miembros excepto en Austria e Irlanda. Los mayores incrementos se señalaron en Finlandia, Alemania, Grecia, Portugal, Suecia y el Reino Unido.

Las incautaciones de LSD son menos frecuentes. Tanto las cifras como el volumen crecieron hasta 1993 para luego disminuir. En 1999, las cantidades siguieron disminuyendo en todos los países excepto Austria, Grecia, Portugal y el Reino Unido.

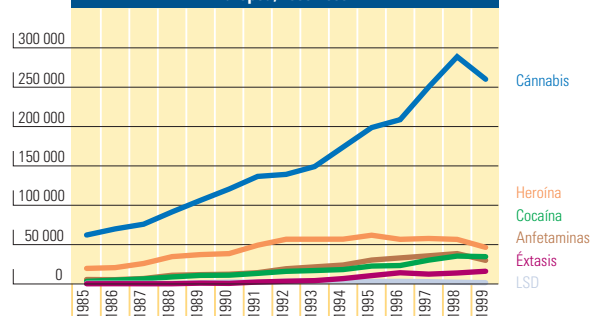
Después de considerables descensos en la década de los años noventa, los precios de las anfetaminas y del éxtasis en la Unión Europea se han estabilizado. No obstante, se comunicaron bajadas en 1999 del éxtasis en Portugal y de las anfetaminas en Suecia, mientras que en Grecia el precio de las pastillas de éxtasis se duplicó. En los últimos

años, la proporción de pastillas que contienen éxtasis o sustancias semejantes se ha incrementado en muchos países, mientras que la de las que contienen anfetaminas (y metanfetaminas) se ha reducido.

Cánnabis

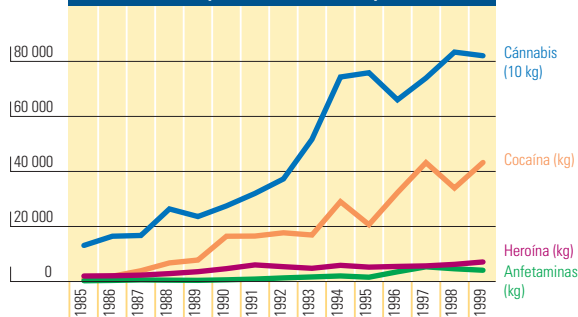
El cánnabis es la droga más incautada en todos los Estados miembros excepto Portugal, donde predominan las incautaciones de heroína. Desde 1996, las mayores cantidades de cánnabis se incautan en España. El Reino Unido informa de un mayor número de incautaciones de esta droga, pero de menor cantidad por término medio ⁽¹⁸⁾.

Fig. 15 Número de incautaciones de cánnabis, heroína, cocaína, anfetaminas, éxtasis y LSD en los países de la Unión Europea, 1985-1999



N.B.: No se dispone de datos relativos a Grecia; para los demás países, sólo están disponibles a partir de 1988 (Dinamarca y Portugal), 1993-1996 (Finlandia) y 1997 (Países Bajos). El número de incautaciones está subestimado en 1999 pues no se dispone de datos relativos a Italia y los Países Bajos.
Cánnabis, heroína y cocaína: No se dispone de datos de 1999 para Italia y los Países Bajos.
Anfetaminas: No se dispone de datos a partir de 1998 para Austria y de 1999 para Italia. Los datos relativos a 1998 y 1999 para Bélgica comprenden igualmente las incautaciones de éxtasis.
Éxtasis: La mayor parte de las series de datos comienzan en la primera mitad de los años noventa (con excepción de Francia, Italia, España y el Reino Unido). No se dispone de datos de 1999 para los Países Bajos e Italia. Los datos relativos a 1998 y 1999 para Bélgica abarcan también las incautaciones de LSD.
LSD: No están disponibles los datos de 1999 relativos a Finlandia y los Países Bajos.
 Fuente: Puntos focales Reitox

Fig. 16 Cantidad de cánnabis, cocaína, heroína y anfetaminas incautada en los países de la Unión Europea, 1985-1999



N.B.: Algunas cantidades incautadas están subestimadas porque no se dispone de datos.
Anfetaminas: Desde 1988, no se dispone de datos. A partir de 1996, los datos relativos a Bélgica comprenden tanto las incautaciones de polvo de anfetamina como de éxtasis (los comprimidos de anfetaminas y éxtasis no están incluidos en estos datos).
 Fuente: Puntos focales Reitox.

⁽¹⁸⁾ Figura 14 OL. Número de incautaciones de cánnabis en 1999 (versión *online*).

⁽¹⁹⁾ *Nederwiet*: plantas de cánnabis neerlandés cultivadas localmente en los Países Bajos.

Demanda y oferta de drogas

La resina de cánnabis viene sobre todo de Marruecos a través de España y los Países Bajos. La hierba de cánnabis procede de Afganistán, Pakistán y Líbano, así como de antiguas colonias. La mayoría de los Estados miembros señala una producción local, destacando la de nederwiet⁽¹⁹⁾ en los Países Bajos.

En 1999, según los datos comunicados, el precio de venta al público del cánnabis oscilaba entre 3 y 18 euros por gramo de resina y entre 3 y 12 euros por gramo de hojas.

El porcentaje de sustancia psicoactiva —delta-9-tetrahidrocannabinol (THC)— en la resina de cánnabis oscila entre el 3 % y el 15 % de media, aunque se ha informado de muestras en la Unión que contenían desde un 0 % hasta un 70 % de THC. El contenido de THC en las hojas

del cánnabis es generalmente menor, entre el 2 % y el 7 % aproximadamente, con la excepción del cánnabis nederwiet, que contiene más (8,6 % de media).

Tendencias

El número de incautaciones de cánnabis ha crecido de forma constante en la Unión Europea desde 1985. En 1999 siguió aumentando en todos los países excepto en Bélgica, Dinamarca y el Reino Unido, donde disminuyó. Las cantidades también se incrementaron, pero se estabilizaron entre 1995 y 1997. Desde entonces, casi todos los países han señalado una tendencia creciente, aunque en 1999 se produjeron disminuciones sustanciales en Austria, Bélgica, Grecia y el Reino Unido.

El precio del cánnabis es generalmente estable en la Unión, aunque en Portugal está bajando desde 1997.

Respuestas al consumo de drogas

Este capítulo presenta una imagen general de la evolución de las políticas y estrategias nacionales y de la Unión Europea en materia de drogas. En él también se recogen las respuestas al problema de la droga en los ámbitos de la educación, la sanidad, los servicios sociales y la justicia penal

Respuestas políticas y estratégicas

Por parte de la Unión Europea

Plan de acción de la Unión Europea en materia de lucha contra la droga (2000-2004)

En junio de 2000, el Consejo Europeo reunido en Santa Maria da Feira aprobó el «Plan de acción en materia de lucha contra la droga» como medio concreto para dar continuación a la «Estrategia de la Unión Europea en materia de lucha contra la droga (2000-2004)». La estrategia estableció once objetivos generales y seis objetivos principales para la Unión Europea y el plan de acción enuncia unas cien actividades concretas que ha de poner en práctica la Unión hasta finales de 2004. Los seis objetivos principales son:

- reducir perceptiblemente en un plazo de cinco años la difusión del consumo ilícito de droga, así como la iniciación a su consumo, en particular entre los jóvenes menores de 18 años,
- reducir de forma sustancial en un plazo de cinco años el daño a la salud producido por la droga (VIH, hepatitis B y C, tuberculosis, etc.), así como el número de muertes relacionadas con la droga,
- aumentar sustancialmente el número de adictos tratados con éxito,
- reducir sustancialmente en un plazo de cinco años la disponibilidad de drogas ilícitas,
- reducir sustancialmente en un plazo de cinco años el número de delitos relacionados con la droga,

- reducir sustancialmente en un plazo de cinco años el blanqueo de dinero y el tráfico ilícito de precursores.

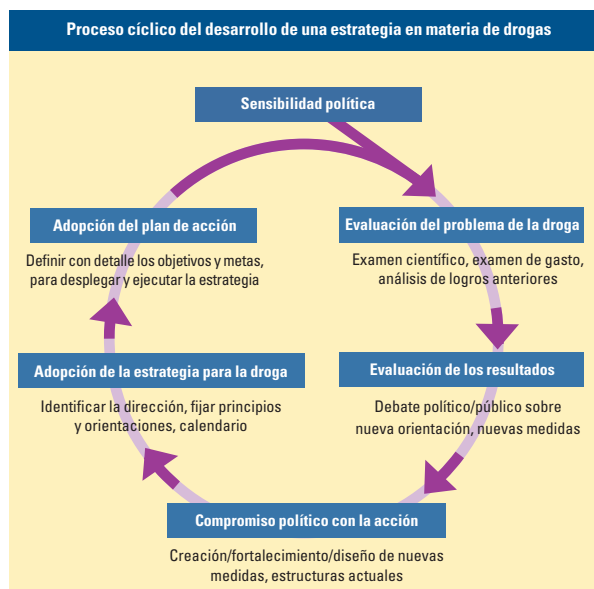
Aunque no es un documento jurídicamente vinculante, el plan de acción es otro paso en la lucha contra la droga en la Unión Europea, ya que demuestra el compromiso de los Estados miembros de cumplir los objetivos marcados en la estrategia en 1999. El plan de acción contiene unas orientaciones y unos marcos para la actuación y subraya la importancia de su evaluación periódica, que debe iniciarse en 2002 y completarse a finales de 2004.

El plan de acción presta una especial atención a la coordinación y a la información y refleja la necesidad de un enfoque equilibrado en el que la reducción de la demanda y la reducción de la oferta de droga se refuerzan mutuamente. También destaca la importancia de integrar a los países candidatos, mostrando el compromiso de la Unión de ayudar a estos países a enfrentarse al problema de la droga lo más eficazmente posible.

Estrategias nacionales

Se informa de una actividad más intensa en los Estados miembros en el área del análisis y la revisión de la política de drogas. Aunque el carácter, el alcance y el contenido de las iniciativas varían, demuestran una tendencia evidente hacia el fortalecimiento y la mejora de la política de drogas, que parece responder al reconocimiento común de que ninguna respuesta aislada es eficaz para tratar el polifacético problema de las drogas, y de que las respuestas plurales son más útiles cuando forman parte de una estrategia coordinada y a largo plazo.

Figura 17



La valoración científica y la evaluación periódica se consideran esenciales en el análisis y la revisión de las estrategias en materia de drogas. La figura 17 ilustra un enfoque aplicado en varios Estados miembros, mostrando cómo una renovada sensibilización política sobre el problema de las drogas se incorpora a un proceso cíclico de valoración científica, evaluación, debate político, formulación de políticas, aprobación de las mismas y actuación.

Dispositivos de coordinación en materia de drogas

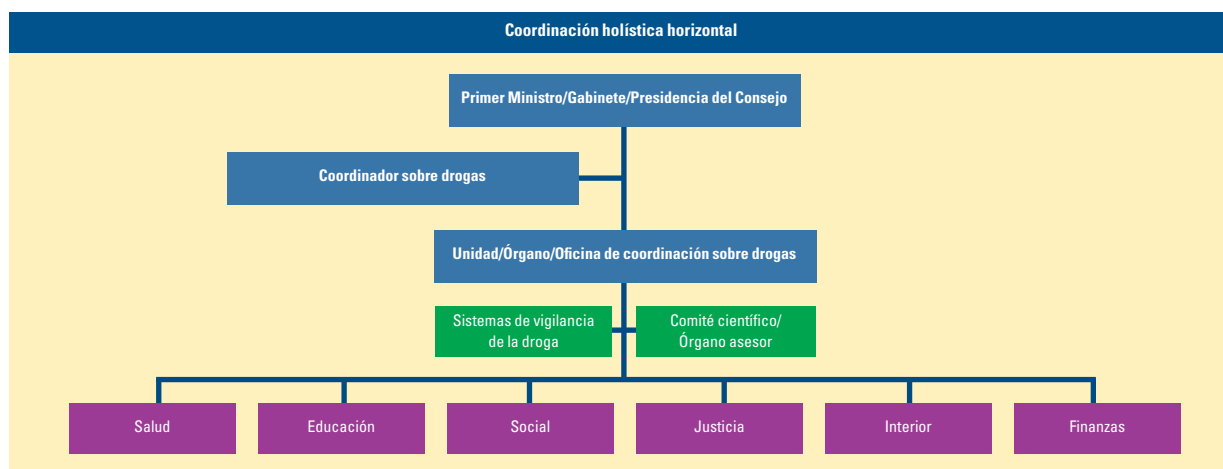
El Plan de acción en materia de lucha contra la droga (2000–2004) anima a los Estados miembros a que establezcan mecanismos nacionales de coordinación cuando no existan y refuercen los existentes y/o a que designen a un coordinador nacional en materia de drogas, con el objetivo de hacer frente a las drogas por medio de

Figura 18

Visión general de la evolución reciente de las estrategias en materia de drogas	
Adoptadas	1998–1999
Austria	Programa de Viena sobre política para la droga, 1999; Salzburgo, Plan de acción
Francia	Estrategia francesa para la droga, 1999-2001
Irlanda del Norte	Estrategia sobre la droga. Uso indebido de drogas en Irlanda del Norte: declaración política, 1999
Portugal	Estrategia portuguesa sobre la droga, 2000
Noruega	Plan de acción para la reducción del consumo de drogas, 1998-2000
Escocia	Estrategia sobre la droga. Afrontar el problema de la droga en Escocia: acción en régimen de asociación, 1999
España	Estrategia española sobre drogas, 2000-2008
Reino Unido	Estrategia sobre la droga: «Tackling drugs to build a better Britain» («Afrontar las drogas para construir una Gran Bretaña mejor»), 1998-2008
Adoptadas	2000–2001
Austria	Planes de acción: Styria, Austria meridional
Bélgica	Nota política, 2001
Irlanda	«Building on experience» («Sacar partido a la experiencia»), Estrategia nacional irlandesa sobre la droga, 2001-2008
Luxemburgo	Plan de acción, 2000-2004
Portugal	Plan de acción, 2000-2004
Escocia	Plan de acción ejecutivo escocés «Protecting our future» («Proteger nuestro futuro»), 2001
Gales	«Tackling substance misuse in Wales: a partnership approach» («Afrontar el uso indebido de sustancias en Gales: enfoque asociativo»), 2001
Reino Unido	Plan nacional, 2000-2001
En curso	2000–2001
Finlandia	Examen de la decisión de principio para 2001-2003
Grecia	Estudio parlamentario interpartidario sobre medidas de política contra la droga, 2000
Suecia	Plan de acción sobre drogas para presentar en 2001

una estrategia global, multidisciplinar, integrada y equilibrada. También hace un llamamiento al Consejo para que ofrezca periódicamente la posibilidad de que los responsables en materia de drogas a escala nacional se reúnan e intercambien información sobre los cambios producidos a escala nacional e intensifiquen la cooperación ⁽²⁰⁾.

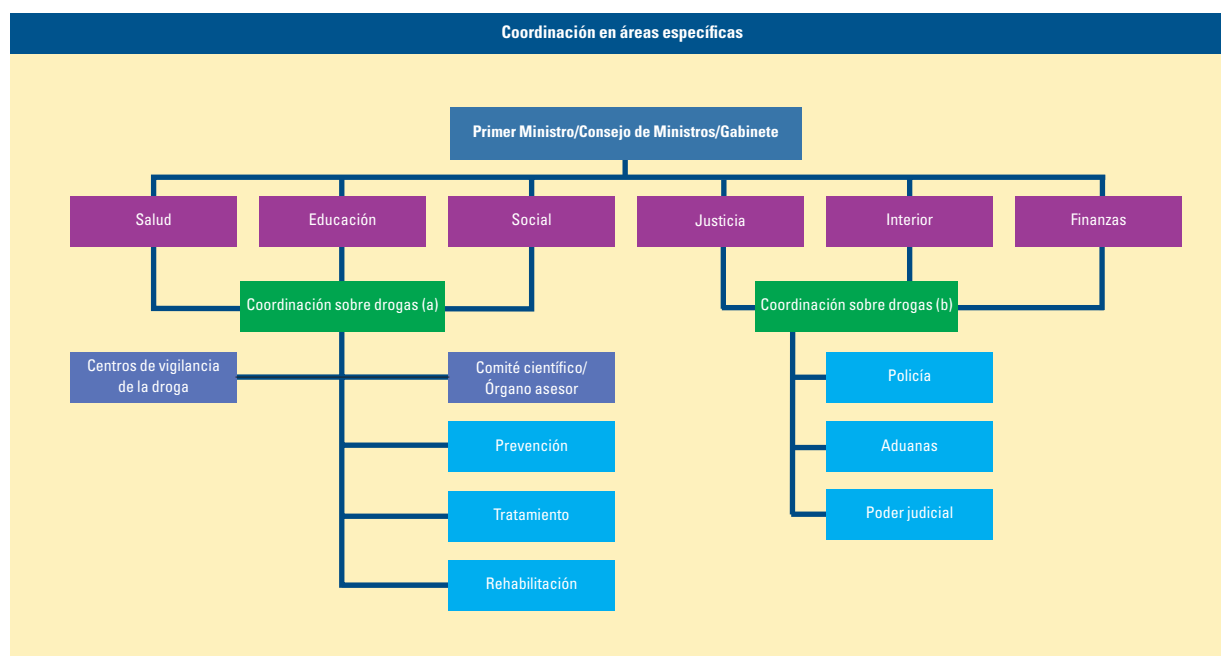
Figura 19



⁽²⁰⁾ Punto 1.1.3 del Plan de acción en materia de lucha contra la droga 2000-2004, Cordroque 32 9283/00.

Respuestas al consumo de drogas

Figura 20



En todos los Estados miembros existen organismos o funciones de coordinación en materia de drogas, aunque muy diferentes en su estructura y organización. Para obtener una idea clara del sistema de coordinación en materia de drogas en Europa, el OEDT emprendió un análisis preliminar en 2000 que finalizará en 2002. Según los resultados de esta investigación (disponibles en la página web <http://www.emcdda.org>), en algunos Estados miembros se está tendiendo a crear o reforzar los organismos centrales de coordinación. Algunos Estados miembros (como Francia, Portugal y España) unen todos los aspectos relativos a las drogas y la drogadicción en un organismo con capacidades de decisión a muy alto nivel, directamente dependiente del Primer Ministro o del Jefe de Estado o de Gobierno (véase la figura 19).

En otros países de la Unión (como Alemania, Finlandia, Grecia, Italia y Reino Unido), la coordinación tiene lugar a nivel interministerial —sin recurrir a un organismo central de coordinación— por medio de contactos y reuniones periódicos entre los organismos estatales que intervienen en cada uno de los diversos aspectos del problema de la droga. Normalmente, en este segundo modelo, la función coordinadora recae en el ministerio o el departamento de asuntos sociales o de sanidad. También puede existir una figura de coordinador en materia de drogas, encargado de los asuntos relativos a la salud y los aspectos sociales, pero también encargado de servir de enlace con los departamentos de la administración del Estado que trabajan en otros campos relacionados con las drogas (véase la figura 20).

Legislación y procesamiento

El OEDT tiene el compromiso de vigilar las tendencias y los cambios principales de las leyes sobre drogas. A este fin, está disponible en línea, en la página web <http://eldd.emcdda.org>, una base de datos jurídica en la que se presentan leyes sobre drogas de la Unión Europea, descripciones de las situaciones jurídicas y estudios comparativos.

Uno de los principales cambios registrados recientemente es que en Portugal no se aplicarán sanciones penales para reprimir el consumo privado de sustancias ilícitas a partir del 1 de julio de 2001 (Ley 30/2000 aprobada en noviembre de 2000). En lugar de ello, los autores de delitos de consumo de drogas serán orientados hacia el tratamiento o el asesoramiento por parte de comisiones específicas. Desde mayo de 2001, el consumo y la posesión de cannabis en Luxemburgo sólo se castiga con multas (según la Ley de 27 de abril de 2001). El Gobierno de Bélgica se propone publicar un decreto para hacer no punible el consumo «no problemático» de cannabis.

