



Observatorio Europeo de las
Drogas y las Toxicomanías

ES

ISSN 1977-9879

Informe Europeo sobre Drogas

Tendencias y novedades

2017



Observatorio Europeo de las
Drogas y las Toxicomanías

Informe Europeo sobre Drogas

Tendencias y novedades

2017

Aviso jurídico

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

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

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

(*) Tanto la información como la mayoría de las llamadas (excepto desde algunos operadores, cabinas u hoteles) son gratuitas.

Más información sobre la Unión Europea en Internet (<http://europa.eu>).

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

Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2017

Print	ISBN 978-92-9497-080-0	ISSN 1977-9879	doi:10.2810/3829	TD-AT-17-001-ES-C
PDF	ISBN 978-92-9497-055-8	ISSN 2314-9094	doi:10.2810/96795	TD-AT-17-001-ES-N

© Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2017
Reproducción autorizada siempre que se cite la fuente.

Citación recomendada: Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2017), *Informe Europeo sobre Drogas 2017: Tendencias y novedades*, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo.

Printed in Belgium

IMPRESO EN PAPEL BLANQUEADO SIN CLORO ELEMENTAL (ECF)



Observatorio Europeo de las
Drogas y las Toxicomanías

Praça Europa 1, Cais do Sodré, 1249-289 Lisboa, Portugal

Tel. +351 211210200

info@emcdda.europa.eu | www.emcdda.europa.eu

twitter.com/emcdda | facebook.com/emcdda

| Índice

5	Prefacio
9	Nota introductoria y reconocimientos
11	COMENTARIO La situación de las drogas en Europa en 2017
19	CAPÍTULO 1 Oferta de drogas y mercado
41	CAPÍTULO 2 Prevalencia y tendencias del consumo de drogas
61	CAPÍTULO 3 Daños relacionados con las drogas y respuestas
83	ANNEX Tablas de datos nacionales

| Prefacio

Nos complace presentar el *Informe Europeo sobre Drogas 2017: Tendencias y novedades*, publicación insignia del EMCDDA, que presenta los últimos datos sobre la situación de la droga en Europa y las respuestas aplicadas. Ofrecemos un conjunto de información y análisis rico y multidimensional basado en los datos y las estadísticas más recientes facilitados por nuestros socios nacionales.

El informe de 2017 va acompañado de 30 Resúmenes por país, que ofrecen una visión de conjunto de la situación respectiva de la droga y presentan una síntesis accesible online de las tendencias y novedades nacionales en el ámbito de las políticas y las prácticas sobre drogas aplicadas en los países europeos.

Aunque la publicación constituye una actualización anual del fenómeno de la droga en Europa, se basa en el informe trienal *EU Drug Markets Report* publicado en 2016. A finales del presente año se complementará con el primer informe específico de la UE sobre las respuestas de orden sanitario y social a las drogas.

El EMCDDA tiene encomendada la función de recopilar datos y de velar por que estos se ajusten a sus fines. En esta tarea, nos esforzamos en proporcionar los mejores datos contrastados posibles y en contribuir al cumplimiento de nuestra visión de construir una Europa más saludable y segura. Como visión de conjunto de alto nivel y análisis de las tendencias y novedades en materia de droga, queremos que este informe sea una herramienta útil para los planificadores y los responsables europeos y nacionales de la adopción de políticas que deseen fundamentar sus estrategias e intervenciones en la información más reciente disponible. De conformidad con nuestro objetivo de prestar servicios de calidad a las partes interesadas, este informe facilita el acceso a datos que pueden usarse con variados fines: como información de referencia y de seguimiento para la evaluación de las políticas y los servicios, para contextualizar y ayudar a definir las prioridades de la planificación estratégica, para permitir la comparación entre distintas situaciones y conjuntos de datos nacionales, y para poner de manifiesto las amenazas y los problemas de reciente aparición.

El informe de este año hace hincapié en algunos cambios posiblemente preocupantes en el mercado de opioides ilegales, sustancias que continúan asociándose a una elevada morbimortalidad en Europa. Destacamos el aumento general de las muertes por sobredosis relacionadas con opioides, así como el aumento de las notificaciones de problemas derivados de los medicamentos de sustitución y los nuevos opioides sintéticos. El fenómeno de la droga



continúa evolucionando y la respuesta de Europa debe ir a la par. El marco para una acción concertada, establecido en la Estrategia de la UE en materia de lucha contra la droga 2013-2020, permite conseguirlo. La Comisión Europea ha propuesto un nuevo plan de acción para el período 2017-2020, que se está debatiendo en el Parlamento Europeo y el Consejo. El plan de acción se basa en las conclusiones de la evaluación intermedia de la actual Estrategia de la UE en materia de lucha contra la droga y de la evaluación final del plan de acción para 2013-2017. La labor del EMCDDA de apoyar en Europa la adopción de políticas basadas en datos contrastados queda reflejada en estos importantes documentos de política.

Por último, queremos dar las gracias a nuestros compañeros de los puntos focales nacionales de la red Reitox, que han proporcionado, junto a los expertos nacionales, la mayor parte de los datos que sustentan esta publicación. Deseamos asimismo expresar nuestro agradecimiento a las aportaciones de numerosos grupos de investigación europeos, sin los cuales este análisis no habría sido tan rico. Hemos contado además con la colaboración de nuestros interlocutores europeos: la Comisión Europea, Europol, la Agencia Europea de Medicamentos y el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades.

Laura d'Arrigo

Presidenta del Consejo de Administración del EMCDDA

Alexis Goosdeel

Director del EMCDDA

Nota introductoria y reconocimientos

Este Informe anual se basa en la información facilitada al Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA), en forma de informes nacionales, por los Estados miembros de la Unión Europea (UE), el país candidato Turquía y Noruega.

Su finalidad es ofrecer una visión de conjunto y un resumen de la situación europea en materia de drogas y de las respuestas a esta situación. Los datos estadísticos que se presentan se refieren a 2015 (o al año más reciente disponible). El análisis de tendencias únicamente se basa en los países que facilitan información suficiente para describir los cambios durante el período especificado. La significación estadística se comprueba al nivel 0,05, salvo que se indique lo contrario. El lector debe tener en cuenta además que la supervisión de las pautas y tendencias de una conducta oculta y estigmatizada como es el consumo de drogas supone un reto tanto desde el punto de vista práctico como metodológico. Por este motivo, en este informe se utilizan variadas fuentes de datos a efectos de análisis. Por mucho que quepa observar mejoras considerables tanto a escala nacional como en cuanto a los resultados que pueden obtenerse en un análisis a escala europea, hay que reconocer las dificultades metodológicas que existen en este ámbito. Se impone, pues, cierta precaución en la interpretación, sobre todo cuando se comparan países utilizando una sola unidad de medida. Para conocer las advertencias y matizaciones relativas a los datos pueden consultarse la versión online de este informe y el [Boletín estadístico](#), donde se ofrece información detallada sobre la metodología, se matizan los análisis y se incluyen comentarios sobre las limitaciones de la información disponible. Se aporta asimismo información sobre los métodos y datos utilizados para las estimaciones a escala europea, en las que en ocasiones se hace uso de recursos de interpolación.

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

- los jefes de los puntos focales nacionales de la red Reitox y su personal;
- los servicios y expertos de cada Estado miembro encargados de recabar los datos básicos para la elaboración del informe;
- los miembros del Consejo de Administración y del Comité Científico del EMCDDA;
- el Parlamento Europeo, el Consejo de la Unión Europea (en particular, su Grupo Horizontal sobre Drogas) y la Comisión Europea;
- el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC), la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) y Europol;
- el Grupo Pompidou del Consejo de Europa, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, la Oficina regional para Europa de la OMS, Interpol, la Organización Mundial de Aduanas, el proyecto europeo de encuestas escolares sobre el alcohol y otras drogas (ESPAD), el Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE) y la European Drug Emergencies Network (Euro-DEN);
- el Centro de Traducción de los Órganos de la Unión Europea y la Oficina de Publicaciones Oficiales de la Unión Europea.

Puntos focales nacionales de la red Reitox

Reitox es la red europea de información sobre la droga y las toxicomanías. Está integrada por los puntos focales nacionales de los Estados miembros de la Unión Europea, el país candidato Turquía, Noruega y la Comisión Europea. Los puntos focales son las autoridades nacionales que, bajo la responsabilidad de sus gobiernos, facilitan información sobre drogas al EMCDDA. Pueden consultarse sus datos de contacto en el [sitio web del EMCDDA](#).

Comentario

**Problemas derivados
de las drogas a los
que se enfrenta Europa**

La situación de las drogas en Europa en 2017

Este informe ofrece una sinopsis de la situación de las drogas en Europa a partir de la información disponible más reciente de las actividades de vigilancia de la UE. La parte principal del informe está formada por una visión de conjunto del mercado y el consumo de drogas en Europa, los daños relacionados y las respuestas aplicadas. A ello se suman 30 informes nacionales complementarios, así como abundantes datos online e información metodológica.

Este apartado introductorio presenta un breve análisis de algunos de los principales temas surgidos de los datos recabados este año. Dado que los problemas derivados de las drogas a los que se enfrenta Europa acusan cada vez

más la influencia de las novedades producidas a escala internacional y reflejan su vinculación con ellas, el análisis realizado en un contexto global más amplio aumenta su valor. La situación actual en Europa y su evolución se pueden comparar y contrastar con la de América del Norte respecto de dos cuestiones importantes, el consumo de cannabis entre los jóvenes y los cambios en el mercado de opioides, y se ha observado que existen similitudes y diferencias significativas.

¿Tienen repercusión en Europa las novedades en las políticas adoptadas en relación con el cannabis a escala internacional?

Las modificaciones en la normativa sobre el cannabis introducidas recientemente en algunas regiones de América han despertado en Europa el interés de los responsables de la formulación de políticas y de la población. Se trata de novedades bastante variadas y es preciso esperar a que se realicen evaluaciones exhaustivas antes de poder valorar los costes y beneficios relativos de los diferentes enfoques al respecto. Igualmente, no está claro en qué medida las novedades producidas en otros lugares son transferibles al contexto europeo.

En los 28 Estados miembros de la Unión Europea (UE) existe una gran diversidad de actitudes ante la regulación y el consumo del cannabis, debido a la coexistencia de planteamientos que van desde los modelos restrictivos hasta los modelos tolerantes con algunas formas de consumo personal. No obstante, se advierte ya el desarrollo de un debate apasionado, de creciente interés en algunos países, sobre cuestiones tales como la autorización de su producción para el consumo personal y su dispensación para el tratamiento de algunas enfermedades.

Al margen de toda posible influencia en las políticas sobre drogas, los mercados de cannabis regulados desde el punto de vista comercial que existen en algunos países fuera de Europa fomentan la innovación y el desarrollo de productos, como vaporizadores, soluciones líquidas y productos comestibles. Es posible que algunas de estas novedades tengan algún efecto en las pautas de consumo de Europa, lo cual subraya la importancia de supervisar las conductas en este ámbito y la necesidad de evaluar las posibles consecuencias en la salud de cualquier cambio en las pautas de consumo futuras.

El mercado europeo de cannabis ha evolucionado considerablemente en los últimos años, motivado, en parte, por un viraje hacia la producción interior. Se siguen registrando los niveles de potencia generales históricamente altos alcanzados en los últimos años, tanto de la resina como de la hierba de cannabis disponibles en Europa. Esta droga se sigue asociando también a problemas de salud y es la responsable, según se informa, del porcentaje más elevado de nuevos consumidores que inician tratamientos de drogodependencia en Europa. Por todo ello, la comprensión de las tendencias de consumo de cannabis y los daños relacionados son factores importantes para el debate acerca de las respuestas normativas más adecuadas para esta droga.

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

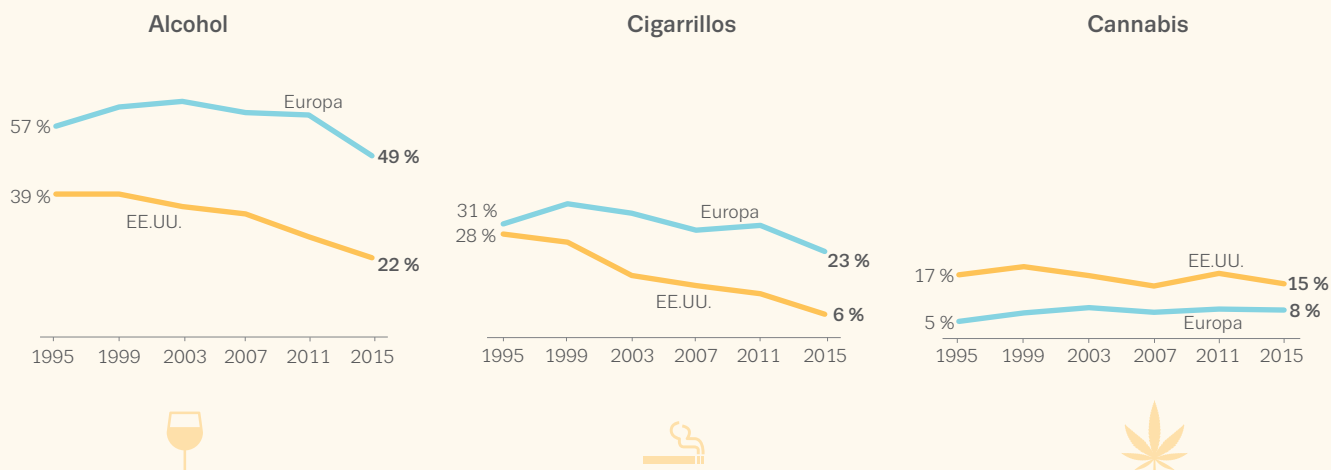
A este respecto, resulta útil la publicación de dos grandes encuestas realizadas en 2016 a estudiantes (de 15 y 16 años), ya que permiten comparar las pautas de consumo de cannabis y de otras sustancias de los estudiantes europeos y los estadounidenses. Es alentador que, en ambas regiones, los datos más recientes muestren un descenso en el consumo de tabaco y, en menor medida, de alcohol, así como una mayor estabilidad de las tendencias de consumo de cannabis. No obstante, en cuanto a los niveles y pautas de consumo de estas sustancias, hay importantes diferencias entre los estudiantes europeos y los estadounidenses.

En Europa, las cifras del consumo de cannabis son más bajas que en EE. UU. y suelen ser más inferiores a las de consumo de tabaco. En cambio, el consumo de cannabis entre los estudiantes estadounidenses es superior al de tabaco, el cual es muy bajo. Los niveles de consumo de alcohol también difieren: los estudiantes europeos informan más de su consumo y de pautas de consumo más intensas que los estadounidenses.

Es preciso, no obstante, realizar un análisis más exhaustivo tanto de las similitudes como de las diferencias en las pautas de consumo de sustancias de este grupo, a fin de estudiar la influencia relativa de los factores sociales, contextuales y normativos en las decisiones de los jóvenes. Si se comprenden, por ejemplo, las causas del descenso de consumo de cigarrillos tanto en EE. UU. como en Europa, se podrá avanzar en la forma de abordar el consumo de otras sustancias como el cannabis. Conviene recordar que existen diferencias también en torno al modo de consumo. Por ejemplo, en Europa, al contrario que en EE. UU., el cannabis se fuma mezclado con tabaco y es probable que esto tenga implicaciones para las políticas de salud pública.

La comprensión de las tendencias de consumo de cannabis y de los daños relacionados es un factor importante

CONSUMO DE SUSTANCIAS ENTRE ESTUDIANTES EN EUROPA Y EE. UU.



Nota: Tendencias del consumo de sustancias en el último mes entre estudiantes de 15 a 16 años en Europa y EE. UU. Las medias europeas (sin ponderar) se basan en datos de 21 países de la UE y Noruega (fuente: ESPAD). Las medias de EE. UU. se basan en muestras de estudiantes de 15 a 16 años (fuente: *Monitoring the Future*).

El mercado de estimulantes en Europa: ¿aumenta la disponibilidad de cocaína?

Las drogas estimulantes ilegales más consumidas en Europa (cocaína, MDMA y anfetaminas) siguen estando asociadas a pautas de consumo diversas y diferenciadas por regiones, y los niveles de pureza notificada de todas ellas son mayores que hace una década. La complejidad de este sector del mercado de drogas ilegales ha aumentado debido a la rápida disponibilidad de nuevos estimulantes, como las catinonas y las fenetilaminas. El informe del año pasado resaltaba que están aumentando la disponibilidad y el consumo de pastillas con alto contenido de MDMA y esta tendencia se sigue apreciando en los datos más recientes. El alto contenido de MDMA que se encuentra en la actualidad en las pastillas incautadas indica que los productores no tienen dificultades para adquirir los precursores necesarios para producir la droga. Los datos sobre incautaciones señalan también que Europa sigue siendo un gran productor en el mercado mundial de MDMA.

Numerosos indicadores, como la vigilancia de aguas residuales, las incautaciones y los datos sobre precios y pureza indican que la disponibilidad de cocaína podría estar aumentando de nuevo en algunas partes de Europa. Se trata de la droga estimulante ilegal más consumida de la historia en una serie de países, principalmente del sur y el oeste de Europa. Los nuevos datos aportados en este estudio lo confirman: se ha registrado un aumento de las incautaciones a lo largo de las rutas de tráfico establecidas hacia los principales mercados europeos de esta droga. En cambio, en el norte y el centro de Europa, la anfetamina y, en menor medida, la metanfetamina desempeñan un papel más significativo en el mercado que la cocaína. En el caso de las

anfetaminas, siguen siendo motivo de preocupación algunas novedades de las que se había informado con anterioridad. Entre ellas cabe destacar los cambios en la disponibilidad de precursores y en las rutas de síntesis, la expansión del mercado de la metanfetamina y los indicios del aumento del consumo por vía parenteral y de los daños relacionados con este.

El consumo por vía parenteral disminuye, pero sigue siendo un reto para las políticas de salud pública

La información sobre el tratamiento por drogas y la procedente de otras fuentes indica que se mantiene a la baja la tendencia general a largo plazo del consumo por vía parenteral como vía de administración. Entre los consumidores de heroína que inician tratamiento especializado por primera vez en su vida, por ejemplo, las notificaciones de consumo por vía parenteral son en la actualidad las más bajas desde hace más de diez años, aunque existen variaciones considerables entre los países. Algunos de los indicadores de los daños sobre la salud relacionados con esta vía de administración, en particular los diagnósticos nuevos de VIH atribuidos al consumo por vía parenteral, muestran una disminución paralela. No obstante, esto no significa que hayan desaparecido las preocupaciones al respecto. A pesar de que en 2016 se notificaron 1 233 nuevas infecciones por el VIH, la cifra más baja en dos décadas, sigue habiendo un grave problema de salud pública a este respecto. Se han producido asimismo brotes recientemente en algunas poblaciones vulnerables y entre consumidores que utilizan la vía parenteral como vía de

administración de estimulantes y nuevas sustancias psicoactivas.

Hay pruebas igualmente de que las infecciones transmitidas por la sangre se suelen diagnosticar relativamente tarde en personas que consumen drogas por vía parenteral, en comparación con otros grupos, con lo que se reducen las posibilidades de intervenir con éxito. El diagnóstico tardío también es relevante en las infecciones por el VHC, de las que con frecuencia se registran altas tasas entre personas que han consumido drogas por vía parenteral. En los últimos años, han mejorado mucho las opciones de tratamiento de la hepatitis vírica, gracias a una nueva generación de medicamentos muy efectivos. Ahora la erradicación de esta enfermedad se percibe como una oportunidad y un reto para los servicios de asistencia sanitaria general y los servicios de drogodependencia especializados.

El problema de los opioides: naturaleza cambiante

También para analizar el problema de los opioides en Europa resulta relevante hacer una comparación con las novedades producidas en América del Norte. De los datos incluidos en este informe se deduce que, pese a que la situación general de la UE es diferente, existen algunos paralelismos.

Los datos más recientes indican que la mayor parte de la demanda de nuevos tratamientos por consumo de opioides en Europa, aproximadamente el 80 %, está relacionada con la heroína. Además, ya no es tan evidente el descenso general observado desde 2007 en la demanda de estos tratamientos. Revisten especial preocupación las estimaciones cada vez mayores de muertes por sobredosis en Europa, que han aumentado por tercer año consecutivo; la mayoría de los casos están relacionados con la heroína.

América del Norte ha registrado también una morbilidad considerable asociada al consumo abusivo de opioides sujetos a venta con receta médica, un aumento de los niveles de consumo de heroína y, más recientemente, la aparición de opioides sintéticos muy potentes, en particular derivados del fentanilo. Una de las diferencias entre las dos regiones es que en Europa muy pocos consumidores que inician un tratamiento especializado lo hacen por adicción a medicamentos opioides para el dolor. Probablemente se deba a la diferencia en los marcos y enfoques normativos de la comercialización y la prescripción existentes en Europa y América del Norte. Con todo, no cabe descartar una posible infranotificación, ya que los europeos que presentan problemas con medicamentos sujetos a venta con receta médica pueden tener acceso a servicios distintos de los que reciben los consumidores de drogas ilícitas. Los medicamentos para el tratamiento de sustitución de opioides,

en cambio, desempeñan ahora un papel más significativo en la demanda de tratamiento y en los daños sobre la salud en algunos países europeos. En líneas generales, cerca de una quinta parte de la demanda de servicios de tratamiento especializado por consumo de opioides está relacionada con opioides distintos de la heroína. Es difícil cuantificar en qué medida los opioides sintéticos, como la metadona, tienen que ver con las muertes por sobredosis en la UE, pero actualmente estas sustancias aparecen como un factor importante y en algunos casos predominante en muchos países. Reducir el uso indebido de medicamentos, incluso de los utilizados para el tratamiento de sustitución de opioides, es un reto cada vez mayor para muchos servicios de asistencia sanitaria europeos. Hay pruebas sólidas en favor del consumo adecuado de medicamentos de sustitución y se ha demostrado que reduce la morbilidad y la reincidencia entre los interesados. La aplicación de prácticas clínicas adecuadas, junto a la comprensión de cómo el consumo de opioides sujetos a venta con receta médica se desvía de su uso legítimo y cómo evitarlo, son, consecuentemente, factores fundamentales si no se quiere que se vean mermados los beneficios evidentes para la salud que derivan de este tipo de tratamiento.

Opioides sintéticos muy potentes: una amenaza creciente para la salud

Tanto en Europa como en América del Norte, preocupa en gran medida la aparición de nuevos opioides sintéticos muy potentes, principalmente derivados del fentanilo. Desde 2012, cada vez son más las notificaciones relacionadas con estas sustancias y con los daños causados por ellas que recibe el Sistema de alerta temprana de la UE. Se trata de sustancias que se venden en los mercados online y en el mercado ilegal. A veces se venden como heroína, como otras drogas ilegales o incluso como medicamentos de imitación, o mezclados con ellos. Plantean graves riesgos de salud, no solo para quienes las consumen, sino también para quienes intervienen en su producción, así como para los trabajadores de correos y los cuerpos y fuerzas de seguridad. Se necesitan pocas cantidades para producir miles de dosis, factor que determina que se trate de sustancias fáciles de ocultar y transportar. Esta circunstancia supone un reto importante para los organismos de fiscalización de drogas. Al mismo tiempo son productos rentables, con un potente atractivo para los grupos de delincuencia organizada.

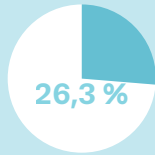
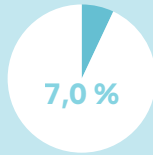
Los opioides sintéticos muy potentes plantean graves riesgos de salud

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

Cannabis

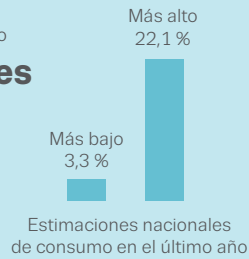
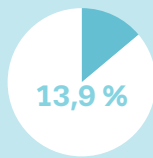
Consumido:
Durante el último año **23,5 millones** A lo largo de la vida **87,7 millones**

Adultos
(15-64)



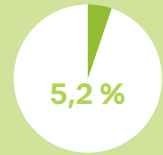
Adultos jóvenes
(15-34)

Durante el último año
17,1 millones

**Cocaína**

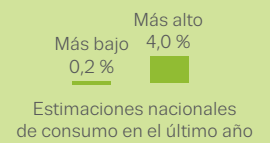
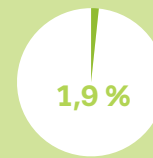
Consumido:
Durante el último año **3,5 millones** A lo largo de la vida **17,5 millones**

Adultos
(15-64)



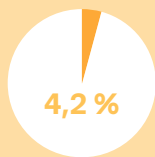
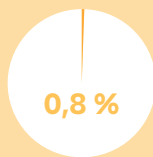
Adultos jóvenes
(15-34)

Durante el último año
2,3 millones

**MDMA**

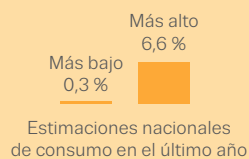
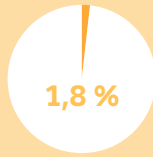
Consumido:
Durante el último año **2,7 millones** A lo largo de la vida **14,0 millones**

Adultos
(15-64)



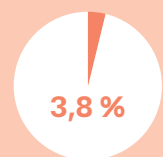
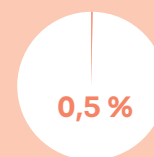
Adultos jóvenes
(15-34)

Durante el último año
2,3 millones

**Anfetaminas**

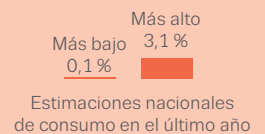
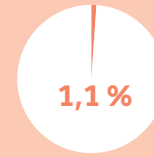
Consumido:
Durante el último año **1,8 millones** A lo largo de la vida **12,5 millones**

Adultos
(15-64)



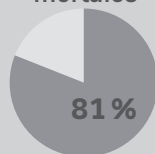
Adultos jóvenes
(15-34)

Durante el último año
1,3 millones

**Opioides**

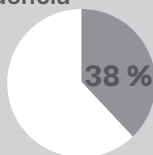
Consumidores de opioides
de alto riesgo
1,3 millones

Sobredosis
mortales



Solicitudes de tratamiento
de la drogodependencia

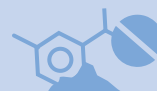
Droga principal en el
38 % de las solicitudes
de tratamiento por
drogodependencia en
la Unión Europea



Se detectaron opioides
en el 81 % de las
muertes por sobredosis

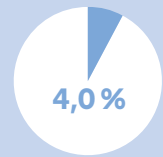
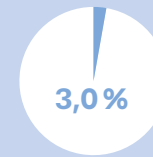
630 000

consumidores de
opioides recibieron
tratamiento de
sustitución en 2015

Nuevas sustancias psicoactivas

Consumido:
Durante el último año A lo largo de la vida

Estudiantes
de 15 a 16 años
de 24 países
europeos



Fuente: Informe ESPAD de 2015 Tablas adicionales.

Nota: El conjunto completo de datos y la información sobre la metodología se pueden consultar en el boletín estadístico online adjunto.

En Europa parecen ir en aumento los problemas de los opioides sintéticos muy potentes, como se desprende del aumento de las notificaciones de intoxicaciones no fatales y de muertes registrados por el Sistema de alerta temprana. A principios de 2017, el EMCDDA realizó unos ejercicios de evaluación de riesgos del acililfentanilo y el furanilfentanilo, derivados del fentanilo. Se está considerando someter a control estas sustancias a escala europea y actualmente se están examinando otras drogas de esta naturaleza.

La cara cambiante de las nuevas sustancias psicoactivas

El análisis de este año señala que pese a que las respuestas puestas en marcha, tanto en Europa como en otros lugares, podrían estar frenando la aparición de nuevas sustancias, el fenómeno de las nuevas sustancias psicoactivas sigue planteando un gran reto para la salud pública. Pese a la notificación al Sistema de alerta temprana de la UE de la aparición de estas sustancias al ritmo de una a la semana durante 2016, el número total de nuevas detecciones ha sido menor que en años anteriores. Puede ser un resultado positivo, sobre todo si se mantiene el descenso. No obstante, hay otros datos menos alentadores que no apuntan a una reducción de la disponibilidad total de estas nuevas sustancias. Es más, pese a que se esté desacelerando la velocidad de su introducción, la cifra total de sustancias disponibles en el mercado sigue creciendo. Hay indicios además de que en la actualidad están haciéndose un hueco en el mercado algunos tipos de nuevas sustancias psicoactivas, en particular catinonas sintéticas y cannabinoides sintéticos.

Hay una serie de razones que pueden explicar por qué el ritmo de las nuevas sustancias que aparecen en el mercado puede estar disminuyendo. Algunos países europeos han impuesto prohibiciones generales, han adoptado leyes genéricas y han emprendido otras medidas dirigidas a los productores y minoristas. El resultado ha sido un entorno normativo más restrictivo, en el que los productores tienen menos incentivos para participar en el «juego del gato y el ratón» con las autoridades reguladoras, en el que el objetivo de la innovación es ir por delante de los controles jurídicos.

Igualmente, gran parte de la oferta de nuevas sustancias psicoactivas a Europa proviene de China y puede que los nuevos controles en este país hayan influido también de algún modo en su disponibilidad en la UE.

En algunas regiones de Europa, parece que han influido en el acceso a estas sustancias las medidas de control centradas en la comercialización en tiendas. Las ventas se hacen de manera más clandestina y el acceso online y los mercados ilegales desempeñan actualmente un papel más importante que en el pasado. En este contexto, es posible que el status jurídico de las nuevas sustancias, sobre todo cuando se venden junto a drogas ilegales, haya perdido importancia y, en consecuencia, constituya un motor menos potente para la innovación en productos.

Nuevas sustancias psicoactivas: sustancias intoxicantes baratas para consumidores crónicos y marginados

Es posible que hayan influido también en la demanda de nuevas sustancias psicoactivas las actitudes negativas de los consumidores. Al parecer, la prevención, la reducción de daños y la información sobre las consecuencias adversas han influido en la percepción de los jóvenes de que las nuevas sustancias son alternativas legales relativamente seguras a las drogas ilegales conocidas. Con todo, hay pruebas de que la disponibilidad y el consumo está aumentando entre las poblaciones de consumidores crónicos y marginados.

El consumo problemático es cada vez más evidente en algunos ámbitos y entre determinadas poblaciones vulnerables. El consumo de catinonas por vía parenteral, por ejemplo, entre antiguos y actuales consumidores de opioides se ha asociado a un aumento de los problemas tanto físicos como de salud mental.

Asimismo, hay una creciente preocupación por los cannabinoides sintéticos. A pesar de algunas similitudes farmacológicas, no deberían confundirse con productos de cannabis. Suelen ser sustancias más potentes, cuyo consumo puede acarrear graves consecuencias, potencialmente letales. Hay pruebas de que, en algunas partes de Europa, grupos marginados como las personas sin hogar consumen actualmente cannabinoides sintéticos como sustancias intoxicantes baratas y potentes. Las dificultades para su detección plantean un problema específico en algunos centros penitenciarios europeos, con graves consecuencias para la salud y la seguridad de los reclusos.

1

**El mercado de drogas europeo
continúa desarrollándose**

Oferta de drogas y mercado

En el contexto global, Europa es un mercado de drogas importante tanto por la producción local como por el tráfico de sustancias procedente de otras regiones. Sudamérica, Asia occidental y el Norte de África son zonas importantes de origen de drogas ilegales que entran en Europa, mientras que China e India suministran nuevas sustancias psicoactivas. Hay además algunas drogas y precursores que transitan por Europa en su ruta a otros continentes. Europa es asimismo una zona de producción de cannabis y de drogas sintéticas, si bien el cannabis se produce sobre todo para consumo local, mientras que algunas de las drogas sintéticas se fabrican para exportación a otras partes del mundo.

Entre los años 70 y 80 hubo extensos mercados de cannabis, heroína y anfetaminas en muchos países europeos. Con el tiempo, también se establecieron otras sustancias, como la MDMA y la cocaína en los años 90. El mercado de drogas europeo continúa desarrollándose y en la última década han aparecido una amplia gama de nuevas sustancias psicoactivas. Se observan en el mercado, por otra parte, cambios asociados en gran medida a la globalización y a las nuevas tecnologías, como la innovación en los métodos de producción y tráfico y el establecimiento de nuevas rutas de tráfico y mercados online.

Vigilancia de los mercados, de la oferta y de la legislación sobre drogas

El análisis presentado en este capítulo se basa en los datos recopilados sobre incautaciones de drogas, incautaciones de precursores de drogas y detención de envíos, desmantelamientos de instalaciones de producción, legislación en materia de drogas, infracciones de esta legislación, los precios de la droga al por menor y la pureza y potencia de las sustancias. En algunos casos, la ausencia de datos de incautación de países clave dificulta el análisis de tendencias. Estas tendencias pueden deberse a varios factores, como las preferencias de los consumidores, los cambios en la producción y el tráfico, el nivel de actividad de los cuerpos y fuerzas de seguridad y sus prioridades, y la eficacia de las medidas de prohibición. Los conjuntos completos de datos, junto con extensas notas metodológicas, pueden encontrarse en el [Boletín estadístico](#).

Se presentan asimismo datos sobre notificaciones e incautaciones de nuevas sustancias psicoactivas notificados al Sistema de alerta temprana de la UE por los socios nacionales del EMCDDA y Europol. Puesto que se basan en casos concretos, no en los sistemas de vigilancia habituales, las estimaciones correspondientes representan volúmenes de incautación mínimos. Puede verse una descripción detallada del Sistema de alerta temprana en el sitio web del EMCDDA, en el apartado [Action on new drugs](#).

Los mercados de drogas: aparición de la oferta a través de Internet

Los mercados de drogas ilegales ponen en contacto a consumidores y productores a través de una cadena de intermediarios. Estos complejos sistemas generan grandes

cantidades de dinero a todos los niveles del mercado. Una estimación conservadora valoraba el mercado minorista de drogas ilegales de la UE en 24 000 millones EUR en 2013 (probablemente, entre 21 000 y 31 000 millones EUR).

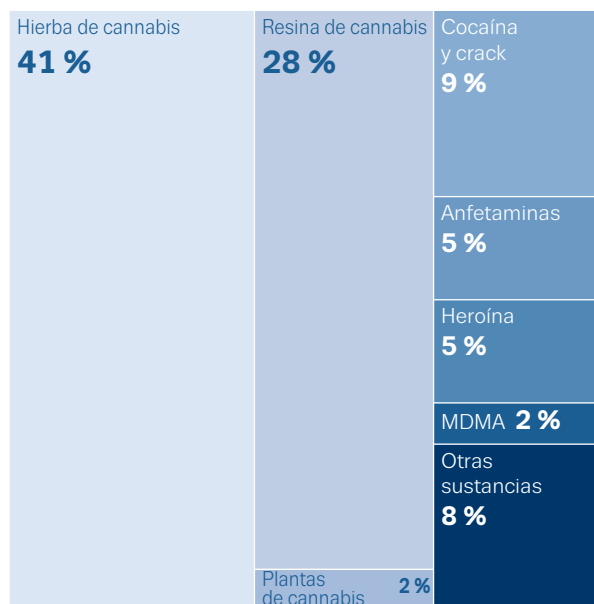
En los últimos diez años se han desarrollado mercados online, gracias a la aparición de las nuevas tecnologías de Internet, que coexisten con el mercado de drogas físico. Algunos proveedores online operan en la Internet superficial, en la que se venden por lo general productos químicos precursores no controlados, nuevas sustancias psicoactivas o medicamentos falsificados o de imitación. También pueden operar en la Internet profunda, a través de mercados de la red oscura, respaldados por tecnologías que protegen la intimidad de compradores y vendedores. Se trata de mercados con características similares a los mercados online legítimos, como eBay o Amazon, en los que los clientes pueden buscar y comparar productos y proveedores. Para ocultar las transacciones y las ubicaciones físicas de los servidores se emplean diversas estrategias. Entre ellas cabe citar los servicios de anonimización, como Tor y I2P, que ocultan la dirección del protocolo de Internet de un equipo, las criptomonedas, como bitcoin y litecoin, para la realización de pagos relativamente no rastreables, y la comunicación cifrada entre los participantes del mercado. También los sistemas de reputación desempeñan un papel en la regulación de los proveedores de los mercados.

La mayor parte de las ventas en los mercados de la Internet oscura están relacionadas con las drogas. Un estudio realizado entre 2011 y 2015 sobre las ventas en los 16 mercados principales de la Internet oscura estimó que las ventas de drogas estaban detrás de más del 90 % de los ingresos económicos totales de los mercados mundiales de esa red. Según se informa, casi la mitad (46 %) del total de ventas de drogas en la Internet oscura proviene de proveedores de Europa, lo que representa aproximadamente 80 millones EUR durante el período en que se realizó el estudio. Los principales países europeos de origen, ordenados por volumen de ventas, fueron Alemania, Países Bajos y Reino Unido, en los que gran parte de los ingresos procedían de ventas de estimulantes, en particular MDMA y cocaína.

La mayor parte de las ventas en los mercados de la Internet oscura están relacionadas con las drogas

GRÁFICO 1.1

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



Incautaciones de drogas: más de un millón en Europa

Se producen anualmente más de un millón de incautaciones de drogas ilegales. En su mayor parte corresponden a pequeñas cantidades decomisadas a los consumidores, aunque las incautaciones de varios kilogramos a traficantes y productores representan la proporción mayor del total.

El cannabis es la droga que se aprehende con más frecuencia, ya que supone más del 70 % de las incautaciones en Europa (gráfico 1.1). La cocaína ocupa el segundo lugar (9 %), seguida de las anfetaminas (5 %), la heroína (5 %) y la MDMA (2 %).

En 2015, más del 60 % de las incautaciones de drogas realizadas en la UE se concentraron en solo tres países, España, Francia y el Reino Unido; se alcanzaron también cifras considerables en Alemania, Bélgica, Dinamarca, Grecia, Italia y Suecia. Cabe señalar que no se dispone de datos recientes sobre el número de incautaciones en Finlandia, Países Bajos y Polonia. Estas lagunas de información aportan incertidumbre al análisis.

El elevado número de incautaciones notificadas por Turquía refleja la importancia de su mercado de consumo y su localización en las rutas de tráfico de drogas entre la UE, Oriente Próximo y Asia.

Cantidades de hierba de cannabis incautadas: reciente descenso

La hierba de cannabis (marihuana) y la resina de cannabis (hachís) son los dos principales productos de cannabis vendidos en el mercado de drogas europeo, mientras que en comparación raramente se encuentra aceite de cannabis. Los productos de cannabis representan el mayor porcentaje (38 %) del mercado minorista de drogas ilegales en Europa, cuyo valor se estima en 9 300 millones EUR (probablemente, entre 8 400 y 12 900 millones EUR). La hierba de cannabis que se encuentra en Europa procede tanto del cultivo interior como de otros países. La que se produce en Europa se cultiva principalmente en espacios cerrados. La resina se importa en su mayor parte de Marruecos. Los datos recientes evidencian cambios en las rutas de tráfico, advirtiéndose un aumento del tráfico tanto de hierba como de aceite de cannabis procedentes de los Balcanes occidentales, sobre todo

CANNABIS

Resina

Número de incautaciones

288 000 UE

303 000 UE + 2

Cantidades incautadas

536
toneladas (UE)

546
toneladas (UE + 2)

Precio (EUR/g)

25 €

11 €

8 €

3 €

Potencia (% THC)

28 %

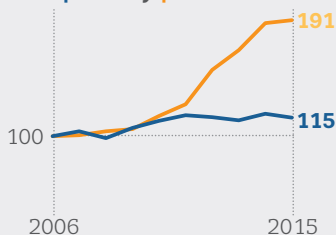
19 %

11 %

4 %

Tendencias indexadas:

precio y potencia



Hierba

Número de incautaciones

404 000 UE

438 000 UE + 2

Cantidades incautadas

89
toneladas (UE)

135
toneladas (UE + 2)

Precio (EUR/g)

20 €

12 €

8 €

5 €

Potencia (% THC)

22 %

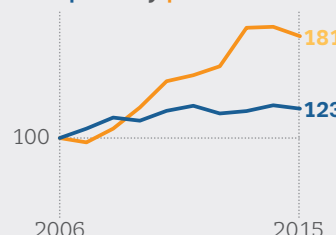
11 %

7 %

3 %

Tendencias indexadas:

precio y potencia

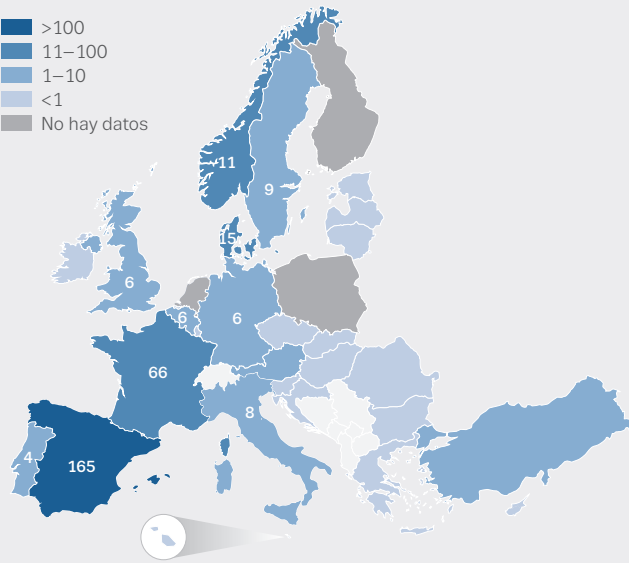
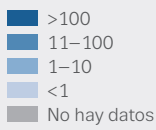


UE + 2 designa los Estados miembros de la UE, Turquía y Noruega. Precio y potencia de los productos de cannabis: valores medios nacionales (mínimo, máximo y rango intercuartílico). Los países comprendidos varían en función del indicador.

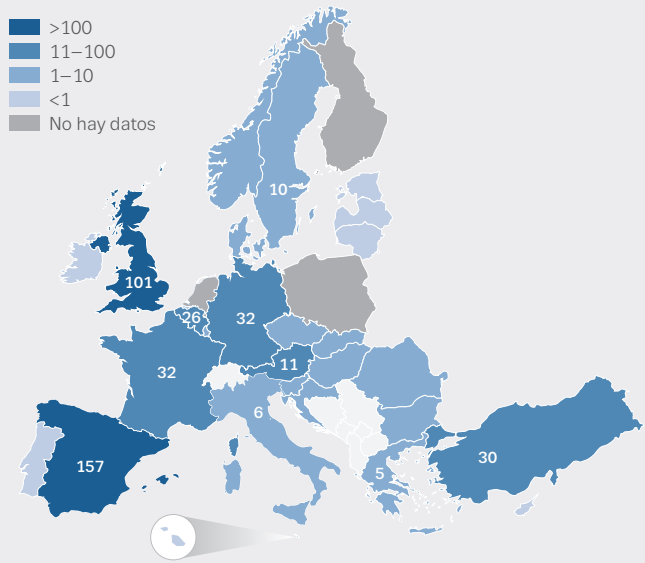
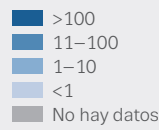
GRÁFICO 1.2

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

Número de incautaciones de resina de cannabis (en miles)

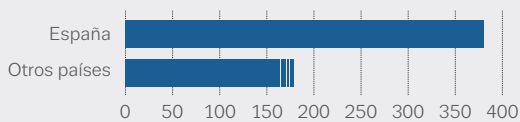


Número de incautaciones de hierba de cannabis (en miles)

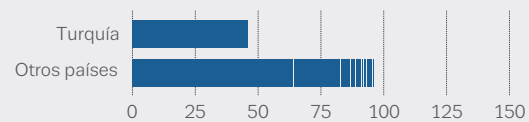


Nota: Número de incautaciones en los diez países con los valores más altos.

Cantidad de resina de cannabis incautada (en toneladas)



Cantidad de hierba de cannabis incautada (en toneladas)



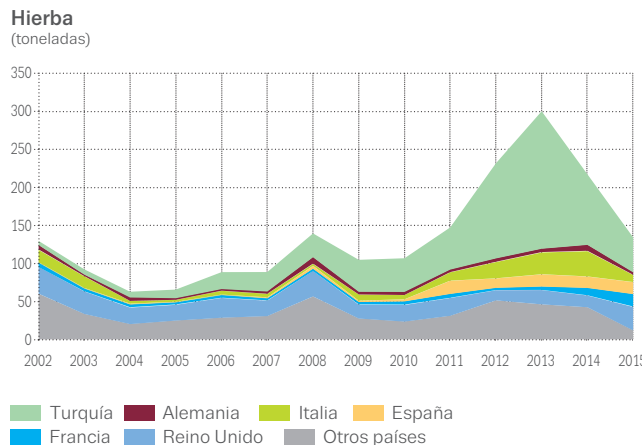
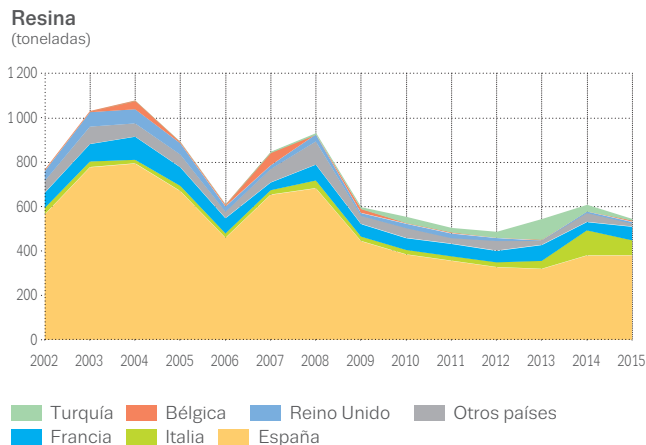
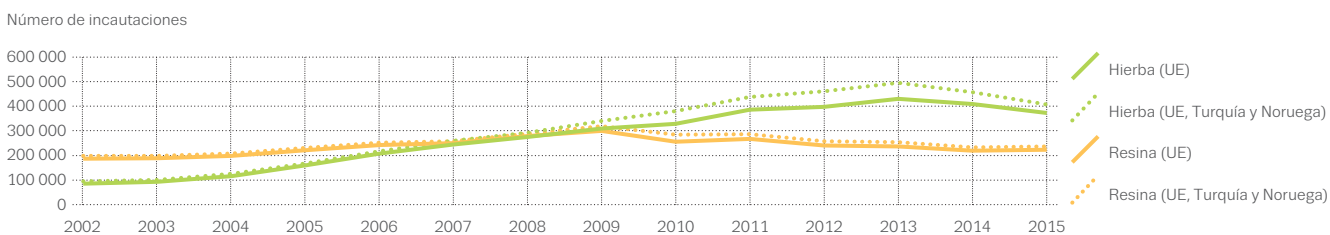
Albania, en relación con un incremento del cultivo de cannabis en dichos países. Además, de los datos existentes se desprende que Libia se ha convertido en un centro de distribución fundamental para el tráfico de resina hacia diversos destinos, Europa entre ellos.

En 2015, se notificaron 732 000 incautaciones de productos de cannabis en la UE (404 000 de hierba, 288 000 de resina y 19 000 de planta). No obstante, la cantidad de resina incautada es seis veces superior a la de hierba (536 toneladas frente a 89 toneladas). En parte, esto se debe al tráfico de grandes volúmenes de resina a grandes distancias y a través de las fronteras nacionales, lo que hace este producto más vulnerable a la interceptación. En el análisis de las cantidades de cannabis incautadas, estas resultan ser especialmente altas en un pequeño número de países, en parte debido a su ubicación en las principales rutas de tráfico. España, por ejemplo, como principal punto de entrada de la resina de cannabis producida en Marruecos, notificó más del 70 % de la cantidad total de resina incautada en Europa en 2015 (gráfico 1.2).

Desde 2009, el número de incautaciones de hierba ha superado a las de resina, si bien se aprecian tendencias relativamente estables en ambos productos desde 2011 (gráfico 1.3). Se calcula que en Europa se incautaron en 2015 un total de 135 toneladas de hierba, un 38 % menos que las 217 toneladas de 2014. Bélgica, Grecia e Italia notificaron descensos notables. Es evidente un descenso similar en la cantidad de hierba incautada en Turquía desde 2013. Son numerosos los factores que pueden explicar esta disminución global en Europa. Entre ellos cabe destacar las iniciativas adoptadas para combatir la producción a gran escala en países no pertenecientes a la UE, como Albania, la mayor atención al cultivo interno en lugar del tráfico, los cambios en el registro de las incautaciones y la modificación de las prioridades de los cuerpos y fuerzas de seguridad en algunos países. Según los datos más recientes, la cantidad de resina incautada en la UE se ha mantenido relativamente estable desde 2009.

GRÁFICO 1.3

Tendencias en el número de incautaciones de cannabis y en las cantidades incautadas: resina y hierba



Las incautaciones de plantas de cannabis pueden considerarse un indicador de la producción de esta droga en un determinado país. Dadas las diferencias metodológicas existentes entre los países, los datos al respecto deben considerarse con precaución. No obstante, el número de plantas incautadas muestra un aumento a largo plazo, de 1,5 millones en 2002 a 3,3 millones en 2014, pasando por un fuerte aumento hasta 11,4 millones en 2015 y por un aumento sustancial en los Países Bajos. Esta tendencia puede ser reflejo de cambios en las prioridades de los cuerpos y fuerzas de seguridad, ahora más centrados en el cultivo.

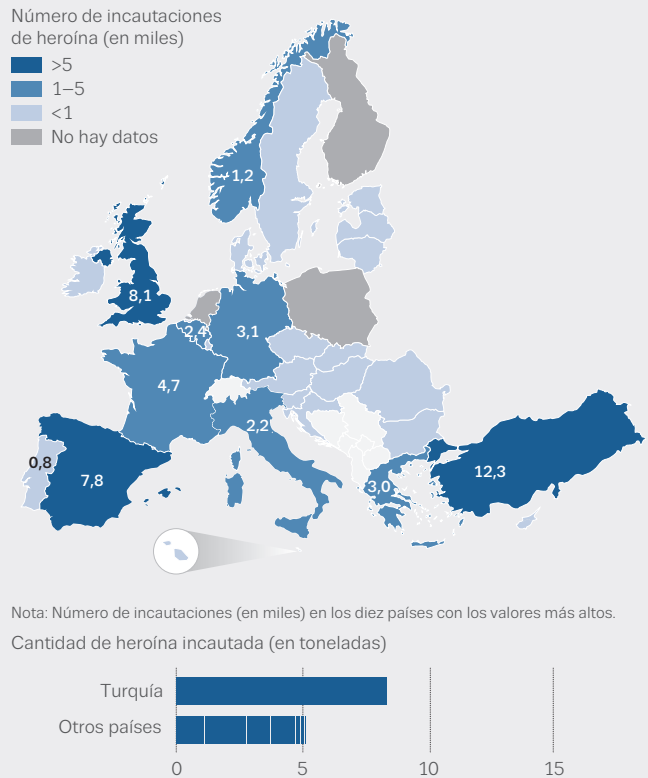
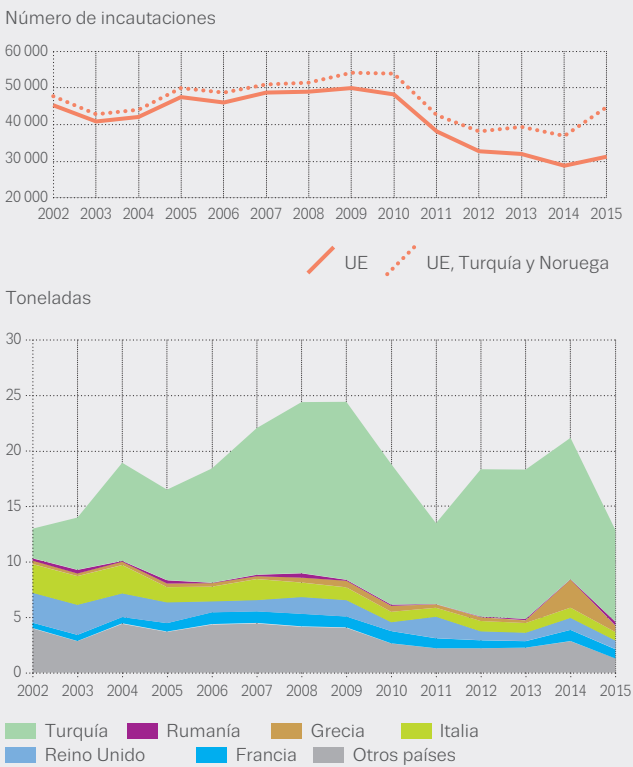
El análisis de las tendencias indexadas en los países que presentan datos de forma sistemática demuestra un considerable aumento de la potencia (contenido de tetrahidrocannabinol, THC) tanto de la hierba como de la resina entre 2006 y 2014, que se estabilizó en 2015. Esta circunstancia puede imputarse a la introducción en Europa de técnicas de producción intensivas y, más recientemente, a la llegada de plantas de alta potencia y nuevas técnicas en Marruecos. Los datos más recientes indican que la resina y la hierba tienen precios similares, mientras que, de media, la resina tiene mayor potencia.

En 2015, se notificaron 335 incautaciones de aceite de cannabis; las mayores cantidades se registraron en Grecia y Turquía.

Desde 2009 las incautaciones de hierba de cannabis en Europa han superado a las de resina

GRÁFICO 1.4

Número de incautaciones de heroína y cantidades incautadas: tendencias y en 2015 o año más reciente



Heroína: aumento continuo de la pureza

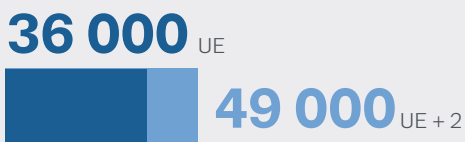
La heroína es el opioide más consumido en el mercado de drogas europeo, y su valor en el mercado minorista se estima en 6 800 millones EUR (probablemente, entre 6 000 y 7 8000 millones EUR). Tradicionalmente, en Europa se han importado dos tipos de heroína. La más común es la marrón (forma química de base), procedente en su mayor parte de Afganistán. Mucho menos común es la heroína blanca (en forma de sal), que llegó en el pasado del Sudeste asiático pero que ahora también puede producirse en Afganistán o países vecinos. Otros opioides incautados por las autoridades

competentes en los países europeos en 2015 fueron el opio y medicamentos como la morfina, la metadona, la buprenorfina, el tramadol y el fentanilo (tabla 1.1). Algunos opioides de uso médico pueden haberse desviado de suministros farmacéuticos legítimos, mientras que otros, como los 27 kg de polvo de morfina incautados en 2015, se han elaborado de forma ilegal.

Afganistán sigue siendo el primer productor ilegal mundial de opio y la mayor parte de la heroína de Europa se piensa que se fabrica en ese país o en los vecinos Irán o Pakistán. Desde los años 70, la producción ilegal de opioides en Europa se ha

HEROÍNA

Número de incautaciones



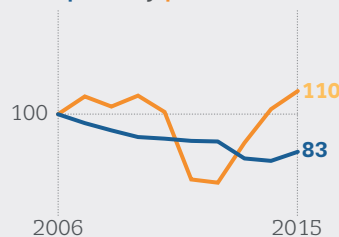
Cantidades incautadas



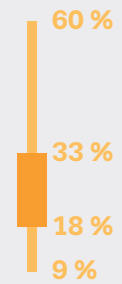
Precio (EUR/g)



Tendencias indexadas: precio y pureza



Pureza (%)



UE + 2 designa los Estados miembros de la UE, Turquía y Noruega. Precio y pureza de «heroína marrón»: valores medios nacionales (mínimo, máximo y rango intercuartílico). Los países comprendidos varían en función del indicador.

limitado a productos caseros de la adormidera obtenidos en algunos países orientales. Sin embargo, el descubrimiento de dos laboratorios que convertían morfina en heroína en España y uno en la República Checa en los últimos años indica que se está fabricando en Europa una pequeña cantidad de heroína.

La heroína entra en Europa por cuatro rutas principales. Las dos más importantes son la «ruta de los Balcanes» y la «ruta meridional». La primera de ellas atraviesa Turquía y llega a los países de los Balcanes (Bulgaria, Rumanía o Grecia) y a la Europa central, meridional y occidental. También ha surgido una ramificación de esta ruta que pasa por Siria e Iraq. La ruta meridional, a través de la cual entran a Europa envíos de Irán y Pakistán por vía aérea o marítima, ya sea de forma directa o transitando por países africanos, ha cobrado importancia en los últimos años. Otras vías son la «ruta septentrional» y una ruta de la heroína a través del sur del Cáucaso y a través del mar Negro.