Varios informes indican que el consumo individual de drogas o la posesión de drogas para el consumo personal no figuran entre las máximas prioridades de las autoridades europeas responsables del cumplimiento de la ley: la actuación judicial contra los delincuentes relacionados con la droga se dirige principalmente contra los delitos más graves y el tráfico de drogas. Las nuevas medidas encaminadas a la despenalización o al no procesamiento de los delitos de consumo de drogas en algunos Estados

miembros parecen confirmar esta tendencia. Un estudio reciente sobre el procesamiento por delitos relacionados con las drogas, encargado por el OEDT en 2000, también halló que los procesos judiciales relativos a la posesión o el consumo de pequeñas cantidades de drogas en privado normalmente se retiran antes de llegar a juicio. Sin embargo, la posesión/el consumo en público, la venta por parte de consumidores de drogas y los delitos de adquisición relacionados con drogadicciones suelen desembocar en medidas más duras por parte de los fiscales y los tribunales.

En enero de 2001 se inauguró en Dublín un tribunal especial sobre drogas con el objetivo de rehabilitar a los delincuentes drogadictos y combatir la delincuencia relacionada con las drogas. Este tribunal —semejante a los modelos canadiense, australiano y estadounidense de tribunales en materia de drogas— es dirigido por un juez especializado en temas de drogas que se ocupa exclusivamente de los delincuentes drogadictos no violentos, proponiendo tratamiento y rehabilitación bajo supervisión en lugar de penas de cárcel. El Ejecutivo escocés también ha decidido poner en marcha un tribunal sobre drogas para finales de 2001, mientras que en Inglaterra se están introduciendo varias iniciativas piloto del mismo tipo.

En Austria entró en vigor el 8 de abril una revisión de la ley federal por la que se rebaja de 5 a 3 gramos el límite para considerar «grande» una cantidad. Esto repercutirá en la distinción entre delitos menores (adquisición y posesión de cantidades pequeñas) y delitos mayores (producción y posesión de grandes cantidades). También ha habido un debate acerca de la condición legal del cánnabis para uso médico.

En Alemania, una modificación de la ley federal sobre narcóticos estableció un marco básico dentro del cual

cada Land podrá definir los criterios mínimos exigidos para la creación de «narcosalas» (salas en las que los consumidores de drogas que se inyectan puedan hacerlo en unas condiciones higiénicas). Así, cada Land puede decidir si autorizar o no las narcosalas. La ley establece además un registro central del tratamiento sustitutorio y exige la formación de los médicos que dispensen dicho tratamiento. En Portugal, tras un debate público, se ha previsto la introducción de un decreto ley que regule la creación de narcosalas. En Luxemburgo, la ley de 27 de abril de 2001 proporciona una base jurídica para la creación de narcosalas.

En lo que se refiere a la confiscación de los bienes procedentes de los delitos relacionados con la droga, en el Reino Unido se ha propuesto un proyecto de ley para crear una «Agencia de recuperación de los bienes de origen delictivo» y establecer un sistema de recuperación civil para privar a los delincuentes de sus bienes ilegales. Igualmente, el Gobierno de Finlandia presentó una propuesta al Parlamento con el objeto de confiscar el producto de los delitos relacionados con la droga en los casos en los que se sospeche una procedencia ilegal, aplicando la denominada «inversión de la carga de la prueba». En Irlanda, desde 1996, año en que se creó la Oficina de Bienes Delictivos [Criminal Assets Bureau (CAB)] al amparo de actos legislativos ⁽²¹⁾, incumbe al delincuente demostrar que ha obtenido sus bienes legítimamente. En España, el Plan Nacional sobre Drogas lleva cinco años administrando los beneficios ilegales confiscados. Sólo en 2000, más de 4,5 millones de euros procedentes de bienes ilegales confiscados (embarcaciones, coches, dinero) «revirtieron» en la lucha contra las drogas: 1 543 137 euros para la represión del tráfico y 2 978 014 euros para programas de prevención y rehabilitación.

Figura 21

Marco	Clasificación de los conceptos en el ámbito de la reducción de la demanda		
	Objetivo		
	Prevención	Tratamiento	Reducción del daño
Coercitivo («Tiene Vd. que estar aquí con nosotros»)		Tratamiento en prisiones ⁽¹⁾ Alternativas a las prisiones Atención coercitiva	Reducción del daño en las prisiones ⁽¹⁾
Marcos fijos («Está Vd. aquí con nosotros»)	Escuelas ⁽¹⁾	Tratamiento interno	
Locales fijos («Venga a nosotros»)	Centros de jóvenes	Tratamiento ambulatorio Tratamiento asistencial	Servicios de umbral bajo ⁽¹⁾
Móvil («Nosotros le cuidamos»)	Labor asistencial y comunitaria ⁽¹⁾		Labor asistencial ⁽¹⁾
Medios de comunicación («Vd. queda en el anonimato»)	Internet, mass media ⁽¹⁾ Respuestas sanitarias tempranas ⁽¹⁾		Líneas telefónicas de ayuda Respuestas sanitarias tempranas ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Los conceptos se abordan en este informe.

⁽²¹⁾ Criminal Assets Bureau Act, 1996; Proceeds of Crime Act, 1999.

Respuestas al consumo de drogas

Gasto relacionado con las drogas

En el contexto del seguimiento de las respuestas al problema de las drogas en los Estados miembros, en el año 2000 se llevó a cabo un completo estudio para reunir datos, analizarlos y calcular el nivel del gasto público en materia de drogas. El gasto de las administraciones públicas, tanto en el área de la asistencia sanitaria como en la policial y judicial, se calculó midiendo los costes directos (gasto directamente calificado como «relacionado con las drogas») y los indirectos (gasto efectuado a consecuencia del problema de las drogas en sectores genéricos de la administración, por ejemplo los centros penitenciarios).

Pese a algunas diferencias, en todos los Estados miembros se puede observar una política similar de distribución de los recursos en el ámbito de las drogas. Globalmente, entre el 70 % y el 75 % del presupuesto se gasta en el área policial y judicial y el resto en sanidad.

Respuestas específicas

Reducción de la demanda

En este apartado se analiza una serie de intervenciones que van dirigidas a objetivos diferentes y se emplean en distintos marcos. En la figura 21 se ofrece una visión de conjunto de los distintos marcos y enfoques.

Medidas preventivas

Prevención en los centros escolares

La prevención del consumo de drogas en los centros escolares sigue siendo una prioridad en todos los Estados miembros. Existen muchas directrices educativas en materia de prevención, por lo que quizá resulte necesario realizar una prospección del mercado a fin de seleccionar el material más adecuado (como se ha hecho en Alemania). En casi todos los programas de estudios, la prevención de las drogas se incluye en un contexto más amplio de fomento de la salud. Los métodos de divulgación entre iguales (es decir, comunicación de información de unos estudiantes a otros) se consideran útiles, aunque son difíciles de introducir y mantener. La participación de los padres se considera esencial.

La policía se está tomando un interés cada vez mayor por la prevención primaria de las drogas en los centros escolares (en Bélgica, Francia, los Países Bajos, Austria y Suecia), aunque ha habido cierto debate sobre si cuenta o no con las necesarias habilidades educativas para realizar este tipo de trabajo.

Los estudiantes toman drogas (véase, en el capítulo 1, el apartado «Consumo de drogas en la población escolar») y se encuentran dentro de la zona de riesgo. Este hecho fue

negado anteriormente en gran medida, porque los centros educativos temían que su imagen se viera perjudicada. De forma creciente —en España, Francia, Luxemburgo, los Países Bajos, Austria y el Reino Unido— se introducen estrategias para desarrollar políticas escolares de prevención de conductas de riesgo, intervención temprana y facilitación del envío a tratamiento por adicción. Preocupan especialmente los jóvenes que abandonan los estudios o son expulsados. España informa de intervenciones estándar para este grupo y en el Reino Unido el 95 % de los centros de educación secundaria tienen políticas que incluyen los incidentes relacionados con las drogas.

Prevención en entornos y comunidades locales

Las actividades de prevención en las comunidades locales se han extendido en los últimos años y adoptan diversas formas. Todos los Estados miembros informan de algún tipo de formación de los padres en sus comunidades. Por ejemplo, en España 25 000 familias participaron en escuelas de padres en 1999, y en Francia existen 75 centros especiales de asesoramiento para jóvenes que brindan ayuda ante problemas emocionales, familiares o sociales. En los países nórdicos, grupos de padres van por las calles de su población o vecindario para ofrecer ayuda a los jóvenes las noches de los fines de semana. En Dinamarca, participan en esta actividad 1 300 padres.

A los deportes y a las asociaciones deportivas se le otorga un papel más destacado en la prevención de las drogas que el comunicado en años anteriores en muchos países (Bélgica, Alemania, Grecia, España, Francia, Italia y el Reino Unido). En Alemania, la cooperación entre los clubes deportivos y la prevención de las drogas existe

Mobilización de los alumnos en actividades preventivas

A petición del Ministerio de Educación francés, se efectuó una evaluación de los centros educativos que participaron en el proyecto piloto «Les élèves acteurs de prevention». Los alumnos recibieron orientación acerca de la organización de campañas y la transmisión de conocimientos a sus compañeros de estudios sobre los temas en cuestión. Su participación en la gestión del programa les ganó el reconocimiento de sus colegas. El experimento resultó un éxito en la mitad de los centros participantes, pero, incluso cuando no tuvo éxito, suscitó un enorme interés por parte de alumnos de todos los centros. Su repercusión en el ambiente y la calidad de vida de los centros fue muy positiva, tanto en lo que se refiere a la percepción de los alumnos como a la reputación externa de los centros educativos.

desde 1994 y, en 2000, recibieron formación otros 2 500 líderes deportivos juveniles. En marzo de 2000 se organizó en Potsdam (Alemania) una conferencia sobre prevención de las adicciones en los clubes deportivos que se centró en la calidad de dicha prevención y en el consumo de drogas en conexión con los rituales y costumbres de los clubes.

La coordinación entre los responsables de la actuación es un factor crucial de éxito. En Dinamarca, Grecia, Finlandia, Francia, Irlanda, Italia, Portugal, Suecia y el Reino Unido existen o se están desarrollando por todo el país acuerdos dentro de administraciones locales o regionales sobre estrategias de prevención en materia de drogas.

Tratamiento

Tratamiento de abstinencia

Actualmente se sabe poco sobre la disponibilidad de tratamientos de abstinencia en la Unión Europea. Sin embargo, este tipo de tratamientos parece dominar la oferta en Finlandia, Grecia, Noruega y Suecia. La tendencia en estos países es que los períodos de tratamiento sean más cortos, de tres a seis meses en lugar de uno o dos años, aunque en Grecia la duración media del tratamiento es de doce meses. Un reciente meta-análisis realizado en Alemania que abarca varios países europeos llega a la conclusión de que existe una relación directamente proporcional entre la duración del tratamiento y su

Evaluación de los tipos de tratamiento

En Noruega, un proyecto está evaluando los distintos tipos de tratamiento para consumidores de drogas para averiguar si en alguno se obtienen mejores resultados que en los demás y averiguar qué pacientes se beneficia de cada tipo de tratamiento. Puesto que los consumidores de drogas con frecuencia siguen varios tratamientos diferentes, el punto de partida es que cada tratamiento arranca de los logros de los anteriores, dando por supuesto que los recursos invertidos no se pierden.

éxito. Sin embargo, la evaluación de las distintas posibilidades de tratamiento tiene aún que mejorar.

Cada vez está más extendida la gestión individualizada de los casos (asistencia de bajo umbral, intensiva y personalizada) para guiar al consumidor de drogas a través de las redes de tratamiento, por ejemplo en Bélgica, Alemania y los Países Bajos. Los resultados de cinco estudios realizados en los Países Bajos sobre el doble diagnóstico (coincidencia de problemas con las drogas y de problemas psiquiátricos) muestran que la gestión individualizada de los casos tiene efectos ligeramente positivos sobre la satisfacción de los pacientes, el consumo de drogas, los síntomas psiquiátricos, las habilidades sociales y la utilización de los servicios de atención.

Cuadro 1

	Tratamiento de sustitución entre consumidores problemáticos de drogas		
	Prevalencia estimada del consumo de drogas ⁽¹⁾	Número estimado de clientes en tratamiento de sustitución	Tasa de cobertura de sustitución (%) ⁽²⁾
Bélgica	20 200	7 000 (1996)	35 ⁽³⁾
Dinamarca	12 752-15 248	4 398 (4 298 metadona + 100 Buprenorfina)(1 de enero de 1999) ⁽⁴⁾	27-34
Alemania	80 000-152 000	50 000 (2001) ⁽⁴⁾	33-63
Grecia	n.d.	966 (1 de enero de 2000) ⁽⁴⁾	—
España	83 972-177 756	72 236 reciben metadona (1999)	41-86
Francia	142 000-176 000	71 260 (62 900 reciben buprenorfina y 8 360 reciben metadona) (diciembre de 1999) ⁽⁴⁾	40-50
Irlanda	4 694-14 804	5 032 (31 de diciembre de 2000) ⁽⁴⁾	34-100 ⁽⁵⁾
Italia	277 000-303 000	80 459 (1999) ⁽⁴⁾	27-29
Luxemburgo	1 900-2 220	864 [164 en el programa oficial y +/- 700 tienen recetado mefenona (metadona en pastillas) por los Centros asistenciales] (2000) ⁽⁴⁾	38-45
Países Bajos	25 000-29 000	11 676 (1997)	40-47
Noruega	9 000-13 000	1 100 (2001)	8-12
Austria	15 984-18 731	4 232 (1 de enero de 2000) ⁽⁴⁾	23-26
Portugal	18 450-86 800	6 040 (1 de enero de 2000)	7-33
Finlandia	1 800-2 700 ⁽⁶⁾	240 (170 buprenorfina y 70 metadona)	9-13
Suecia	1 700-3 350 ⁽⁶⁾	621 (31 de mayo de 2000) ⁽⁴⁾	19-37
Reino Unido	88 900-341 423	19 630	6-22

N.B.: n.d. = no disponible.

⁽¹⁾ Para más detalles sobre prevalencia nacional y consumo problemático de drogas, véanse el apartado «Consumo problemático de drogas» en el capítulo 1 y el cuadro 1.01 en www.emcdda.org.

⁽²⁾ Proporción estimada de consumidores de droga en tratamiento de sustitución.

⁽³⁾ La cifra relativa a la prevalencia incluye únicamente a los consumidores que se inyectan droga, lo que podría dar como resultado un nivel de sustitución demasiado elevado.

⁽⁴⁾ Información recopilada directamente por el punto focal nacional.

⁽⁵⁾ La tasa de cobertura de sustitución del 100 % no parece plausible, lo que sugiere que la estimación de prevalencia de 4 694 (1 195) puede subestimar la prevalencia actual.

⁽⁶⁾ Consumidores de opiáceos.

Respuestas al consumo de drogas

Los Países Bajos aportan una imagen algo negativa de un grupo destinatario difícil que fracasa en el intento de cambiar su conducta de consumo de drogas incluso después de varios intentos. El objeto de los «Centros de motivación de pacientes internos» es ofrecer a los consumidores de drogas la oportunidad de recuperarse, ayudarles a desarrollar sus habilidades sociales y estructurar su vida diaria con el fin de que aumente su motivación para someterse a una atención periódica. Sin embargo, la tasa de abandono en estos centros es del 60 % y la conclusión es que no se puede ayudar satisfactoriamente a consumidores que no estén motivados.

Tratamiento de sustitución

El tratamiento de sustitución se ha ido extendiendo moderadamente en la Unión a lo largo de los últimos años. Recientemente se ha facilitado el acceso a este tipo de tratamiento en Grecia, Finlandia, Noruega y Suecia, fundamentalmente con metadona. La buprenorfina, que es la principal sustancia de sustitución en Francia, se ha introducido en Bélgica, Dinamarca, Finlandia (para desintoxicación), Alemania, Italia, Luxemburgo, Noruega, Portugal, Austria y el Reino Unido, mientras que el LAAM se receta en Dinamarca, España y Portugal. Se están realizando estudios en los Países Bajos acerca de la desintoxicación rápida con naltrexona como tratamiento médico, que se puede considerar como alternativa a otros tratamientos. La naltrexona se ha empleado en Portugal durante los últimos diez años.

La heroína se sigue recetando en el Reino Unido de una manera selectiva. En los Países Bajos se receta de forma experimental para tratar consumidores crónicos de drogas recalcitrantes en el contexto de experimentos científicos, y en Alemania se iniciará un ensayo de su prescripción en 2001. También en Luxemburgo se está pensando en introducir un ensayo al respecto en 2002. Los expertos están de acuerdo en que la prescripción de heroína sólo se debe contemplar cuando se hayan agotado todas las demás posibilidades de tratamiento disponibles. Esta prescripción es muy onerosa para los pacientes y la necesidad de presentarse en el centro de tratamiento dos o tres veces al día les causa muchos trastornos. Sin embargo, se ha demostrado su eficacia en consumidores muy pobres en lo que se refiere a reducción de la delincuencia, mejora de la salud e integración social.

Medidas de reducción de los daños

Trabajo de acercamiento

Trazar un mapa del trabajo de acercamiento (esto es, contactar con los consumidores de drogas en su propio ambiente) en la Unión Europea no es tarea fácil, ya que muchas actividades son realizadas a escala local por

organizaciones no gubernamentales y por estructuras que suelen ser bastante complejas.

Los orígenes del trabajo de acercamiento se encuentran en el trabajo tradicional con la juventud (con el objeto de guiar a los consumidores de drogas hacia el tratamiento) y en los intereses de salud pública (sobre todo la prevención de enfermedades infecciosas). Puede consistir en asistencia social a los drogadictos, el intercambio de jeringuillas, servicios de bajo umbral y/o servicios especiales para las minorías étnicas, las prostitutas y otros grupos a los que es difícil llegar, y está a disposición de consumidores problemáticos de drogas que no estén siendo tratados en servicios regulares de tratamiento en todos los Estados miembros. En Dinamarca, Francia, los Países Bajos, Austria y el Reino Unido se ha organizado ayuda de compañeros entre los consumidores de drogas para responder a sus necesidades.

El trabajo de acercamiento se está extendiendo en casi todos los Estados miembros. Sin embargo, en Suecia era más común hace unos 10 o 15 años y un nuevo estudio indica que, debido a la reducción de los recursos, a muchos consumidores de drogas no les llega ninguno de estos servicios. Algunos cambios que se pueden señalar son el trabajo de acercamiento dirigido a consumidores de drogas norteafricanos en los Países Bajos y la introducción de servicios especiales para mujeres consumidoras de drogas en Dinamarca, Noruega, Austria y Suecia.

Una actividad de acercamiento específica, que se ha introducido en Francia, los Países Bajos, Austria y España es el análisis *in situ* de pastillas en lugares de baile. El análisis de las pastillas atrae visitantes, porque siempre les preocupa saber qué contienen. La mayor parte de los proyectos también ofrece charlas informativas, mensajes de reducción de los daños e intervención en situaciones de crisis. Un reciente estudio del OEDT («Inventario de las intervenciones de análisis de pastillas *in situ* en la

Proyecto de trabajo de acercamiento para mujeres sin hogar

En Suecia, los servicios sociales de Estocolmo iniciaron un proyecto de trabajo de acercamiento en 2000 dirigido a mujeres sin hogar, muchas de las cuales tienen poco o ningún contacto con los servicios sociales. Uno de los objetivos es motivar a las mujeres a que incrementen sus contactos ofreciéndoles inicialmente una simple ayuda médica. El proyecto es ejemplar en el sentido de que se realiza en colaboración entre los servicios sociales, organizaciones de voluntarios y el sector de tratamiento médico.

UE», OEDT, 2001) indica que el análisis de las pastillas puede ser eficaz para advertir contra los efectos inesperados y peligrosos de las drogas «de baile».

Servicios de bajo umbral

Los servicios de bajo umbral se están extendiendo en casi todos los Estados miembros. Las narcosalas —esto es, salas en las que los consumidores de drogas pueden drogarse en unas condiciones higiénicas y seguras— se legalizaron en Alemania en febrero de 2000, y en Madrid (España) se introdujo una narcosala como proyecto piloto en 2000. En los Países Bajos llevan ya funcionando varios años, y sirven también para los fumadores de heroína y los consumidores de cocaína y de *crack*. Se están estudiando iniciativas semejantes en Austria, Luxemburgo y Portugal. En lo que se refiere al debate mantenido en Dinamarca acerca de la introducción de narcosalas en asociación con los servicios de bajo umbral existentes, el Ministerio de Sanidad danés ha preferido aplazar la iniciativa a consecuencia de los convenios internacionales en la materia.