Después de una década de relativa estabilidad, los mercados de una serie de países europeos experimentaron un descenso de la disponibilidad de la heroína en 2010/11. Así se observa claramente en los datos de incautaciones de esta sustancia, que descendieron en la UE de 2009 a 2014, antes de estabilizarse en 2015. Entre 2002 y 2013, la cantidad de heroína incautada en la UE se redujo a la mitad, de 10 a 5 toneladas. Luego, tras la incautación de 8,4 toneladas en 2014, un año en que varios países notificaron aprehensiones de heroína importantes (100 kg o más), la cantidad incautada en 2015 (4,5 toneladas) volvió a los niveles registrados a principios de la década de 2010. Después de alcanzar cerca de 13 toneladas en 2014, las incautaciones turcas

descendieron en 2015 a 8,3 toneladas (cifra mucho mayor que la del resto de países europeos juntos), mientras que el número de incautaciones aumentó (gráfico 1.4). Entre los países que presentan datos de forma sistemática, las tendencias indexadas indican un continuo aumento de la pureza de la heroína en Europa en 2015.

Además de heroína, en países europeos se incautan productos opioides, pero estos representan una pequeña parte del total de aprehensiones. Los otros opioides que más se incautan son los de uso médico, como buprenorfina, tramadol y metadona (tabla 1.1).

TABLA 1.1

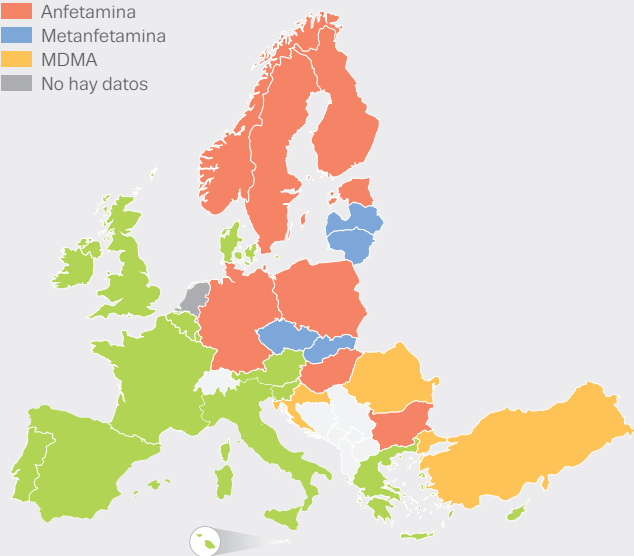
Incautaciones de opioides distintos de la heroína en 2015

Opioide	Número	Cantidad			Número de países
		Kilogramos	Litros	Comprimidos	
Metadona	1 566	31	8	60 472	17
Buprenorfina	3 377	4		68 419	17
Tramadol	2 467			690 080	12
Fentalinos (fentanilo, ocfentanilo, carfentanilo)	287	3		41	10
Morfina	775	27		8 837	15
Opio	293	734			14
Codeína	293	3		9 855	8
Oxicodona	16	0,0003		962	5

GRÁFICO 1.5

Estimulante incautado con mayor frecuencia en Europa, 2015 o año más reciente

- Cocaína
- Anfetamina
- Metanfetamina
- MDMA
- No hay datos



Incautaciones de estimulantes: variaciones regionales

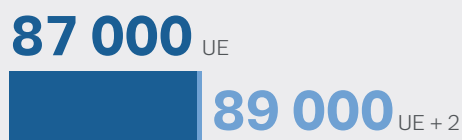
Las principales drogas estimulantes ilegales disponibles en Europa son la cocaína, la anfetamina, la metanfetamina y la MDMA. El valor del mercado minorista de estimulantes en la UE se estima entre 6 300 y 10 200 millones EUR. Existen diferencias marcadas entre regiones en lo que respecta al estimulante más incautado (gráfico 1.5), debido a la ubicación de los puertos de entrada y las rutas de tráfico, los centros de producción principales y los grandes mercados de consumidores. La cocaína es el estimulante del que se hacen más incautaciones en muchos países del oeste y del sur, lo que refleja claramente los puntos por los que la droga entra en Europa. Las incautaciones de anfetaminas predominan en el norte y el centro, siendo la metanfetamina el estimulante más incautado en Eslovaquia, Letonia, Lituania y la República Checa. La MDMA es el estimulante más incautado en Croacia, Rumanía y Turquía.

Cocaína: recientes aumentos de los indicadores de mercado

En Europa, la cocaína está disponible de dos formas: la más común es el polvo de cocaína (en forma de sal) y la menos común es el crack, que se fuma (base libre). La cocaína se produce a partir de las hojas del arbusto de coca. Se obtiene casi exclusivamente en Bolivia, Colombia y Perú. Se transporta a Europa por diversas vías, como vuelos de pasajeros comerciales, flete aéreo, servicios postales, vuelos en aviones privados, yates y contenedores marítimos. El valor

COCAÍNA

Número de incautaciones



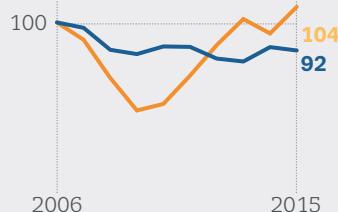
Cantidades incautadas



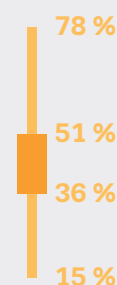
Precio (EUR/g)



Tendencias indexadas: precio y pureza



Pureza (%)

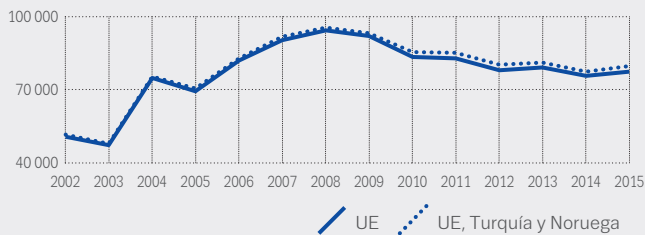


UE + 2 designa los Estados miembros de la UE, Turquía y Noruega. Precio y pureza de cocaína: valores medios nacionales (mínimo, máximo y rango intercuartílico). Los países comprendidos varían en función del indicador.

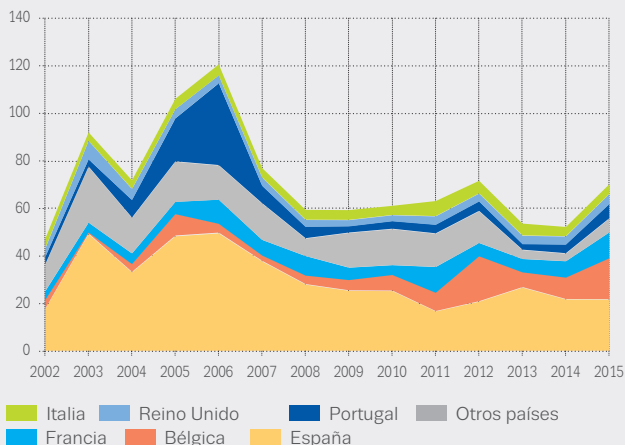
GRÁFICO 1.6

Número de incautaciones de cocaína y cantidades incautadas: tendencias y en 2015 o año más reciente

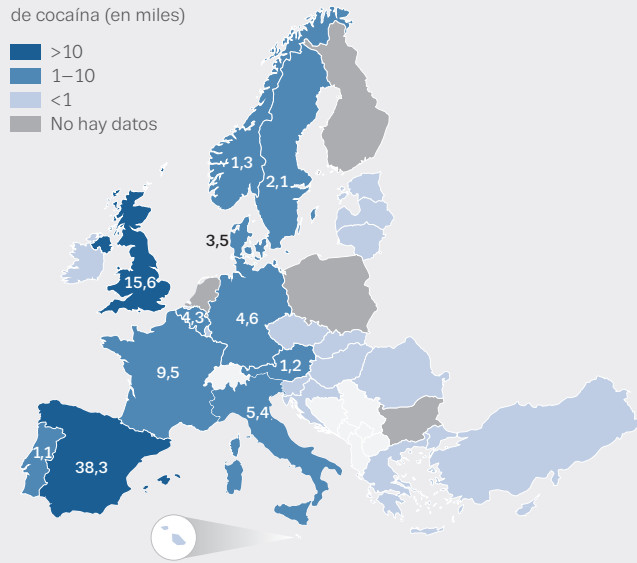
Número de incautaciones



Toneladas

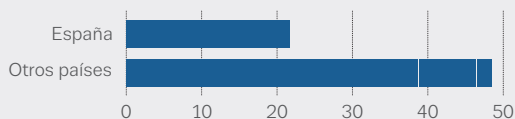


Número de incautaciones de cocaína (en miles)



Nota: Número de incautaciones (en miles) en los diez países con los valores más altos.

Cantidad de cocaína incautada (en toneladas)



mínimo del mercado minorista de cocaína en la UE se estima en 5 700 millones EUR.

En total, en 2015 se notificaron en la UE cerca de 87 000 incautaciones. Bélgica, España, Francia, Italia y Portugal concentran el 78 % de las 69,4 toneladas que se incautaron (gráfico 1.6). La situación se mantiene relativamente estable desde 2007, aunque tanto el número de incautaciones como la cantidad incautada aumentaron entre 2014 y 2015 (gráfico 1.6). Aunque España (22 toneladas) continúa siendo el país en el que más cocaína se aprehende, Bélgica (17 toneladas) y Francia (11 toneladas) se incautaron de grandes cantidades en 2015; en comparación con el año anterior, Alemania, Bélgica y Portugal notificaron aumentos

importantes en las cantidades. En general, las tendencias indexadas indican un ligero aumento de la pureza de la cocaína en 2015.

En Europa se incautaron en 2015 otros productos de coca, como 76 kg de hojas de coca y 377 kg de pasta de coca. Las incautaciones de pasta de coca indican que existen laboratorios ilegales que producen clorhidrato de cocaína en Europa. Se trata de una novedad, puesto que, hasta la fecha, la mayor parte de los laboratorios de cocaína localizados en Europa eran instalaciones de extracción secundarias, destinadas a extraer la cocaína de materiales en los que se había integrado (como vino, ropa o plásticos).

Las principales drogas estimulantes ilegales disponibles en Europa son la cocaína, la anfetamina, la metanfetamina y la MDMA

Productos químicos precursores: disponibilidad de nuevas alternativas a las anfetaminas

Los productos químicos precursores son esenciales para la fabricación de drogas ilegales. Puesto que muchos de ellos tienen usos legítimos, los reglamentos de la UE controlan algunos y su comercio es objeto de vigilancia e inspección. Su disponibilidad tiene un gran efecto sobre el mercado, así como sobre los métodos de producción empleados en laboratorios ilegales. En 2015, los productores siguieron eludiendo los mecanismos de control acudiendo a la introducción de productos químicos no controlados para obtener precursores cerca de los centros de producción. No obstante, este método conlleva para ellos un mayor riesgo de detección, ya que obliga a utilizar más productos químicos y genera más residuos.

Los datos sobre incautaciones y detenciones de envíos de precursores de drogas confirman el uso de sustancias controladas y no controladas para la producción en la UE de drogas ilegales, en particular anfetaminas y MDMA (tabla 1.2). En 2015 se hicieron incautaciones de grandes cantidades del precursor de anfetamina BMK (bencilmetilcetona), destacando la aprehensión por las autoridades polacas de un único envío de 7 000 kg vinculado con la producción en los Países Bajos. El control al que se sometió en 2013 el precursor de BMK

APAAN (alfa-fenilacetoacetoneitrilo) parece haber sido eficaz, ya que las incautaciones descendieron de 48 000 kg en 2013 a 780 kg en 2015. No obstante, también puede haber dado lugar al desarrollo de productos químicos alternativos, como el APAAN (alfa-fenilacetoacetoneitrilo) y derivados glicídicos de BMK, notificados por primera vez en 2015.

Las incautaciones de precursores de MDMA no controlados se han mantenido estables, con cerca de 5 500 kg. En todo caso, mientras que las de safrol fueron desdeñables, se reanudaron las de PMK: los Países Bajos aprehendieron 622 kg en 2015, frente a la ausencia de incautaciones en 2014.

Producción interior de anfetamina y metanfetamina

La anfetamina y la metanfetamina son estimulantes sintéticos, a veces clasificados como «anfetaminas», por lo que puede resultar difícil diferenciarlas en algunas bases de datos. En los últimos diez años, las incautaciones ponen de manifiesto un aumento de la disponibilidad de metanfetamina, si bien sigue siendo menor que la de anfetamina.

TABLA 1.2

Resumen de incautaciones y detenciones de envíos de precursores utilizados para la producción de determinadas drogas sintéticas en la UE, 2015

Precursor/pre-precursor	Incautaciones		Evitaciones de envíos		TOTALES	
	Número	Cantidad	Número	Cantidad	Número	Cantidad
MDMA o sustancias relacionadas						
PMK (litros)	6	622	0	0	6	622
Safrol (litros)	2	2	0	0	2	2
Piperonal (kg)	7	45	4	1 925	11	1 970
Derivados glicídicos de PMK (kg)	11	5 461	0	0	11	5 461
Anfetamina y metanfetamina						
APAAN (kg)	10	778	0	0	10	778
BMK (litros)	17	1 029	0	0	17	1 029
PAA, ácido fenilacético (kg)	6	261	4	103	10	364
Efedrina, a granel (kg)	12	8	1	500	13	508
Pseudoefedrina, a granel (kg)	8	32	0	0	8	32
APAAN (kg)	1	201	0	0	1	201
Derivados glicídicos de BMK (kg)	5	14	0	0	5	14

Ambas drogas se fabrican en Europa para consumo interno. Hay indicios de que la producción de anfetamina tiene lugar principalmente en Bélgica, los Países Bajos y Polonia y, en menor medida, en los Estados Bálticos, Alemania y Hungría. Hay indicios también de que la fase de producción final, la conversión del aceite base de anfetamina en sulfato de anfetamina, se lleva a cabo en Europa.

Parte de la anfetamina se fabrica para su exportación, principalmente a Oriente Medio, Extremo Oriente y Oceanía. Las incautaciones de pastillas de anfetamina con el logotipo de Captagon también han aumentado recientemente, sobre todo en Turquía, donde se han aprehendido más de 15 millones de pastillas en 2015.

Tradicionalmente, la República Checa y, más recientemente, las zonas fronterizas con los países vecinos, han sido las regiones de origen de gran parte de la metanfetamina de

Europa. La droga se produce asimismo en Bulgaria, Lituania y Países Bajos.

En la República Checa se produce a partir principalmente de los precursores efedrina y pseudoefedrina, que se obtienen de medicamentos de contrabando procedentes sobre todo de Polonia. La droga también puede fabricarse con BMK. De los 291 laboratorios ilegales de metanfetamina que se notificaron en la UE en 2015, 263 se detectaron en la República Checa. La producción en este país ha evolucionado, pasando de operaciones a pequeña escala protagonizadas por consumidores para su propio consumo personal o para consumo local a una producción a gran escala en manos de grupos de delincuencia organizada, tanto para consumo en los países europeos como para exportación.

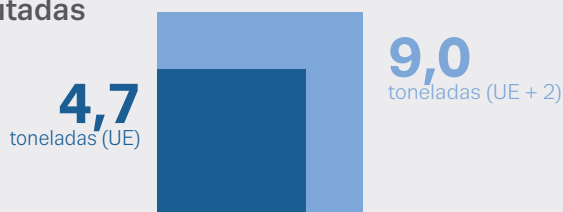
ANFETAMINAS

Anfetamina

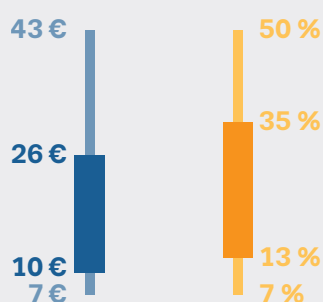
Número de incautaciones



Cantidades incautadas



Precio (EUR/g) Pureza (%)

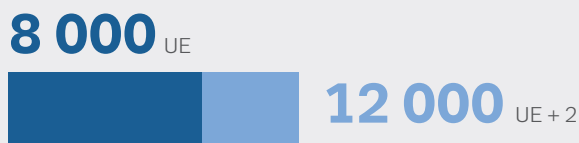


Tendencias indexadas: precio y pureza



Metanfetamina

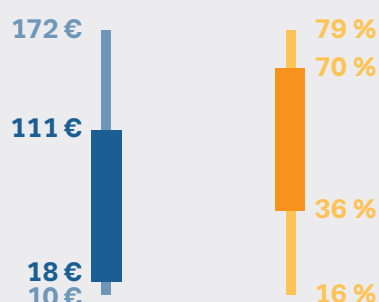
Número de incautaciones



Cantidades incautadas



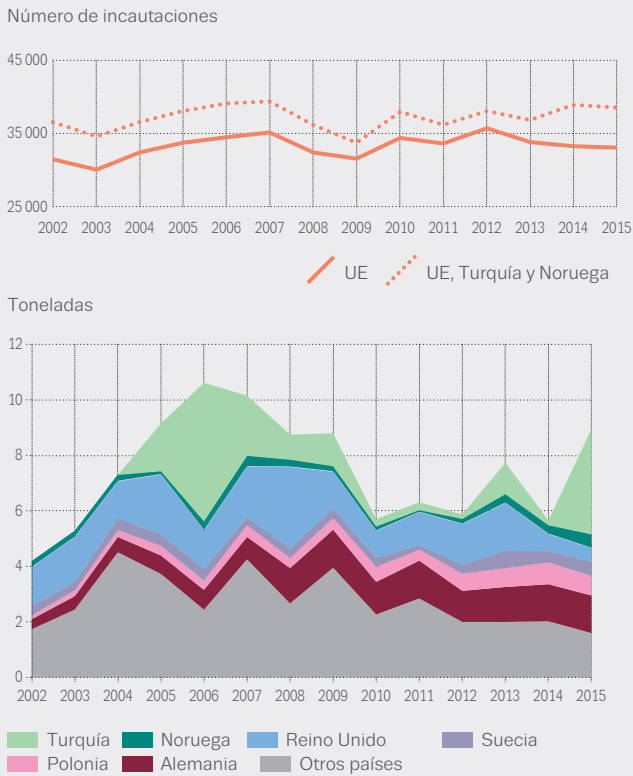
Precio (EUR/g) Pureza (%)



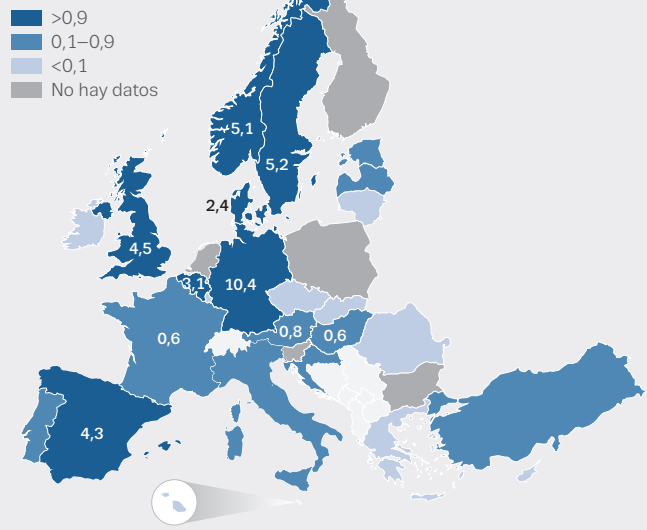
UE + 2 designa los Estados miembros de la UE, Turquía y Noruega. Precio y pureza de las anfetaminas: valores medios nacionales (mínimo, máximo y rango intercuartílico). Los países comprendidos varían en función del indicador. No se dispone de tendencias indexadas para la metanfetamina.

GRÁFICO 1.7

Número de incautaciones de anfetamina y cantidades incautadas: tendencias y en 2015 o año más reciente



Número de incautaciones de anfetamina (en miles)



Nota: Número de incautaciones (en miles) en los diez países con los valores más altos.

Cantidad de anfetamina incautada (en toneladas)

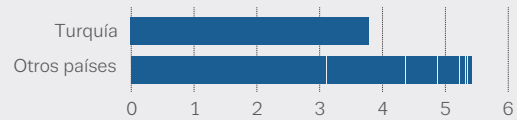
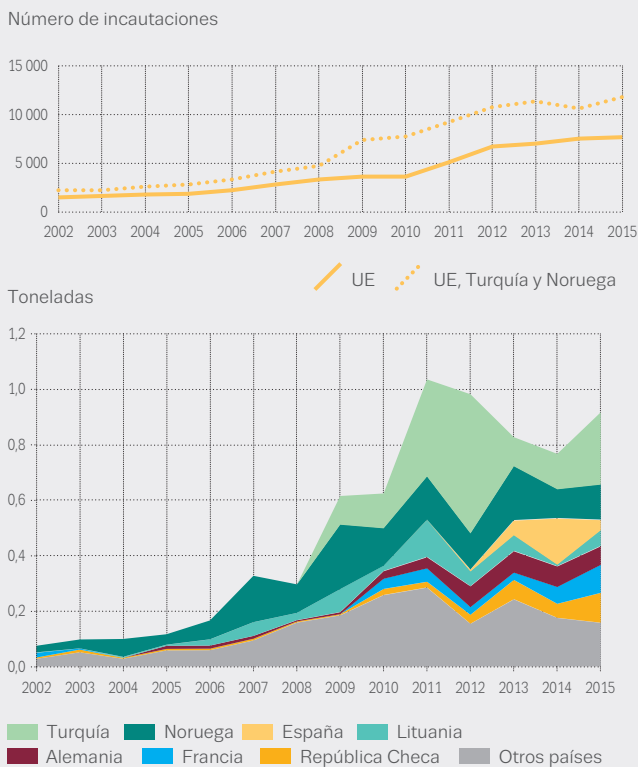
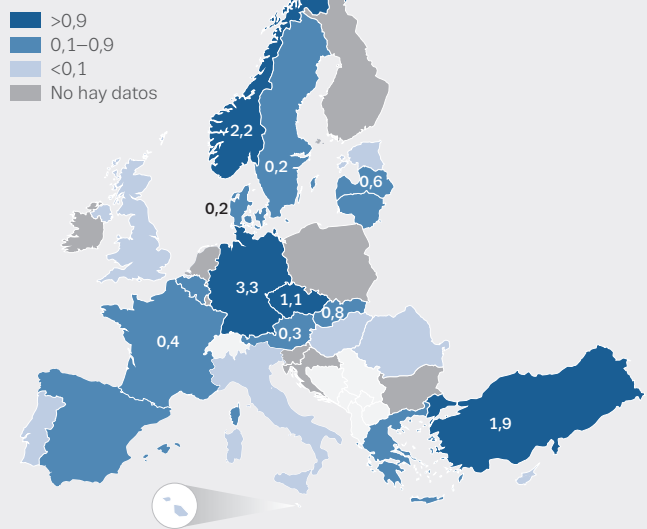


GRÁFICO 1.8

Número de incautaciones de metanfetamina y cantidades incautadas: tendencias y en 2015 o año más reciente

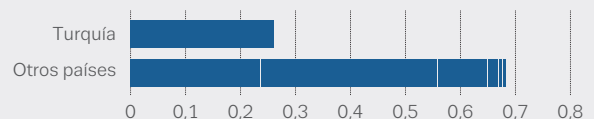


Número de incautaciones de metanfetamina (en miles)



Nota: Número de incautaciones (en miles) en los diez países con los valores más altos.

Cantidad de metanfetamina incautada (en toneladas)



En 2015 fueron notificadas 34 000 incautaciones de anfetamina por los Estados miembros de la UE, con un total de 4,7 toneladas. En general, la cantidad incautada en la UE ha aumentado, oscilando entre 4 y 6 toneladas durante el período de 2002 a 2015 (gráfico 1.7). El número de incautaciones de metanfetamina es mucho más bajo: se notificaron 7 700 en la UE en 2015, lo que representa un total de 0,5 toneladas; la República Checa aprehendió la mayor proporción (gráfico 1.8). En 2015, también se incautaron grandes cantidades de anfetaminas en Turquía (3,8 toneladas de anfetamina y 0,3 toneladas de metanfetamina) y en Noruega (0,1 toneladas de metanfetamina). El número y la cantidad de metanfetamina incautada revelan una tendencia ascendente desde 2002.

Por lo general, la pureza media notificada es superior en las muestras de metanfetamina que en las de anfetamina. Las tendencias indexadas indican un aumento de la pureza de las anfetaminas en los últimos años.

MDMA: disponibilidad de productos de gran potencia

La sustancia sintética MDMA (3,4-metilendioxi metanfetamina) está relacionada químicamente con las anfetaminas, pero se diferencia en sus efectos. La MDMA se consume en forma de pastillas (a menudo denominadas éxtasis) y también está disponible en polvo y forma cristalina. En el mercado se introducen constantemente nuevos diseños de pastillas de MDMA, con colores, formas y logotipos diferentes. Tras un período de baja disponibilidad debido a la escasez de los precursores necesarios para su fabricación, el mercado de MDMA se ha reavivado en los últimos años. El valor del

mercado minorista de MDMA se estima en aproximadamente 700 millones EUR. El contenido medio de MDMA en pastillas ha aumentado recientemente y su alta concentración en algunos lotes se ha asociado a daños y muertes.

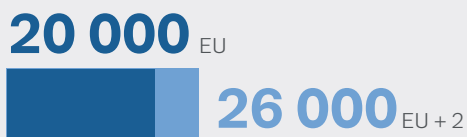
La producción de MDMA en Europa parece estar concentrada en torno a Bélgica y los Países Bajos, ya que en 2015 se desmantelaron cuatro laboratorios de MDMA en la UE, tres en los Países Bajos y uno en Bélgica. La MDMA producida en Europa también se exporta a otras partes del mundo.

Resulta difícil realizar una evaluación de las últimas tendencias en las incautaciones de MDMA, ya que faltan datos procedentes de algunos países que supondrían una contribución importante al total. Para el año 2015, no existen datos disponibles de los Países Bajos, que notificaron incautaciones de 2,4 millones de pastillas de MDMA en 2012, y se desconoce el número de aprehensiones de Finlandia y Polonia. Sin tener en cuenta estas contribuciones significativas, la cantidad de MDMA incautada en la UE en 2015 se estima en 4 millones de pastillas y 0,2 toneladas de polvo.

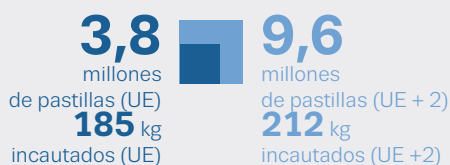
El contenido medio de MDMA en pastillas ha aumentado en los últimos años

MDMA

Número de incautaciones



Cantidades incautadas



Precio

(EUR/pastilla)



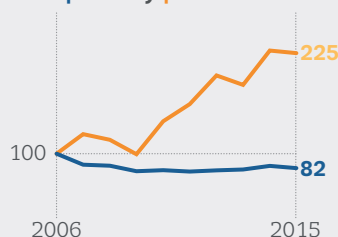
Pureza

(MDMA mg/pastilla)



Tendencias indexadas:

precio y pureza

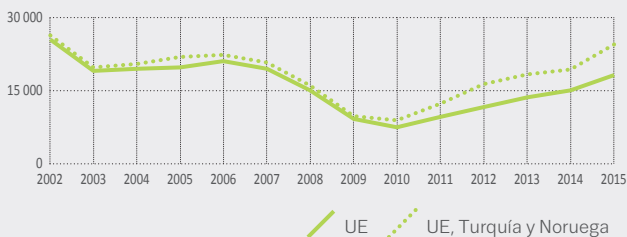


UE + 2 designa los Estados miembros de la UE, Turquía y Noruega. Precio y pureza de la MDMA: valores medios nacionales (mínimo, máximo y rango intercuartílico). Los países comprendidos varían en función del indicador.