Respuestas sanitarias tempranas ante las nuevas drogas sintéticas

Estas medidas tienen el fin de prevenir los problemas potenciales de salud relacionados con el consumo de sustancias no identificables por los consumidores, que no buscan por sí mismos el contacto con los servicios de tratamiento y orientación, es decir, sustancias desconocidas que son consumidas por consumidores desconocidos. Estas respuestas se desarrollan mediante medidas estructurales como la organización de *raves* seguras (formación del personal, suministro de agua e instalaciones de relajación); medidas de información acerca de las drogas utilizadas en fiestas a través de campañas en los medios de comunicación, páginas *web* interactivas y CD-ROM; o la aportación específica de información, a través de Internet o de publicaciones periódicas especializadas, acerca de los resultados de los análisis de pastillas realizados tanto *in situ* como en laboratorio. Por lo tanto, estas intervenciones van ligadas a veces a medidas de trabajo de acercamiento como el análisis de pastillas *in situ*.

En Dinamarca, España, Irlanda, Italia y los Países Bajos, las administraciones locales se aproximan a los lugares de ocio de los jóvenes (por ejemplo, clubes, bares y discotecas) para proporcionar al personal formación y apoyo que le permita responder más eficazmente a situaciones relacionadas con las drogas.

Luxemburgo informa del concepto de seguimiento de los ambientes juveniles en «tiempo real». Tras la fase inicial de evaluación, el *kit* de juego «Ecstasy» se ha aplicado en diferentes entornos juveniles y se ha incorporado a las

Formación para el personal de clubes nocturnos

En Irlanda, se ofrece formación y apoyo al personal de los clubes nocturnos para que pueda responder más eficazmente a situaciones relacionadas con las drogas en dichos clubes. Las dos primeras fases del proyecto consisten en la organización de programas de formación para propietarios/gerentes y porteros. La atención se centra en aumentar sus conocimientos sobre las drogas, explorar sus actitudes hacia las mismas y examinar temas jurídicos, sanitarios y de seguridad. La tercera fase va destinada a divulgar información precisa sobre las drogas entre los jóvenes que van a clubes mediante la distribución de un folleto del tamaño de una tarjeta de crédito conocido como «Vital Information Pack» (VIP) en varios lugares, entre ellos facultades universitarias y clubes. En la cuarta fase, se organizará una conferencia de un día de duración para obtener el apoyo de la industria de la música/el baile con miras al desarrollo de unas políticas aceptables en los lugares de baile. La fase final consiste en estandarizar la formación de los porteros y organizar su impartición en módulos.

clases apropiadas en los centros escolares. El juego anima al debate, a compartir experiencias y a encontrar alternativas al consumo de drogas, especialmente en lo que se refiere a las drogas sintéticas. Las dinámicas de grupo que propicia permiten abordar temas sobre los que los jóvenes se deben sensibilizar. Los resultados de la evaluación aconsejan aumentar los elementos creativos y de acción del juego.

Internet proporciona una información sumamente variada sobre las drogas que refleja todas las posturas de la política en la materia, aunque la calidad de dicha información no se puede controlar. Casi todas las organizaciones nacionales dedicadas a la prevención, al igual que las organizaciones no gubernamentales, disponen o piensan disponer de su propia página *web*, fundamentalmente con información, pero también con propiedades interactivas, por ejemplo, la italiana «Io non calo la mia vita» (<http://www.iononcalo.it>), la sueca «Drugsmart» (<http://www.drugsmart.com>) y el dispositivo para búsqueda de drogas (<http://www.drugscope.org>) proporcionado por DrugScope en el Reino Unido que cuenta con un dispositivo de búsqueda sobre drogas. Finlandia ha informado de una iniciativa innovadora en Internet por la que se pueden realizar consultas y test de autoevaluación de forma anónima (<http://www.aklinikka.fi/plimenu1.htm>). La base de datos EDDRA del OEDT (<http://www.emcdda.org>) proporciona referencias de unos 250 proyectos evaluados en el campo de reducción de la demanda y se está ampliando continuamente.

Respuestas al consumo de drogas

Reducción de los delitos relacionados con las drogas

Prevención de los delitos relacionados con las drogas

Todos los Estados miembros disponen de programas para desviar hacia el tratamiento en determinadas circunstancias, por ejemplo, según la gravedad del delito o la edad del delincuente. Se considera que disminuyen la tasa de delitos posteriores, aunque se dispone de escasa información sobre evaluaciones.

Los consumidores de drogas siguen suponiendo un problema de primer orden en el sistema de justicia penal, llegando hasta el 50 % la cifra de presos que presentan problemas relacionados con las drogas. Dada la elevada tasa de rotación en las prisiones, se calcula que entre 180 000 y 600 000 consumidores de drogas pasan anualmente por el sistema penitenciario en la Unión Europea. La prevalencia del consumo de drogas depende del tipo de centro penitenciario. Reviste mayor importancia en las cárceles de gran amaño y en las de corta estancia, y también es mayor en las cárceles de mujeres que en las de hombres.

En el cuadro 2 se ofrece una descripción general de la ayuda a los consumidores de drogas en las cárceles de la Unión. Se puede encontrar una exposición completa en el informe del OEDT sobre la ayuda a los consumidores de drogas en las cárceles.

Rehabilitación y reinserción sociales

La educación, la formación, la vivienda y el empleo son áreas clave en la rehabilitación de los consumidores de drogas una vez efectuado el tratamiento, tras abandonar

Sistema de órdenes judiciales de tratamiento y análisis de drogas en el Reino Unido

El Gobierno del Reino Unido ha introducido un sistema de órdenes judiciales de tratamiento y análisis de drogas [Drug Treatment and Testing Order (DTTO)] según el cual los tribunales pueden decretar que los delincuentes se sometan a tratamiento bien como alternativa a la cárcel o bien como sentencia en sí. Se calcula que el desarrollo del DTTO se habrá traducido en unas 3 425 órdenes judiciales en 2001. Esto se ha de comparar con las aproximadamente 120 000 personas condenadas por delitos relacionados con las drogas en 1999. Los servicios de asesoramiento sobre prevención de drogas, junto con los servicios de libertad condicional, prestarán ayuda sobre el terreno para el desarrollo del DTTO a nivel nacional, difundiendo los resultados prácticos de los proyectos piloto y ayudando a los equipos locales de actuación en materia de drogas a desarrollar sistemas de mandato adecuados.

la cárcel o después de someterse a programas sustitutorios de mantenimiento de larga duración. Sin embargo, parece que esta área de la asistencia sigue estando poco desarrollada, pese a que los profesionales suelen insistir en que la atención a posteriori y la reinserción son aspectos muy importantes del tratamiento de las drogodependencias y en que serían necesarias mejoras en este campo.

Cuadro 2

Ayuda a los consumidores de drogas en las cárceles en la Unión Europea

	Tratamiento sin drogas	Tratamiento de sustitución	Reducción de daños relacionados con la droga
Bélgica	Sí, en fase experimental	Desintoxicación gradual con metadona	Algunas acciones locales de prevención del VIH
Dinamarca	Cooperación con institución privada de tratamiento	Sí, si está en tratamiento de sustitución con metadona antes de entrar en prisión	Provisión de líquido limpiador, vacuna contra la hepatitis B
Alemania	Sí	Sí	Intercambio de jeringuillas en algunas prisiones
Grecia	Grupos de autoayuda	No	Información en algunas prisiones
España	Sí	Sí	Sí
Finlandia	Cursos sobre abuso de sustancias, salas sin drogas	Sí, si se toma buprenorfina/metadona antes de entrar en prisión	Provisión de líquido limpiador, vacuna contra la hepatitis B
Francia	No	Sí (metadona o buprenorfina)	Información a los presos, distribución de clorina
Irlanda	Limitado	Desintoxicación con metadona, mantenimiento para pacientes VIH positivos	No
Italia	Sí	Sí	No
Luxemburgo	Sí	Sí, si está en tratamiento con metadona antes de entrar en prisión y se inicia el tratamiento antes de salir	No
Países Bajos	Sí, tratamiento obligatorio para toxicómanos consumados	Limitado, programas de reducción para presos de larga duración	Sí
Austria	Sí	Sí	Sí
Portugal	Sí	Sí	Información, formación de guardas, distribución de condones y lejía, vacunación contra la hepatitis
Suecia	Sí	No	No
Reino Unido	Sí	Desintoxicación con metadona. También están disponibles: sofaxidina, dihydrocodeina y Naltrexona.	Tabletas desinfectantes en algunas prisiones, asesoramiento e información

«Regreso al futuro» en Finlandia

En Finlandia, el programa «Regreso al futuro» (financiado por el programa Integra de la Unión Europea) ha participado en proyectos con jóvenes drogadictos. Sus resultados refuerzan la idea de que las personas que se enfrentan al desempleo y a problemas de ingresos tras haberse recuperado de problemas de abuso de drogas se encuentran en una situación extremadamente difícil. Los problemas a los que deben hacer frente incluyen la falta de vivienda adecuada, la reducción de la capacidad laboral, la falta de formación profesional y problemas relacionados con el trabajo y con el mantenimiento de un estilo de vida libre de drogas. Los participantes del proyecto podían acceder a educación, pero les resultaba difícil acercarse a los sistemas educativos y a

las posibilidades de trabajo y tampoco les resultaba fácil encontrar empresas dispuestas a firmar contratos de aprendizaje. Aunque el Estado garantiza automáticamente el préstamo para la realización de estudios, los bancos rechazaban conceder préstamos personales porque casi el 90 % de los pacientes no eran solventes. El proyecto encontró que las medidas de que disponían los servicios sociales y de salud eran insuficientes para solucionar los numerosos problemas relativos al bienestar. El sistema de rehabilitación requiere medidas activas que impliquen al individuo y un enfoque a medida que supere las barreras administrativas y la insuficiente financiación.

Evaluación

La evaluación es fundamental para garantizar la calidad de las respuestas relacionadas con las drogas, como también lo es la existencia en un grado suficiente de planificación, infraestructuras, profesionalidad, supervisión, formación, investigación y organización de redes. De forma creciente se van introduciendo en la Unión procedimientos para garantizar la calidad en el área de reducción de la demanda. Alemania, Grecia, Finlandia, Francia, Italia, los Países Bajos y Austria informan de iniciativas para garantizar la calidad en la prevención, mientras que Alemania, Grecia, Luxemburgo, los Países Bajos, Noruega, Austria, Portugal y el Reino Unido lo hacen sobre la garantía de la calidad en la atención.

Se ha introducido formación para médicos de medicina general y otros profesionales sanitarios en Bélgica, Alemania, Finlandia, Irlanda, Italia, Austria y el Reino Unido, mientras que otros países —Grecia, Francia, Italia, Luxemburgo, los Países Bajos y Suecia— declaran que, aunque se dispone de alguna formación para los profesionales de la prevención, la salud y la justicia penal, siguen necesitándose cursos de elevada calidad.

Reducción de la oferta

La siguiente información se ha extraído de informes de Europol.

Las nuevas técnicas de intervención e interrupción rápidas en distintos niveles de la investigación de delitos evitan investigaciones largas, pesadas y costosas. Los Estados miembros debieran aprovechar al máximo las nuevas estructuras de cooperación judicial y policial de la Unión Europea a fin de acrecentar el intercambio de información tanto entre ellos como a nivel internacional.

La delincuencia organizada en la Unión está aumentando y la producción y el tráfico de drogas parecen seguir siendo las principales actividades de las redes delictivas. La continua diversificación y evolución de las rutas de la droga suponen un reto para la labor de las fuerzas de seguridad. Los delincuentes siguen examinando los éxitos logrados y los fracasos sufridos en el tráfico de sus mercancías ilícitas y cambian sus operaciones en consecuencia, empleando rutas alternativas, urdiendo nuevos métodos de ocultación o reclutando nuevos correos.

Según Europol («Informe de la situación de la producción y el tráfico de drogas en la UE, 1999-2000»), la «Operación Púrpura» fue un proyecto esperanzador contra el desvío de precursores químicos, destinado a prevenir el desvío de

Garantía de la calidad en la reducción de la demanda

En Austria, los procedimientos para garantizar la calidad están adquiriendo cada vez más importancia en el ámbito de la reducción de la demanda. Se han definido unas directrices acerca del trabajo de calidad y unos criterios mínimos para todos los campos de actividad relacionadas con la adicción, así como para la gestión individualizada de casos de pacientes sometidos a tratamientos de sustitución. Se han definido unos criterios mínimos, a modo de condiciones de calidad para la orientación en materia de drogas y alcohol, que se irán poniendo en práctica por etapas. En Viena se crearon centros con competencias especiales, que se encargan de organizar redes y de garantizar la transmisión de información a sectores de actividad que no se ocupan explícitamente de temas de drogas (por ejemplo, el empleo juvenil y la asistencia sanitaria).

Respuestas al consumo de drogas

permanganato potásico —un producto químico empleado en la producción de cocaína— y que reunió a veintitrés países, entre ellos siete Estados miembros, en los que se produce, importa, exporta o por los cuales transita el producto químico, así como a la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, OIPC/Interpol y la Organización Mundial de Aduanas. El fin del proyecto es impedir el desvío de productos químicos, teniendo en cuenta que la disponibilidad de precursores desempeña un papel fundamental en la producción de drogas. Desde su puesta en marcha, se ha seguido la pista a 248 envíos de productos químicos, con 7 778 toneladas en total. Como resultado directo, se han detenido o incautado 32 envíos de permanganato potásico, por un total de 2 226 toneladas. Se supone que esto representa el 29 % de todos los envíos controlados. Se realizará una operación similar sobre el anhídrido acético, que se emplea en el procesamiento de la heroína.

Además de los cambios políticos encaminados a aumentar la cooperación en los ámbitos judicial y policial, se ampliarán las competencias de Europol al blanqueo de capitales en general, con independencia del tipo de delito del que procedan los bienes blanqueados.

En la actualidad, Europol y expertos de los Estados miembros y del OEDT están desarrollando una base de datos armonizada sobre incautaciones de droga, con definiciones y parámetros comunes, que se introducirá en todos los Estados miembros. Ello debiera permitir una recopilación normalizada de datos en el conjunto de la Unión, lo cual favorecerá una mejor comparación y un mejor análisis de la situación de las drogas en los diversos Estados miembros.

Cuestiones particulares

En este capítulo se tratan más detenidamente tres temas específicos relacionados con el problema de la droga en Europa: la cocaína y la cocaína base/crack, las enfermedades infecciosas y las drogas sintéticas

Cocaína y cocaína base/crack

En la Unión Europea ha aumentado la preocupación por el creciente consumo de cocaína; sin embargo, las tendencias actuales del consumo de esta droga y sus consecuencias en toda la Unión son difíciles de verificar. En primer lugar, los datos nacionales procedentes, por ejemplo, de encuestas o de centros de tratamiento no reflejan la evolución de la prevalencia y los problemas que aparecen en pequeños enclaves de ciudades concretas, ni los cambios que se concentran en medios sociales concretos. En segundo lugar, la información actual sobre la cocaína carece con frecuencia de definiciones científicas y claras —por ejemplo, los sistemas de información raramente hacen una distinción entre la cocaína «base/crack» y el clorhidrato de cocaína o entre los diferentes preparados de «base/crack». Estas distintas presentaciones de la cocaína tienen diferentes características de mercado, diferentes pautas de consumo y generan diferentes problemas, todos los cuales han de ser comprendidos para dar respuestas efectivas de formulación de políticas y reducción de la demanda.

Prevalencia, pautas y problemas

Prevalencia

Ni las encuestas entre la población en general ni las encuestas escolares ponen de manifiesto un incremento general de los niveles de consumo de cocaína en la Unión Europea. Sólo en el Reino Unido se ha confirmado un incremento de la prevalencia del consumo de cocaína en algún momento de la vida entre los adultos jóvenes de 16 a 29 años. El punto focal nacional italiano señala que, de acuerdo con varias fuentes de Italia, el consumo de cocaína está en segundo lugar después del cannabis y por encima del de las anfetaminas o el éxtasis.

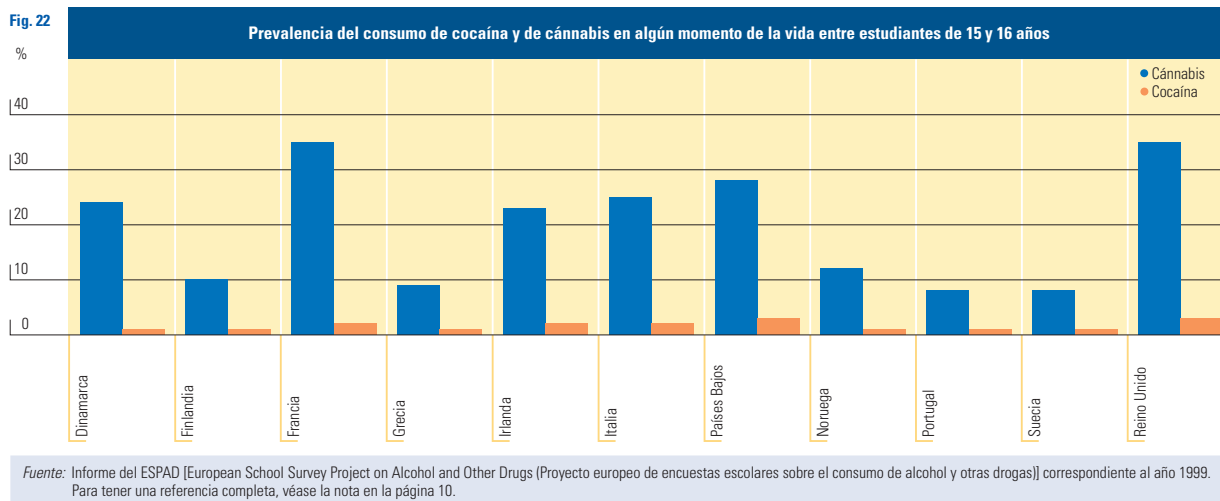
Una encuesta escolar europea de 1999 muestra que el consumo experimental de cocaína (prevalencia del consumo en algún momento de la vida) entre estudiantes jóvenes de 15 y 16 años sigue siendo escaso y mucho

¿Qué son la cocaína y el crack?

La cocaína es una droga estimulante extraída de las hojas del arbusto *Erythroxylon coca* que se desarrolló a mediados del siglo XIX para tratar una amplia variedad de enfermedades. El nombre químico de la droga procesada es clorhidrato de cocaína y generalmente se vende «en la calle» en forma de polvo cristalino, conocido por una toda una serie de nombres populares, como «coca», «nieve» o «farlopa». Generalmente se toma por vía intranasal y menos frecuentemente disuelta en agua e inyectada.

El nombre cocaína «base/crack» es un término popular reservado para la cocaína que ha sido tratada para consumirla fumándola o inhalando sus vapores a fin de conseguir unos efectos inmediatos e intensos. Existen como mínimo tres métodos de fabricación de «la base/el crack» (1). Uno da lugar a un producto limpio (añadiendo agua caliente y amoníaco o bicarbonato sódico y eliminando la capa de líquido sobrante que contiene los diluyentes). Otro método da como resultado una cocaína de menor concentración (calentando una pasta de cocaína y bicarbonato sódico en un microondas y quedando todos los diluyentes en el producto final).

La cocaína y «la base/el crack» se distinguen normalmente por su apariencia física y pureza, lo que a veces se ve dificultado por el hecho de que alguna cocaína base/crack es físicamente similar al clorhidrato de cocaína.



menor que el de cánnabis. En todos los Estados miembros incluidos en la encuesta, se señaló que había menor disponibilidad de cocaína que de éxtasis, aunque había variaciones considerables entre los países. Los mayores porcentajes de jóvenes de 15 y 16 años que señalan que es fácil conseguir cocaína se dan en Irlanda y el Reino Unido (21 % y 20 %, respectivamente) y los menores en Finlandia (6 %). Sin embargo, en todos los países de la Unión objeto de la encuesta, la disponibilidad de cocaína era considerablemente menor que para el mismo grupo de edad en Estados Unidos (2). La desaprobación del consumo de cocaína es muy elevada y más o menos igual en todos los países participantes, siendo equivalente al grado de desaprobación de la heroína.

Pautas

Aunque no está sucediendo nada espectacular en la población en general a escala nacional, sí se observa un grado mayor de consumo de cocaína en determinados ambientes sociales. Algunos estudios realizados en el pasado acerca de los consumidores de cocaína mostraron que existen unos límites bien definidos entre, por un lado, los consumidores de polvo (clorhidrato) de cocaína por diversión y, por otro, los consumidores problemáticos de «base/crack» y los que se inyectan cocaína. Se observa toda una serie de pautas de consumo recreativo de cocaína entre los grupos de personas que frecuentan clubes nocturnos y ambientes de baile y los que consumen

Cuadro 3

Prevalencia del consumo de cocaína en algún momento de la vida según encuestas sobre consumidores específicos frente a las encuestas de población						
	Miembros de clubs			Adultos jóvenes de la población general		
	LTP (%)	Tamaño de la muestra	(Año) y Fuente	LTP (%)	Tamaño de la muestra	Año y rango de edad
Austria	42	50	(1999) Austrian ravers	—	—	—
Bélgica	45	154	(1998) Rock Festival, French Community	—	—	—
Dinamarca	—	—	—	3,1	14 228	2000 16-34 años
Finlandia	—	—	—	1,2	2 568	1998 15-34 años
Francia	56	896	(1999) Techno rave parties, Médecins du Monde	1,9	2 003	1999 15-34 años
Alemania						
Antigua RFA	—	—	—	2,2	6 380	1997 18-39 años
Antigua RDA	—	—	—	0,4	1 620	1997 18-39 años
Países Bajos	48	456	(1998) Cuestionario entre miembros de clubs de Amsterdam (respuesta del 23 %)	3,7	22 000	1997-1998 15-34 años
España				4,8	12 488	1999 15-34 años
Reino Unido	62	517	(1997) Release drugs and dance (1)	6,4	10 293	1998 16-34 años
	18 crack					
	50	100	(1999) Miembros de clubs de Liverpool (2)			
Irlanda del Norte	45	106	(2000) Usuarios de éxtasis en Irlanda del Norte			

(1) Release Dance and Drugs Survey: an insight into the culture, Londres, 1997.

(2) Henderson, S.: Protecting and Promoting the Health of Club-goers in Liverpool: An information campaign evaluation and Market Research Project 1999-2000, 2000.

Fuentes: Puntos focales nacionales y las referencias recogidas en las notas *supra*.

Cuestiones particulares

cocaína en polvo con fines sociales y utilitarios. Estos consumidores son diferentes de los grupos marginales, tales como jóvenes sin hogar, profesionales del sexo y consumidores problemáticos de heroína que fuman «base/crack» o se inyectan cocaína mezclada con heroína, en pequeños enclaves de ciudades concretas. Sin embargo, el límite entre la cocaína en polvo y «la base/el crack» puede desdibujarse por la tendencia que está surgiendo de fumar cocaína en ambientes nocturnos y de diversión y por los cambios surgidos recientemente en el mercado. En primer lugar, en cinco Estados miembros —Países Bajos, Francia, Grecia, Reino Unido e Italia— se señala una nueva tendencia a mezclar cocaína «base/crack» con tabaco en un «porro». En segundo lugar, los servicios de ciencias forenses han informado de que alguna cocaína «base/crack» es físicamente similar al polvo de cocaína (clorhidrato de cocaína), lo que hace difícil cualquier distinción tanto para la policía como para el consumidor inexperto (8). Y en tercer lugar, en el Reino Unido, hay indicios de que la cocaína «base/crack» para fumar se está reconstruyendo y recibiendo distintos nombres como rock y stone que sirven para distinguir la cocaína lista para fumar de la «base/crack» y dar una imagen de mayor calidad en el mercado y más cercana a la del polvo de cocaína (4).

La prevalencia del consumo de cocaína es mucho mayor entre las subpoblaciones que presentan una elevada prevalencia de consumo de otras drogas que entre la población general de adultos jóvenes. El cuadro 3 («Prevalencia del consumo de cocaína en algún momento de la vida según encuestas sobre consumidores específicos frente a las encuestas de población») refleja una diferencia sustancial entre la prevalencia relativamente alta del consumo de cocaína en algún momento de la vida entre jóvenes «discotequeros» y las tasas mucho menores que aparecen en la población más general de adultos jóvenes. El precio relativamente alto de la cocaína, junto con la breve duración de sus efectos, actúa en contra del consumo periódico por diversión, mientras que un elevado nivel de ingresos puede ser un factor importante en su consumo regular. En ambientes de diversión nocturnos, algunas personas tienen tendencia a beber mucho más alcohol de lo habitual con cocaína. Ésta incrementa la sociabilidad al moderar los efectos indeseables del alcohol.

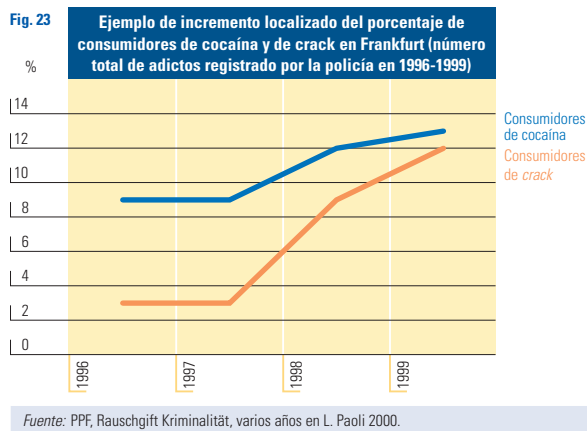
Problemas

Entre 1994 y 1999, el número de consumidores que piden tratamiento por problemas asociados a la cocaína como droga principal —en relación con el número total de consumidores que piden tratamiento— aumentó sustancialmente

en España y en los Países Bajos. Alemania, Grecia e Italia también sufrieron un aumento relativo de los tratamientos por consumo de cocaína e Irlanda lo sufrió hasta 1998 (22). El Reino Unido y las regiones francófona y flamenca de Bélgica informaron igualmente de un aumento. Faltan estudios comparables sobre los consumidores de cocaína en tratamiento en la Unión Europea, de modo que el aumento relativo de los pacientes que buscan ayuda por tener problemas con la cocaína puede indicar un aumento real de dichos problemas, pero también puede deberse a una reducción del número de pacientes que buscan ayuda por problemas con los opiáceos o a que antiguos pacientes por opiáceos hayan transferido su problema principal con las drogas a la cocaína. En las cifras de tratamiento puede influir asimismo el desarrollo de servicios que resultan cada vez más atractivos para los consumidores de cocaína. Algunos servicios de tratamiento han informado de que, entre los consumidores sometidos a tratamiento por sufrir dependencia de la heroína, ha aumentado el consumo de cocaína, concretamente de la fumada como «base/crack» y de la administrada por vía intravenosa junto con heroína.

La figura 23 aporta un ejemplo de aumento localizado de consumidores de «base/crack» que no se refleja a nivel nacional. En Frankfurt, el porcentaje de consumidores de crack entre el número total de adictos registrado por la policía se incrementó en cuatro veces entre 1996 y 1999.

Los servicios de salud y los consumidores de cocaína rara vez notifican fallecimientos o efectos físicos negativos como consecuencia directa de esnifar polvo de cocaína y, debido a que los consumidores por diversión tienden a consumir cocaína junto con grandes cantidades de alcohol u otras drogas, resulta difícil determinar las causas de las experiencias negativas. Sin embargo, Luxemburgo, los Países Bajos e Italia señalan un incremento del número de fallecimientos por causa de las drogas y España un incremento de las urgencias hospita-



(22) Figura 15 OL. Cocaína: evolución de los nuevos pacientes admitidos a tratamiento (versión online).

larias en las que estaba implicada la cocaína además de otras drogas. La mayor concienciación del personal de urgencias de los hospitales sobre el papel potencial de la cocaína en las alteraciones cardiovasculares podría favorecer una mayor tasa de notificaciones al respecto (4).

Se han detectado graves problemas de salud, sociales y psicológicos asociados a fumar cocaína «base/crack», en particular entre grupos marginales, tales como consumidores problemáticos de opiáceos, jóvenes sin hogar y otros jóvenes desfavorecidos, así como entre mujeres profesionales del sexo. No está claro en qué medida los problemas son consecuencia directa del consumo de esta forma de cocaína per se, o de la frecuencia y el volumen de su consumo, o de problemas sociales/psicológicos preexistentes.

Mercado

En 1999, el número de incautaciones de cocaína aumentó notablemente en Luxemburgo y en Suecia, a la vez que disminuyó en Austria, Bélgica y Dinamarca. Los precios de venta al por menor de la cocaína comunicados oscilan entre 24 y 170 euros por gramo, con ciudades como Amsterdam y Frankfurt en el límite inferior y Estados miembros como Suecia y Finlandia en el superior. En el Reino Unido y en Francia los precios de venta al por menor han disminuido, pero la pureza se mantuvo generalmente alta, entre el 55 % y el 70 %, hasta finales de 1999, cuando, en el Reino Unido, se produjo un brusco descenso de la pureza media del crack (10). Los precios muestran acusadas variaciones geográficas dentro de los Estados miembros. Por menos de 15 euros se pueden obtener cantidades pequeñas de cocaína, en partes de un gramo o bajo la forma de «bolas» o «piedras», en algunas ciudades, concretamente en aquéllas donde las drogas circulan con facilidad y en las que las concentraciones de cocaína pueden bajar sustancialmente (por ejemplo, Frankfurt, Milán, París, Londres, Manchester y Liverpool). La distribución de la cocaína se produce principalmente a través de cadenas de amigos, pero en algunas ciudades se produce una venta abierta en ambientes de diversión nocturnos y en la calle. Los servicios de venta y entrega en domicilios se han visto muy facilitados por la mayor comodidad y protección (en forma de anonimato) que ofrecen a los vendedores los teléfonos móviles (4) (5) (6) (7).

Se ha señalado la mayor disponibilidad de cocaína lista para fumar («base/crack») en varias ciudades europeas (Amsterdam, Rotterdam, Londres, Liverpool, Manchester, Frankfurt, Milán y París), pero los métodos para prepararla (y los consiguientes niveles de concentración de la cocaína, que pueden llegar al 100 %) varían y provocan confusión en los sistemas de información sobre drogas, al

tiempo que la falta de una definición científica para términos populares como «crack» y «base» plantea problemas para poder dar respuestas de tipo educativo y preventivo. En la calle, la cocaína puede venderse mezclada ya con heroína.

Según los datos comunicados, España, Bélgica y los Países Bajos son los principales puntos de tránsito para la cocaína procedente de Latinoamérica (Colombia, Brasil y Venezuela en particular) al resto de la Unión Europea. En 1999, se informó del desmantelamiento de seis laboratorios de procesamiento de cocaína en España, a lo que se atribuye el posterior aumento del precio al por mayor de la cocaína en este país.

Proyectos de intervención y nuevos enfoques

La respuesta comunitaria ante el incremento del consumo de cocaína y de crack ha adoptado tres formas principales en el ámbito de la reducción de la demanda. Durante la década de los noventa, unas pocas ciudades desarrollaron servicios especializados para abordar los problemas principales originados por la cocaína y dedicar atención a los grupos especialmente vulnerables, por ejemplo «Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.» en Frankfurt y «Take Five» en Rotterdam. Algunos Estados miembros han informado de los esfuerzos realizados para adaptar las estructuras existentes a fin de atender las necesidades de los consumidores problemáticos de cocaína y de crack. Por ejemplo, en Francia y en el Reino Unido los profesionales interesados están desarrollando estrategias multidisciplinares de recogida e intercambio de información sobre las necesidades de los consumidores de cocaína y crack con el fin de desarrollar una formación adecuada y adaptar los modelos y los servicios de tratamiento existentes y poder ofrecer así el tipo de servicios que sean más eficaces para responder a dichas necesidades. En tercer lugar, algunos Estados miembros han hecho hincapié en la necesidad de ocuparse de la delincuencia y de las consecuencias para la salud del consumo múltiple de drogas en general.

Es difícil obtener datos acerca de las respuestas a los problemas planteados por la cocaína desde el sector privado, pero, sin embargo, es probable que este sector desempeñe un papel importante en el tratamiento de los consumidores problemáticos de cocaína más privilegiados socialmente.

Ejemplos de tratamiento de problemas por el consumo de cocaína

En los informes emitidos por los Estados miembros se han descrito pocas respuestas de tratamiento. Sin embargo, Alemania y los Países Bajos destacaron intervenciones expresamente dirigidas a los problemas de consumo de cocaína.

Cuestiones particulares

En Frankfurt, la organización juvenil «Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.» ofrece un proceso de tratamiento orientado a la adicción a la cocaína que se ajusta a las necesidades de cada paciente. La fase *crash* inicial, que dura unos pocos días, se desarrolla o bien fuera del hospital con apoyo psicosocial o bien en el marco de un proceso de desintoxicación en un hospital. La siguiente fase consiste en seis semanas de tratamiento estando ingresado en el que el paciente sigue un plan diario, que incluye sesiones de tratamiento de grupo e individual. La fase de recuperación, ya sea en régimen ambulatorio o estando ingresado, tiene el fin de restablecer o mejorar los contactos y las relaciones con los familiares, compañeros o amigos.

En Rotterdam funciona desde 1996 «Take Five», un programa de tratamiento para grandes consumidores de «base/crack». El programa, administrado por los servicios de salud municipales, opera como un servicio de bajo umbral. En la primera fase, trabajadores a nivel de calle contactan con consumidores de «base/crack» en diferentes entornos, tales como puntos de venta de drogas, narcosalas o centros de crisis. En la segunda fase, el paciente frecuenta uno de los denominados «lugares de tiempo muerto» que ofrecen ayuda las veinticuatro horas del día y o servicios de un médico de medicina general y psiquiatras si se solicita. El objetivo de la tercera fase es estabilizar la salud del paciente e iniciar la rehabilitación. Según información directa del experimento de Rotterdam, la acupuntura es muy popular entre sus pacientes como medio para relajarse.

Cuestiones relativas a las políticas

En la Unión Europea existe un mercado de consumidores de drogas por diversión con ingresos que o bien no se fían del contenido dudoso de las pastillas de «éxtasis» y de la posibilidad de efectos agudos y a largo plazo para la salud o bien están hastiados de sus experiencias pasadas con el MDMA y de la resaca que dura hasta la mitad de la semana. Los estudios muestran que, desde el punto de vista de los consumidores de cocaína por diversión, ésta se considera más predecible, más versátil y menos molesta que el éxtasis y la resaca de la cocaína se considera menos grave o desagradable y de menor duración que la del éxtasis o las anfetaminas (3).

Los estudios realizados sobre consumidores de cocaína han observado una clara distinción social y subculturas claramente separadas entre los consumidores de cocaína en polvo (clorhidrato) y los fumadores de «base/crack», pero las fronteras se podrían poner en tela de juicio debido a los recientes cambios producidos en el mercado y a la tendencia que está surgiendo de fumar cocaína

«base/crack» mezclada con tabaco en «porros» en ambientes de diversión y de vida nocturna. El resultado de estos cambios podría debilitar los tabúes contra el hecho de fumar «base/crack», que han existido y servido de mecanismo informal de control para evitar la difusión del *crack* hacia la cultura principal de consumo de drogas con fines recreativos. Estos signos de erosión en los sistemas informales de control social sobre el consumo de cocaína «base/crack» hacen, si cabe, más urgente una respuesta precoz.

Una imagen del polvo de cocaína y quizá también de la cocaína «base/crack» como droga positiva, útil y de prestigio junto con la existencia de una importante afluencia de consumidores potenciales podrían dar como resultado la expansión del consumo de cocaína en la Unión Europea, incluyendo la cocaína «base/crack». Debe tenerse muy en cuenta este peligro y tratar esta situación con mucho cuidado, ya que una información parcial sobre la cocaína «base/crack» puede dar lugar a la creación de mitos sobre su consumo que podrían desviar la atención de los persistentes problemas estructurales relacionados con ella a los que deben hacer frente algunas zonas urbanas (9).

Fuentes

Informes del año 2000 de los puntos focales nacionales:

- (1) *The Forensic Science Service*, «Drug Abuse Trends», n° 9, Metropolitan Forensic Science Laboratory, Londres, 1999.
- (2) Informe 1999 del ESPAD, «The European School Survey project on alcohol and other drugs» («Proyecto europeo de encuestas escolares sobre el alcohol y otras drogas»), Consejo Sueco de Información sobre el Alcohol y otras Drogas (CAN) y Grupo Pompidou del Consejo de Europa.
- (3) Boys, A., et al.: *Cocaine Trends: A Qualitative Study of Young People and Cocaine Use*, National Addiction Centre, Londres, 2001.
- (4) Ghuran, A., y Nolan, J.: «Recreational drug misuse: issues for the cardiologist», *Heart*, Vol. 83, 2000, pp. 627-633.
- (5) Brain, K., Parker, H., y Bottomley, T.: *Evolving Crack Cocaine Careers: New Users, Quitters and Long Term Combination Drug Users in NW England*, Universidad de Manchester, 1998.
- (6) Paoli, L.: *Proyecto piloto para describir y analizar los mercados de drogas locales: informe del primer año para el OEDT*, Max Planck Institute, Friburgo, 2000.
- (7) Blanken, P., Barendregt, C., y Zuidmulder, L.: «Retail level drug dealing in Rotterdam», *Understanding and responding to drug use: the role of qualitative research*, Serie de monografías científicas del OEDT, n° 4, 2000.
- (8) *Drug Abuse Trends*, n° 10, New Series, Oct/Dec 1999.
- (9) Hartman, D., y Golub, A.: «The Social Construction of the Crack Epidemic in the print media», *Journal of Psychoactive Drugs*, volumen 31 (4) 1999.
- (10) Home Office, *Statistical Bulletin*, 2000.

Enfermedades infecciosas

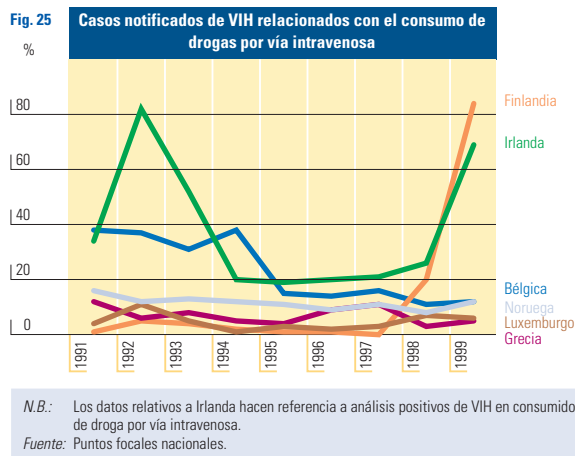
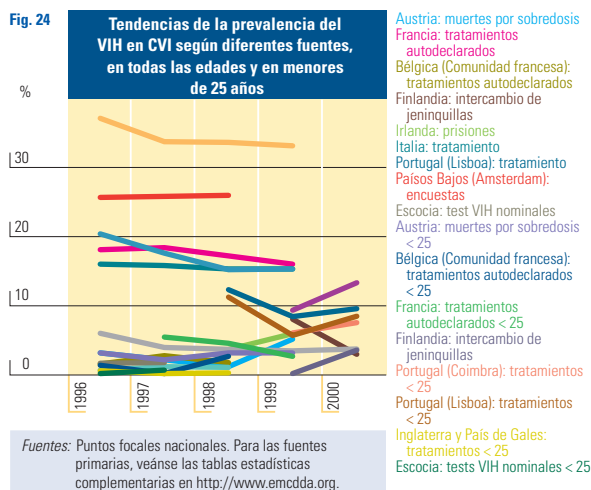
Prevalencia y tendencias

VIH

La prevalencia de la infección por el VIH difiere mucho entre países y, dentro de los mismos, entre regiones y ciudades. Aunque la divergencia de las fuentes y de los métodos de recogida de datos hace difíciles las comparaciones, los datos disponibles indican unos niveles medios de infección en diferentes subgrupos de consumidores por vía intravenosa o que se inyectan (CVI) que van de aproximadamente el 1 % en el Reino Unido al 32 % en España (véase la figura 8 en el capítulo 1).

La prevalencia del VIH parece haberse estabilizado en casi todos los países desde mediados de la década de los noventa tras los fuertes descensos que siguieron a la primera epidemia importante entre CVI en los años ochenta (véase la figura 24). En algunos países (Austria, Luxemburgo, Irlanda, Países Bajos, Portugal y Finlandia) la transmisión podría estar aumentado nuevamente en algunos subgrupos de CVI. (Véase, en el capítulo 1, el recuadro de la página 17.)