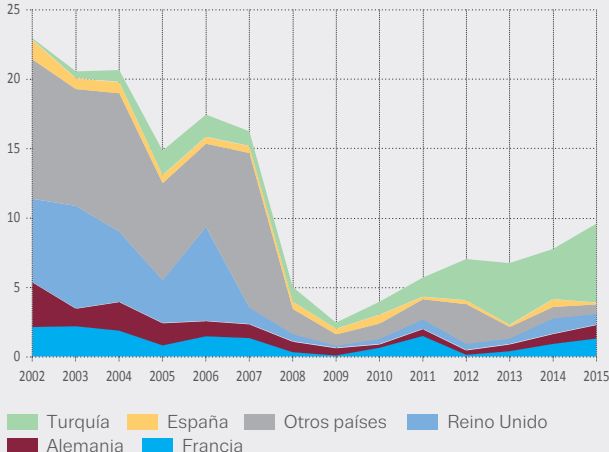
GRÁFICO 1.9

Número de incautaciones de MDMA y cantidades incautadas: tendencias y en 2015 o año más reciente

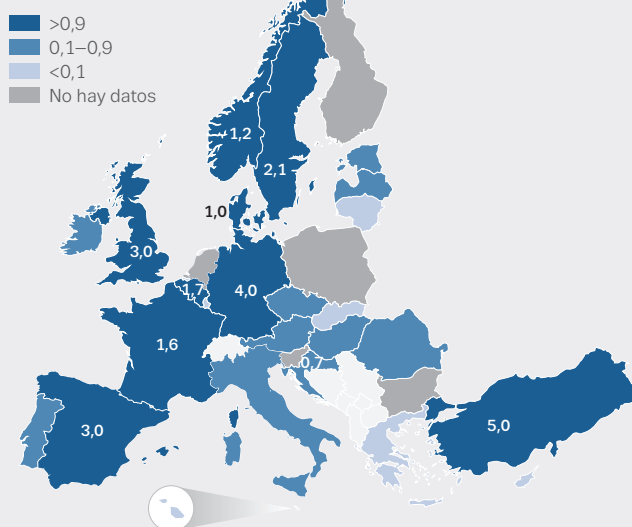
Número de incautaciones



Pastillas (millones)

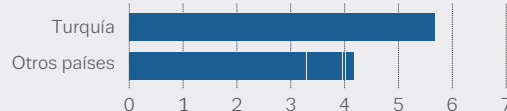


Número de incautaciones de MDMA (en miles)



Nota: Número de incautaciones (en miles) en los diez países con los valores más altos.

Pastillas de MDMA incautadas (en millones)



El número de incautaciones de MDMA notificadas ha seguido aumentando desde 2010, aunque la cantidad se ha mantenido relativamente estable durante el mismo período. También se incautaron grandes cantidades de MDMA en Turquía en 2015, con un total de 5,7 millones de pastillas, cifra mayor que la notificada por el resto de países juntos (gráfico 1.9).

Incautaciones de LSD, GHB y ketamina

En la UE se notifican asimismo incautaciones de otras drogas ilegales, como las 1 400 aprehensiones de LSD (dietilamida del ácido lisérgico) realizadas en 2015, con un total de 100 000 unidades. Además, en Bélgica se incautó 1 kg de esta droga. El número total de incautaciones de LSD se ha duplicado desde 2010, pese a que la cantidad ha sido fluctuante. En 2015, se notificaron incautaciones de GHB (gamma-hidroxibutirato) o GBL (gamma-butirolactona) en 14 países. Las 1 300 incautaciones estimadas representaron 320 kg y más de 1 500 litros de la droga, y Bélgica (33 %) y Noruega (35 %) acapararon en conjunto dos tercios de estas operaciones. Doce países notificaron 1 200 incautaciones de ketamina, con un total estimado de 130 kg, la mayoría en Dinamarca, Italia y Reino Unido.

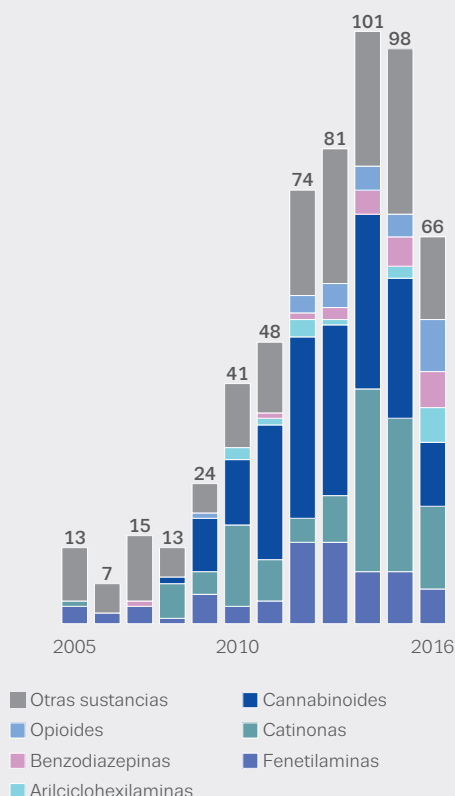
Nuevas sustancias psicoactivas: numerosas y diversas

A finales de 2016, el EMCDDA vigilaba más de 620 nuevas sustancias psicoactivas aparecidas en el mercado de drogas europeo. Se trata de sustancias que no están siendo objeto de control por los mecanismos internacionales de fiscalización y conforman un amplio abanico de drogas, como los cannabinoides sintéticos, los estimulantes, los opioides y las benzodiazepinas (gráfico 1.10). En la mayoría de los casos se comercializan como sucedáneos «legales» de drogas ilegales, mientras que otras veces se destinan a grupos pequeños que desean analizarlos para ver sus posibles efectos novedosos.

Con bastante frecuencia, se producen en cantidades a granel por empresas químicas y farmacéuticas en China. De allí se envían a Europa, donde son transformadas en productos que se envasan y se venden. Además, algunas se obtienen de medicamentos que o bien son desviados de la cadena de oferta legítima o bien son de procedencia ilegal. También pueden fabricarse en laboratorios clandestinos, en Europa o en otros lugares. Diversos indicadores, como las detecciones de laboratorios ilegales, el análisis de vertidos de residuos de drogas sintéticas y las incautaciones de precursores, indican un aumento de este método de producción en los últimos años en Europa.

GRÁFICO 1.10

Número y categorías de nuevas sustancias psicoactivas notificadas por primera vez al Sistema de alerta temprana de la UE, 2005-16



El número de nuevas sustancias detectadas cada año no es más que una de las medidas que utiliza el EMCDDA para tratar de conocer al conjunto del mercado. Por ejemplo, de las 620 nuevas sustancias objeto de vigilancia actualmente, 423 (casi el 70 %) fueron detectadas durante 2015; estas cifras contrastan con las 365 de 2014 y las 299 de 2013 (e ilustran lo complejo que es ahora el mercado).

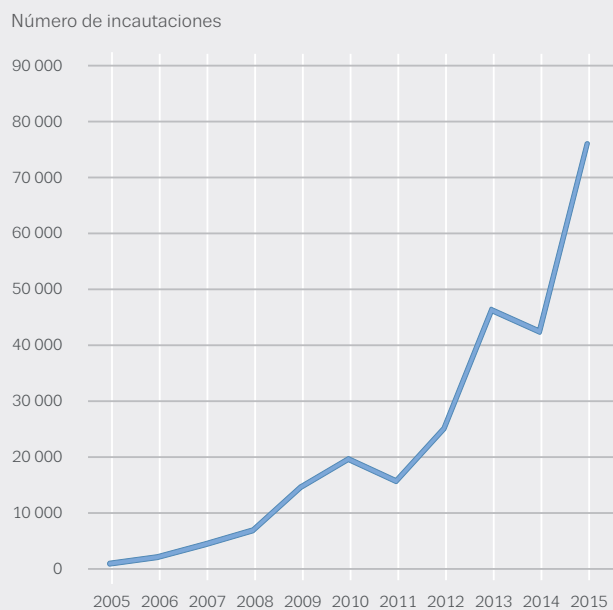
Algunas nuevas sustancias se venden abiertamente en la internet superficial y en tiendas físicas especializadas (con frecuencia como «euforizantes legales»). Se comercializan asimismo en la internet oscura y en el mercado ilegal, unas veces bajo su propio nombre y otras falsamente, como drogas ilegales como la heroína, la cocaína, el éxtasis y las benzodiazepinas.

Más del 70 % de las nuevas sustancias detectadas por el Sistema de alerta temprana de la UE se ha fabricado en los últimos cinco años. A lo largo de 2016 se notificaron por vez primera en Europa 66 de ellas. Se trata de una cifra inferior a la de los dos años anteriores, pero similar a las registradas en 2012 y 2013. Las causas de tal descenso no están claras, pero puede deberse, en parte, a las medidas adoptadas por los gobiernos de Europa dirigidas a su prohibición, sobre todo a su venta libre como «euforizantes legales». Pueden haber contribuido también las medidas de control y la actuación de los cuerpos y fuerzas de seguridad en China contra los laboratorios que las producen. Un factor adicional pueden ser las vinculaciones crecientes con el mercado más amplio de drogas ilegales.

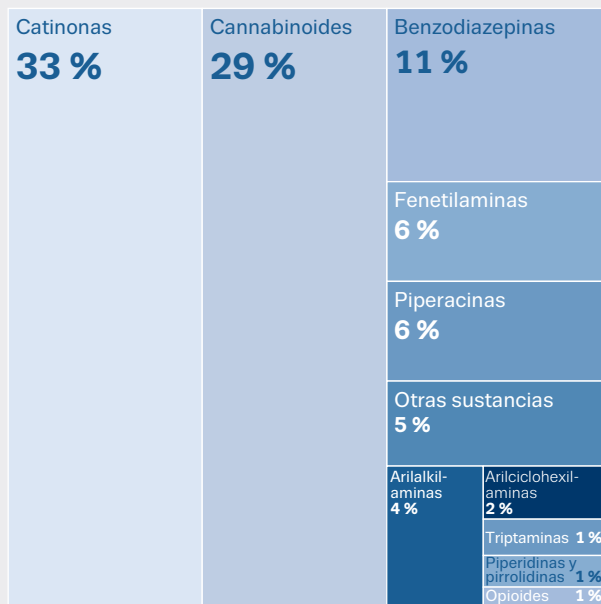
A finales de 2016, el EMCDDA vigilaba más de 620 nuevas sustancias psicoactivas

GRÁFICO 1.11

Número de incautaciones de nuevas sustancias psicoactivas notificadas al Sistema de alerta temprana de la UE: por categorías en 2015 y tendencias



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



Aumento de las incautaciones de nuevas sustancias psicoactivas

En 2015, se notificaron aproximadamente 80 000 incautaciones de nuevas sustancias psicoactivas al Sistema de alerta temprana de la UE (gráfico 1.11). En total, las catinonas sintéticas y los cannabinoides sintéticos representaron más del 60 % de las incautaciones realizadas en 2015 (más de 47 000). Hubo un aumento con respecto al año anterior en las cantidades incautadas en 2015 de catinonas sintéticas, cannabinoides sintéticos y nuevos opioides.

El total de estas incautaciones europeas se ha de interpretar como valor mínimo, ya que los datos se basan en casos concretos y no en sistemas de vigilancia. Las incautaciones notificadas acusan la influencia, por otra parte, de factores tales como el conocimiento cada vez mayor de nuevas sustancias, el cambio de la situación jurídica, las capacidades y prioridades de los cuerpos y fuerzas de seguridad y las prácticas de presentación de informes de las autoridades competentes.

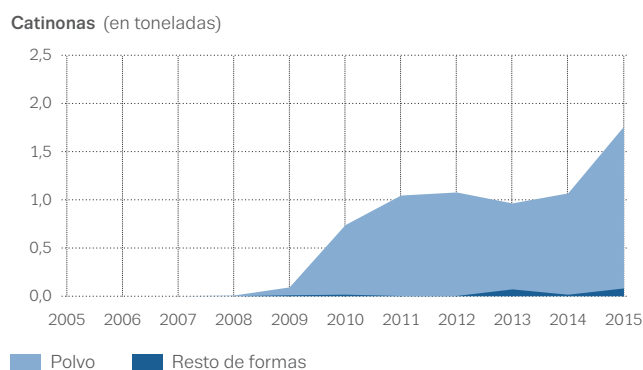
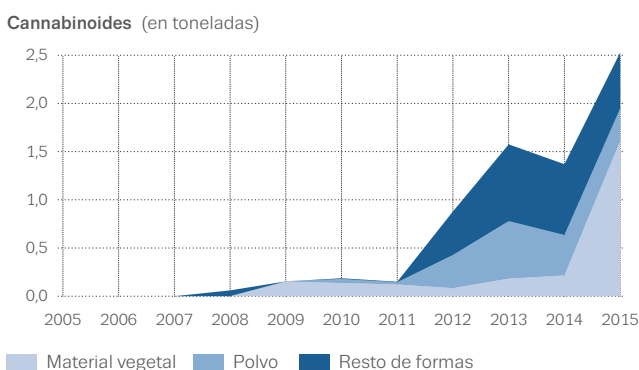
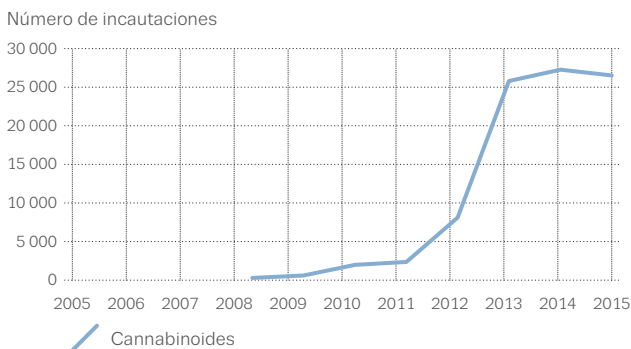
Nuevos opioides sintéticos

En total, se han detectado 25 nuevos opioides en el mercado europeo desde 2009, nueve de ellos en 2016. Cabe destacar 18 fentanilos, ocho de ellos se notificaron por vez primera en 2016. Pese a que actualmente desempeñan un papel de escasa relevancia en el mercado de drogas europeo, los nuevos fentanilos son sustancias muy potentes que plantean una amenaza grave para las personas y la salud pública.

Las incautaciones se refieren a sustancias en diversos formatos, sobre todo polvo, pastillas, cápsulas y, desde 2014, líquidos. Más del 60 % de las 600 incautaciones notificadas en 2015 fueron fentanilos. En 2015 se incautaron casi 2 litros de opioides sintéticos, lo que supone un aumento sobre los 240 ml registrados el año anterior. Se identificaron fentanilos en el 85 % de los líquidos incautados. Preocupa, en este sentido, la aparición en el mercado de espráis nasales con fentanilos, como el acrilioilfentanilo y el furanilfentanilo. Estos opioides representan el 0,72 % del número de incautaciones de nuevas sustancias, pero solo el 0,04 % de la cantidad total, lo que refleja su alta potencia y su pequeña proporción del mercado.

GRÁFICO 1.12

Incautaciones de cannabinoides y catinonas sintéticos notificadas al Sistema de alerta temprana de la UE: tendencias en número de incautaciones y cantidades incautadas



Nota: Datos de la UE, Turquía y Noruega.

Cannabinoides sintéticos

Los cannabinoides sintéticos son sustancias que simulan los efectos del delta-9-tetrahidrocannabinol (THC), el responsable en gran medida de los efectos psicotrópicos del cannabis. Desde al menos 2008, los productores en Europa han explotado estos efectos importando polvo de cannabinoides a granel y mezclándolo con material vegetal deshidratado, a fin de crear cientos de «euforizantes legales» diferentes. Estos productos se comercializan como sucedáneos legales del cannabis y se venden como «mezclas de hierba para fumar». Los cannabinoides sintéticos siguen representando el mayor grupo de sustancias nuevas vigiladas por el EMCDDA y su naturaleza química es cada vez más variado: desde 2008 se han detectado 169, de ellos 11 en 2016, lo que supone un descenso con respecto a los 24 notificados en 2015.

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

En conjunto se aprehendieron más de 2,5 toneladas de estas sustancias. Aproximadamente el 64 % de las incautaciones

fueron en forma de mezclas de hierbas y los polvos representaron el 13 % restante.

La detección de cannabinoides sintéticos en polvo y de instalaciones para su procesamiento en Europa indica que los productos se envasaron en Europa. Estos polvos, una vez procesados en «mezclas de hierba para fumar», podrían haber dado lugar a muchos millones de dosis. Los cannabinoides en polvo más incautados en 2015 fueron 5F-AMB (61 kg), 5F-AKB48 (61 kg) y ADB-FUBINACA (57 kg).

Catinonas sintéticas

Las catinonas sintéticas están relacionadas químicamente con la catinona, un estimulante natural procedente de la planta llamada khat (*Catha edulis*). Sus efectos son parecidos a los de drogas estimulantes ilegales comunes como la anfetamina, la cocaína y la MDMA. Las catinonas sintéticas constituyen el segundo grupo de nuevas sustancias vigiladas por el EMCDDA: se ha detectado un total de 118, de ellas 14 por primera vez en 2016, lo que representa un descenso en comparación con las 26 de 2015.

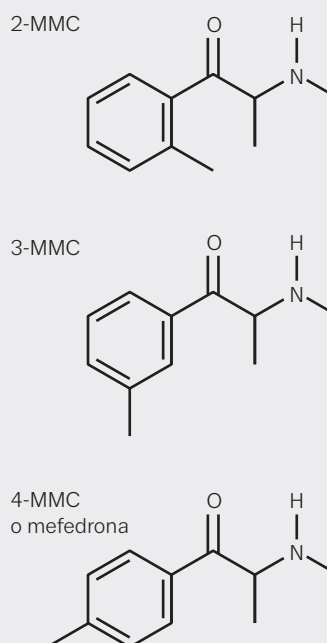
En 2015 representaron el mayor número de incautaciones de nuevas sustancias psicoactivas, más de 25 000, casi un tercio del total. Esto supone un aumento de más de 17 000 incautaciones sobre el año anterior. En cantidad representaron poco más de 1,8 toneladas, con un aumento de aproximadamente 0,75 toneladas sobre 2014 (gráfico 1.12). Las catinonas sintéticas se suelen encontrar en polvo. Las cinco catinonas que más se incautaron en 2015 fueron alfa-PVP, 3-MMC, etileno, 4-CMC y pentedrone. Al parecer, más del 60 % (1,2 toneladas) provenía de China. Una gran parte (42 %) correspondía a 2-MMC (156 kg) y 3-MMC (616 kg), sustancias que están relacionadas químicamente con la mefedrona (4-MMC), pero que no están siendo objeto de control por los mecanismos internacionales de fiscalización de drogas. La mefedrona disponible en el mercado de algunos países se ha estabilizado y es probable que se estén vendiendo como tal producto las catinonas 2-MMC y 3-MMC (véase el gráfico 1.13).

Nuevas benzodiazepinas

Resulta preocupante también el reciente crecimiento en el mercado de nuevas benzodiazepinas. Son aproximadamente 20 las sustancias de este grupo que están siendo objeto de vigilancia por el EMCDDA (habiéndose detectado por primera vez seis de ellas en Europa en 2016). Durante 2015, se incautaron más de 300 000 pastillas de benzodiazepinas nuevas, como clonazepam, diclozepan, etizolam y flubromazolam, duplicando casi la cifra notificada en 2014. Algunas de estas benzodiazepinas se vendieron como pastillas, cápsulas y en polvo con sus propios nombres. En otros casos se trataba de falsificaciones de medicamentos prescritos para la ansiedad, como el diazepam y el alprazolam, y se vendieron directamente en el mercado ilegal.

GRÁFICO 1.13

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



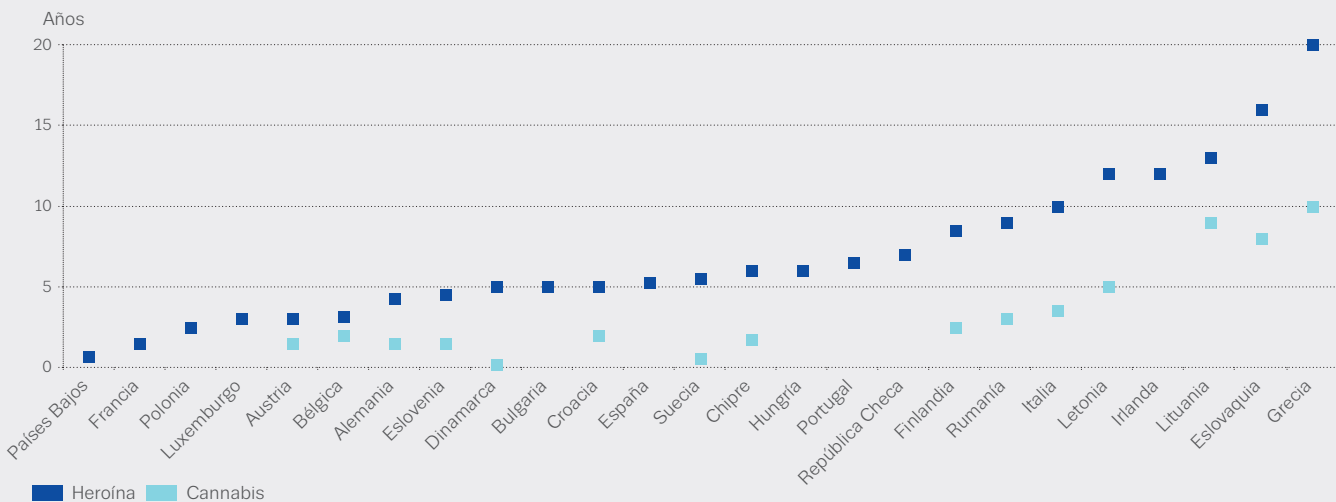
Leyes dirigidas a la oferta de nuevas sustancias psicoactivas

Las medidas adoptadas por los países europeos para prevenir la oferta de drogas se amparan en tres Convenios de las Naciones Unidas, que ofrecen un marco internacional para el control de la producción, el comercio y la posesión de más de 240 sustancias psicoactivas. No obstante, la rápida aparición de nuevas sustancias psicoactivas y la diversidad de productos disponibles han supuesto un reto para esos Convenios y para los responsables de la formulación de políticas y legisladores europeos.

A escala nacional, son varias las medidas adoptadas para controlar las nuevas sustancias, pudiendo distinguirse tres tipos generales de respuestas jurídicas. Muchos países en Europa han respondido inicialmente utilizando la legislación sobre seguridad de los productos de consumo, si bien luego han optado por ampliar o adaptar la legislación sobre drogas para incluir las nuevas sustancias psicoactivas. Por otra parte, son cada vez más los países que han elaborado nuevas leyes específicas para abordar este fenómeno. La definición de las infracciones y las sanciones impuestas presentan amplias variaciones, como ocurre en la legislación drogas de toda Europa. La tendencia general en las leyes nacionales de fiscalización de drogas, que es reducir las penas por posesión personal, también es evidente en las recientes leyes sobre nuevas drogas. La mayoría de las nuevas leyes específicas sobre nuevas sustancias psicoactivas sancionan únicamente el suministro ilegal y no la posesión para consumo personal.

GRÁFICO 1.14

Penas de reclusión prevista por suministro de 1 kg de heroína o cannabis en los Estados miembros de la UE



Nota: Mediana de la duración media de las penas previstas, basadas en muestras de opiniones de profesionales de la justicia en cada país; casos de primeras infracciones sin participación de grupos de delincuencia organizada. Si se consideró posible la suspensión de la pena, no se recoge la mediana de su duración.

A escala de la UE, se está revisando el marco jurídico actual de control de nuevas sustancias psicoactivas, que data de 2005, a fin de establecer un sistema más rápido y eficaz que penalice conductas relacionadas con las sustancias de ese tipo que resultan nocivas.

Sanciones por infracciones relacionadas con la oferta: diferencias por categorías y países

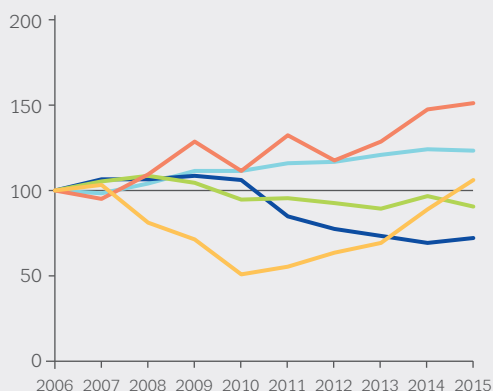
La oferta de drogas no autorizadas se tipifica como infracción penal en todos los países europeos, pero las sanciones previstas al efecto varían enormemente. Un estudio del EMCDDA realizado recientemente sobre las opiniones de los profesionales de la justicia de los Estados miembros de la UE reveló que las sanciones por infracciones relacionadas con el tráfico ilícito de drogas similares varían considerablemente según los países (véase el gráfico 1.14). Estas variaciones pueden deberse a factores históricos y culturales nacionales que influyen en la configuración del sistema jurídico penal de cada país, pero también en la pluralidad de puntos de vista nacionales sobre la eficacia del carácter disuasorio de las penas. El estudio puso de manifiesto también que, aun cuando la legislación prevea sanciones similares para sustancias diferentes, en la mayor parte de los países los profesionales de la justicia entienden que las sanciones varían en la práctica según la sustancia. Se asume con ello que los jueces tienen en cuenta aspectos como el daño percibido para la sociedad resultante de las diferentes drogas.

GRÁFICO 1.15

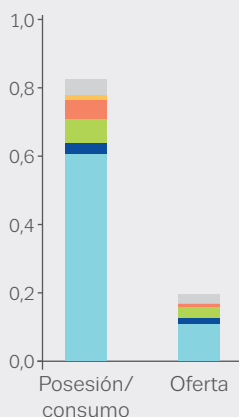
Delitos relacionados con el consumo o la posesión de drogas para consumo y con la oferta en Europa: tendencias indexadas delitos notificados en 2015

Infracciones por posesión/consumo

Tendencias indexadas

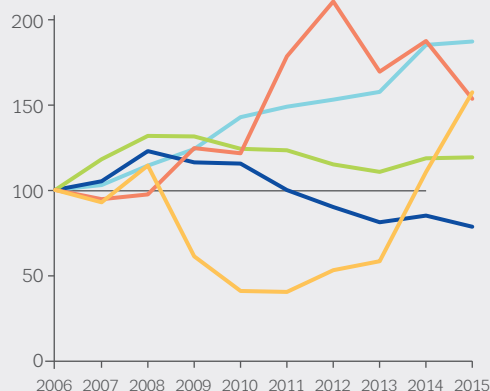


Número de infracciones (en millones)



Infracciones por oferta

Tendencias indexadas



Legend: Heroína (blue), Cocaína (green), MDMA (orange), Cannabis (cyan), Anfetaminas (red), Otras sustancias (grey)

Nota: Datos sobre infracciones en que se ha notificado la droga de que se trataba.

Delitos relacionados con drogas: la mayoría relacionados con el cannabis

La aplicación de la legislación sobre drogas se vigila atendiendo a los datos sobre los delitos notificados relacionados con las drogas. Se estima que en 2015 se notificaron en la UE 1,5 millones de infracciones, la mayoría (57 %) relacionadas con el consumo o la posesión de cannabis, cometidas por cerca de 1 millón de personas. El número de infracciones creció casi un tercio (31 %) entre 2006 y 2015.

En términos generales, el aumento desde 2006 se estima en un 18 % y se calcula que en 2015 hubo más de 214 000. La mayoría de las infracciones referidas a la oferta estaban relacionadas con el cannabis (57 %). A este respecto, ha

habido un aumento significativo desde 2013 en lo que respecta a la MDMA (gráfico 1.15).

En conjunto, se estima que en 2015 se cometieron en Europa más de un millón de infracciones relacionadas con el consumo o la posesión para el consumo personal, con un aumento del 27 % sobre las cifras de 2006. De las infracciones relacionadas con la posesión, aproximadamente tres cuartas partes correspondieron al cannabis (74 %). En 2015 se mantuvieron las tendencias ascendentes de las infracciones por posesión de anfetaminas y MDMA (gráfico 1.15).

Se estima que en 2015 se notificaron 1,5 millones de infracciones de la legislación sobre drogas

MÁS INFORMACIÓN

Publicaciones del EMCDDA

2017

Cannabis legislation in Europe: an overview.

Country Drug Reports 2017.

Drug trafficking penalties across the European Union: a survey of expert opinion, Technical reports.

2016

Cocaine trafficking to Europe, Perspectives on Drugs.

Changes in Europe's cannabis resin market, Perspectives on Drugs.

Internet and drug markets, Insights.

2015

Opioid trafficking routes from Asia to Europe, Perspectives on Drugs.

New psychoactive substances in Europe. An update from the EU Early Warning System, Technical reports.

The internet and drug markets, Technical reports.

2014

New developments in Europe's cannabis markets, Perspectives on Drugs.

2013

Drug supply reduction and internal security, EMCDDA Papers.

Legal approaches to controlling new psychoactive substances, Perspectives on Drugs.

Models for the legal supply of cannabis: recent developments, Perspectives on Drugs.

Synthetic cannabinoids in Europe, Perspectives on Drugs.

Synthetic drug production in Europe, Perspectives on Drugs.

2012

Cannabis production and markets in Europe, Insights.

Publicaciones conjuntas del EMCDDA y Europol

2017

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: acryloylfentanyl, Joint Reports.

2016

EU Drug Markets Report: In-depth Analysis.

EU Drug Markets Report: Strategic Overview.

EMCDDA–Europol 2015 Annual Report on the implementation of Council Decision 2005/387/JHA.

EMCDDA–Europol Joint Report on MDMB-CHMICA, Joint Reports.