La transmisión reciente puede apreciarse más claramente si se observa específicamente la prevalencia en CVI de menos de 25 años. Las infecciones por el VIH en este grupo tienen que haberse producido por término medio más recientemente, ya que la mayoría de los CVI se empiezan a inyectar entre los 16 y los 20 años (1) (2). Las tendencias en este grupo de edad, en la medida en que se dispone de datos, son mucho más pronunciadas que la prevalencia general y, a veces, van incluso en la dirección contraria. En Finlandia, por ejemplo, se produjo un gran brote en 1998-1999, como se puede observar por



los datos notificados sobre el VIH (véase la figura 25). Después de 1999 la prevalencia general decreció, según indican los datos procedentes de intercambios de jeringuillas (véase la figura 24); sin embargo, la prevalencia entre CVI jóvenes aumentó del 0 % en 1999 al 4 % en 2000. Esto podría indicar que una vez empiezan a disminuir las nuevas infecciones entre consumidores por vía intravenosa veteranos debido a la saturación (la mayoría de las personas de este grupo de riesgo están infectadas) y/o a un cambio de comportamiento de los que corrían riesgo, las nuevas infecciones aparecieron principalmente entre los CVI más jóvenes, los cuales suelen presentar un mayor comportamiento de riesgo.

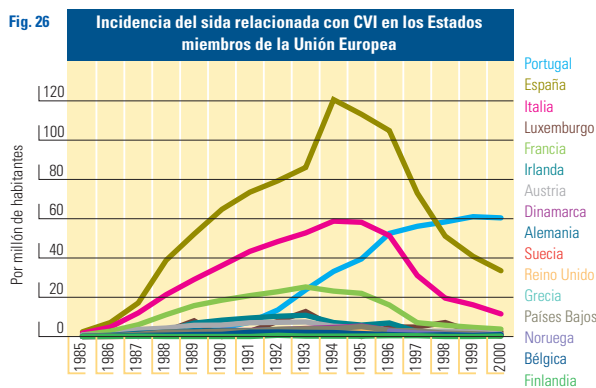
En varios países, la prevalencia del VIH es sistemáticamente más elevada entre las mujeres CVI que entre los varones CVI. Ello puede deberse a un mayor hábito o a diferentes formas de compartir jeringuilla y/o al mayor riesgo sexual de las mujeres CVI.

Sida

Los países que más se han visto afectados por el sida entre CVI son sobre todo los del suroeste de la Unión Europea, concretamente Portugal, España, Francia e Italia (23). La incidencia del sida varía enormemente de unos países a otros, al igual que la del VIH, pero la tendencia general es a la baja (véase la figura 26). Probablemente el descenso sea resultado de los nuevos tratamientos entre CVI que retrasan la aparición del sida. Por lo tanto, la incidencia del sida se considera ahora un indicador menos fiable de la transmisión del VIH que antes de 1996 más o menos. España, que presentaba la incidencia anual de sida más elevada entre consumidores de drogas, ha sido superada hace poco por Portugal, el único país que no muestra una disminución. Esto podría indicar una aceptación sólo limitada del tratamiento del VIH (fenómeno mostrado por un estudio reciente) y/o un incremento de la transmisión del VIH en la década de los noventa. Sin embargo, el

(23) Figura 16 OL. Casos de sida diagnosticados en 1999 en consumidores de drogas por vía intravenosa, por millón de habitantes (versión online).

Cuestiones particulares

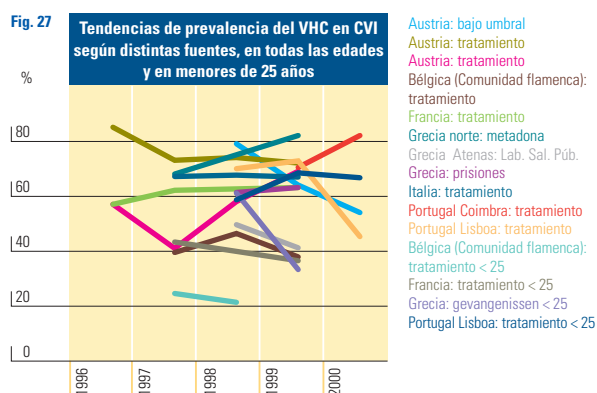


N.B.: Casos informados a 31 de diciembre de 2000, ajustados por retrasos de información.
Fuente: European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS.

aumento observado en Portugal mostró señales de estabilización en el año 2000.

Hepatitis C

La prevalencia de la infección de la hepatitis C es superior que la del VIH y las cifras se aproximan más en toda la Unión Europea. Entre el 40 % y más del 90 % de los CVI está infectado con el virus de la hepatitis C (VHC), incluso en los países con bajas tasas de infección por el VIH, como es el caso de Grecia (véase la figura 9 en el capítulo 1). La infección crónica por el VHC ocasiona considerables problemas de salud y, a la larga (décadas), puede producir consecuencias graves, entre ellas daños severos en el hígado y la muerte prematura. El porcentaje de las infecciones crónicas que conllevan daños graves para la salud aún está muy poco claro, pero algunos datos recientes indican que en los CVI puede ser inferior (quizás entre el 5 % y el 10 %) de lo que antes se pensaba (del 20 % al 30 %) (3) (4). No obstante, los niveles extremadamente altos de infección por el VHC entre CVI en Europa pueden seguir suponiendo una gran carga sanitaria por enfermedades hepáticas entre antiguos CVI a lo largo de las próximas décadas.



Fuentes: Puntos focales nacionales. Para las fuentes primarias, véanse las tablas estadísticas complementarias en www.emccda.org.

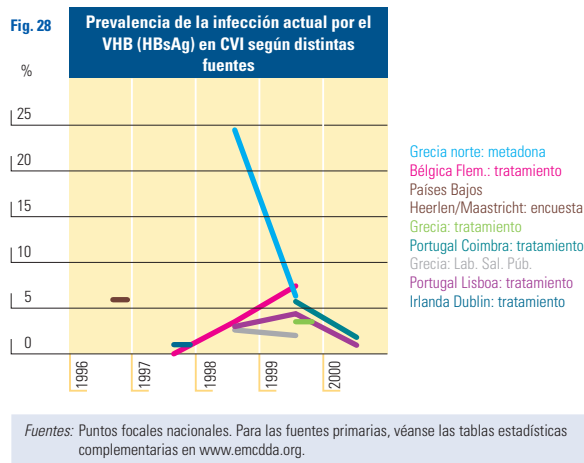
Las tendencias de la infección por hepatitis C, en los escasos países que pudieron proporcionar datos al respecto, muestran tanto disminuciones como aumentos importantes en Austria, Portugal y Grecia, dependiendo de la fuente (situación geográfica) y del grupo de edad (véase la figura 27). Ello puede responder a la distinta epidemiología de la infección según las poblaciones de CVI, aunque también es posible que las tendencias reflejen las distintas políticas relacionadas con la reciente introducción de análisis del VHC. Por ejemplo, es posible que las personas expuestas a un riesgo mayor sean las primeras en participar cuando se ofrecen análisis del VHC voluntarios, de modo que la prevalencia en los años siguientes parece disminuir. Sólo se pueden confirmar las tendencias aparentes haciendo un seguimiento durante más tiempo. Este sesgo potencial quizá sea menos importante en los análisis del VIH, que están disponibles desde hace muchos años.

Hepatitis B

La prevalencia de anticuerpos del virus de la hepatitis B (VHB) también es alta, pero no parece que las cifras sean tan iguales en toda la Unión como las de prevalencia del VHC. En el caso de la hepatitis B, la presencia de anticuerpos indica que se ha estado infectado alguna vez, a diferencia de lo que ocurre con el VHC y el VIH, en los que un análisis de anticuerpos positivo indica por lo general una infección actual. Sin embargo, los anticuerpos del VHB también pueden indicar vacunación. Esto significa que a la hora de interpretar la prevalencia de los anticuerpos del VHB se deben tener en cuenta las prácticas de vacunación, que pueden variar mucho de unos países a otros. El porcentaje de CVI que aún no tiene anticuerpos aún corre el riesgo de infectarse y debe vacunarse. La vacunación en los CVI es especialmente importante dado que la infección por hepatitis B (también por hepatitis A o D), puede ser muy peligrosa e incluso mortal si ya se está infectado por otro virus de la hepatitis, como el VHC. En la Unión Europea, entre el 20 % y el 60 % de los CVI aproximadamente tiene anticuerpos de la hepatitis B. Los datos autodeclarados en estudios realizados en algunos países dan a entender que sólo entre el 10 % y el 30 % de los CVI podrían haberse vacunado completamente (5) (6) (7) (8). Esto indica que son muchos los beneficios potenciales para la salud que se pueden conseguir a través de la vacunación (24).

Más fácil de interpretar que los anticuerpos del VHB es la prevalencia de HBsAg (el marcador serológico que determina la presencia del virus de la hepatitis B). Indica una infección actual de hepatitis B, que puede ser reciente o

(24) Figura 17 OL. Prevalencia de la infección del VHB entre CVI en los Estados miembros de la Unión Europea, 1996-2000 (versión *online*).



crónica. Así pues, el nivel de HBsAg indica la posibilidad de complicaciones graves a largo plazo y de transmisión a terceros mediante un comportamiento de riesgo con las jeringuillas o por transmisión sexual. Aunque sólo se conoce la prevalencia del HBsAg en un reducido número de países, parece ser muy desigual y, en algunos casos, elevada (véase la figura 28). En el norte de Grecia, es posible que los CVI que estuvieron en programas de metadona experimentaran un importante brote de hepatitis B antes de 1998, dado que los niveles eran extremadamente altos en 1998 pero descendieron notablemente entre 1998 y 1999. En Bélgica, los datos de los CVI sometidos a tratamiento indican un aumento constante de la infección actual por el VHB (HbsAg) entre 1997 y 1999. En Portugal, los datos recientes muestran un descenso de la infección actual por el VHB. En Noruega, los datos notificados indican un fuerte incremento de la infección por el VHB (y por el VHA) entre los CVI.

Otras enfermedades de transmisión sexual, tuberculosis, endocarditis y brotes de Clostridium

Otra enfermedad infecciosa que puede ser importante entre los CVI es la tuberculosis, que no se transmite inyectándose drogas, pero que es especialmente elevada entre los consumidores de España y Portugal, debido a su estrecha asociación a la infección por el VIH y el sida. Otras enfermedades de transmisión sexual, como la sífilis o la gonorrea, también pueden darse mucho entre los consumidores de drogas, especialmente entre las prostitutas callejeras, si no tienen acceso a servicios médicos de bajo umbral. Esto puede generar una transmisión importante a los no consumidores de drogas, a la vez que estas enfermedades de transmisión sexual constituyen además un importante factor de riesgo para la infección por el VIH. Los consumidores de drogas por vía parenteral

suelen tener además una alta prevalencia de otras infecciones que pueden poner en peligro su vida, tales como abscesos en las partes de su cuerpo donde se inyectan o endocarditis (infección de las válvulas del corazón), que con frecuencia se pueden tratar con facilidad si hay servicios disponibles.

Entre abril y agosto de 2000 se produjo en Escocia, Irlanda, Inglaterra y Gales un gran brote de infección por *Clostridium novyi*, dando como resultado 104 casos de enfermedad grave y 43 fallecimientos entre personas jóvenes. El brote probablemente se debió a heroína contaminada en combinación con modos específicos de inyección (intramuscular o subcutánea en lugar de intravenosa). Se puso de manifiesto, de una manera dramática, el gran potencial de problemas graves de salud entre los CVI, que pueden ser mucho mayores y más peligrosos para la vida que los problemas de salud relacionados con otras pautas más difundidas de consumo de drogas.

Factores determinantes y consecuencias

Consumo de drogas mediante inyección

Entre los consumidores de drogas, las infecciones como el VIH y las hepatitis B y C se transmiten principalmente a través del consumo por vía parenteral. Ello se debe en gran medida a que comparten material de inyección como las agujas y jeringuillas, y otros materiales como el algodón, el agua y las cucharas. Es probable que en las situaciones de incremento del consumo de drogas inyectadas, las poblaciones de personas que se inyectan sean especialmente vulnerables a una rápida expansión del VIH y de la hepatitis.

El momento y la magnitud de las epidemias de sida en los distintos países pueden haber estado determinados en gran medida por el momento y la magnitud de las epidemias de consumo de drogas por inyección. Éstas probablemente se produjeron antes en los países del norte de Europa, como por ejemplo en los Países Bajos (años setenta y ochenta), pero se mantuvieron relativamente bajo control, mientras que en países del sur de Europa, como España, Italia y Portugal, se produjeron más tarde (años ochenta y noventa) y con unas tasas más elevadas. La aparición de epidemias de VIH puede haber dependido, por lo tanto, del delicado equilibrio entre el momento y la magnitud de las epidemias de consumo de drogas inyectadas, la concienciación acerca del sida (no existente en los primeros años) y el momento y la introducción a gran escala de las medidas preventivas.

Cuestiones particulares

La importancia del consumo por vía parenteral entre los consumidores de drogas (en Europa sobre todo de heroína sola o junto con otras sustancias) puede depender además de las preferencias y de los hábitos culturales de los consumidores o del tipo de heroína disponible en el mercado (soluble en agua e inyectable o no inyectable). También influyen probablemente el precio y la pureza, puesto que inyectarse heroína es más eficaz y, por lo tanto, más barato que fumarla. Se piensa que el miedo al sida influye mucho menos en la decisión de inyectarse o no.

Por el momento no se sabe cómo prevenir el consumo por inyección. Éste y el consumo de heroína por cualquier medio pueden depender de toda una serie de factores personales y sociales, tales como problemas de comportamiento y/o familiares y el desempleo. No obstante, el tratamiento de sustitución puede ser muy eficaz para reducir la vía de la inyección y los comportamientos de riesgo relacionados con este tipo de consumo entre los consumidores de heroína (9).

El consumo de drogas por inyección ha disminuido mucho durante la década de los años noventa en casi todos, aunque no todos, los países. Como consecuencia, las tasas al respecto (medidas en los consumidores de opiáceos que se ponen en tratamiento) varían mucho, desde un mínimo de en torno al 10 % en los Países Bajos hasta un máximo de aproximadamente el 70 % en Grecia. Sólo se dispone de las tendencias recientes del consumo por inyección en el caso de Irlanda, donde muestran un continuo crecimiento, que concuerda con un aumento reciente del número de análisis positivos del VIH relacionados con los CVI.

Comportamientos de riesgo en el consumo de drogas por vía parenteral

Entre los CVI, la difusión de infecciones viene determinada principalmente por el comportamiento de riesgo asociado al consumo por inyección, sobre todo el hecho de «compartir jeringuillas» (dar o recibir una jeringuilla usada a o de otra persona). También es posible la transmisión al compartir otros materiales empleados para inyectarse, como pueden ser el agua, el algodón o las cucharas, que probablemente sean incluso más importantes en el caso de las hepatitis B y C. La inyección carente de higiene puede incluso causar la transmisión de hepatitis aunque no se compartan materiales, por ejemplo, a través de manos, mesas u otras superficies contaminadas de sangre.

Otros comportamientos de riesgo son la transferencia de heroína de una jeringuilla a otra para medir partes iguales (*front/backloading*). Los datos preliminares sobre el uso compartido de agujas indican que, en general, éste sigue siendo muy elevado entre los CVI, oscilando entre el 10 % y el 17 % en los Países Bajos (préstamo reciente de agujas usadas) y llegando al 64 % en Irlanda (uso compartido de agujas en las cuatro últimas semanas) y al 75 % en Inglaterra y Gales (uso compartido de agujas y otro material) (25). La mayor parte de estos datos puede infravalorar aún la dimensión del comportamiento de riesgo debido al uso compartido indirecto (*front/backloading*) y al uso compartido de otros materiales que no sean las agujas, etc. Por otra parte, el uso compartido de agujas se produce a menudo entre compañeros estables que saben que no están infectados, lo cual puede ser relativamente seguro.

Comportamientos sexuales de riesgo

La transmisión por vía sexual del VIH y del VHB es mucho menos eficaz que la transmisión mediante el uso compartido de agujas, mientras que la del VHC se cree que es muy baja. Sin embargo, cuando hay un nivel de infección (prevalencia) elevado entre los CVI, la transmisión sexual del VIH y del VHB y la que se produce de madre a hijo pueden ser importantes. Los CVI, por lo tanto, pueden formar «núcleos» o «bolsas» de infección desde los que se produce una transmisión continua a la población más amplia. Una manera eficaz de prevenir la transmisión sexual es el uso de preservativos. Éste ha aumentado mucho entre los consumidores de drogas desde la década de los ochenta, especialmente entre los profesionales del sexo, que habitualmente comunican altas tasas de empleo de preservativos con sus clientes. Sin embargo, el empleo de los preservativos suele ser escaso entre conocidos que, por lo tanto, siguen siendo un importante grupo de riesgo para contraer la infección.

Consecuencias y costes

Las consecuencias de una infección por el VIH son graves. La infección conduce al sida después de unos diez años por término medio, generando desde ese momento unos elevados costes para el individuo y para la sociedad a causa de las infecciones crónicas, las hospitalizaciones y la muerte prematura.

En la mayoría de los casos, la infección por hepatitis B se resuelve por sí sola espontáneamente, pero en una proporción importante (entre el 2 % y el 8 % en los adultos, el 10 % y el 15 % en los adolescentes y mucho

(25) Cuadro 6 OL. Uso compartido de jeringuillas entre consumidores de drogas por vía parenteral en algunos Estados miembros de la Unión Europea (versión *online*).

más en los niños) da lugar a una infección crónica, que a largo plazo puede producir enfermedades hepáticas graves y la muerte prematura. Puesto que la hepatitis B y el VIH se pueden transmitir con facilidad por vía sexual o de madre a hijo, estas infecciones en los CVI suponen una importante amenaza para la población en general.

La hepatitis C se mantiene en estado crónico en la mayoría de los casos (posiblemente entre el 70 % y el 80 %), por lo que los CVI siguen siendo una importante fuente de infección potencial. La infección de la hepatitis C, al igual que la de la hepatitis B, es capaz de ocasionar a largo plazo (décadas) enfermedades hepáticas graves y la muerte prematura. La combinación de distintas infecciones de hepatitis (incluida la hepatitis A) simultáneamente puede ser especialmente peligrosa y culmina con frecuencia en fallos agudos del hígado y en la muerte.

Una estimación preliminar de los futuros costes sanitarios ocasionados en la Unión Europea por las infecciones del VIH, el VHB y el VHC relacionadas con las drogas en un año supuso en torno al 0,5 % del presupuesto total comunitario para asistencia sanitaria (véase la figura 29).

Respuestas de reducción de los daños

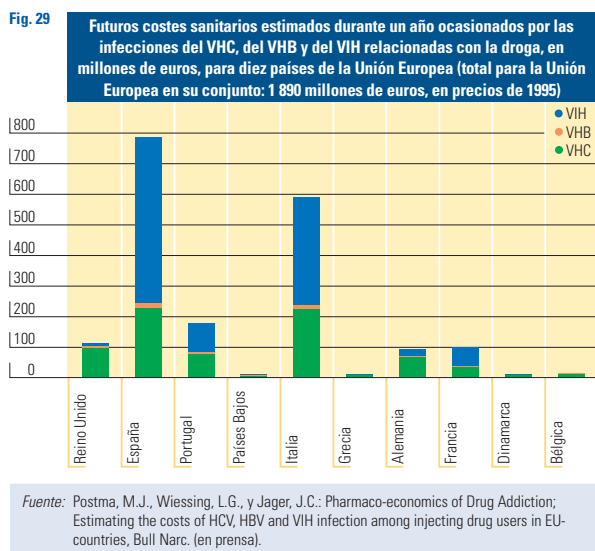
En la mayor parte de la Unión Europea, la introducción de medidas de reducción de los daños —tales como un mayor acceso a agujas y jeringuillas estériles, una mayor disponibilidad de preservativos, orientación acerca del VIH y realización de análisis para este último— ha ayudado a controlar la transmisión del VIH entre los consumidores que se inyectan. El tratamiento sustitutorio, que puede reducir enormemente la frecuencia con la que hay que inyectarse, también está disponible en todos los

Estados miembros, sobre todo en forma de metadona por vía oral, pero en casi todos los países aún es posible mejorar mucho en cuanto a cobertura. (véanse los apartados «Reducción de la demanda», «Tratamiento» y «Tratamiento de sustitución» del capítulo 2).

Aunque está demostrado que las medidas de reducción de los daños han contribuido a reducir la prevalencia de la hepatitis C entre los consumidores que se inyectan, no han controlado su difusión (10). La persistencia de la infección de la hepatitis C entre los jóvenes consumidores que se inyectan exige unos enfoques innovadores de la reducción de daños. La introducción de narcosalas médicamente supervisadas y de una dispensación controlada de heroína son dos enfoques de este tipo que se están contemplando en algunos países comunitarios. Sin embargo, ambos plantean dificultades éticas y jurídicas y pueden exigir un cambio de las leyes sobre drogas. En los países en los que se han puesto en marcha narcosalas (Estados Unidos, Australia, Alemania, Suiza y los Países Bajos), aún falta por evaluar su efectividad.

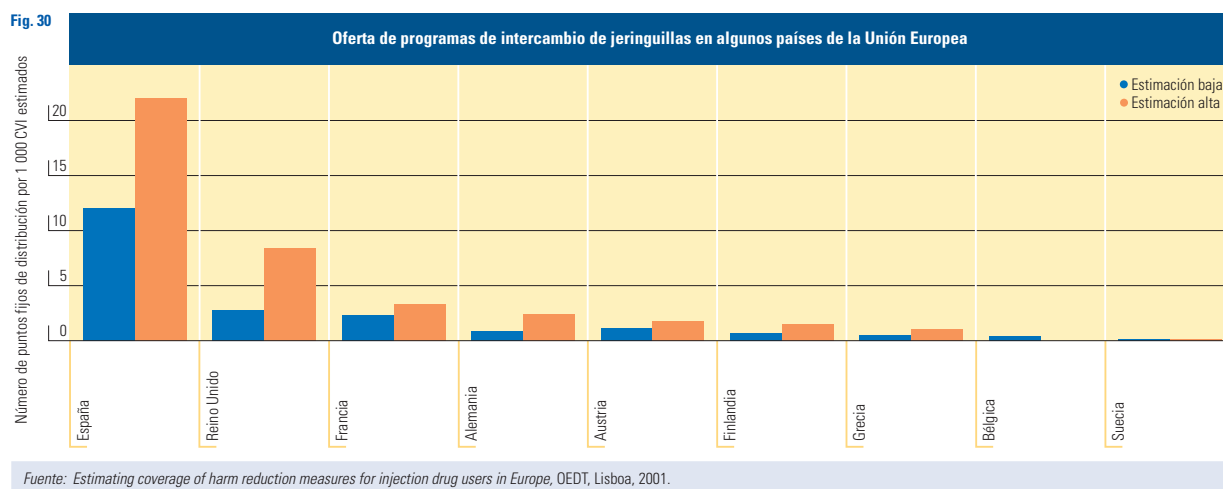
Aspectos importantes para medir la disponibilidad de medidas de reducción del daño son la oferta de servicios y la cobertura de la población de CVI. Tomando como base las estimaciones del consumo problemático de drogas y las tasas de CVI entre los consumidores de opiáceos en tratamiento, se han obtenido unas estimaciones preliminares del tamaño de la población de CVI en los países comunitarios. A partir de estas estimaciones surge una imagen aproximada de la oferta de programas de intercambio de jeringuillas (puntos de distribución) por país (véase la figura 30) y del número de agujas intercambiadas a través del programa de intercambio de jeringuillas por cada 1 000 CVI al año (26). Aunque las estimaciones concretas para cada país pueden no ser muy fiables, globalmente se observa que en casi todos los países de los que se dispone de datos sobre los programas de intercambio de jeringuillas, aún no se está dando un número suficiente de agujas limpias a los CVI, con la posible excepción del Reino Unido (Inglaterra y Gales) y España.

Un estudio francés calculó que el número medio de inyecciones para un consumidor de opiáceos por vía intravenosa sería de 3,6 al día, lo que supone más de 1 300 inyecciones al año para un consumidor diario de opiáceos por vía intravenosa (el 93 % de la muestra tomada de consumidores de droga que asistían al intercambio de jeringuillas se inyectaba droga diariamente). Sin embargo, esta media puede depender mucho de las



(26) Figura 18 OL. Jeringuillas distribuidas o intercambiadas por medio de programas de intercambio de jeringuillas, por CVI y año (versión online).

Cuestiones particulares



sustancias inyectadas (puede que los consumidores de opiáceos que también se inyecten cocaína lo hagan con mucha más frecuencia) o de los ingresos (es posible que los CVI con poco dinero se inyecten mucho menos). Son necesarias unas estimaciones mejores y más específicas de cada país sobre el tamaño de la población de CVI y el número de inyecciones para evaluar la cobertura de los programas de intercambio de jeringuillas y, en consecuencia, su capacidad para prevenir efectivamente infecciones relacionadas con las drogas ⁽²⁷⁾ ⁽²⁸⁾.

Fuentes

- (1) Darke, S., Kaye, S., y Ross, J.: «Transitions between the injection of heroin and amphetamines», *Addiction*, vol. 94, 1999, pp. 1795-1803.
- (2) Doherty, M. C., Garfein, R. S., y Montoroso, E.: «Gender differences in the initiation of injection drug use among young adults», *J Urban health*, vol. 77, 2000, pp. 396-414.
- (3) Thomas, D. L., Strathdee, S. A., y Vlahov, D.: «Long-term prognosis of hepatitis C virus infection», *JAMA*, vol. 284, 2000, p. 2592.
- (4) Freeman, A. J., Dore, G. J., Law, M. G., et al.: «Estimating progression to cirrhosis in chronic hepatitis C virus infection», *Hepatology*, 2001 (en prensa).
- (5) European network on VIH/AIDS and hepatitis prevention in prisons (Red europea para la prevención de VIH/sida y hepatitis en las cárceles), segundo informe anual, 1998.
- (6) Lamagni, T. L., Davison, K. L., Hope, V. D., et al.: «Poor hepatitis B vaccine coverage in IDUs, England 1995 and 1996», *Comm Dis Public Health*, vol. 2, 1999, pp. 174-177.
- (7) Fitzgerald, M., Barry, J., O'Sullivan, P., y Thornton, L.: «Blood-borne infections in Dublin's opiate users», *Ir J Med. Sci*, vol. 170, 2001, pp. 32-34.
- (8) Punto focal de Italia (informe anual 2000 para el OEDT).
- (9) Drucker, E., Lurie, P., Wodak, A., y Alcabes, P.: «Measuring harm reduction: The effects of needle and syringe exchange programs and methadone maintenance on the ecology of VIH», *AIDS*, vol. 12 (Supl.), 1998, pp. S217-S223.
- (10) Taylor, A., Goldberg, D., Hutchinson, S., et al.: «Prevalence of hepatitis C virus infection among injecting drug users in Glasgow 1990-96: are current harm reduction strategies working?», *J Infect*, vol. 40, 2000, pp. 176-183.
- (11) Valenciano, M., Emmanuelli, J., y Lert, F.: «Unsafe injecting practices among attendees of syringe exchange programmes in France», *Addiction*, vol. 4, pp. 597-606.

⁽²⁷⁾ Cuadro 7 OL. Provisión, utilización y cobertura de los servicios de distribución de jeringuillas para consumidores de drogas por vía parenteral y cobertura de las farmacias en algunos países europeos, según datos de los puntos focales nacionales, 2000 (versión *online*).

⁽²⁸⁾ Cuadro 8 OL. Provisión de asesoramiento y pruebas del VIH, de tratamiento del VIH y de vacunación contra el VHB para los consumidores de drogas por vía parenteral en algunos países europeos, según datos de los puntos focales nacionales, 2000 (versión *online*).

Drogas sintéticas

En el presente apartado se completan los datos y análisis ofrecidos en otros apartados del informe anual con un resumen de las principales cuestiones, preocupaciones y retos relacionados con las drogas sintéticas.

Difusión del consumo

Mientras que el panorama global del año 2000 confirma que la difusión de las drogas sintéticas en la Unión Europea en general se ha estabilizado, se sigue observando una tendencia creciente del consumo de éxtasis en algunas regiones que cuentan con ciudades o centros de vacaciones con más probabilidades de atraer a un turismo europeo joven debido a su ubicación y a la mayor oferta de eventos orientados a los jóvenes. Más en general, las zonas urbanas donde se han establecido culturas juveniles pueden seguir sirviendo de marco para que las «drogas de diversión» se asienten y desarrollen.

El análisis cruzado de los estudios cualitativos indica que el consumo de drogas sintéticas se ha extendido más allá de la «escena techno» hacia las discotecas, los clubes nocturnos y también lugares privados. También se consume éxtasis en otros ámbitos. Por ejemplo, un estudio de 1998 demostró que, en Grecia, el 35 % de los estudiantes consumidores de éxtasis han consumido la droga durante la celebración de partidos de fútbol.

Comportamientos y pautas de consumo

En lo que se refiere al comportamiento, donde se observa una tendencia creciente no es tanto en el consumo de alguna droga concreta con respecto a las demás, sino en el empleo de diferentes drogas en función de las necesidades y de la situación.

En algunos Estados miembros se ha señalado el cambio en las pautas de comportamiento de los jóvenes como tema que requiere ser estudiado más a fondo.

¿Qué son las drogas sintéticas?

El término «droga sintética» se refiere estrictamente a las sustancias psicoactivas que son fabricadas a través de un proceso químico en el que los componentes psicoactivos principales no derivan de sustancias naturales. El término comenzó a usarse como sinónimo de drogas de baile o diversión tras la aparición en zonas recreativas de baile de la droga sintética éxtasis (MDMA) y de otras anfetaminas con sustituciones en el anillo, aunque en estos lugares también se consumen drogas no sintéticas, como el cánnabis, la cocaína y las setas alucinógenas. Entre las drogas sintéticas con una larga historia de consumo ilícito se incluyen las anfetaminas y la dietilamida del ácido lisérgico (LSD), mientras que el éxtasis (MDMA) y otras drogas enumeradas en la lista de Alexander Shulgin Pihkal ⁽¹⁾ tienen historias de consumo ilícito mucho más cortas. Cada vez preocupa más a nivel mundial la fabricación potencial de drogas sintéticas distintas y más recientes que se puedan vender como alternativa al MDMA o ser añadidas a las pastillas de éste. La facilidad con la que se pueden fabricar muchas «drogas sintéticas» constituye un reto para los esfuerzos por combatir el suministro, ya que los laboratorios se pueden montar y desmontar con relativa facilidad.

Algunas **drogas sintéticas**, no todas, tienen efectos alucinógenos y pueden o bien ser estimulantes o bien depresoras del sistema nervioso central, siendo este último el caso del GHB. También hay opiáceos sintéticos, como la

metadona, la petidina (MPPP, MPTP), el fentanilo, el 3-metil-fentanilo, etc.

Las «drogas de diseño» son análogos químicos de las drogas controladas. Los productores ilegales modifican ligeramente la estructura molecular de una sustancia prohibida para obtener efectos farmacológicos similares o más fuertes, evitando así la persecución de la ley. La Acción común de la Unión Europea relativa a las nuevas drogas sintéticas (véase el recuadro al respecto en la página 55) se puso en marcha en junio de 1997 con el objeto de prevenir y/o limitar su extensión.

Las anfetaminas son drogas sintéticas. Pueden inyectarse, como ocurre en Suecia y Finlandia, o ser ingeridas en forma de pastillas o polvo. Con frecuencia se mezclan en pastillas similares a las del éxtasis junto con MDMA o con análogos del éxtasis.

Las metanfetaminas son derivados metílicos de las anfetaminas (sobre todo, pero no exclusivamente, del tipo sin sustitución en el anillo). Incluyen la «metedrina», así como el «cristal» (*crystal*) y el «hielo» (*ice*), que son formas que pueden fumarse.

(1) Shulgin, A., y A.: Pihkal: A chemical love story, Transform Press, 1991.

Cuestiones particulares

- Casi todos los países destacan el fenómeno de la rápida evolución de las pautas en un grupo amplio de la población para experimentar y/o combinar diferentes sustancias con el fin de obtener una «subida» y/o equilibrar los efectos de cada una.
- En los Países Bajos, se está evaluando actualmente el fenómeno del «cansancio del éxtasis». Esta tendencia puede obedecer a distintas razones, por ejemplo, al hecho de que no se tengan pruebas del contenido exacto de las pastillas vendidas bajo un logo o que, gracias a los medios de comunicación, haya una mayor concienciación acerca de los efectos secundarios negativos sobre el humor y los sentimientos. También se plantea la cuestión de hasta qué punto desempeña la cocaína un papel alternativo como estimulante básico de efectos regulares y conocidos. La combinación de cocaína y alcohol tiene fama entre los consumidores experimentados de ser una «buena mezcla», mientras que la combinación de éxtasis y alcohol se considera más difícil de controlar.
- En lo que a los consumidores problemáticos de éxtasis se refiere, algunos estudios sobre adicción señalan que el potencial adictivo de la propia sustancia puede tener un papel de menor importancia que las pautas de adicción no química y de comportamiento asociadas a la misma.

Todos los Estados miembros, cuando formulan estrategias, dan importancia a la distinción entre grupos de consumidores de drogas sintéticas. Entre los consumidores de éxtasis se puede establecer una primera clasificación muy general:

- Consumidores excesivos: aunque el MDMA tiene un bajo potencial adictivo, una minoría de consumidores muestra un patrón de consumo compulsivo: más de una vez a la semana, más de una pastilla cada vez, consumo de otras múltiples sustancias, intensa participación en fiestas durante todo el fin de semana y falta de sueño. Suelen formar parte de círculos en los que el consumo de drogas es muy habitual.
- Consumidores cautos: con unas pautas de consumo menos intensas.
- Consumidores ocasionales: con un menor conocimiento y una menor concienciación acerca de los posibles riesgos.

El consumo combinado de varias sustancias, lícitas e ilícitas, es una pauta de comportamiento habitual entre

gente joven con un estilo de vida muy orientado a las salidas (bares, discotecas, fiestas *rave* y *techno*, fiestas privadas). El policonsumo —mezcla o alternancia de sustancias muy diversas, sintéticas o no sintéticas— es la tendencia principal y la «autogestión» del policonsumo en un contexto evolutivo es un patrón predominante.

El paso de un producto a otro y el policonsumo dependen en cierta medida de la disponibilidad de diferentes sustancias, teniendo importancia en este sentido el oportunismo. Con frecuencia se movilizan estrategias personales/en grupo para obtener sustancias concretas, por lo que la dinámica del grupo desempeña un papel importante.

Cabe distinguir entre las sustancias que se consideran más acordes con el propio evento musical y otras drogas (para después del baile o ajenas al baile) o sustancias que se prueban en círculos de iniciación dirigidos por consumidores expertos que disponen de al menos algún conocimiento empírico sobre las dosis y los efectos secundarios. En un reducido número de drogas sintéticas, la falta de un entorno así posiblemente conlleve riesgos de mayor envergadura.

Disponibilidad de las sustancias

El MDMA sigue siendo el producto predilecto del mercado del éxtasis y aparece bajo numerosos logos y denominaciones. Por ejemplo, el laboratorio de la policía criminal alemana de Wiesbaden, que realizó el seguimiento de pastillas marcadas con un logo «Mitsubishi» consistente en tres rombos formando un triángulo, ha elaborado una relación de más de doscientos productos finales diferentes.

Las incautaciones, los análisis toxicológicos y los análisis *in situ* de pastillas por parte de los equipos de prevención que trabajan en los eventos musicales han permitido detectar pastillas sobredosificadas de MDMA, cuyas características se han podido dar a conocer rápidamente a todos los países comunitarios a través del sistema de alerta rápida de la Unión Europea.

Una tendencia que es necesario vigilar de cerca es el número creciente de medicamentos psicotrópicos, como la ketamina, que se desvían desde sus fuentes legítimas.

En el caso de las anfetaminas (o del *speed*: sulfato de anfetamina) se observa una menor pureza y una menor disponibilidad. Los países escandinavos siguen siendo el principal mercado para las anfetaminas inyectadas y el Reino Unido para las no inyectadas.

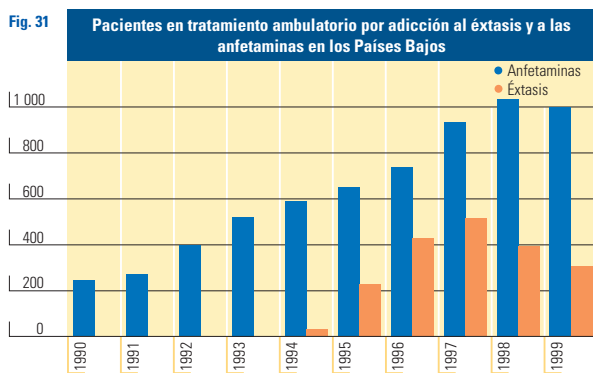
El consumo medio de metanfetaminas aún es muy escaso en la Unión. Sin embargo, según un informe de Europol ⁽²⁹⁾, se ha confirmado la producción (desmantelamiento de laboratorios) en Alemania y en los Países Bajos. También ha habido producción y tráfico en Estonia y, sobre todo, en la República Checa. Las metanfetaminas, probablemente producidas en la República Checa, han ido sustituyendo a las anfetaminas en el caso de los consumidores de Baviera y Sajonia, dos Länder alemanes fronterizos. Los órganos responsables del cumplimiento de la ley de Finlandia, Suecia, Alemania y los Países Bajos informaron a Europol en 1999 de varias incautaciones de esta sustancia.

Aunque siguen presentes en el escenario de las drogas, el mercado del LSD y otros alucinógenos se ha estabilizado o aminorado su crecimiento en casi todos los países comunitarios.

Datos sobre tratamiento

Los datos sobre tratamiento, como indicador del alcance del consumo problemático de drogas, ofrecen poca información sobre las drogas sintéticas, a excepción de las anfetaminas inyectadas. El éxtasis no figura prácticamente nunca como la primera droga en las solicitudes de tratamiento, y los pacientes son normalmente consumidores de múltiples drogas. La mayor demanda de tratamiento por consumo de anfetaminas como primera droga en Suecia y Finlandia se puede explicar por la pauta histórica de consumo de sulfato de anfetamina por inyección en estos países.

En los Países Bajos, la introducción de una entrada específica sobre el consumo de éxtasis en 1994 dio lugar a un registro completo en 1995 en el sistema de atención ambulatoria. Las cifras muestran una tendencia decreciente de la demanda de tratamiento por éxtasis desde 1997 (teniendo presente el aparente incremento inicial en los dos años anteriores); esto puede deberse, al menos



en parte, a la mejora del registro de datos. Aún así, el éxtasis no supone más del 1 % de todos los pacientes por consumo de drogas (3,1 % las anfetaminas). En 1999, el número de pacientes que señalaba al éxtasis como droga secundaria duplicaba el de pacientes que la tenían como droga principal, una cifra acorde con el hecho de que los consumidores de éxtasis son normalmente policonsumidores.

Riesgos para la salud

Aunque infrecuentes y escasamente documentados, el consumo de sustancias del tipo del éxtasis puede ocasionar efectos agudos, sobre todo cuando se toman junto con otras drogas lícitas o ilícitas (como el GHB y el alcohol), cuando se mezclan con otras drogas con un potencial menor de producir efectos negativos agudos, o cuando las pastillas están fuertemente sobredosificadas y/o se toman repetidas veces durante un período breve de tiempo.

El personal sanitario insiste en que los comportamientos de riesgo (como, por ejemplo, la búsqueda compulsiva de una «subida» y el desconocimiento de la composición y/o de los efectos) desempeñan un papel más importante que la toxicidad de una sustancia concreta aislada de su contexto y que las pautas de consumo. El estado general de salud de la persona puede ser también un factor determinante.

En casi todos los casos, el diagnóstico es de poliintoxicación, siendo imposible destacar una sustancia por encima de otra.

Para comprender la naturaleza y los posibles riesgos a largo plazo, así como los aspectos neuropsíquicos que con frecuencia aparecen en los casos de intoxicación aguda, la prioridad actual del personal sanitario es realizar el seguimiento de las intoxicaciones no mortales entre los consumidores jóvenes de éxtasis, fundamentalmente mezclado con otras drogas.

El consumo a largo plazo puede producir efectos negativos. Aún no se ha determinado con precisión la reversibilidad o irreversibilidad de los efectos sobre el cerebro. En los grandes consumidores de éxtasis, hay cada vez mayor constancia de daños en las neuronas serotoninérgicas. Las consecuencias clínicas indican déficits cognitivos, pero los proyectos de investigación en este campo (en el Reino Unido y Estados Unidos) aún son escasos y están muy distanciados.