EMCDDA–Europol Joint Report on acetylfentanyl, Joint Reports.

2015

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: α -PVP, Joint Reports.

2013

Amphetamine: a European Union perspective in the global context.

Publicaciones del EMCDDA y Eurojust

2016

New psychoactive substances in Europe: legislation and prosecution — current challenges and solutions.

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

2

**El policonsumo es habitual
entre los consumidores
de drogas**

Prevalencia y tendencias del consumo de drogas

El consumo de drogas en Europa engloba ahora un abanico de sustancias más amplio que en el pasado. El policonsumo es habitual entre los consumidores de drogas y las pautas individuales van desde el consumo experimental hasta el consumo regular y dependiente. El consumo de todas las drogas es generalmente más elevado entre los hombres, acentuándose esta diferencia en las pautas de consumo más intensas o regulares. La prevalencia del consumo de cannabis es aproximadamente cinco veces superior a la de otras sustancias. Aunque el consumo de heroína y otros opioides sigue siendo relativamente escaso, estas siguen siendo las drogas asociadas a la mayoría de las formas más nocivas de consumo, incluido el consumo de droga por vía parenteral.

Vigilancia del consumo de drogas

El EMCDDA recopila y mantiene series de datos sobre el consumo de drogas y sus pautas en Europa.

Los datos de encuestas de estudiantes escolares y de la población en general pueden ofrecer una visión de conjunto de la prevalencia del consumo de drogas experimental y recreativo. Los resultados de dichas encuestas se pueden complementar con los análisis de los restos de drogas en las aguas residuales municipales, realizados en algunas ciudades de Europa.

Los estudios que ofrecen estimaciones del consumo de drogas de alto riesgo pueden contribuir a la determinación del alcance de los problemas de consumo más arraigados, mientras que los datos sobre personas que acceden a sistemas de tratamiento especializados pueden ayudar a entender el carácter y las tendencias asociadas a este tipo de consumo si se combinan con otros indicadores.

Los conjuntos completos de datos, junto con notas metodológicas, pueden encontrarse en el [Boletín estadístico on line](#).

Consumo de sustancias entre estudiantes escolares: tendencias nacionales diversas

La supervisión del consumo de sustancias entre estudiantes facilita considerablemente la comprensión de las conductas de riesgo de la juventud actual y de las posibles tendencias futuras. En 2015, el Proyecto europeo de encuestas escolares sobre el alcohol y otras drogas (ESPAD) realizó la sexta ronda de recogida de datos desde su creación en 1995. La última encuesta reunió datos comparables sobre el consumo de sustancias entre estudiantes de 15 a 16 años de 35 países europeos, incluidos 23 Estados miembros de la UE y Noruega. Entre los estudiantes de estos 24 países, de media, informó haber consumido cannabis al menos una vez (prevalencia a lo largo de la vida) el 18 %; los niveles más altos se registraron en la República Checa (37 %) y Francia (31 %). El consumo de cannabis en el último mes osciló entre el 2 % de Suecia, Finlandia y Noruega y el 17 % de Francia, con una media del 8 % en los 24 países. Las diferencias en función del género variaron en el conjunto de Europa: la relación de chicos y chicas entre los consumidores de cannabis a lo largo de la vida fue de paridad en la República Checa y Malta a 2,5 chicos por cada chica en Noruega.

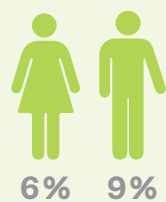
El consumo de drogas ilegales diferentes al cannabis fue mucho más bajo, con una prevalencia total a lo largo de la vida del 5 %. Las drogas ilegales más consumidas después del cannabis fueron la MDMA o el éxtasis, la anfetamina, la cocaína, la metanfetamina y el LSD u otros alucinógenos, cada uno de los cuales fue notificado por el 2 % de los estudiantes. Además, informó de un consumo a lo largo de la vida de nuevas sustancias psicoactivas el 4 % de los estudiantes, y los niveles más altos se notificaron en Estonia y Polonia (10 % cada uno).

Entre los 22 países con datos suficientes para su análisis (21 Estados miembros de la UE y Noruega), las tendencias generales de la prevalencia del consumo de cannabis en el último mes alcanzaron un máximo en 2003 y descendieron ligeramente en posteriores encuestas (gráfico 2.1). Entre las encuestas más recientes, de 2011 y 2015, la prevalencia tanto del consumo de cannabis a lo largo de la vida como del consumo en el último mes se mantuvo estable en la mayor parte de estos países. Desde 1995, la prevalencia del consumo de drogas ilegales diferentes al cannabis a lo largo de la vida ha permanecido en gran medida inalterada, con un ligero descenso entre 2011 y 2015.

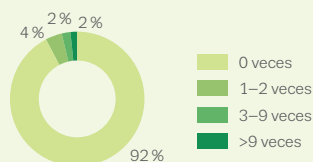
Informó de un consumo a lo largo de la vida de nuevas sustancias psicoactivas el 4 % de los estudiantes

CONSUMO DE SUSTANCIAS ENTRE ESTUDIANTES EUROPEOS DE 15 A 16 AÑOS (ESPAD 2015)

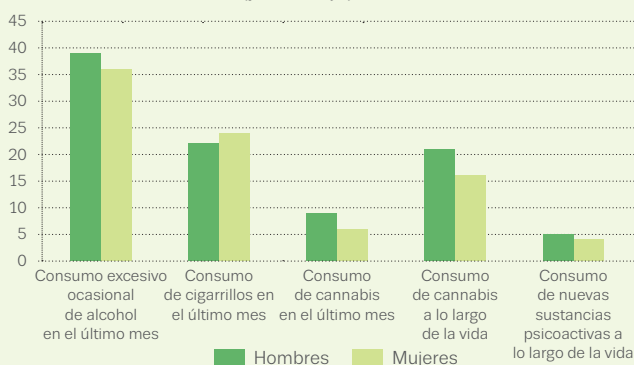
Consumo de cannabis en el último mes, por género



Frecuencia de consumo de cannabis en el último mes



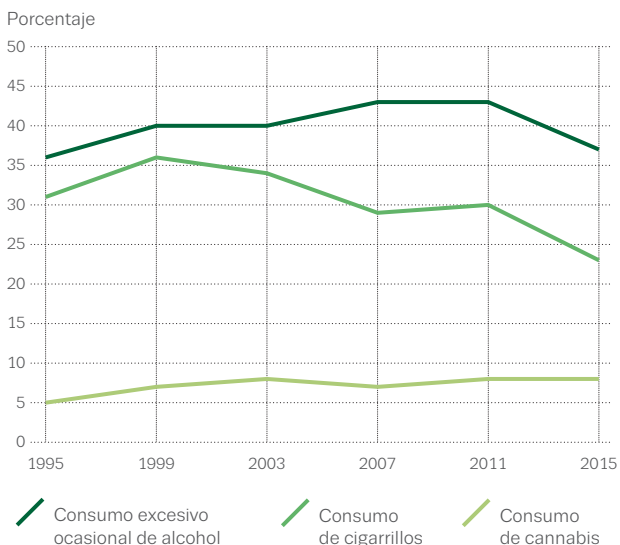
Consumo de sustancias (porcentaje)



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

GRÁFICO 2.1

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



Nota: Basados en datos de los 21 Estados miembros de la UE y Noruega que participaron en al menos cuatro rondas del ESPAD.

Consumo de tabaco y consumo excesivo ocasional de alcohol: descenso reciente entre estudiantes escolares

ESPAD también informa del consumo de alcohol y tabaco. Más de cuatro quintas partes (83 %) de los estudiantes había consumido alcohol al menos una vez en su vida. La mitad informó de que había consumido alcohol al menos una vez en el último mes: el 39 % de los chicos y el 36 % de las chicas había tomado cinco o más bebidas al menos una vez en el último mes (consumo excesivo ocasional).

Alrededor de la mitad (47 %) había fumado cigarrillos. En el mes anterior a la encuesta, el 23 % de los encuestados dijeron haber fumado un cigarrillo o varios al día, y el 3 % haber fumado más de 10 al día.

En los 22 países objeto de estudio del EMCDDA con suficientes datos para el análisis de las tendencias, se puede observar un descenso general entre 1995 y 2015 del consumo a lo largo de la vida y en el último mes, tanto de alcohol como de cigarrillos. Los cambios en el consumo excesivo ocasional de alcohol fueron menores, pese al aumento en el consumo de las chicas observado durante ese período. Entre las encuestas de 2011 y 2015 se produjo una disminución tanto del consumo excesivo ocasional de alcohol como del consumo de cigarrillos en el último mes.

Más de 93 millones de adultos han probado drogas ilegales

Se estima que poco más de una cuarta parte de la población de 15 a 64 años de la UE, más de 93 millones de personas, han probado drogas ilegales en algún momento de su vida. Según los informes, la experiencia de consumo de drogas es más habitual en hombres (56,8 millones) que en mujeres (36,8 millones). La droga que más se prueba es el cannabis (53,8 millones de hombres y 34,1 millones de mujeres), seguido muy de lejos por la cocaína (12,2 millones de hombres y 5,3 millones de mujeres), la MDMA (9,3 millones de hombres y 4,7 millones de mujeres) y la anfetamina (8,4 millones de hombres y 4,2 millones de mujeres). Los niveles de consumo de cannabis a lo largo de la vida difieren considerablemente entre países, oscilando entre ocho de cada 20 adultos en Francia y menos de uno de cada 20 en Malta y Rumanía.

El consumo de drogas en el último año constituye una buena indicación del consumo reciente y se concentra principalmente en los adultos jóvenes. Se estima que 18,7 millones de adultos jóvenes (de entre 15 y 34 años) ha consumido drogas en el último año y el número de hombres duplica al de mujeres.

Consumo de cannabis: tendencias nacionales variadas

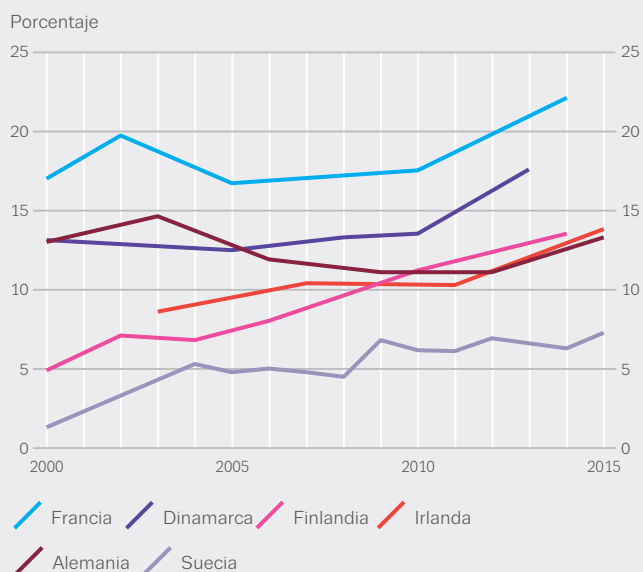
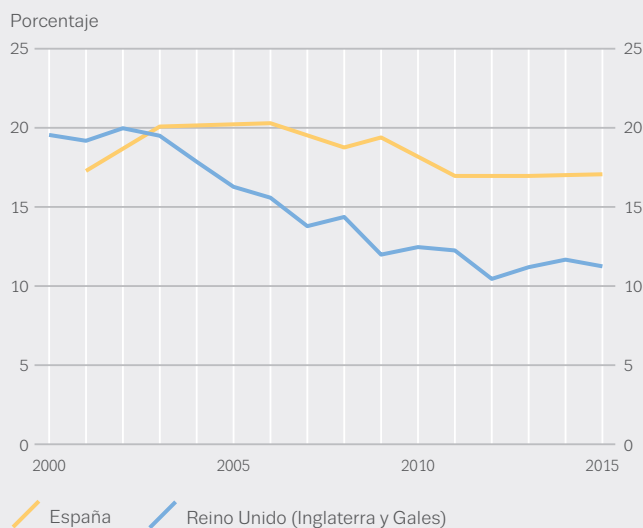
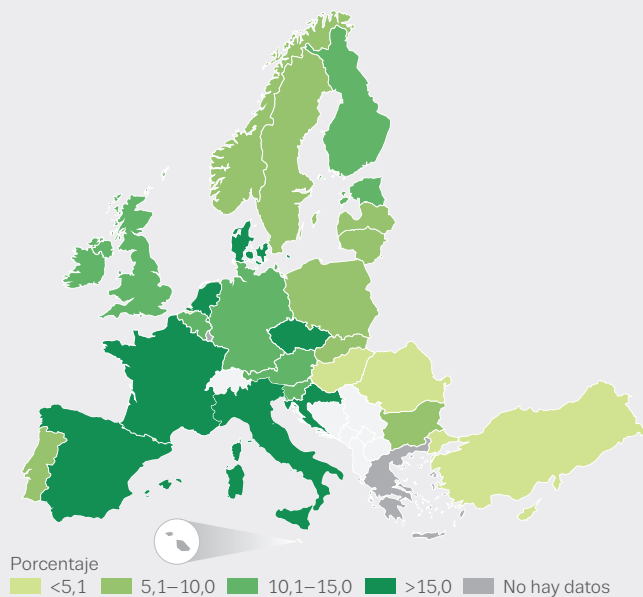
El cannabis es la droga ilegal más consumida en todos los grupos de edad. Esta droga suele fumarse y, en Europa, se mezcla frecuentemente con tabaco. Las pautas de consumo de cannabis pueden oscilar de un consumo ocasional a un consumo regular y dependiente.

Se estima que 87,7 millones de europeos adultos (de 15 a 64 años) (el 26,3 % de este grupo de edad) han consumido cannabis en algún momento de su vida. De ellos, se calcula que 17,1 millones de europeos jóvenes (de 15 a 34 años) (el 13,9 % de este grupo de edad) consumieron cannabis en el último año, de ellos 10 millones entre 15 y 24 años (17,7 %). Entre los jóvenes de 15 a 34 años, las tasas de prevalencia durante el último año oscilan entre el 3,3 % en Rumanía y el 22 % en Francia. Entre los que consumieron esta droga durante el último año, la relación de hombres y mujeres fue de dos a uno.

La droga que más se prueba es el cannabis

GRÁFICO 2.2

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



Los resultados de la encuesta más reciente revelan que los países siguen direcciones divergentes en el consumo de cannabis en el último año. De los países que han realizado encuestas desde 2014 y han notificado intervalos de confianza, siete notificaron estimaciones más altas, seis se mantuvieron estables y dos notificaron estimaciones más bajas que en las anteriores encuestas comparables.

Pocos países cuentan con datos suficientes de encuestas para hacer un análisis estadístico de las tendencias del consumo de esta droga en el último año entre adultos jóvenes (de 15 a 34 años). En estos, según los datos más recientes, las tendencias decrecientes a largo plazo, observadas antes en España y el Reino Unido en la última década, se han estabilizado (gráfico 2.2).

En los últimos diez años, se puede observar una tendencia al alza en Irlanda y Finlandia y también en Suecia, pese a que la prevalencia en este país se ha mantenido estable desde 2009. En Alemania, Dinamarca y Francia, no se observa una tendencia ascendente durante este período, si bien las últimas encuestas apuntan a un incremento reciente del consumo de cannabis en el último año entre los adultos jóvenes. En 2014, Francia registró una nueva subida del 22 %, mientras que el 13 % notificado en Alemania en 2015 es la prevalencia más alta de la última década del consumo de cannabis en el último año a escala nacional entre adultos jóvenes. Entre los países que carecen de datos suficientes para un análisis estadístico de las tendencias, en 2015, la segunda encuesta anual comparable de los Países Bajos confirmó una prevalencia de cerca del 16 %, mientras que la principal encuesta nacional de Austria desde 2008 registró una prevalencia del 14 %.

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

Según los estudios de la población general, se estima que el 1 % de los adultos europeos consumen cannabis a diario o casi a diario, es decir, que han consumido la droga 20 o más días al mes. Aproximadamente el 30 % de ellos son consumidores mayores, de 15 a 64 años de edad, y más de tres cuartas partes son hombres.

Los datos sobre los consumidores que reciben tratamiento por problemas con esta droga pueden aportar información sobre la naturaleza y el alcance del consumo de cannabis de alto riesgo en Europa cuando se analizan junto con otros indicadores. El número total de consumidores que inician tratamiento por primera vez por problemas con el cannabis pasó de 43 000 en 2006 a 76 000 en 2015. Muchos factores pueden explicar el aumento, entre otros una prevalencia mayor del consumo de esta droga entre la población general, el aumento del número de consumidores intensivos, la disponibilidad de productos de mayor potencia y el aumento de la derivación para tratamiento y de los niveles de asistencia.

Prevalencia del consumo de cocaína: tendencias nacionales estables

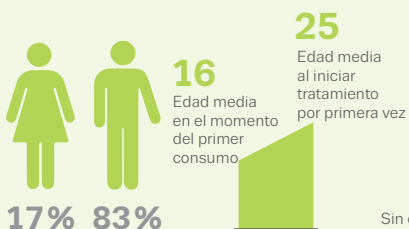
La cocaína es la droga estimulante ilegal más consumida en Europa, con mayor prevalencia en los países del sur y el oeste. Entre los consumidores habituales, puede hacerse una clara distinción entre los consumidores más integrados en la sociedad, que suelen inhalar polvo de cocaína (clorhidrato de cocaína), y los consumidores marginados, que se administran cocaína por vía parenteral o fuman crack, a menudo junto con opioides.

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

Solo España, Irlanda, Países Bajos y Reino Unido han notificado una prevalencia del consumo de cocaína el último año entre los adultos jóvenes del 2,5 % o superior. En el conjunto de Europa, la reducción del consumo de cocaína notificada en años anteriores no se ha observado en los estudios más recientes. De los países que han realizado encuestas desde 2014 y han notificado intervalos de confianza, dos notificaron estimaciones más altas, 11 notificaron una tendencia estable y uno notificó estimaciones más bajas que en las anteriores encuestas comparables.

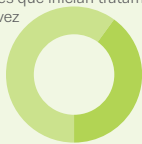
CONSUMIDORES DE CANNABIS QUE INICIAN TRATAMIENTO

Características



Consumidores que inician tratamiento por primera vez

60%

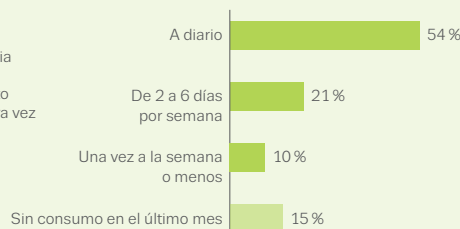


Consumidores que inician tratamiento tratados previamente

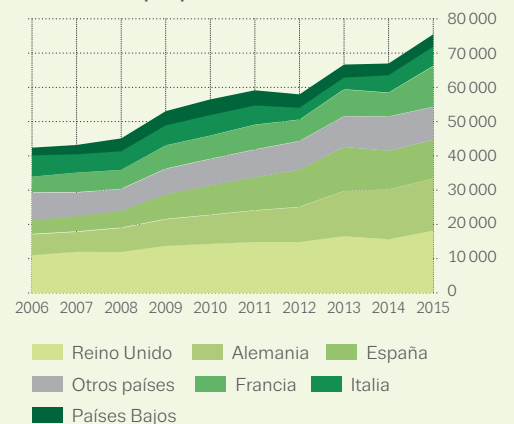
40%

Frecuencia de consumo en el último mes

Consumo medio 5,4 días por semana



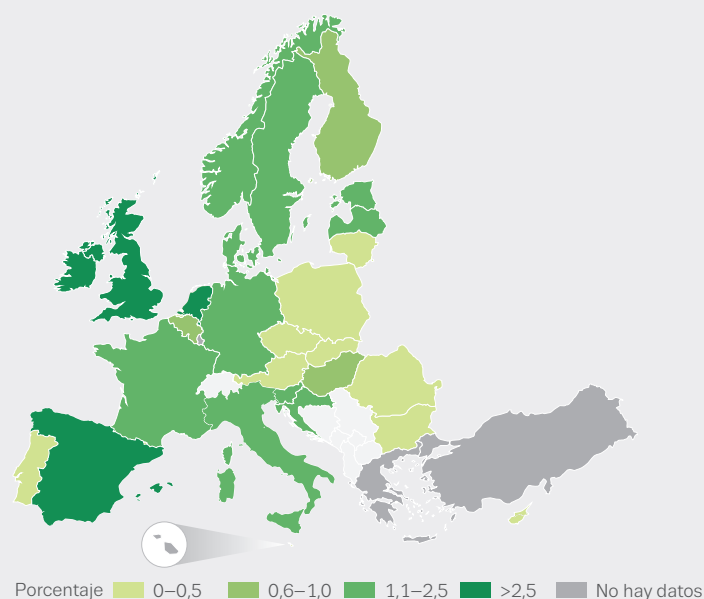
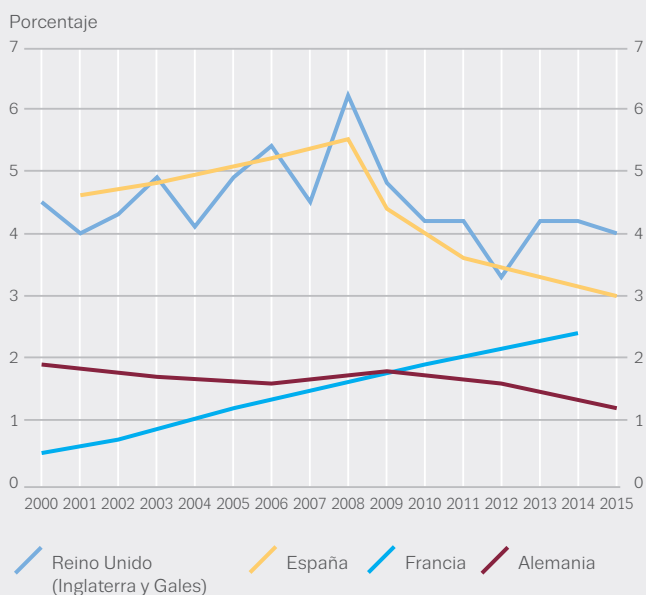
Tendencias en los consumidores que inician tratamiento por primera vez



Nota: Las características se refieren al conjunto de los consumidores que iniciaron tratamiento siendo el cannabis la droga principal. Las tendencias de consumidores que inician tratamiento por primera vez se basan en datos de 23 países. Debido a los cambios en el flujo de datos a escala nacional, los datos de Italia recopilados desde 2014 no son comparables con los de años anteriores.

GRÁFICO 2.3

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



Solo puede realizarse un análisis estadístico de las tendencias a largo plazo del consumo de cocaína en el último año entre adultos jóvenes en un pequeño número de países y los nuevos datos dan cuenta de las tendencias existentes. España y el Reino Unido notificaron tendencias de aumento de la prevalencia hasta 2008, seguidas de su estabilización o descenso (gráfico 2.3). Si bien con niveles de prevalencia inferiores, Francia mostró una tendencia ascendente, por encima del 2 % en 2014, de prevalencia a lo largo de la vida. Según las estadísticas, la encuesta de 2015 realizada en Alemania mostró un descenso de la prevalencia, que se había mantenido estable entre 2000 y 2009.

El análisis de detección de residuos de cocaína en las aguas residuales municipales realizado en el marco de un estudio multiurbano complementa los resultados de las encuestas poblacionales. Este análisis aporta información sobre el consumo colectivo de sustancias puras en una comunidad y los resultados no son directamente comparables con las estimaciones de prevalencia de las encuestas poblacionales nacionales. Los resultados del análisis se presentan en cantidades normalizadas (cargas másicas) de residuos de drogas por cada 1 000 habitantes por día.

El análisis de 2016 reveló las mayores cargas másicas de benzoilecgonina, el metabolito principal de la cocaína, en ciudades de Bélgica, España y Reino Unido, y niveles muy bajos en la mayoría de ciudades de países del este (véase el gráfico 2.4). De las 33 ciudades que disponen de datos sobre 2015 y 2016, 22 notificaron un aumento, cuatro un descenso y siete una situación estable. La mayoría de las 13 ciudades con datos sobre 2011 y 2016 notificaron tendencias a más largo plazo estables o al alza.

Consumidores de cocaína de alto riesgo: estabilidad de la demanda de tratamiento

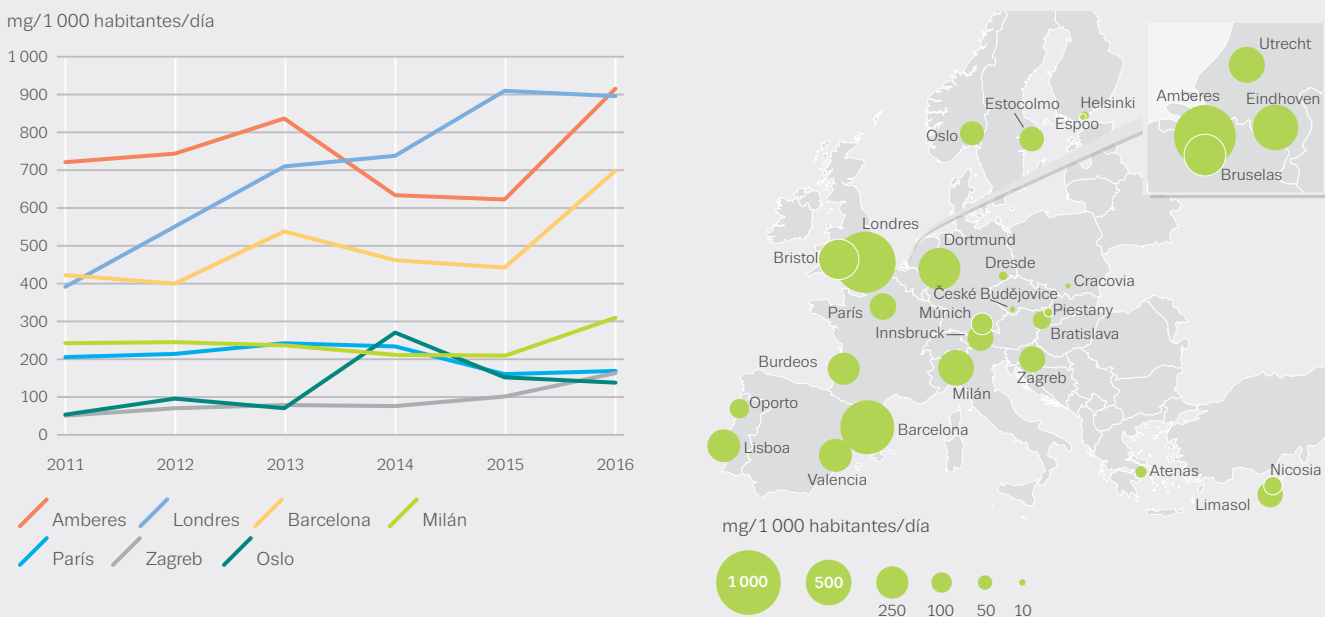
Resulta difícil calcular la prevalencia del consumo de cocaína de alto riesgo en Europa, ya que solo cuatro países tienen estimaciones recientes y se han utilizado definiciones y metodologías distintas. En 2015, basándose en preguntas de evaluación sobre el grado de dependencia, Alemania estimó que el 0,20 % de la población adulta consumía cocaína de alto riesgo, mientras que España lo estimó en el 0,24 %, utilizando para ello la frecuencia de consumo. En 2015, Italia cifró en un 0,65 % las personas que necesitaban tratamiento por consumo de cocaína. En Portugal, la estimación es de un 0,62 % en 2012, según informes de consumo en el último año.

España, Italia y el Reino Unido concentran tres cuartas partes (74 %) de los pacientes que inician tratamiento relacionado con la cocaína en Europa. En 2015, cerca de 63 000 pacientes que iniciaron tratamiento especializado y cerca de 28 000 clientes nuevos citaron como droga principal la cocaína. Tras un período de descenso, el número total de consumidores de cocaína que inician tratamiento por primera vez se ha mantenido relativamente estable desde 2012.

En 2015, 7 400 pacientes que iniciaron tratamiento en Europa notificaron como droga principal el crack y casi dos tercios (4 800) de ellos eran del Reino Unido. Una gran parte del resto (1 900) se encontraban en España, Francia y Países Bajos.

GRÁFICO 2.4

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

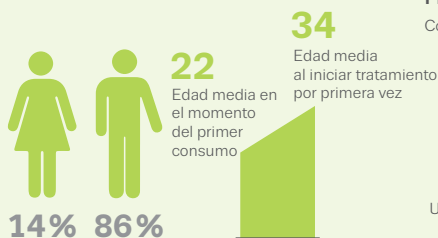


Nota: Cantidades diarias medias de benzoilecgonina en miligramos por 1 000 habitantes. Se tomaron muestras en determinadas ciudades europeas durante una semana en 2016.
Fuente: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

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

CONSUMIDORES DE COCAÍNA QUE INICIAN TRATAMIENTO

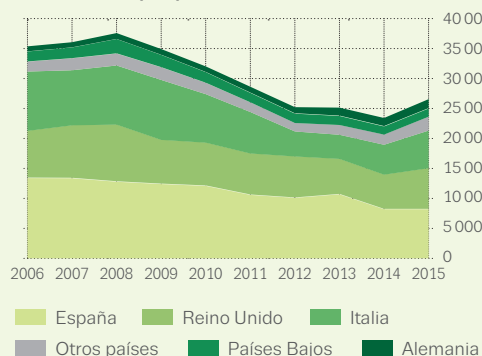
Características



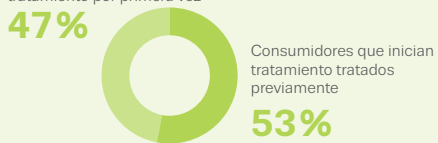
Frecuencia de consumo en el último mes



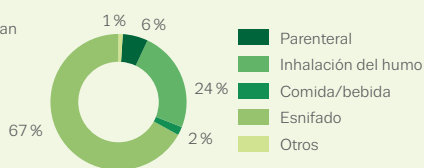
Tendencias en los consumidores que inician tratamiento por primera vez



Consumidores que inician tratamiento por primera vez



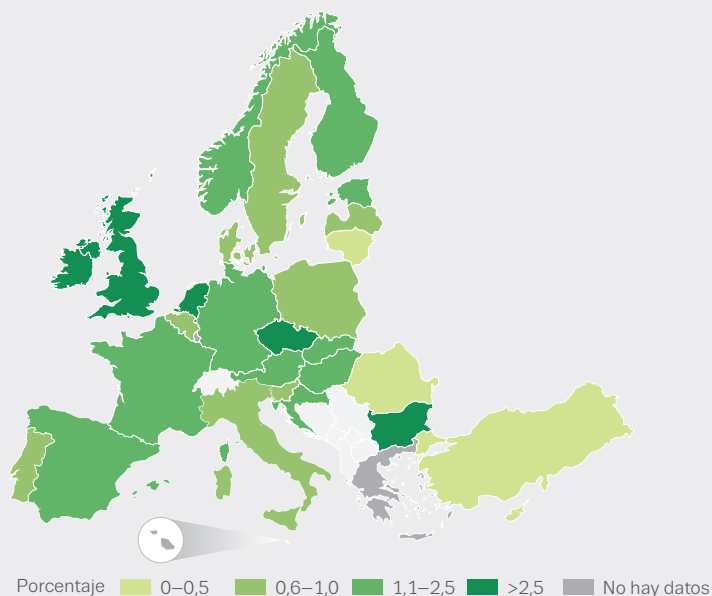
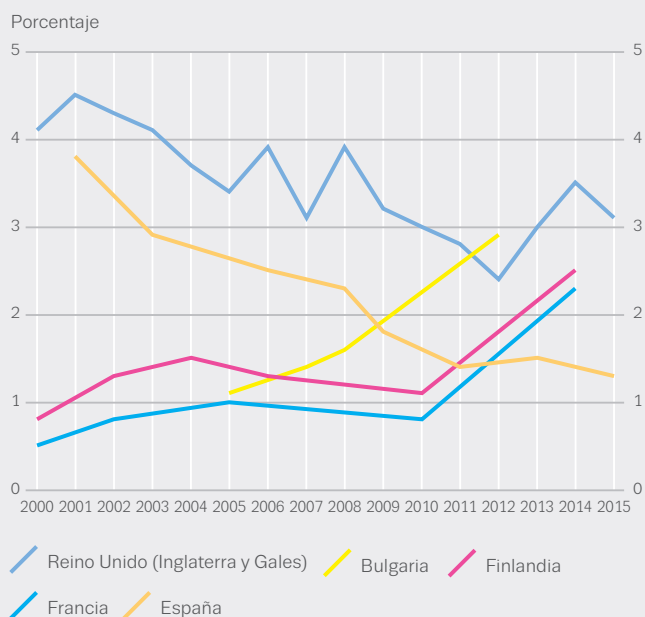
Vía de administración



Nota: Las características se refieren al conjunto de los consumidores que iniciaron tratamiento siendo la cocaína la droga principal. Las tendencias de consumidores que inician tratamiento por primera vez se basan en datos de 23 países. Debido a los cambios en el flujo de datos a escala nacional, los datos de Italia recopilados desde 2014 no son comparables con los de años anteriores.

GRÁFICO 2.5

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



MDMA: aumento continuo del consumo

La MDMA (3,4-metilendioxi-metanfetamina) se consume en forma de pastillas (con frecuencia denominadas éxtasis) y también en forma de cristal y polvo; las pastillas se suelen tragar, pero la droga en forma de cristal y polvo se toma por vía oral, se esnifa o se inhala. La mayoría de las encuestas europeas tradicionalmente han recopilado datos sobre el consumo de éxtasis, no de MDMA, pero tal situación está cambiando.

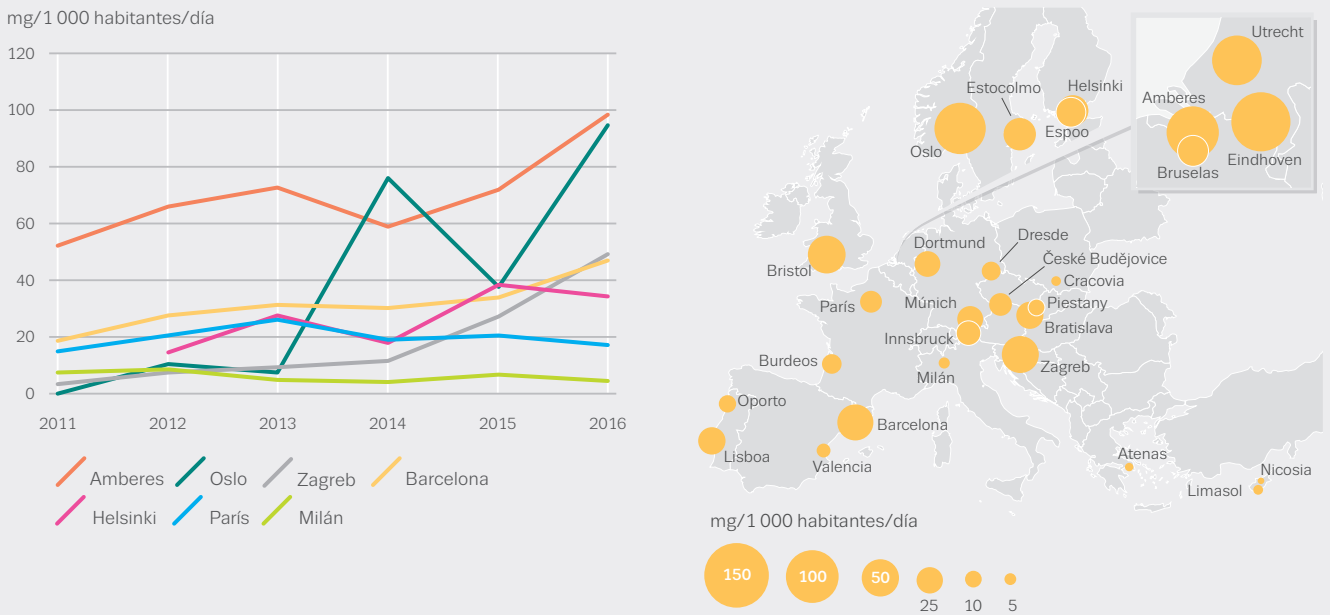
Se estima que 14 millones de adultos europeos (de 15 a 64 años) (el 4,2 % de este grupo de edad) ha consumido MDMA o éxtasis en algún momento de su vida. Las cifras de consumo más reciente, en el grupo de edad que refiere los niveles de consumo más altos, señalan que 2,3 millones de jóvenes adultos (de 15 a 34 años) consumieron MDMA en el último año (1,8 % de este grupo de edad), oscilando las estimaciones nacionales entre el 0,3 % en Chipre, Lituania y Rumanía y el 6,6 % en los Países Bajos.

Hasta hace poco, en muchos países la prevalencia de la MDMA había ido decayendo desde los niveles máximos alcanzados a mediados de los 2000. Sin embargo, en los últimos años las fuentes de vigilancia indican un aumento del consumo. Los resultados entre los países que han realizado nuevas encuestas desde 2014 y han notificado intervalos de confianza muestran una tendencia continua al alza en Europa, observándose cinco países con estimaciones más altas que las de anteriores encuestas comparables y nueve países con estimaciones estables.

En los casos en los que existen datos para realizar un análisis estadístico de las tendencias del consumo de MDMA entre jóvenes adultos en el último año, los datos más recientes son indicio de cambios. Tras la estabilidad o el aumento gradual desde 2000, Finlandia y Francia refirieron aumentos sustanciales en 2014 (gráfico 2.5). En el Reino Unido, los datos de 2015 muestra un descenso con respecto al aumento registrado desde 2012, mientras que en España se mantiene a la baja la tendencia a largo plazo, pese a que los valores recientes son estables.

GRÁFICO 2.6

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



Nota: Cantidades diarias medias de MDMA en miligramos por 1 000 habitantes. Se tomaron muestras en determinadas ciudades europeas durante una semana en 2016.
Fuente: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

Un análisis de varias ciudades realizado en 2016 reveló que las cargas más altas de MDMA en las aguas residuales se encontraron en ciudades de Bélgica, Noruega y Países Bajos (gráfico 2.6). De las 32 ciudades que disponen de datos sobre 2015 y 2016, 17 notificaron un aumento, 11 un descenso y cuatro una situación estable. Respecto de las tendencias a largo plazo, en la mayoría de las ciudades con datos sobre ambos años, las cargas de MDMA en las aguas residuales fueron mayores en 2016 que en 2011, observándose aumentos bruscos en algunas ciudades.

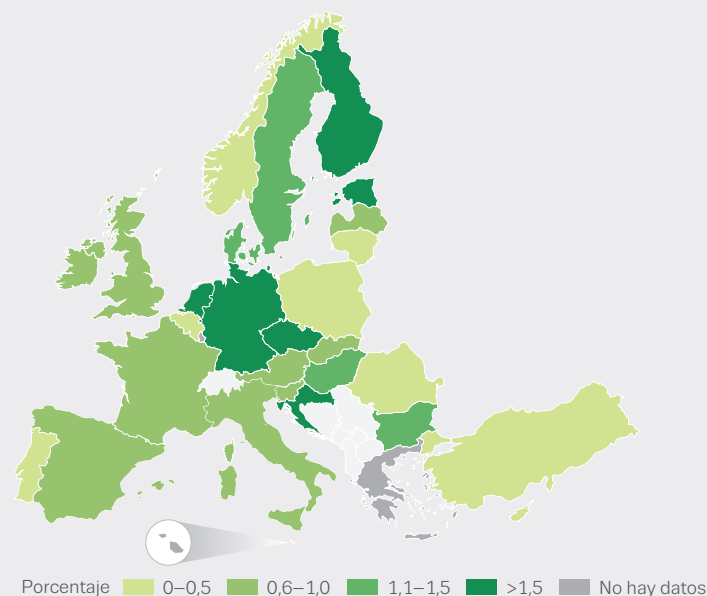
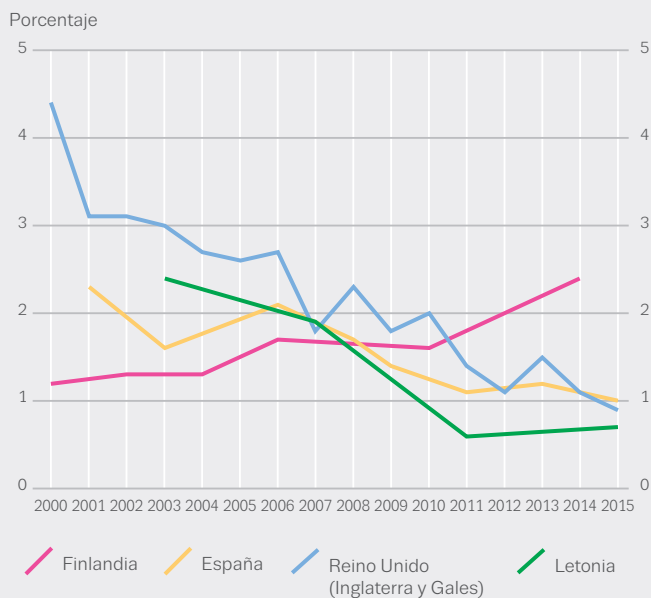
La MDMA suele consumirse con otras sustancias, como el alcohol, y siempre ha estado muy vinculada a los ambientes nocturnos y especialmente a la música electrónica. Los datos actuales indican que en algunos países con mayor prevalencia, el consumo de MDMA ya no es minoritario ni se trata de una droga subcultural limitada a fiestas y discotecas, sino que la consume una amplia variedad de jóvenes en todo tipo de ambientes nocturnos, como bares y fiestas organizadas en casas.

El consumo de MDMA rara vez se notifica como motivo para iniciar un tratamiento de drogodependencia. En 2015, menos de 1 % (casi 900 casos) de los consumidores que iniciaron tratamiento por primera vez en Europa refirieron consumo de MDMA.

Las fuentes de vigilancia indican un aumento del consumo de MDMA

GRÁFICO 2.7

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



Consumo de anfetaminas: situaciones nacionales divergentes

En Europa se consumen anfetamina y metanfetamina, dos estimulantes estrechamente relacionados, aunque es mucho mayor el consumo de la primera de ellas. El consumo de metanfetamina ha estado históricamente restringido a la República Checa y, más recientemente, a Eslovaquia, aunque en los últimos años se han detectado signos de aumento del consumo en otros países. En algunos conjuntos de datos no es posible distinguir entre estas dos sustancias; en tales casos, se utiliza el término genérico de anfetaminas.

Ambas drogas pueden tomarse por vía oral o nasal; además, es relativamente frecuente el consumo por vía parenteral entre los consumidores de alto riesgo de algunos países. La metanfetamina también puede consumirse por inhalación del humo, pero esta vía de administración no suele notificarse en Europa.

Se estima que 12,5 millones de adultos europeos (de 15 a 64 años) (el 3,8 % de este grupo de edad) han consumido anfetaminas en algún momento de su vida. Las cifras de consumo más reciente, en el grupo de edad que refiere los niveles de consumo más altos, señalan que 1,3 millones de jóvenes adultos (de 15 a 34 años) consumieron anfetaminas en el último año, oscilando las estimaciones nacionales de prevalencia más recientes entre el 0,1 % en Chipre, Portugal y Rumanía y el 3,1 % en los Países Bajos. Los datos disponibles indican que desde aproximadamente el año 2000, la mayoría de los países europeos han experimentado una situación relativamente estable en las tendencias de consumo. De los

países que han realizado nuevas encuestas desde 2014 y han notificado intervalos de confianza, dos notificaron estimaciones más altas, diez informaron de una tendencia estable y dos notificaron estimaciones más bajas que en las anteriores encuestas comparables.

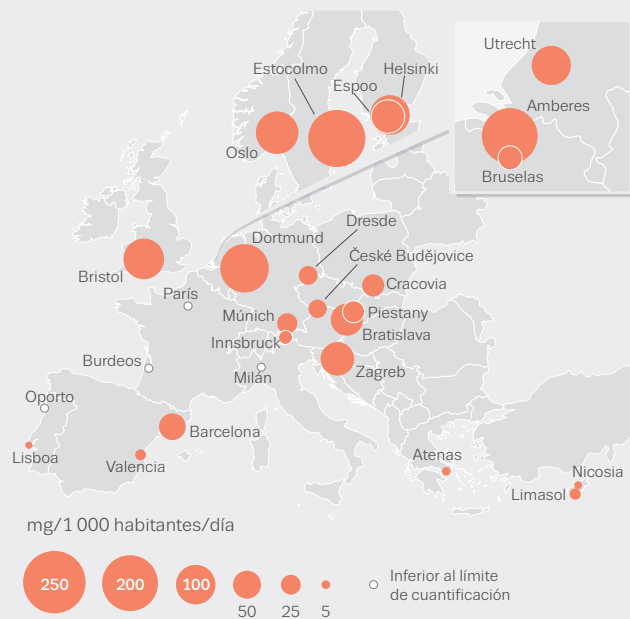
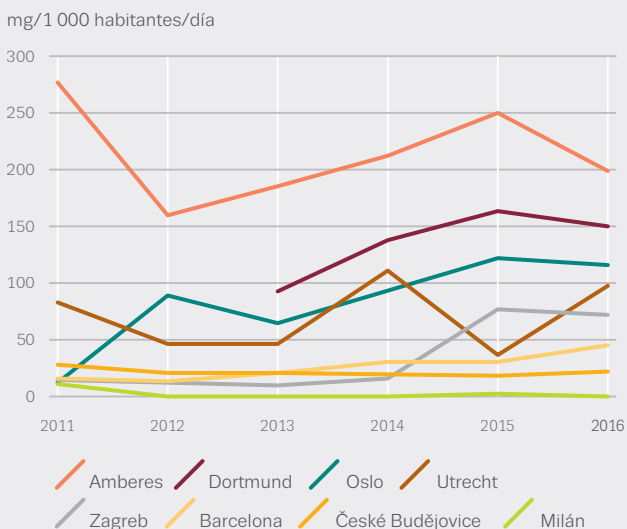
Solo puede realizarse un análisis estadístico de las tendencias de la prevalencia del consumo de anfetaminas durante el último año entre adultos jóvenes en un pequeño número de países. España, Letonia y el Reino Unido muestran tendencias a largo plazo decrecientes (gráfico 2.7). Por el contrario, Finlandia muestra un aumento de la prevalencia desde 2000.

El análisis de las aguas residuales municipales realizado en 2016 detectó que las cargas máxicas de anfetaminas variaron considerablemente en toda Europa y los niveles más elevados se notificaron en ciudades del norte de Europa (véase el gráfico 2.8). En las ciudades del sur de Europa se detectaron niveles mucho más bajos. De las 32 ciudades que disponen de datos para 2015 y 2016, 13 notificaron un aumento, nueve una situación estable y diez un descenso. En general, los datos de 2011 a 2016 mostraron tendencias relativamente estables para la anfetamina.

El consumo de metanfetamina, generalmente bajo e históricamente restringido a la República Checa y a Eslovaquia, parece darse también en el este de Alemania y el norte de Europa, sobre todo en ciudades de Finlandia (véase el gráfico 2.9). De las 30 ciudades que disponen de datos sobre 2015 y 2016, 13 notificaron un aumento, diez una situación estable y siete un descenso.

GRÁFICO 2.8

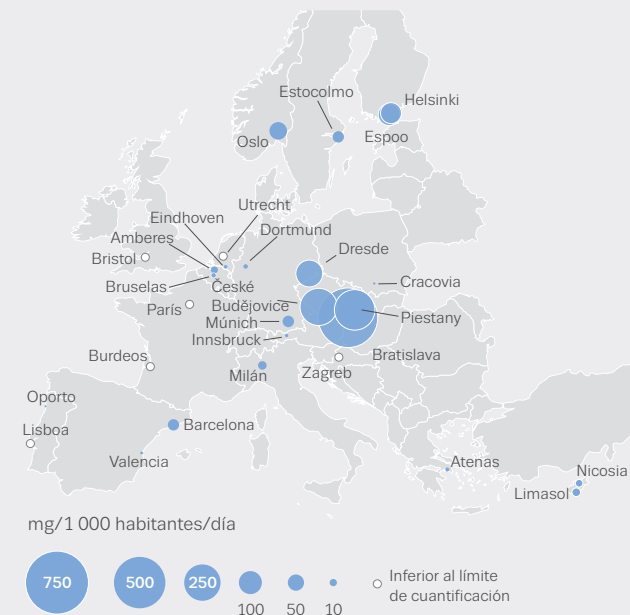
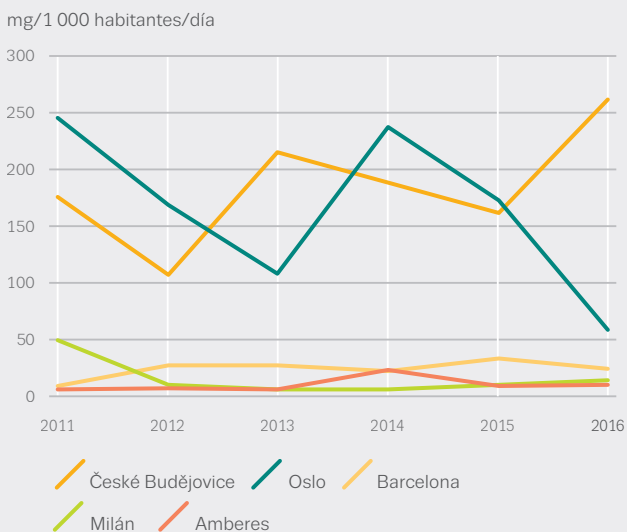
Residuos de anfetamina en aguas residuales en determinadas ciudades europeas: tendencias y datos más recientes



Nota: Cantidades diarias medias de anfetamina en miligramos por 1 000 habitantes. Se tomaron muestras en determinadas ciudades europeas durante una semana en 2016.
Fuente: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

GRÁFICO 2.9

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



Nota: Cantidades diarias medias de metanfetamina en miligramos por 1 000 habitantes. Se tomaron muestras en determinadas ciudades europeas durante una semana en 2016.
Fuente: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

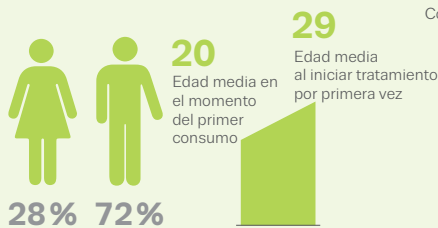
Consumidores de anfetaminas de alto riesgo: aumento de la demanda de tratamiento

Los problemas relacionados con el consumo de anfetamina prolongado, crónico o por vía parenteral han sido tradicionalmente más evidentes en los países del norte de Europa. En contraste, los problemas a largo plazo con la metanfetamina han sido más evidentes en la República Checa y Eslovaquia. Se dispone de estimaciones recientes del consumo de anfetamina de alto riesgo en Noruega, donde el consumo se estima en el 0,33 % (11 200 adultos), y en Alemania, donde se estima en el 0,19 % (102 000 adultos) en 2015. Los consumidores de anfetaminas probablemente constituyen la mayoría de los 2 180 consumidores de estimulantes de alto riesgo (0,17 %) estimados notificados por Letonia en 2014, desde los 6 540 (0,46 %) notificados en 2010. Las estimaciones recientes del consumo de metanfetamina de alto riesgo están disponibles para la República Checa y Chipre. En la República Checa, el consumo de metanfetamina de alto riesgo entre adultos (de 15 a 64 años) se estimó cerca del 0,49 % en 2015. El consumo de la droga de alto riesgo, principalmente por vía parenteral, pasó de 20 900 consumidores en 2007 a cifras máximas de 36 400 en 2014 y luego descendió a 34 200 en 2015. La estimación para Chipre es del 0,14 % o de 678 consumidores en 2015.

Unos 34 000 consumidores que iniciaron tratamiento de drogodependencia especializado en Europa en 2015 citaron las anfetaminas como droga principal, de los cuales unos 14 000 recibían tratamiento por primera vez. Los consumidores de anfetamina como droga principal representan más del 15 % de los pacientes que inician tratamiento por primera vez solamente en Alemania, Bulgaria, Finlandia, Letonia y Polonia. Los consumidores que inician tratamiento por consumo de metanfetamina como droga principal se concentran en la República Checa y Eslovaquia; juntas representan el 90 % de los 9 000 consumidores de esta droga en tratamiento especializado en Europa. En general, la tendencia al alza en los consumidores que iniciaron tratamiento por primera vez y que refirieron la anfetamina o la metanfetamina como droga principal observada de 2006 a 2014 continuó en 2015 en la mayor parte de los países.

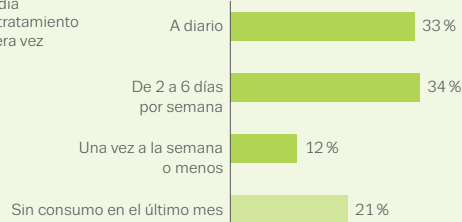
CONSUMIDORES DE ANFETAMINAS QUE INICIAN TRATAMIENTO

Características

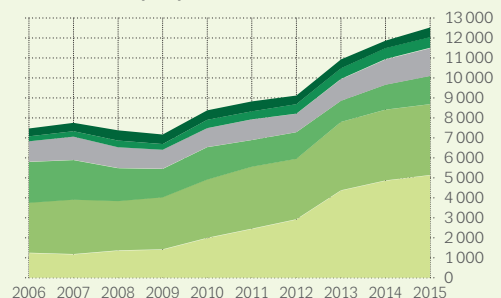


Frecuencia de consumo en el último mes

Consumo medio **4,4** días por semana

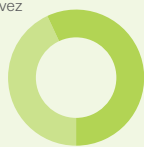


Tendencias en los consumidores que inician tratamiento por primera vez



Consumidores que inician tratamiento por primera vez

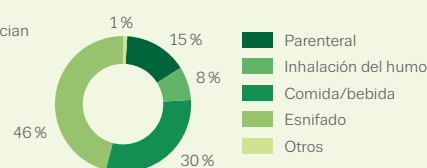
43%



Consumidores que inician tratamiento tratados previamente

57%

Vía de administración



■ Alemania ■ República Checa ■ Reino Unido
■ Otros países ■ Eslovaquia ■ Países Bajos

Nota: Las características se refieren al conjunto de los consumidores que iniciaron tratamiento siendo las anfetaminas la droga principal. Las tendencias de consumidores que inician tratamiento por primera vez se basan en datos de 23 países.

Ketamina, GHB y alucinógenos: el consumo sigue siendo bajo

En Europa se utilizan otras sustancias con propiedades alucinógenas, anestésicas, disociativas o sedantes, como LSD (dietilamida del ácido lisérgico), hongos alucinógenos, ketamina y GHB (gamma-hidroxitirato).

El consumo recreativo de ketamina y de GHB (incluido su precursor GBL, gamma-butirolactona) se ha notificado entre subgrupos de consumidores de drogas en Europa durante las dos últimas décadas. Las estimaciones nacionales de prevalencia del consumo de GHB y ketamina, cuando las hay, en la población adulta y en la población escolar se mantienen bajas. En su encuesta de 2015, Noruega notificó una prevalencia del consumo de GHB durante el último año del 0,1 % en adultos (de 16 a 64 años). En 2015, las estimaciones de prevalencia del consumo de ketamina, nitrito de amilo y GHB durante el último año en adultos jóvenes (de 15 a 34 años) fueron del 0,6 % en la República Checa y el Reino Unido.

Los niveles de prevalencia general del consumo de LSD y hongos alucinógenos en Europa son generalmente bajos y estables desde hace varios años. Entre los jóvenes adultos (de 15 a 34 años), las encuestas nacionales revelaron estimaciones de prevalencia durante el último año de menos del 1 % para ambas sustancias, con la excepción de los Países Bajos (1,1 %) y la República Checa (2,2 %), que registraron una prevalencia para los hongos alucinógenos en 2015, y Finlandia, que registró una prevalencia del 1,3 % para LSD en 2014.

Nuevas sustancias psicoactivas: bajo consumo en la población general

Una serie de países han incluido nuevas sustancias psicoactivas en sus encuestas de población general, aunque las divergencias existentes en los métodos y las preguntas limitan la comparabilidad de los resultados. Desde 2011, 11 países europeos han notificado estimaciones nacionales de consumo de nuevas sustancias psicoactivas (sin incluir la ketamina ni el GHB). Para el grupo de edad de adultos jóvenes (de 15 a 34 años), la prevalencia del consumo de estas sustancias durante el último año oscila entre el 0,3 % en Austria y el 1,6 % de Irlanda y la República Checa.

Se dispone de datos de la encuesta del Reino Unido (Inglaterra y Gales) sobre el consumo de mefedrona. En la encuesta más reciente (2015/16), el consumo de mefedrona en el año anterior entre adultos de 16 a 34 años se estimó en el 0,5 %, cifra que supone un descenso respecto al 1,1 % de 2014/15.