⁽²⁹⁾ Informe Europol 2000, La Haya (Países Bajos).

Cuestiones particulares

Muertes conexas

Desde la introducción de medidas de acercamiento (servicios móviles) y otras medidas preventivas en los eventos y fiestas techno/house, se ha observado una disminución del número de incidentes con resultado de muerte en comparación con los primeros años noventa, al menos en los países en los que los casos de urgencia se registraron y documentaron.

Durante el período 1994-1997, en los Países Bajos, los casos de sobredosis aparente de anfetaminas o derivados de la fenilpropanolamina se consideraron como principal causa de muerte en un 50 % de los casos. En el resto de los casos, estaban presentes derivados de las anfetaminas, pero la muerte se atribuyó a otras drogas y/o al alcohol o a causas desconocidas.

Una nueva droga sintética, la 4-metiltioanfetamina (4-MTA, denominada popularmente «flatliner») ha estado implicada en varias muertes en la Unión Europea (cuatro en el Reino Unido, una en los Países Bajos). Otra «nueva» droga sintética, el GHB (gamma-hidrobuxirato), ha estado también relacionada con algunas muertes, generalmente en asociación con el alcohol y/u otras drogas. Estas dos sustancias han sido objeto de seguimiento y evaluación de riesgos en el marco de la Acción común de la Unión relativa a las nuevas drogas sintéticas (véase el recuadro en la página 55).

Respuestas

Las respuestas ante las drogas sintéticas se organizan en distintos niveles de intervención:

La prevención primaria se centra en dar información sobre las drogas sintéticas y normalmente se realiza por medio de campañas públicas y de intervenciones en los centros escolares.

Las actividades de reducción de daños/acercamiento en ambientes recreativos consisten en salas de relajación, análisis de las pastillas, folletos informativos y puntos de información *in situ*. Existen además iniciativas de «autoayuda» en la escena *techno* dirigidas a incluir información sobre las drogas sintéticas y sustancias asociadas en toda una serie de actividades musicales.

Información entre los consumidores acerca de los riesgos de mezclar sustancias (especialmente el riesgo del alcohol) y detección precoz de nuevos grupos de riesgo entre los jóvenes.

El objetivo de las respuestas sanitarias rápidas es proporcionar una información preventiva específica que permita a los profesionales de los servicios de urgencias y

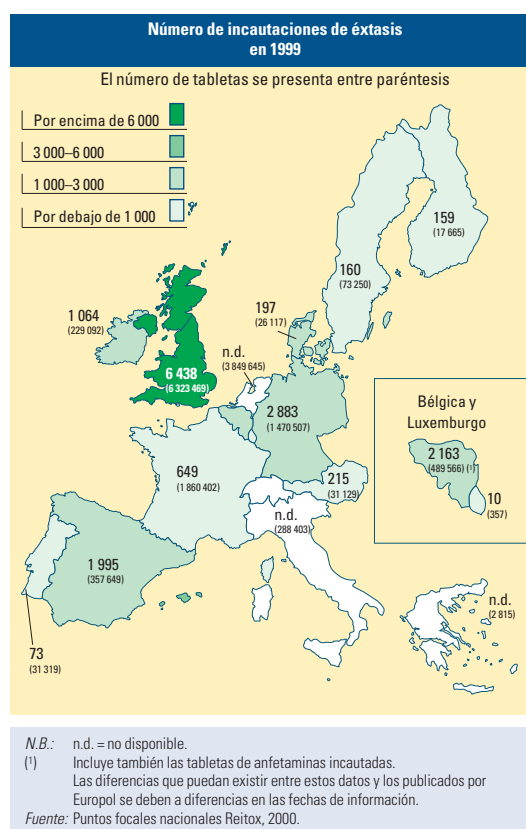
de intoxicación, médicos de medicina general y sanitarios que trabajan sobre el terreno el detectar mejor y responder más correctamente ante los casos de intoxicación aguda. En Francia, desde 1998, Médicos del Mundo ha garantizado la asistencia médica continuada en raves y otras fiestas informales. El trabajo se ve dificultado por la falta de literatura médica sobre episodios de intoxicación aguda y la imposibilidad de referirse al historial médico del individuo.

Aunque tengan un perfil de consumo de drogas menos problemático, a los consumidores de drogas «no fichados» (consumidores nuevos o experimentados no conocidos por los servicios de tratamiento) se les puede proporcionar mejor información sobre cómo reconocer los síntomas del consumo problemático de drogas y la necesidad de recibir ayuda. La autopercepción del propio estado de salud, la conciencia de estar perdiendo el autocontrol sobre el consumo y el conocimiento sobre el acceso a servicios de asesoramiento son posibles indicadores que hay que unir a las actividades de acercamiento preventivas. De todas formas, la falta de variedad y/o utilidad de la oferta de tratamiento existente puede limitar el efecto de tales esfuerzos.

Reducción de la oferta

Según Europol (Informe anual 2000), los Países Bajos siguen siendo el primer país productor y exportador de éxtasis: en 1999 se localizaron treinta y seis lugares de

Fig. 32



producción. Durante el mismo año, se dismantelaron cuatro laboratorios en Bélgica, dos en España y uno en Alemania. Uno de los mayores laboratorios de anfetaminas jamás descubierto se dismanteló en Grecia en febrero de 2000. Hay también algunos países de Europa oriental (la República Checa, Polonia y Bulgaria) y de los Estados bálticos implicados en la producción y la exportación de estas drogas.

A modo de ejemplo, entre el 10 % y el 20 % de las drogas sintéticas destinadas al mercado del Reino Unido se fabrican en el propio Reino Unido, mientras que el resto se cree que se fabrican en la Europa continental (predominantemente en los Países Bajos y Bélgica) y entran al Reino Unido por puertos del Canal de la Mancha o por aeropuertos.

El precio medio de venta al por mayor (ventas por kilogramo) de las pastillas comercializadas como éxtasis es de 4 o 5 euros por pastilla, con un precio mínimo de 1 euro en Portugal y uno máximo de 13 euros en Dinamarca (30). El precio medio de venta al público va desde los 4 a los 28 euros por gramo, con un precio mínimo de 4 euros en los Países Bajos y un precio máximo de 34 euros en Dinamarca.

Nuevas iniciativas y retos para la formulación de políticas

Las drogas sintéticas están en el candelero político pese a las limitadas pruebas científicas de que se dispone sobre sus riesgos para la salud pública. Su gran nivel de consumo en grupos socialmente integrados, su papel como modelo de referencia en la cultura juvenil y el hecho de que la producción y el tráfico estén establecidos en Europa (tanto para los mercados interiores como exteriores) ejercen una gran presión a favor de una actuación responsable de la Unión Europea.

Las sustancias sintéticas y la evaluación de los riesgos que conllevan se van incorporando progresivamente a una visión más general de las pautas y comportamientos cambiantes, las subculturas y la evolución. Ello se ha traducido en las siguientes medidas:

- Establecimiento de canales de comunicación eficaces entre todos los que participan en los sistemas de respuesta rápida.
- Establecimiento de una mejor comunicación entre la información de base científica y las respuestas en la acción política.
- Aumento de la capacidad para obtener información específica sobre las drogas sintéticas y, más en general, sobre las tendencias emergentes del consumo de drogas mediante estimaciones de las prevalencias nacionales y locales y registros sobre la demanda de tratamiento, teniendo además en cuenta la orientación principal de los servicios de tratamiento hacia los consumidores de opiáceos.

(30) Últimos datos: julio de 1999. Los precios varían dentro de los Estados miembros dependiendo del grado de pureza, de la cantidad adquirida y del lugar de adquisición (*Fuente: Europol, Informe anual 2000*).

Acción común de la Unión Europea relativa a las nuevas drogas sintéticas

Durante el período 1998-2000, el «sistema de alerta rápida» de la Acción común de la Unión Europea para la rápida recogida e intercambio de información sobre las nuevas drogas sintéticas ha detectado varias sustancias aparecidas en el mercado ilegal en la Unión Europea. El OEDT y Europol presentaron al Grupo de trabajo horizontal sobre drogas del Consejo de la Unión Europea informes conjuntos sobre los avances realizados en los que se resume la información recogida en la fase preliminar. En una segunda fase, y a petición del Consejo, cuatro de dichas sustancias —MBDB, 4-MTA, GHB y ketamina— han sido objeto de una evaluación de los riesgos por parte del Comité Científico ampliado del OEDT.

Basándose en el informe de evaluación de riesgos y en un dictamen de la Comisión Europea, una nueva droga sintética, la 4-MTA, es sometida a medidas de control en todos los Estados miembros de la Unión por decisión del Consejo de 13 de septiembre de 1999.

Recientemente se han detectado gracias al «sistema de alerta rápida» de la Acción común otras nuevas drogas sintéticas, como el PMMA, el 2-CT-5 y el 2-CT-7, que actualmente están siendo seguidas conjuntamente por el OEDT y Europol, en estrecha cooperación con la Comisión Europea y con la Agencia Europea para la Evaluación de Medicamentos (EMA).

Como instrumento para determinar si una determinada sustancia debe someterse o no a control en la Unión Europea, la Acción común también proporciona a los Estados miembros y a las instituciones europeas una visión periódica del contexto del consumo de drogas en ambientes de diversión y da información temprana sobre las tendencias del tráfico de drogas sintéticas. Las actividades de evaluación de los riesgos proporcionan un material sólido dirigido a los responsables de la elaboración de políticas para que reflexionen acerca de las posibles opciones para conseguir un enfoque equilibrado entre medidas policiajudiciales y medidas preventivas.

El problema de la droga en los países de Europa Central y Oriental

El presente capítulo emplea información reciente facilitada a través del programa Phare sobre drogas dirigido a múltiples beneficiarios. Actualmente, la colaboración entre el OEDT y los países candidatos a la adhesión se encuentra en un período de transición durante el cual se incrementará la cooperación técnica directa con el fin de desarrollar más la base institucional de los sistemas de información sobre drogas nacionales, consolidar las relaciones y crear vínculos estructurales permanentes

Situación y tendencias

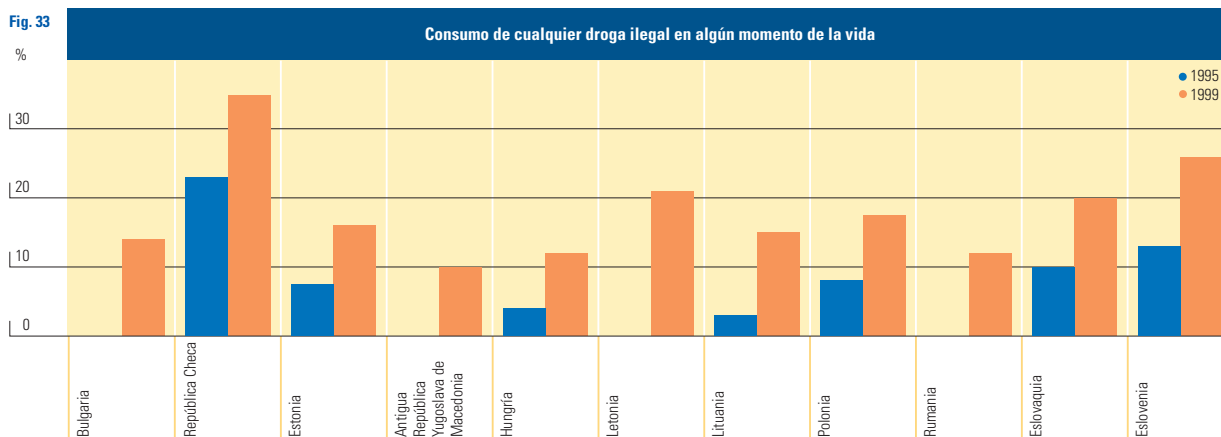
En conjunto, se confirman las principales tendencias observadas en el año 2000:

- aumento del porcentaje de la población general, especialmente niños en edad escolar, que ha probado las drogas ilícitas al menos una vez en su vida,
- aumento de la demanda de tratamiento, sobre todo por dependencia de opiáceos,
- cambio en las pautas de consumo de drogas, con una sustitución cada vez mayor de los opiáceos producidos localmente por heroína de importación,

- difusión del consumo de drogas desde los principales centros urbanos a todas las regiones,
- aumento de los problemas y retos asociados al tráfico y al tránsito de drogas ilícitas.

Prevalencia y pautas de consumo de drogas

De acuerdo con los datos recogidos por el proyecto europeo de encuestas escolares sobre el alcohol y otras drogas (ESPAD) en 1995 y 1999, el consumo de drogas ilícitas en algún momento de la vida por escolares (de 15 a 16 años) se duplicó durante ese mismo período en todos los países de Europa Central y Oriental (PECO), excepto en la República Checa, donde la prevalencia era ya bastante alta y se multiplicó por uno y medio (véase la figura 33).



Cuadro 4 Consumo, por escolares, de éxtasis, anfetaminas y LSD en algún momento de la vida

	Éxtasis		Anfetaminas		LSD	
	1995	1999	1995	1999	1995	1999
Bulgaria	–	1	–	1	–	1
República Checa	0	4	2	5	2	7
Estonia	0	3	0	7	1	3
Antigua República Yugoslava de Macedonia	–	1	–	0	–	1
Hungría	1	3	0	2	1	4
Letonia	0	6	0	4	0	4
Lituania	0	4	0	2	0	2
Polonia	0	3	2	7	1	5
Rumania	–	0	–	0	–	0
República Eslovaca	–	2	0	1	0	4
Eslovenia	1	4	0	1	1	3

Este incremento responde sobre todo al aumento del consumo de cánnabis, que sigue siendo la droga más consumida por los adolescentes.

Paralelamente, se ha detectado un incremento considerable, aunque menor, del consumo de drogas como el éxtasis, las anfetaminas o el LSD (véase el cuadro 4).

Sin embargo, algunos datos recogidos en ciudades o en subgrupos más específicos revelan que la prevalencia del consumo de drogas sintéticas puede ser mayor de lo que sugieren las cifras nacionales, aunque no se dispone de datos precisos sobre el número de consumidores en la población.

En Lituania, según el estudio del ESPAD de 1999, la prevalencia del consumo de cualquier droga ilícita en algún momento de la vida entre los escolares era del 22,7 % en Vilnius y del 23,9 % en Klaipeda, mientras que la media nacional era del 15,5 %.

En la República Checa, según un estudio llevado a cabo en el contexto de las fiestas *techno* en Praga durante 1998 y 1999, la prevalencia del consumo en algún momento de la vida era del 44,5 % para las anfetaminas, del 35,7 % para el éxtasis y del 47,7 % para los alucinógenos (frente a los correspondientes valores del 5 %, el 4 % y el 7 % del estudio del ESPAD realizado a nivel nacional).

Demanda de tratamiento

La demanda de tratamiento —fundamentalmente por consumo de opiáceos— parece que sigue creciendo (véase el cuadro 5).

Sin embargo, cabe subrayar que las pautas de consumo, así como las propias sustancias que ocasionan los problemas, pueden variar sustancialmente de un país a otro o de una región a otra.

Disponibilidad

Las grandes incautaciones realizadas en la ruta de los Balcanes y en Europa central en 1999 y 2000 confirman el papel de la región en el tránsito y el almacenamiento de heroína. Es de destacar que la cantidad total de heroína incautada por las autoridades búlgaras en 2000 fue de 2 079 kilogramos, más del total incautado durante los seis años anteriores. La mayor parte de las incautaciones se efectúan en el principal punto de control fronterizo con Turquía. No se han observado incrementos equivalentes en ningún otro lugar de la ruta de los Balcanes. Sin embargo, a medida que aumenta el consumo de heroína, parece que los PECO también se van convirtiendo más y más en objetivos.

Europa Central y Oriental siendo una región de paso para el cánnabis destinado a los Estados miembros de la Unión Europea. En 2000, se informó de incautaciones en casi todos los países. Los estudios muestran que el cánnabis es la droga más consumida en los PECO y hay indicios de que, al igual que ocurre en la Unión, se ha producido un incremento apreciable no sólo del tráfico ilegal, sino también del cultivo de cánnabis en la región.

El papel de Europa Central y Oriental como lugar de paso en el tráfico de cocaína parece haber seguido desarrollándose durante 1999 y 2000. Hubo grandes incautaciones de esta droga en conexión con Hungría, la República Checa y Rumania. Sin embargo el consumo parece estar limitado a segmentos concretos de la población, cuyo tamaño es difícil de calcular mediante los sistemas de seguimiento actuales.

Cuadro 5 Número de solicitudes de tratamiento en los PECO desde 1993 (todas las solicitudes)

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Albania	n.d.	n.d.	27	63	334	523	615
Bulgaria	n.d.	n.d.	254	449	582	974	1071
República Checa (1)	n.d.	n.d.	2 470	3 252	3 132	3 858	3 889
Estonia	n.d.	246	366	755	n.d.	n.d.	n.d.
Antigua República Yugoslava de Macedonia	82	116	242	301	431	n.d.	n.d.
Hungría (2)	n.d.	2 806	3 263	4 233	7 945	8 957	12 765
Letonia	n.d.	781	804	904	992	1 080	1 512
Lituania (3)	n.d.	n.d.	n.d.	1 804	2 871	2 862	3 082
Polonia	3 783	4 107	4 223	4 772	n.d.	n.d.	n.d.
Rumania	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	646	650	n.d.
Eslovaquia	n.d.	1 189	1 239	1 594	2 074	2 199	2 236
Eslovenia (1)	141	187	125	309	n.d.	n.d.	n.d.

N.B.: n.d. = no disponible.

(1) Primera solicitud de tratamiento.

(2) Número de casos de tratamiento (indicador no armonizado).

(3) Número de usuarios registrados.

El problema de la droga en los países de Europa Central y Oriental

La popularidad de las drogas sintéticas está creciendo entre los jóvenes (véase el cuadro 4) y hay signos preocupantes de que cada vez son más los implicados en el tráfico y la venta de drogas. La producción de drogas sintéticas ha aumentado y su consumo influye en la vida de cada vez más jóvenes. En casi todos los PECO existen laboratorios clandestinos que producen anfetaminas, y los precursores destinados a la producción se pasan de contrabando desde otros PECO, la Unión Europea o terceros países.

Se han desmantelado laboratorios clandestinos en casi todos los países de la región. Concretamente, Polonia, la República Checa, Hungría, Bulgaria y los Estados Bálticos parecen ser grandes productores. Por ejemplo, pese al desmantelamiento de siete laboratorios en Polonia a comienzos de 2000, se calcula que podrían seguir en funcionamiento al menos otros tantos. La prevalencia mundial del consumo de éxtasis ha favorecido la exportación de la droga desde la Unión Europea a los mercados de Europa Central y Oriental. Los organismos responsables del cumplimiento de la ley informan de que una importante proporción del éxtasis consumido en los PECO procede de los Países Bajos.

Respuestas políticas e institucionales al fenómeno de la droga

Desde mediados de la década de los noventa, la evolución de las políticas y estrategias en materia de drogas en los países de Europa Central y Oriental (del mismo modo que en los Estados miembros de la Unión Europea) tiene dos orígenes principales: en primer lugar, el carácter evolutivo del fenómeno de la droga, que va afectando a segmentos cada vez más amplios de la sociedad; y, en segundo lugar, el carácter pluridimensional del problema, que exige una respuesta nacional (intersectorial y multidisciplinar) coordinada. La actuación de diversos organismos internacionales, en particular la Comisión Europea, ha servido de catalizador para desarrollar respuestas nacionales ante el fenómeno de la droga.

En este contexto, los países de Europa Central y Oriental han dado pasos importantes para desarrollar las medidas legislativas y las estructuras administrativas y de coordinación adecuadas. Asimismo, dentro del proceso de ampliación de la Unión Europea, con arreglo a la estrategia de preadhesión, los diez PECO candidatos⁽³¹⁾ han modificado o reorientado sus medidas de control de las

drogas para adoptar y poner en práctica el acervo comunitario. Un proceso similar se está produciendo en la Antigua República Yugoslava de Macedonia pese a que no ha solicitado aún el ingreso en la Unión.

Legislación

Todos los PECO candidatos han firmado y ratificado los tres convenios sobre fiscalización de las drogas de las Naciones Unidas, que se consideran una condición imprescindible para alcanzar los objetivos de la estrategia comunitaria en materia de lucha contra la droga. Estonia, en 2000, fue el último país en ratificar la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988. Todos los PECO candidatos han firmado y ratificado el Convenio del Consejo de Europa sobre el blanqueo, identificación, embargo y comiso de los productos del delito de 1990 (Convenio de Estrasburgo).