Un número limitado de encuestas incluyen preguntas acerca del consumo de cannabinoides sintéticos. El consumo en el último año de cannabinoides sintéticos entre los jóvenes de 15 a 34 años se estimó en el 1,5 % en Letonia y en el 0,4 % en Eslovaquia en 2015, y en el 0,1 % en Finlandia en 2014. También en 2014, informó de haber consumido cannabinoides sintéticos alguna vez en su vida el 4 % estimado de los jóvenes de Francia de 18 a 34 años.

Nuevas sustancias psicoactivas: consumo de alto riesgo en poblaciones marginadas

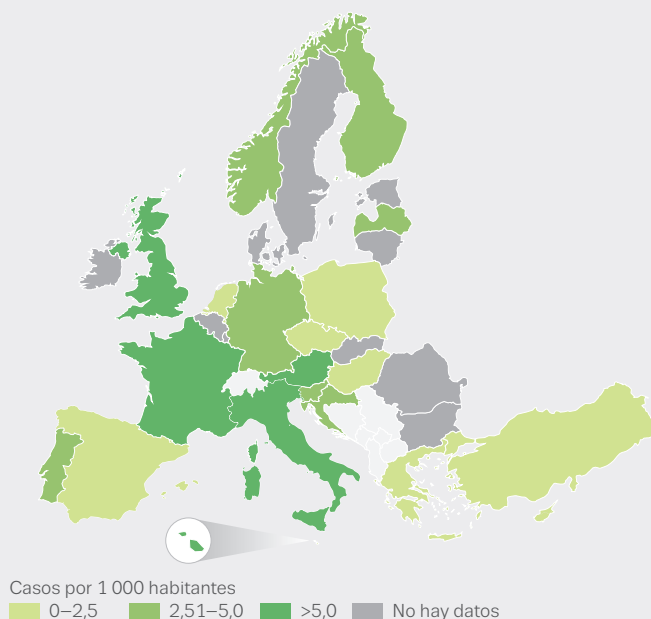
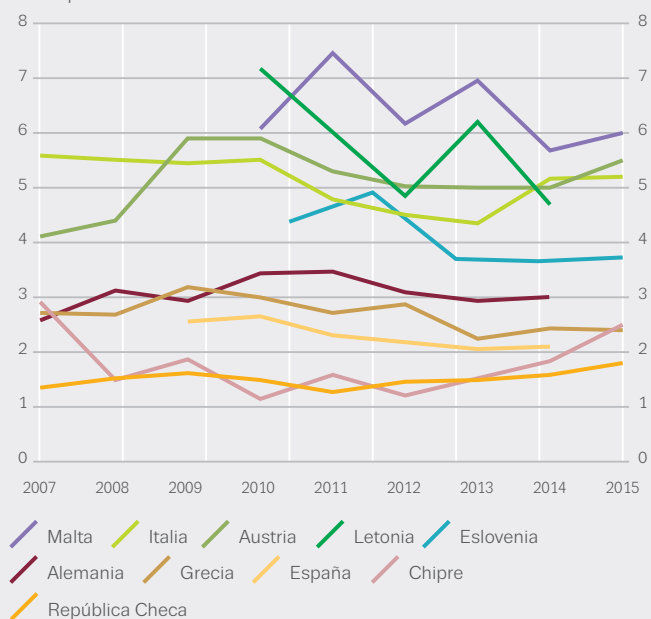
En 2016 el EMCDDA estudió el consumo de nuevas sustancias psicoactivas por consumidores de alto riesgo. El estudio reveló que, aunque los niveles de consumo en Europa eran generalmente bajos, las pautas de consumo estaban asociadas a numerosos problemas. Una gran parte de los países europeos (22) notificaron algún consumo de nuevas sustancias psicoactivas entre los grupos de consumidores de alto riesgo, pero el consumo más extendido entre consumidores de opioides y estimulantes inyectables se limitó a Hungría y a zonas del Reino Unido. La mitad (15) de los países notificaron el consumo de catinonas sintéticas por vía parenteral, variando de unos a otros países la sustancia consumida; por ejemplo, en el Reino Unido esta era mefedrona, en Finlandia alfa-PVP, en Hungría pentedrona y en Eslovenia 3-MMC. El consumo de cannabinoides sintéticos para fumar entre los grupos marginados, sobre todo personas sin hogar y reclusos, plantea un nuevo problema en cerca de dos tercios de los países europeos.

Son pocas las personas que en la actualidad inician tratamiento en Europa por problemas relacionados con el consumo de nuevas sustancias psicoactivas, aunque es probable que se infranotifiquen los casos. En 2015, cerca de 3 200 consumidores, menos del 1 % de los que inician tratamiento especializado por drogas en Europa, refirieron problemas relacionados con estas sustancias. En el Reino Unido, cerca de 1 500 consumidores que iniciaron tratamiento (aproximadamente el 1 % de todos los consumidores de drogas) notificaron consumo de catinonas sintéticas como droga principal; Hungría y Rumanía informaron también de cifras relativamente altas de consumidores de nuevas sustancias psicoactivas que iniciaron tratamiento por drogas.

GRÁFICO 2.10

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

Casos por 1 000 habitantes



Consumidores de opioides de alto riesgo: sigue predominando la heroína

El opioide ilegal más consumido en Europa es la heroína, que puede fumarse, esnifarse o administrarse por vía parenteral. También se ha observado un consumo abusivo de otros opioides sintéticos, como la metadona, la buprenorfina y el fentanilo.

En Europa ha habido varias oleadas de adicción a la heroína, en particular una primera que afectó a muchos países de la parte occidental desde mediados de la década de los 70 y una segunda que afectó a otros países, especialmente los de la parte central y oriental entre mediados y finales de la década de los 90. En los últimos años, se han detectado grupos de consumidores de opioides de alto riesgo de más edad, que probablemente hayan estado en contacto con servicios de tratamiento de sustitución.

La prevalencia media del consumo de opioides de alto riesgo entre adultos (de 15 a 64 años) se estima en el 0,4 % de la población de la UE, lo que supone 1,3 millones de consumidores en 2015. A escala nacional, las estimaciones de prevalencia de este tipo de consumo varían entre menos de 1 y más de 8 casos por cada 1 000 habitantes de 15 a 64 años de edad (gráfico 2.10). Tres cuartas partes (76 %) de los consumidores de opioides de alto riesgo estimados en la Unión Europea se concentran en cinco países (Alemania, España, Francia, Italia y Reino Unido). De los diez países con estimaciones múltiples de consumo de opioides de alto riesgo

entre 2007 y 2015, España muestra un descenso estadísticamente significativo (gráfico 2.10).

En 2015, de los 191 000 consumidores de opioides como droga principal que iniciaron tratamiento especializado en Europa, 37 000 lo hacían por primera vez. De ellos, los consumidores de heroína como droga principal representaron el 79 %.

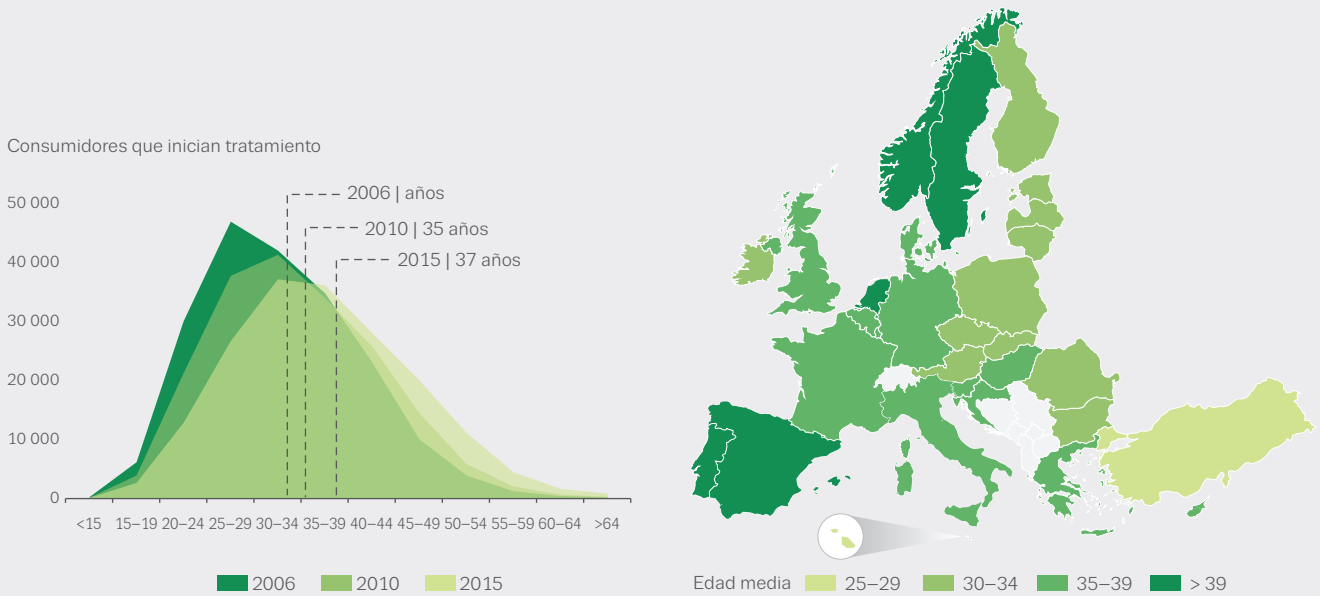
Consumidores de opioides: población que envejece

El número de consumidores de heroína que iniciaron tratamiento por primera vez se redujo a menos de la mitad desde el máximo registrado de 56 000 en 2007 hasta los 23 000 en 2013, antes de aumentar a 29 000 en 2015. Este aumento reciente puede observarse en diversos países, pero se recomienda precaución al interpretarlo, ya que pueden haber repercutido en el total de la UE los cambios en los informes nacionales.

Muchos consumidores de opioides en Europa, sobre todo con antecedentes de policonsumo, a largo plazo tienen ahora entre 40 y 50 años de edad. Entre 2006 y 2015, la edad media de los que iniciaron tratamiento por problemas relacionados con el consumo de opioides aumentó en 4 años (véase el gráfico 2.11). Durante el mismo periodo, la edad media de la muerte inducida por drogas (principalmente, opioides) aumentó en 5,5 años. Los antecedentes de consumo de drogas por vía parenteral, el deficiente estado de salud, las malas condiciones de vida y el consumo de alcohol y de tabaco

GRÁFICO 2.11

Consumidores que inician tratamiento siendo los opioides la droga principal: cambios a lo largo del tiempo en la estructura por edades (izquierda) y edad media por país (derecha)

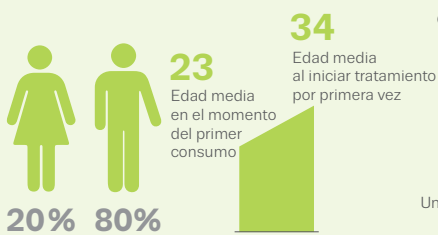


predisponen a estos consumidores a diversos problemas crónicos de salud, sobre todo cardiovasculares y pulmonares. Los consumidores de opioides a largo plazo informan asimismo de dolor crónico, al tiempo que la infección crónica por el virus de la hepatitis C puede aumentar el riesgo de cirrosis u otros problemas hepáticos. Los efectos acumulativos del

policonsumo, de la sobredosis y de las infecciones a lo largo de muchos años aceleran su envejecimiento físico, con la consiguiente necesidad de una mayor actuación de los servicios de tratamiento, de apoyo social y de prevención de las muertes relacionadas con las drogas.

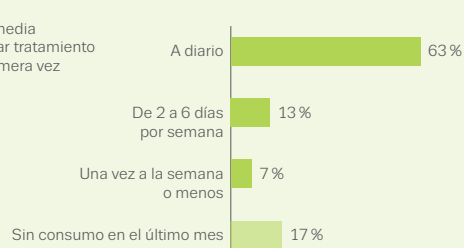
CONSUMIDORES DE HEROÍNA QUE INICIAN TRATAMIENTO

Características

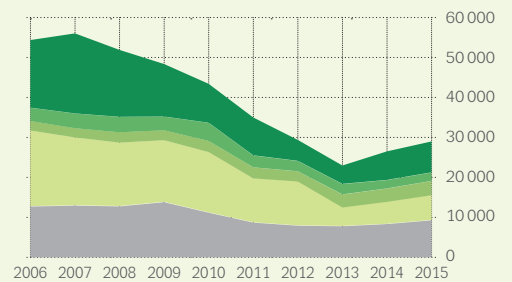


Frecuencia de consumo en el último mes

Consumo medio 6 días por semana



Tendencias en los consumidores que inician tratamiento por primera vez



Consumidores que inician tratamiento por primera vez

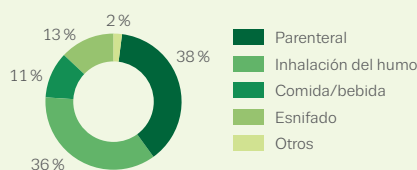
19%



Consumidores que inician tratamiento tratados previamente

81%

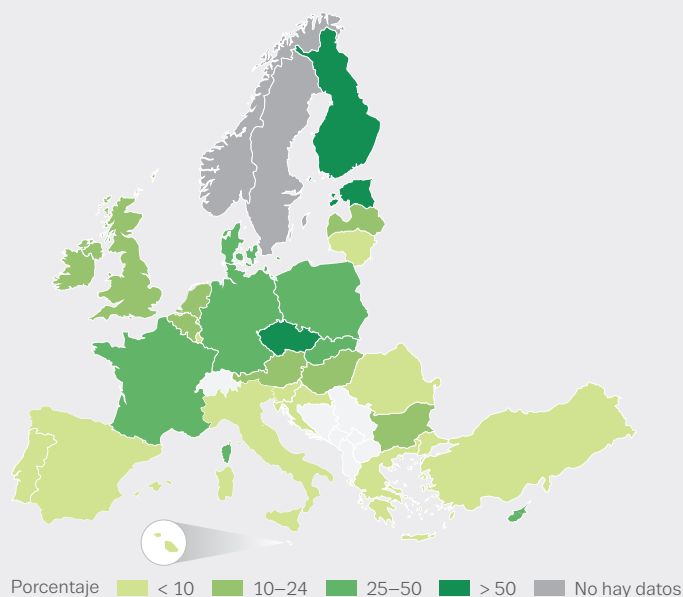
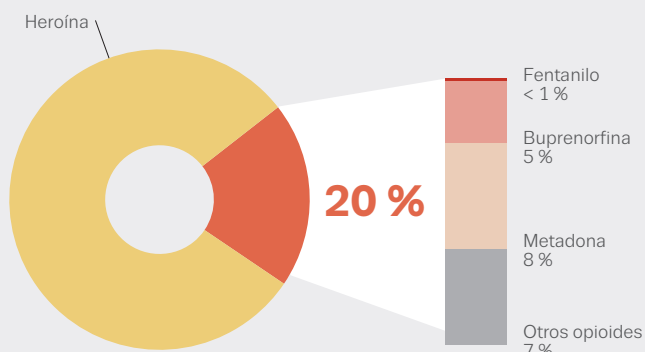
Vía de administración



Nota: Las características se refieren al conjunto de los consumidores que iniciaron tratamiento siendo la heroína la droga principal. Tendencias de consumidores que inician tratamiento por primera vez basadas en datos de 23 países. Debido a los cambios en el flujo de datos a escala nacional, los datos de Italia recopilados desde 2014 no son comparables con los de años anteriores.

GRÁFICO 2.12

Consumidores que inician tratamiento siendo los opioides la droga principal: por el tipo de opioide (izquierda) y porcentaje notificado de opioides diferentes a la heroína (derecha)



Opioides de alto riesgo: consumo de opioides sintéticos en alza

Aunque la heroína es el opioide ilegal más consumido, diversas fuentes indican un aumento creciente del consumo de opioides sintéticos legales (como la metadona, la buprenorfina y el fentanilo). En 2015, 17 países europeos notificaron que más del 10 % de los consumidores de opioides que iniciaron un tratamiento especializado presentaba problemas relacionados principalmente con opioides distintos de la heroína (gráfico 2.12). Estos opioides eran la metadona, la buprenorfina, el fentanilo, la codeína, la morfina, el tramadol y la oxycodona. En algunos países, los opioides distintos de la heroína son los más consumidos entre los pacientes que inician tratamiento. En Estonia, la mayoría de quienes iniciaron tratamiento por un opioide como droga principal tomaban fentanilo, mientras que en Finlandia la buprenorfina es el opioide objeto de un consumo más abusivo. En la República Checa, pese a que la heroína es el opioide más consumido como droga principal, los consumidores de otros opioides representan un poco más de la mitad de los que inician tratamiento por problemas relacionados con los opioides.

Consumo de drogas por vía parenteral: los niveles más bajos entre los que inician tratamiento

El consumo de drogas por vía parenteral suele asociarse a los opioides, aunque en algunos países afecta a las anfetaminas o a la cocaína.

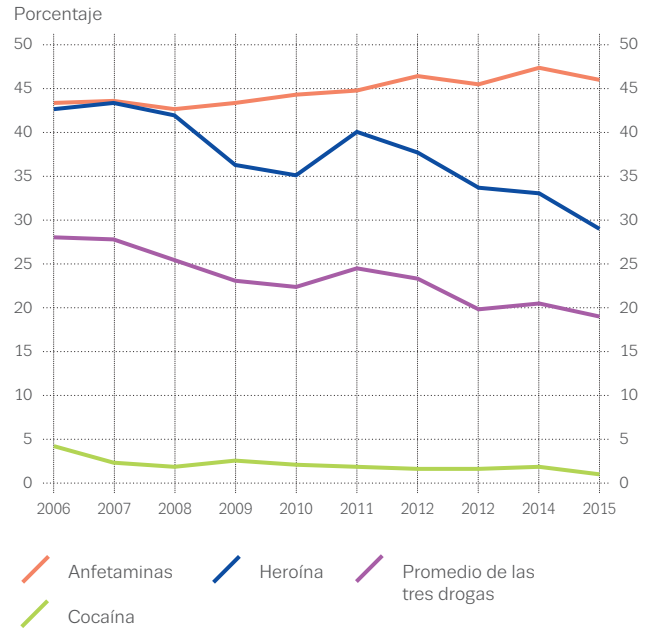
Solo 12 países cuentan con estimaciones de la prevalencia del consumo de drogas por vía parenteral; las cifras desde 2012 van desde menos de uno hasta nueve casos por 1 000 habitantes de 15 a 64 años de edad.

Entre los consumidores que iniciaron tratamiento por primera vez en 2015 y que indican la heroína como droga principal, el 29 % señaló la vía parenteral como principal vía de administración, con una reducción desde el 43 % de 2006 (gráfico 2.13). En este grupo, los niveles de administración varían según los países, del 8 % en España al 90 % o más en Letonia, Lituania y Rumanía. El 46 % (lo que supone un ligero descenso desde 2006) de los consumidores de anfetaminas como droga principal que inician tratamiento por primera vez y el 1 % de los consumidores de cocaína que también lo hacen refieren la vía parenteral como principal vía de administración. Si entre los consumidores que inician tratamiento por primera vez en Europa tomamos las tres principales drogas administradas por vía parenteral, el uso con carácter preferente de esta vía se redujo del 28 % en 2006 al 19 % en 2015.

GRÁFICO 2.13

La administración por vía parenteral de catinonas sintéticas, aunque no es un fenómeno muy extendido, continúa notificándose en determinadas poblaciones, como los consumidores de opioides inyectables y los que iniciaron tratamiento por drogas en determinados países. En un estudio reciente del EMCDDA, diez países notificaron la administración por vía parenteral de catinonas sintéticas (con frecuencia junto a otros estimulantes y GHB) en entornos de fiestas de sexo entre grupos reducidos de hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres.

Tendencias de consumidores que inician tratamiento por primera vez y notifican la vía parenteral como principal vía de administración de su droga principal



Hay un aumento creciente del consumo abusivo de opioides sintéticos legales

MÁS INFORMACIÓN

Publicaciones del EMCDDA

2017

High-risk drug use and new psychoactive substances, Rapid communications.

Country Drug Reports 2017.

2016

Wastewater analysis and drugs — a European multi-city study, Perspectives on Drugs.

Assessing illicit drugs in wastewater: advances in wastewater-based drug epidemiology, Insights.

Recent changes in Europe's MDMA/ecstasy market, Rapid communication.

2015

Misuse of benzodiazepines among high-risk opioid users, Perspectives on Drugs.

Drug use, impaired driving and traffic accidents, Insights.

2014

Exploring methamphetamine trends in Europe, EMCDDA Papers.

Injection of synthetic cathinones, Perspectives on Drugs.

2013

Characteristics of frequent and high-risk cannabis users, Perspectives on Drugs.

Trends in heroin use in Europe — what do treatment demand data tell us?, Perspectives on Drugs.

2012

Treatment demand indicator (TDI) standard protocol 3.0: Guidelines for reporting data on people entering drug treatment in European countries, Manuals.

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

Fentanyl in Europe, EMCDDA Trendspotter study.

Prevalence of daily cannabis use in the European Union and Norway, Thematic paper.

Publicaciones conjuntas del EMCDDA y ESPAD

2016

ESPAD Report 2015 — Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs.

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

3

**Existen problemas de salud
crónicos y agudos asociados
al consumo de drogas ilegales**

Daños relacionados con las drogas y respuestas

El consumo de drogas ilegales es un factor reconocido que contribuye a la carga de morbilidad global. Existen problemas de salud crónicos y agudos asociados al consumo de drogas ilegales, agravados por varios factores, como las propiedades de las sustancias, la vía de administración, la vulnerabilidad individual y el contexto social en el que se realiza el consumo. Entre los problemas crónicos se cuentan la dependencia y la aparición de enfermedades infecciosas relacionadas con las drogas, pero hay también daños agudos, siendo la sobredosis el más documentado. Aunque es relativamente raro, el consumo de opioides aún es responsable de gran parte de la morbilidad asociada al consumo de drogas. El consumo de drogas por vía parenteral conlleva riesgos altos. En comparación, aunque los problemas de salud relacionados con el cannabis son claramente menores, la alta prevalencia de su consumo puede tener implicaciones para la salud pública. La variación en el contenido y la pureza de las sustancias disponibles para los consumidores en la actualidad aumenta los posibles daños derivados y supone

un desafío para las respuestas en materia de drogas.

La elaboración y la aplicación de respuestas eficaces basadas en datos contrastados a los problemas relacionados con las drogas constituyen aspectos centrales de las políticas europeas en la materia y conllevan una serie de medidas. Los métodos de prevención e intervención temprana pretenden evitar el consumo de drogas y los problemas asociados, mientras que el tratamiento, tanto desde la perspectiva psicosocial como farmacológica, representa la principal respuesta a la dependencia. Algunas intervenciones básicas, como el tratamiento de sustitución de opioides y los programas de intercambio de agujas y jeringuillas, se han desarrollado en parte como una respuesta al consumo de drogas por vía parenteral y a los problemas relacionados, especialmente el contagio de enfermedades infecciosas y las muertes por sobredosis.

Vigilancia de los daños relacionados con las drogas y las respuestas aplicadas

El EMCDDA recibe información sobre las respuestas sanitarias y sociales al consumo de drogas, en particular sobre las estrategias y el gasto público en materia de drogas, de los puntos focales nacionales de la red Reitox y de grupos de trabajo de expertos. Cuenta también con evaluaciones de expertos para disponer de información complementaria sobre la disponibilidad de intervenciones para las que no se dispone de conjuntos más formalizados de datos. En este capítulo se tienen en cuenta asimismo distintas revisiones de las pruebas científicas disponibles sobre la eficacia de las intervenciones de salud pública. Puede encontrarse información de apoyo en el sitio web del EMCDDA, en Health and social responses profiles (Perfiles de respuestas sanitarias y sociales) y en Best practice portal (Portal de buenas prácticas).

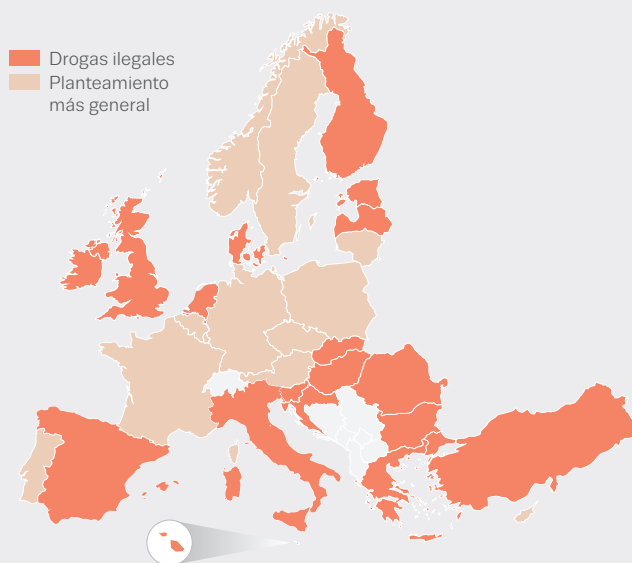
Las enfermedades infecciosas relacionadas con las drogas y la morbilidad asociada a su consumo son los principales daños en la salud objeto de vigilancia sistemática por el EMCDDA. Esta vigilancia se complementa con datos más limitados sobre las visitas a hospitales por daños relacionados con las drogas y con los datos del Sistema de alerta temprana de la UE, que supervisa los daños asociados a las nuevas sustancias psicoactivas. A través de Internet se puede obtener más información en [Key epidemiological indicators](#) (Principales indicadores epidemiológicos), el [Statistical Bulletin](#) (Boletín estadístico) y [Action on new drugs](#) (Acción contra las nuevas sustancias psicoactivas).

Estrategias en materia de drogas: coordinación de las respuestas

La adopción de una estrategia nacional en materia de drogas es una herramienta de planificación y coordinación muy utilizadas por los países europeos para fijar sus respuestas a los diversos retos sanitarios, sociales y de seguridad relacionados con las drogas. Estas estrategias nacionales suelen incluir los principios, objetivos y prioridades generales aplicables, pero especifican también las acciones previstas y los responsables de su aplicación. Mientras que en Dinamarca la política nacional sobre drogas se plasma en una serie de documentos estratégicos, disposiciones legales y medidas concretas, el resto de países cuentan con un documento de estrategia nacional en la materia. La estrategia de 18 países se centra principalmente en las drogas ilegales. En los otros 12 países, el enfoque adoptado es más amplio y se da más importancia a otras sustancias y conductas adictivas. Ahora bien, en el Reino Unido las administraciones de Gales e Irlanda del Norte a las que se han transferido competencias cuentan con sendos documentos de estrategia general. Así pues, si se tienen en cuenta los dos tipos de documentos, el número total de estrategias generales en materia de lucha contra las drogas ilegales asciende a 14 (véase el gráfico 3.1). Los documentos con un planteamiento general abordan principalmente la lucha contra las drogas ilegales y se observan diferencias en la manera de hacer frente a otras sustancias y toxicomanías. Los 14 documentos abordan el alcohol, nueve tienen en cuenta el tabaco, ocho se ocupan de los medicamentos, tres incluyen el dopaje en el deporte (por ejemplo, las sustancias destinadas a mejorar el rendimiento) y siete abordan las conductas adictivas (como los juegos de azar). Las estrategias nacionales en la materia respaldan el planteamiento equilibrado de la política sobre drogas propuesto en la Estrategia de la UE en materia de lucha contra la droga (2013-2020) y en sus Planes de acción (2013-2016 y 2017-2020), que hacen hincapié tanto en la reducción de la demanda como en la reducción de la oferta.

GRÁFICO 3.1

Foco de atención de los documentos de estrategia nacional en materia de drogas: drogas ilegales o planteamiento más general



Nota: Las estrategias con un planteamiento más general pueden incluir, por ejemplo, las drogas legales y otras toxicomanías. Mientras que el Reino Unido cuenta con una estrategia referida a las drogas ilegales, Gales e Irlanda del Norte cuentan con documentos de estrategia general que incluyen el consumo de alcohol.

La evaluación de las estrategias nacionales sobre drogas es ya una práctica habitual entre los Estados miembros de la UE. Generalmente el objetivo de estas evaluaciones es determinar el grado de ejecución efectiva de la estrategia y conocer los cambios producidos en el panorama de la droga a lo largo del tiempo. En 2016 se notificó la realización reciente de diez evaluaciones multicriterio, de diez exámenes de los progresos alcanzados en la ejecución y de cuatro evaluaciones sobre temas específicos, si bien seis países utilizaron otros métodos, como la combinación de proyectos de valoración mediante indicadores y de proyectos de investigación. Dado que algunos países han ampliado el ámbito de aplicación de sus estrategias para incluir otras sustancias y conductas adictivas, el desarrollo de metodologías e indicadores para supervisar y evaluar estos documentos puede resultar muy complejo.