El proceso de aprobación de la legislación nacional presenta distintas intensidades y enfoques en las distintas partes de la región, que van desde la aprobación de varias leyes que abordan aspectos específicos relacionados con las drogas —como en el caso de Hungría— hasta el concepto de una única ley general sobre drogas de amplio espectro (por ejemplo, la «Ley de lucha contra la drogadicción» polaca de 1997). Esta última fue modificada en 2000 para hacer más restrictivas las disposiciones relativas a la posesión de pequeñas cantidades de drogas y también para reforzar el papel de la reducción

Ley eslovena sobre drogas

La ley eslovena sobre «Prevención del consumo de drogas ilícitas y de la venta a los consumidores de drogas ilícitas» (1999), además de establecer medidas para prevenir el consumo, establece otras medidas sobre: actividades informativas, médicas, educativas y de orientación; tratamiento médico, servicios de seguridad social y programas para resolver los problemas sociales relacionados con el consumo de drogas ilícitas, y seguimiento del consumo de drogas ilícitas. La ley contempla, entre otras cosas, la necesidad de participación de las organizaciones no gubernamentales y de coordinación de sus actividades con el programa nacional. Se prevé que los fondos destinados a cofinanciar la ejecución de los programas de prevención y el seguimiento del consumo procedan del presupuesto nacional.

⁽³¹⁾ Son candidatos a ingresar en la Unión Europea los siguientes PECO: Bulgaria, Eslovaquia, Eslovenia, Estonia, Hungría, Letonia, Lituania, Polonia, Rumania y la República Checa.

de la demanda. Recientemente se ha aprobado una ley del mismo tipo en Bulgaria (1999). En los dos últimos años, Eslovenia ha aprobado tres importantes leyes en materia de drogas: sobre la producción y el comercio de drogas ilícitas (1999), sobre los precursores de las drogas ilícitas (2000) y una ley que trata exclusivamente de la prevención del consumo, el tratamiento y la reinserción de los drogadictos (1999). La ley rumana de 2000 sobre la «Lucha contra el tráfico y el consumo de drogas ilícitas» es bastante escueta y probablemente vendrá seguida de un número considerable de medidas legislativas secundarias. Todos los países candidatos han adoptado legislación específica sobre el control de los precursores, compatible en gran medida con los reglamentos comunitarios. Por ejemplo, en 2000, se aprobaron leyes en Eslovenia y Eslovaquia y se introdujeron reglamentos sobre precursores en Lituania, Polonia y Bulgaria.

Coordinación nacional

De conformidad con la nueva legislación, las estructuras nacionales de coordinación y de toma de decisiones en la mayoría de los PECO candidatos han sufrido cambios considerables en 1999 y 2000. En 1999, la Comisión Nacional Checa sobre Drogas aprobó el estatuto de su órgano consultivo, la Junta de Representantes de los Ministerios, y le encomendó la elaboración de una nueva estrategia nacional. La Comisión Húngara para la Coordinación en materia de Drogas fue reformada con el fin de reforzar su mandato y su capacidad operativa. Las nuevas leyes aprobadas en Eslovenia y Bulgaria establecieron en firme unos órganos de coordinación interministerial en estos países, reforzando su papel mediante la creación de estructuras de apoyo permanentes —la Oficina Gubernamental sobre Drogas y la Secretaría del Consejo Nacional sobre Drogas, respectivamente— similares a las ya existentes en la República Checa y Eslovaquia. En 1999 se creó el «Comité interministerial rumano para la lucha contra las drogas», que aún no es plenamente operativo, mientras que en Polonia no funciona un organismo semejante desde 1998. Casi toda esta reorganización ha permitido con éxito a los países la creación de una estructura para responder a las necesidades específicas de una sociedad en evolución y a los problemas a los que se enfrenta.

La dirección del organismo de coordinación interministerial suele correr a cargo de uno de los ministerios participantes. En casi todos los países se trata de un ministerio que se ocupa de asuntos sociales: el Ministerio de Sanidad en Bulgaria, Lituania y Eslovenia, el Ministerio de Asuntos Sociales en Estonia y el Ministerio de Juventud y Deportes en Hungría. En otros países, depende directamente de la Oficina del Gobierno —presidida por el

Primer Ministro en la República Checa y por el Viceprimer Ministro en Eslovaquia— o corresponde al Ministerio del Interior, como es el caso de Letonia. En Rumania, el organismo interministerial está por definición «bajo la dirección» del Primer Ministro, pero su trabajo es organizado por el Ministerio del Interior.

Con el objeto de poner en práctica y coordinar la política nacional a escala local, en 1999 se crearon en la República Checa comisiones locales sobre drogas y en 2000 se inició en Bulgaria la creación de consejos multidisciplinarios municipales en materia de drogas. Éstos son semejantes a las comisiones regionales y de distrito en la materia creados en Eslovaquia en 1997.

Estrategias y planes de actuación nacionales

En los países en los que el órgano interministerial en materia de drogas está bien situado, como en la República Checa y Eslovaquia, se elaboran y ponen en práctica estrategias multidisciplinarias nacionales de una manera más sistemática. La República Checa, por ejemplo, ha aprobado su tercera estrategia nacional consecutiva. El proceso de elaboración de documentos de estrategia y de planes de actuación se intensificó en 1999 y 2000, con la aprobación de estrategias nacionales en materia de drogas en Eslovaquia (1999), Polonia (1999), Hungría (2000) y la República Checa (2000).

El «Programa de prevención del alcoholismo y del abuso de drogas» estonio (1997-2007), el «Plan maestro para el control de las drogas y la prevención de su abuso» letón (1999-2003) y el «Programa nacional de control y prevención de las drogas» lituano (1999-2003) están en revisión. En Eslovenia, se viene ejecutando en los últimos años un «Programa nacional para la prevención del uso indebido de drogas» aprobado en 1992. Se deberá aprobar un nuevo programa basado en legislación reciente. Aún faltan por adoptar estrategias globales de control y prevención de las drogas en Rumania y Bulgaria. En este último país se ha aprobado un programa nacional de tratamiento preventivo y rehabilitación de los drogadictos para el período 2001-2005.

Las nuevas estrategias demuestran un compromiso en el sentido de que el problema de las drogas es reconocido al más alto nivel político y ejecutivo. También sirven de base para programas multidisciplinarios. Casi todos los documentos estratégicos recientemente aprobados constituyen de por sí planes concretos de actuación, en los que se definen objetivos, metas, indicadores de consecución, etc., y con frecuencia aseguran o apuestan por un aumento de los recursos financieros. La necesidad de mejorar la información sobre drogas y la evaluación

El problema de la droga en los países de Europa Central y Oriental

de las intervenciones cada vez está más reconocida y se incluye como parte integrante de las medidas nacionales. Al mismo tiempo, la colaboración entre los sectores gubernamental y no gubernamental a la hora de desarrollar las políticas y ejecutar los programas parece responder cada vez más a las necesidades individuales y colectivas tanto de la población general como de los consumidores de drogas. Cabe señalar que todas las nuevas estrategias de los países candidatos se esfuerzan por garantizar la coherencia entre las políticas nacionales y las políticas y estrategias aprobadas en la Unión Europea.

República Checa

A finales de 2000, el Gobierno de la República Checa aprobó una «Estrategia política nacional en materia de drogas, 2001–2004». En ella se enumeran ochenta y dos tareas específicas y se estipula que todos los ministros con competencias en el campo de las drogas, así como las autoridades regionales y de distrito responsables de la política sobre drogas, han de preparar un plan de acción específico sobre drogas para 2001–2004 acorde con la estrategia. Ésta tiene en cuenta la reorganización administrativa y la creación de unidades administrativas y territoriales más extensas, y prevé una mayor coordinación regional.

Hungría

La «Estrategia nacional para la supresión del fenómeno de las drogas», elaborada por el Ministerio de Juventud y Deportes, fue aprobada por el Parlamento a finales de 2000. Es el primer documento estratégico global aprobado oficialmente que aborda el fenómeno de las drogas en Hungría. Para justificar el enfoque multidisciplinar de «fijación de metas» empleado, la estrategia se basa en gran medida en el análisis de los datos disponibles y en experiencias anteriores nacionales e internacionales. La estrategia señala unos objetivos a largo (2009), medio (2002) y corto plazo, así como unos indicadores de consecución para comprobar los avances realizados. También establece el marco organizativo y financiero necesario para poner en práctica las medidas. La estrategia incluye cuatro grandes objetivos: capacidades comunitarias y de cooperación eficaces, disponibilidad de medidas preventivas, acceso a terapia y rehabilitación con asistentes sociales, y reducción de la oferta.

Polonia

Pese a la ausencia de un organismo interministerial de coordinación, a finales de 1999 se aprobó el «Programa nacional para la lucha contra la drogadicción en Polonia, 1999–2001». En la misma línea que el Plan de acción de la Unión Europea en materia de lucha contra la droga (2000–2004), el programa enuncia ocho objetivos

encaminados a reforzar las intervenciones de reducción de la demanda, a aumentar la realización efectiva de actividades de reducción del tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas, así como medidas para reforzar las estructuras de coordinación nacionales y la cooperación internacional. En el área de reducción de la demanda, el programa dedica atención expresa a unos objetivos que son muy compatibles con los de la estrategia comunitaria: actividades preventivas dirigidas a los jóvenes, mejora de diversas medidas de rehabilitación y reinserción social, reducción de las consecuencias del consumo de drogas para la salud, etc. También se presta atención a la necesidad de evaluar las actividades y de establecer unas fórmulas de seguimiento.

Eslovaquia

El «Programa nacional de lucha contra las drogas hasta el año 2003 con una perspectiva hasta el año 2008» es un documento normativo aprobado tras la ejecución del primer programa nacional (1995–1999). En él se procura mantener un equilibrio entre las medidas de reducción de la demanda y de reducción de la oferta, teniendo en cuenta para ello cuatro objetivos principales: prevención primaria, tratamiento y reinserción; reducción de la oferta de drogas y medidas relativas a la acción de cumplimiento de la ley para luchar contra la droga; política de medios de comunicación; y cooperación internacional, considerando prioritarias en este sentido la preparación para la adhesión y la necesidad de una cooperación continua con la Unión Europea y sus instituciones, OEDT incluido. El programa también aborda la necesidad de poner en práctica las decisiones de la 20ª sesión especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas. Las principales fuentes de financiación de las actividades programadas son el fondo estatal para sanidad, fundamentalmente para las actividades de prevención; el fondo antidroga, sobre todo para actividades de organizaciones no gubernamentales en el campo de la rehabilitación y la atención posterior; y el presupuesto del Estado, sobre todo para los Ministerios o para la ejecución de proyectos definidos en el programa.

Blanqueo de capitales

La mayoría de los países candidatos de Europa Central y Oriental han introducido medidas contra el blanqueo de capitales. Casi todos han establecido un marco jurídico, institucional y judicial al respecto, así como un servicio de inteligencia financiera que o bien se puso en funcionamiento o bien se reforzó en los dos últimos años. Por otro lado, casi todos estos servicios han sido aceptados oficialmente como miembros de pleno derecho del

Grupo Egmont ⁽³²⁾ y, por lo tanto, se puede considerar que se ajustan plenamente a las exigencias y las prácticas comunitarias, y que son en gran medida capaces de cumplir sus obligaciones futuras con la Unión Europea.

En 1999 entró en vigor en Rumania una nueva legislación contra el blanqueo de capitales y los Parlamentos de Eslovaquia y de Polonia aprobaron en 2000 nueva legislación en la materia. En 1999, se modificó la ley búlgara sobre el sector bancario y en 2000 entró en vigor una modificación de la ley sobre el blanqueo de capitales en la República Checa.

Resumen

Pese a que, en general, el marco jurídico e institucional en los PECO está instaurado, las capacidades globales para llevar a la práctica efectivamente las medidas aprobadas, así como los recursos asignados, siguen siendo en conjunto limitados. El bajo nivel operativo de los mecanismos de coordinación nacionales en algunos países obstruye la puesta en práctica efectiva de las políticas y la cooperación regional es deficiente. En casi todos los países, esto afecta a la capacidad de las instituciones pertinentes para abordar el problema y restringe su capacidad para participar efectivamente en las medidas de cooperación internacional destinadas a combatir las

amenazas transfronterizas a las que se enfrentan tanto los PECO como la Unión Europea. Por lo tanto, es esencial que los países continúen reforzando sus políticas, instituciones y mecanismos de coordinación, y que asignen los recursos necesarios para conseguirlo. Para seguir impulsando este proceso en 2000, la Comisión Europea asignó un millón de euros suplementario a cada país candidato con el objeto de desarrollar un componente específico en materia de drogas en sus programas nacionales Phare. La mayoría de estos proyectos se desarrollarán a través de un hermanamiento con Estados miembros de la Unión.

⁽³²⁾ El Grupo Egmont es una organización de carácter no oficial fundada en 1995 con el objeto de servir de foro a los servicios de inteligencia financiera para mejorar el apoyo a sus respectivos programas nacionales de lucha contra el blanqueo de capitales. Actualmente integran el grupo cincuenta y tres servicios de inteligencia financiera.

Puntos focales Reitox

Austria — Ms Sabine Haas
ÖBIG — Österreichisches
Bundesinstitut für
Gesundheitswesen
Stubenring 6
A-1010 Wien
Tel. (43-1) 515 61-160
Fax (43-1) 513 84 72
E-mail: HAAS@oebig.at

Bélgica — Ms Denise Walckiers
Scientific Institute of Public
Health
Rue Juliette Wytsman 14
B-1050 Bruxelles
Tel. (32-2) 642 50 35
Fax (32-2) 642 54 10
E-mail: BIRN@iph.fgov.be

Dinamarca — Mr Thomas
Clement
National Board of Health
Amaliegade 13 — Post Box 2020
DK-1012 Copenhagen
Tel. (45-33) 48 76 82
Fax (45-33) 48 75 33
E-mail: tcl@sst.dk
Kari Grasaasen —
Tel.(45-33) 48 76 54
Fax (45-33) 48 75 33
E-mail: kag@sst.dk

Finlandia — Mr Ari Virtanen
National Research and
Development Centre for Welfare
and Health
PO Box 220
FIN-00531 Helsinki
Tel. (358-9) 39 67 23 78
Fax (358-9) 39 67 23 24
E-mail: ari.virtanen@stakes.fi

Francia — M. Jean Michel Costes
French Observatory for Drugs and
Drug Addiction
105, rue Lafayette
F-75110 Paris
Tél. (33) 153 20 16 16
Fax (33) 153 20 16 00
E-mail: jecos@ofdt.fr

Alemania — Mr Roland Simon
Institut für Therapieforschung
Parzivalstraße 25
D-80804 München
Tel. (49-89) 36 08 04-40
Fax (49-89) 36 08 04-49
E-mail: Simon@ift.de

Grecia — Ms Manina Terzidou
Official address
University of Mental Health
Research Institute (UMHRI)
Eginitou 12
GR-11528 Athina
Tel. (30-10) 653 69 02
Fax (30-10) 653 72 73
Postal address
Greek Reitox Focal Point
PO Box 66 517
GR-15601 Papagou
Tel. (30-10) 617 00 14/653 69 02
Fax (30-10) 653 72 73
E-mail: ektepn@hol.gr

Irlanda — Mr Hamish Sinclair
Drug Misuse Research Division
Health Research Board
73 Lower Baggot Street
Dublin 2
Ireland
Tel. (353-1) 676 11 76 extn 163
Fax (353-1) 661 18 56
E-mail: Hsinclair@HRB.ie

Italia — Mr Franco Scarpino
Presidenza del Consiglio dei
ministri, dipartimento per gli
affari sociali, ufficio per il coordi-
namento delle attività di prove-
zione a recupero delle tossico-
dipendenze
Via Veneto, 56
I-00187 Roma
Tel. (39) 06 48 16 14 95/16 16 30
Fax (39) 06 482 49 34
E-mail:
puntofocale@minwelfare.it

Luxemburgo — M. Alain Origer
Direction de la santé —
EMCDDA Focal Point
Luxembourg
Allée Marconi — Villa Louvigny
L-2120 Luxembourg
Tel. (352) 47 85 625
Fax (352) 46 79 65
E-mail: alain.origer@ms.etat.lu

Portugal — Ms Elza Pais
(Responsible Head FP)
Ms Maria Moreira
(Operational contact person)
Instituto Português da Droga e da
Toxicoddependência (IPDT)
Av. João Crisóstomo, 14
P-1000 — 179 Lisboa
Tel. (351) 213 10 41 00
(M. Moreira/41 26)
Fax: (351) 213 10 41 90
E-mail: mmoreira@mail.ipdt.pt

España — Ms Elena Garzón
Government Delegation to the
National Plan on Drugs —
(DGPND)
C/Recoletos, 22
E-28001 Madrid
Tel. (34) 915 37 27 25
Fax (34) 915 37 26 95
Ana Andrés Ballesteros —
direct tel. (34-91) 537 26 86
E-mail: egarzon@pnd.mir.es

Suecia — Mr Bertil Petterson
National Institute of Public Health
S-103 52 Stockholm
Tel. (46-8) 56 61 35 13
Fax (46-8) 56 61 35 05
Mobile (46-70) 483 35 13
E-mail: Bertil.Petterson@fhi.se

Países Bajos — Mr Franz Trautmann
Trimbos-instituut
Netherlands Institute of Mental Health
and Addiction
Da Costakade 45 — PO Box 725
3500 AS Utrecht
Netherlands
Tel. (31-30) 297 11 86
Fax (31-30) 297 11 87
E-mail: ftrautmann@trimbos.nl

Noruega — Mr Knut Brofoss
National Research Center (SIRUS) —
SIFA
Øvre Slottsgate 2B
N-0157 Oslo
Tel. (47-22) 34 04 00
Fax (47-22) 34 04 01
E-mail: postmaster@sirus.no

Reino Unido — Mr Nicholas Dorn
DrugScope
Waterbridge House
32-36 Loman Street
London SE1 OEE
United Kingdom
Tel. (44-20) 79 28 12 11
Fax (44-20) 79 28 17 71
E-mail: Nicholas@DrugScope.org.uk

Comisión Europea — Mr Timo Jetsu
European Commission
Justice and Home Affairs DG — Drugs Coordination Unit
Rue de la Loi/Weststraat 200
(Lx — 46 3/186)
B-1049 Brussels
Tel. (32-2) 29-95784
Fax (32-2) 29-53205
E-mail: Timo.Jetsu@cec.eu.int

Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías

Informe anual sobre el problema de la drogodependencia en la Unión Europea, 2001

Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas

2001 — 63 pp. — 21 x 29,7 cm

ISBN 92-9168-111-3

Sobre el OEDT

El Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías (OEDT) es uno de los doce organismos descentralizados fundados por la Unión Europea para llevar a cabo trabajos especializados de carácter técnico o científico.

El principal objetivo del OEDT, fundado en 1993 y activo desde 1995, es facilitar «información objetiva, fiable y comparable a escala europea sobre la droga y las toxicomanías y sus consecuencias». A través de la información estadística, documental y técnica que recoge, analiza y difunde, el OEDT proporciona a su auditorio —ya sean responsables de las políticas, profesionales del campo de la droga o ciudadanos europeos— una visión general del fenómeno de la droga en Europa.

Los principales cometidos del Observatorio son:

- recoger y analizar los datos existentes,
- mejorar los métodos de comparación de datos,
- difundir la información, y
- colaborar con las organizaciones europeas e internacionales y con países no pertenecientes a la Unión Europea.

El OEDT trabaja exclusivamente en el campo de la información.

El OEDT en Internet

Está disponible en Internet, en la dirección www.emcdda.org, una versión interactiva del Informe anual de 2001, con vínculos a fuentes de datos, informes y documentos de apoyo empleados para elaborar el presente informe. También puede encontrarse en la dirección web del OEDT información detallada sobre el consumo de drogas en Europa, publicaciones disponibles en las once lenguas oficiales de la Unión Europea, vínculos a centros de información de drogas en Europa y en otros lugares, y acceso gratuito a bases de datos especializadas.



OFICINA DE PUBLICACIONES OFICIALES
DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS

L-2985 Luxembourg

ISBN 92-9168-111-3



9 789291 681112 >