Respuestas en materia de drogas: costes de las actuaciones

El conocimiento del coste de las actuaciones en materia de drogas constituye un aspecto muy importante de la evaluación de las políticas adoptadas. Sin embargo, la información disponible sobre el gasto público en materia de drogas en Europa, tanto a escala local como nacional, sigue siendo escasa y heterogénea. En los 23 países que han elaborado estimaciones en los últimos diez años, ese gasto público se estima entre el 0,01 % y el 0,5 % del producto interior bruto (PIB).

El gasto destinado a reducir la demanda, expresado como porcentaje del presupuesto general en materia de drogas, varió considerablemente de un país a otro, oscilando entre el 23 % y el 83 %. Si bien la variación se debe, en parte, a las diferencias existentes en las opciones políticas y en la organización de los servicios públicos, influye mucho también el carácter más o menos exhaustivo de las estimaciones. Según datos recientes, una gran parte de ese gasto corresponde a los costes del tratamiento y a otros costes de orden sanitario. Aun cuando el control de los costes del tratamiento sigue siendo el más avanzado hasta la fecha, requiere todavía mejoras metodológicas.

Por otra parte, el gasto público constituye solo una parte del coste total que soporta la sociedad por las drogas ilegales. A él pueden sumarse los costes individuales en forma, por ejemplo, de contribuciones a sistemas privados de asistencia médica y los costes externos para la sociedad, como las pérdidas de productividad y los costes financieros derivados de las muertes prematuras y las enfermedades relacionadas con el consumo de drogas. Una evaluación de estos costes más generales para la sociedad permitiría una reasignación más eficaz de los recursos. En los países europeos que disponen de datos, el coste social de las drogas ilegales se estima entre el 0,1 % y el 2 % del PIB.

Reducción de la demanda: normas europeas

A escala europea y nacional, la elaboración de normas de calidad en la reducción de la demanda de drogas es considerada cada vez más como una herramienta para la realización de intervenciones basadas en datos contrastados. En 2015, el Consejo de la Unión Europea aprobó 16 normas mínimas de calidad en la reducción de la demanda de drogas en la UE e instó a los países a integrarlas en sus políticas en la materia. Estas normas de calidad europeas conciernen a la prevención, el tratamiento, la reducción de daños y la reinserción social. Vinculan la calidad de las intervenciones con medidas concretas, como la formación adecuada de personal y la realización de intervenciones basadas en datos contrastados, y con principios como el respeto por las necesidades individuales y la adhesión a un código ético. Destacan asimismo la necesidad de que todas las partes interesadas participen en la realización y evaluación de las intervenciones, incluida la sociedad civil.

Los datos recopilados por el EMCDDA revelan que actualmente disponen de normas de calidad la mayoría de países europeos y que el resto están elaborándolas. La aplicación práctica de estas normas se efectúa de diversas formas. En algunos países se vinculan a la prestación de servicios y se utilizan para su evaluación. Se utilizan también como requisito para participar en convocatorias de contratación pública y como herramientas para la autoevaluación del nivel de servicio.

Prestación de servicios de prevención: enfoque sistémico

La prevención del consumo de drogas y de los problemas correspondientes entre jóvenes abarca un amplio abanico de enfoques. La prevención ambiental y universal se dirige a poblaciones completas, la prevención selectiva atiende a grupos vulnerables que pueden estar en riesgo mayor de presentar problemas de consumo de drogas, y la prevención específica se centra en personas en situación de riesgo.

**Actualmente disponen
de normas de calidad
la mayoría de los
países europeos**

Los países europeos presentan muchas diferencias en la manera de abordar la prevención; unos tienden a adoptar enfoques más amplios, ambientales y basados en la comunidad (regulando, por ejemplo, el consumo de alcohol y los entornos recreativos nocturnos), mientras que otros principalmente desarrollan programas basados en un manual. La aplicación de estos programas basados en un manual, caracterizados por unos contenidos definidos con rigor y una ejecución precisa, puede ser una medida eficaz para llegar a poblaciones grandes mediante intervenciones basadas en datos contrastados. Seis Estados miembros informaron del empleo de programas de este tipo como un componente central de sus métodos de prevención.

Otros países dan prioridad a enfoques de sistemas más generales en sus intervenciones en este ámbito, centrandose en atención no solo en programas específicos, sino también en factores como los mecanismos de prestación, la interacción entre las intervenciones y el contexto social y político. Un ejemplo de ello es el programa *Communities That Care*, que se aplica en cinco países de la UE. Desarrollado en los Estados Unidos, este programa se basa en la premisa de que puede reducirse la prevalencia de los problemas de orden sanitario y conductual entre los jóvenes definiendo los factores de riesgo y de protección y seleccionando programas eficaces de intervención temprana que los aborden. Un examen sistemático reciente halló pruebas positivas de la eficacia del programa *Communities That Care* como iniciativa de prevención del consumo de drogas en EE. UU., aunque todavía ha de ser evaluado en el contexto europeo.

Abordar la vulnerabilidad y el riesgo

En los países europeos, la aplicación de respuestas de prevención selectiva dirigida a grupos vulnerables se efectúa mediante intervenciones que abordan tanto las conductas individuales como el contexto social. A escala local, tales intervenciones pueden requerir la intervención de varios servicios y partes interesadas (por ejemplo, de orden social, relacionados con la familia y la juventud y la policía) y son habituales en países nórdicos y en Irlanda, así como en partes de España e Italia. Los grupos a los que se atiende con más frecuencia son jóvenes delincuentes, estudiantes con problemas académicos o sociales y jóvenes institucionalizados. Se conoce poco acerca del contenido real de estas estrategias de prevención y su evaluación está limitada. Con todo, los datos contenidos en las opiniones de expertos indican que las técnicas de prevención selectiva más habituales se basan en el suministro de información.

En algunos países, se han aplicado medidas de prevención en barrios de alto riesgo utilizando métodos nuevos como el rediseño de los espacios urbanos y mapas de riesgos para la fijación de prioridades. Según los datos, la prestación de este tipo de servicios de prevención es más común en el norte y oeste de Europa (véase el gráfico 3.2) y en poco más de una cuarta parte de los países se han adoptado enfoques de cuya eficacia (de orden normativo y ambiental) hay buenas pruebas.

La prevención específica se centra en personas en situación de riesgo. La prestación de este tipo de servicios de prevención es limitada en Europa: solo cuatro países informaron de estar ejecutando programas de prevención específica dirigidos a la mayor parte de personas que la necesitan.

Intervenciones breves

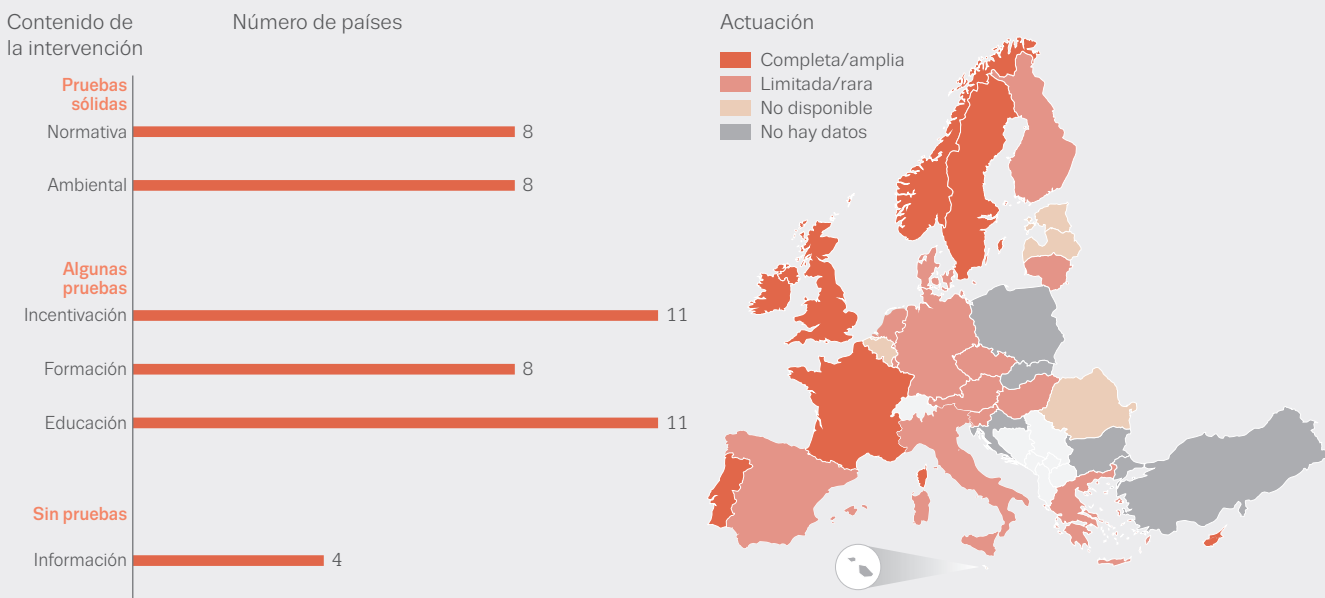
Se realizan intervenciones breves para prevenir o retrasar el consumo de sustancias, reducir su frecuencia o evitar que crezca hasta alcanzar niveles problemáticos. Estas intervenciones temporales se sitúan en un punto intermedio entre la prevención y el tratamiento y normalmente van dirigidas a jóvenes o personas en situación de riesgo de presentar problemas asociados al consumo de sustancias. Su ejecución suele encomendarse a una variada gama de profesionales sociales y sanitarios, como médicos de familia, asesores, trabajadores sociales juveniles y agentes de policía, y con frecuencia incluyen la celebración de reuniones de motivación.

Los datos recientes indican que este tipo de intervenciones no tienen una amplia aceptación en Europa: tres países notificaron su realización plena y extensiva en centros escolares y dos en servicios de atención básica.

Estas intervenciones se han caracterizado por su nivel de coste relativamente bajo, lo que ofrece la posibilidad de llevarlas a cabo en numerosos ámbitos y de encomendarlas a variados profesionales tras un breve periodo de formación. Como ejemplos de intervenciones breves aplicadas en diversos países cabe mencionar el programa eSBIRT, que presta servicios de esta naturaleza en servicios de urgencia (Bélgica), y la iniciativa Fred, dirigida a jóvenes en fases tempranas de las diligencias judiciales (Alemania, Chipre, Eslovenia, Polonia y Rumanía). Sin embargo, un estudio reciente del EMCDDA reveló que, pese a la realización de estudios para apoyar la eficacia de las intervenciones breves, son todavía escasas y se necesita más información sobre su aplicación.

GRÁFICO 3.2

Intervenciones en el ámbito de la prevención en barrios de alto riesgo realizadas en países europeos: base probatoria y nivel de prestación



Nota: Basados en evaluaciones de expertos.

Remisión para tratamiento y duración de este

La principal intervención para las personas que sufren problemas de consumo de drogas, incluida la dependencia, es el tratamiento correspondiente, y uno de los principales objetivos políticos es garantizar un buen acceso a unos servicios adecuados. Es importante vigilar los resultados de los tratamientos para mejorar las trayectorias que siguen los consumidores y adaptar los servicios para responder mejor a las necesidades existentes.

La asistencia por propia iniciativa sigue siendo la principal vía de acceso de los consumidores a los servicios de tratamiento. En 2015, cerca de la mitad de las personas que iniciaron tratamiento especializado por drogas en Europa lo hicieron siguiendo esta vía, que incluye también la asistencia por recomendación de familiares o amigos. Un 25 % adicional de pacientes fueron remitidos por servicios sanitarios y sociales y el 15 % por la administración de justicia. En algunos países se aplican sistemas de exclusión del sistema penal de los delincuentes relacionados con las drogas y de inclusión de los mismos en programas de tratamiento de la drogadicción. Para ello puede ser necesaria una

resolución judicial que imponga el tratamiento o la suspensión de la condena a cambio de tratamiento; en algunos países cabe tal resolución también en fases previas del proceso penal. En 2015, de los pacientes que iniciaron tratamiento remitidos por la administración de justicia el grupo más numeroso fue el de consumidores de cannabis; en Hungría, el 80 % de las remisiones procedieron de esta fuente.

La trayectoria de los pacientes durante los tratamientos por drogas se suele caracterizar por la pluralidad de servicios prestados, por la reiteración de los inicios de tratamiento y por la variabilidad de la duración de este. Los resultados de un análisis de datos de tratamientos especializados dan una idea de esa trayectoria en siete países europeos en 2015. De los 400 000 consumidores que iniciaron tratamiento en estos países durante ese año, algo menos del 20 % lo hacían por primera vez en su vida; cerca del 30 % volvía a recibirlo tras haberlo recibido un año antes y aproximadamente la mitad llevaba más de un año en tratamiento continuado. De estos últimos, la mayor parte eran hombres de poco menos de 40 años, llevaban en tratamiento más de tres años y presentaban problemas relacionados con el consumo de opioides, en particular heroína.

Tratamiento de los consumidores de cannabis: variedad de enfoques

El consumo regular y a largo plazo de cannabis está asociado a un mayor riesgo de presentación de una serie de problemas físicos y de salud mental, incluida la dependencia. Aunque muchos países ofrecen tratamiento a personas con este tipo de problemas en sus programas generales contra el consumo de sustancias, cerca de la mitad de los países prevén opciones de tratamiento específicas para el cannabis. Los servicios para estos consumidores pueden ser muy variados, desde breves intervenciones a través de Internet hasta un seguimiento terapéutico de más larga duración en un centro especializado. Aunque la mayor parte de los tratamientos para este grupo de consumidores tienen lugar en centros de la comunidad o ambulatorios, reciben asistencia hospitalaria uno de cada cinco consumidores que presentan problemas relacionados con el consumo de cannabis como droga principal.

El tratamiento de estos problemas se basa principalmente en enfoques psicosociales; son frecuentes las intervenciones basadas en la familia para adolescentes y las intervenciones cognitivo-conductuales para adultos. Las pruebas disponibles respaldan el uso combinado de la terapia cognitivo-conductual, las entrevistas motivacionales y los métodos de gestión de contingencias. Además, algunas pruebas apoyan el uso de la terapia familiar multidimensional para los consumidores de cannabis jóvenes. Cada vez son más frecuentes las intervenciones a través de Internet o de la tecnología digital para los consumidores de cannabis y los estudios dirigidos a la medición de sus efectos dan resultados preliminares prometedores en cuanto a la reducción de los niveles de consumo y la facilitación del inicio del tratamiento cara a cara (cuando proceda).

Están en curso una serie de estudios sobre la intervención farmacológica como medio para abordar los problemas relacionados con el cannabis. Se incluye en ellos el posible consumo de THC y THC sintético, junto a otros medicamentos psicotrópicos, como antidepresivos, ansiolíticos y estabilizadores del estado de ánimo. Hasta la fecha, los resultados presentados han sido contradictorios y no se ha identificado un enfoque farmacológico efectivo para tratar la dependencia al cannabis.

Tratamiento de la drogodependencia: se lleva a efecto principalmente en ámbitos de la comunidad

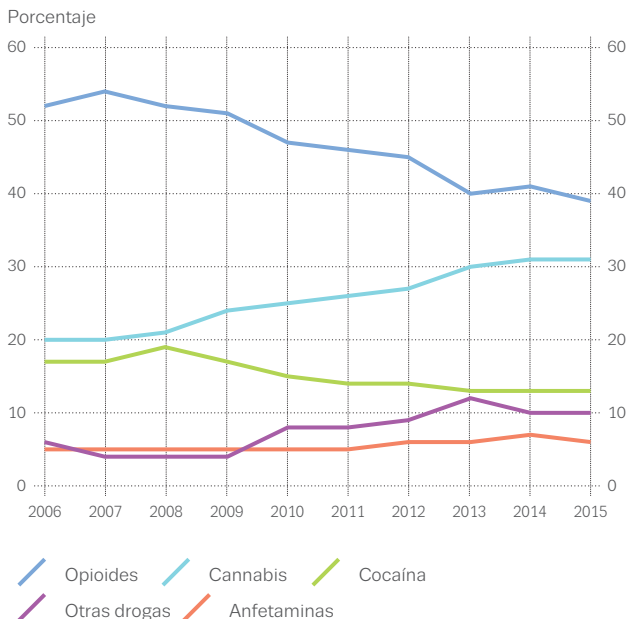
Aproximadamente 1,4 millones de personas recibieron tratamiento por consumo de drogas ilegales en la UE en 2015 (1,6 millones incluyendo Noruega y Turquía). El grupo más numeroso es el de los consumidores de opioides, que absorben la mayor cantidad de los recursos terapéuticos disponibles, principalmente en forma de tratamiento de sustitución. El segundo y el tercer grupo corresponden a los consumidores de cannabis y de cocaína (gráfico 3.3), que se benefician de intervenciones psicosociales como principal modalidad terapéutica. No obstante, las diferencias entre países pueden ser muy grandes, ya que los consumidores de opioides representan más del 90 % de los que inician tratamiento en Estonia y menos del 5 % en Hungría.

La mayoría de los tratamientos de drogodependencia de Europa se prestan en régimen ambulatorio, siendo los centros especializados los mayores proveedores en términos del número de consumidores tratados (gráfico 3.4). El segundo lugar lo ocupan los centros generales de salud. Entre ellos se incluyen las consultas de médicos de familia, que prescriben el tratamiento de sustitución de opioides en algunos países importantes, como Alemania y Francia. En el resto de los países, como Eslovenia, los centros de salud mental pueden desempeñar un papel esencial en la administración de tratamiento ambulatorio.

**Los servicios para
los consumidores
de cannabis pueden
ser muy variados**

GRÁFICO 3.3

Tendencias en el porcentaje de consumidores que recibieron tratamiento de drogodependencia especializado, por drogas principales



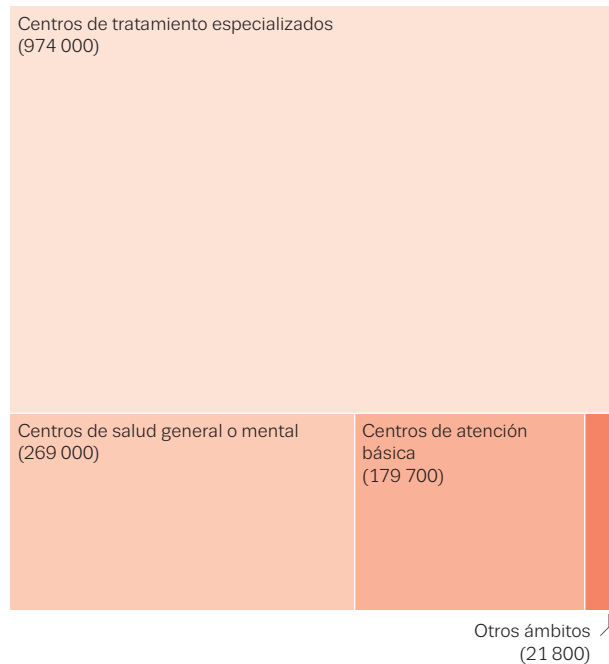
Una proporción más pequeña del tratamiento de la drogodependencia se presta, por otra parte, en ámbitos hospitalarios, como centros hospitalarios (por ejemplo, hospitales psiquiátricos), comunidades terapéuticas y centros de tratamiento residenciales especializados. La importancia respectiva de la prestación ambulatoria y la hospitalaria en los sistemas de tratamiento nacionales varía enormemente de unos países a otros.

Cada vez se prestan más servicios de tratamiento a través de Internet. Estas intervenciones pueden ampliar el alcance y la cobertura geográfica de los programas de tratamiento para personas con problemas por el consumo de drogas que de otra forma no podrían acceder a servicios especializados.

GRÁFICO 3.4

Número de consumidores que recibieron tratamiento de drogodependencia en Europa en 2015, por ámbitos

Ambulatorio



Hospitalario

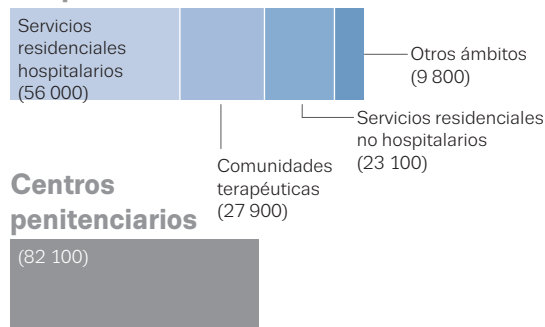
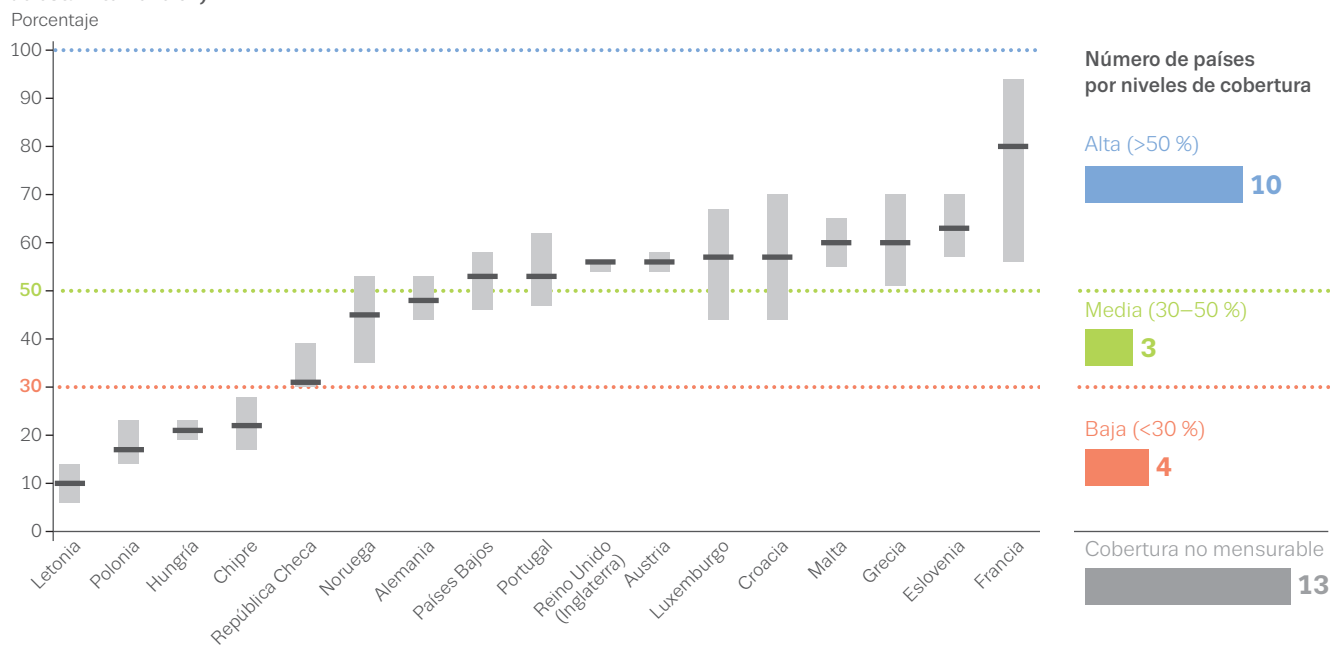


GRÁFICO 3.5

Cobertura del tratamiento de sustitución de opioides (porcentaje de consumidores de opioides de alto riesgo estimados que se beneficiaron de esta intervención)



Nota: Los datos se presentan como estimaciones puntuales e intervalos de incertidumbre.

Tratamiento de sustitución para los problemas relacionados con el consumo de opioides

El tratamiento de sustitución, normalmente combinado con intervenciones psicosociales, es la modalidad terapéutica más frecuente en caso de dependencia de opioides en Europa. Se trata de un enfoque respaldado por las pruebas disponibles, que muestran resultados positivos en cuanto a la continuidad del tratamiento, el consumo de opioides ilegales, las conductas de riesgo, la mortalidad y los daños relacionados con las drogas.

Se calcula que 630 000 consumidores de opioides recibieron tratamiento de sustitución en la UE en 2015 (650 000 si incluimos a Noruega y Turquía). La tendencia muestra un ascenso hasta 2010 y luego un descenso del 6 % hasta 2015. Entre 2010 y 2015 se observó un descenso en 12 países, notificándose las cifras más elevadas de descenso (de más del 25 %) en España, Hungría, Países Bajos y Portugal. Esta tendencia puede deberse a factores relacionados con la demanda o con la oferta, como la disminución de la población de más edad, la reducción del número de consumidores crónicos o los cambios en los objetivos del tratamiento registrados en algunos países. Otros países han seguido ampliando la oferta, en una búsqueda por mejorar la cobertura del tratamiento: 12 países notificaron aumentos entre 2010 y 2015, entre ellos Letonia (157 %), Finlandia (67 %) y Grecia (61 %).

Estas dos tendencias se confirman según los datos más recientes (2014-15): 12 países refirieron aumentos en el número total de consumidores que reciben tratamiento de sustitución y nueve notificaron descensos.

Una comparación con estimaciones recientes del número de consumidores de opioides de alto riesgo en Europa revela que la mitad recibe tratamiento de sustitución, si bien hay diferencias entre los países (gráfico 3.5). Con todo, tales conclusiones deben tratarse con precaución por razones metodológicas.

La metadona es el medicamento de sustitución prescrito con mayor frecuencia, ya que se administra a dos tercios (63 %) de los consumidores tratados. El 35 % de los consumidores reciben medicamentos a base de buprenorfina, el principal fármaco de sustitución en ocho países (gráfico 3.6). Se prescriben con mucha menos frecuencia otras sustancias, como la diacetilmorfina (heroína) o la morfina de liberación lenta, que reciben el 2 % de los pacientes en Europa.

La metadona es el medicamento de sustitución prescrito con mayor frecuencia

GRÁFICO 3.6

Principales medicamentos de sustitución de opioides prescritos

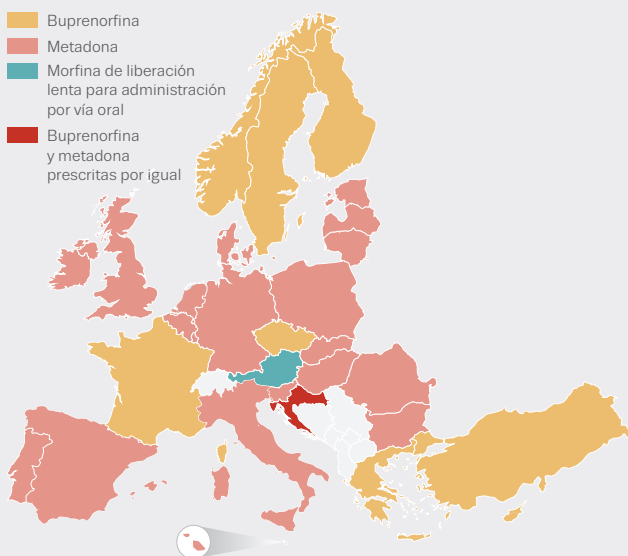
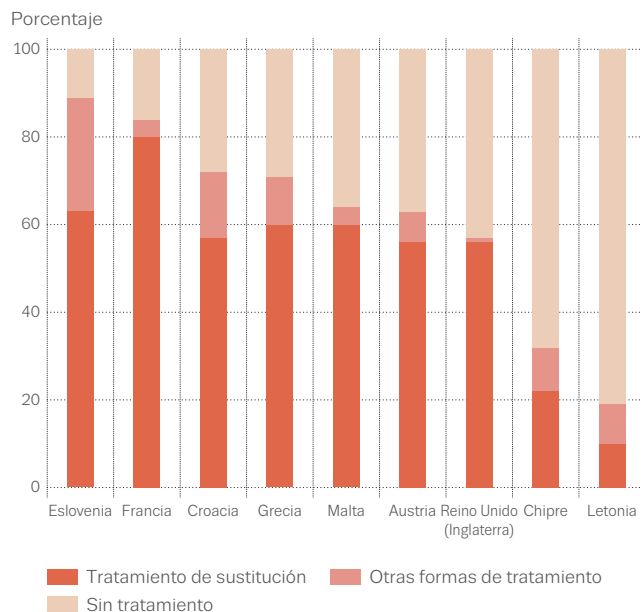


GRÁFICO 3.7

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



Aunque sean menos comunes que el tratamiento de sustitución, hay opciones de tratamiento alternativas para los consumidores de opioides en todos los países europeos. En los nueve países para los que se dispone de datos, entre el 1% y el 26% de los consumidores de opioides sometidos a tratamiento recibe intervenciones que no comportan sustitución del opioide (gráfico 3.7).

Centros penitenciarios: baja disponibilidad de tratamiento para la hepatitis C

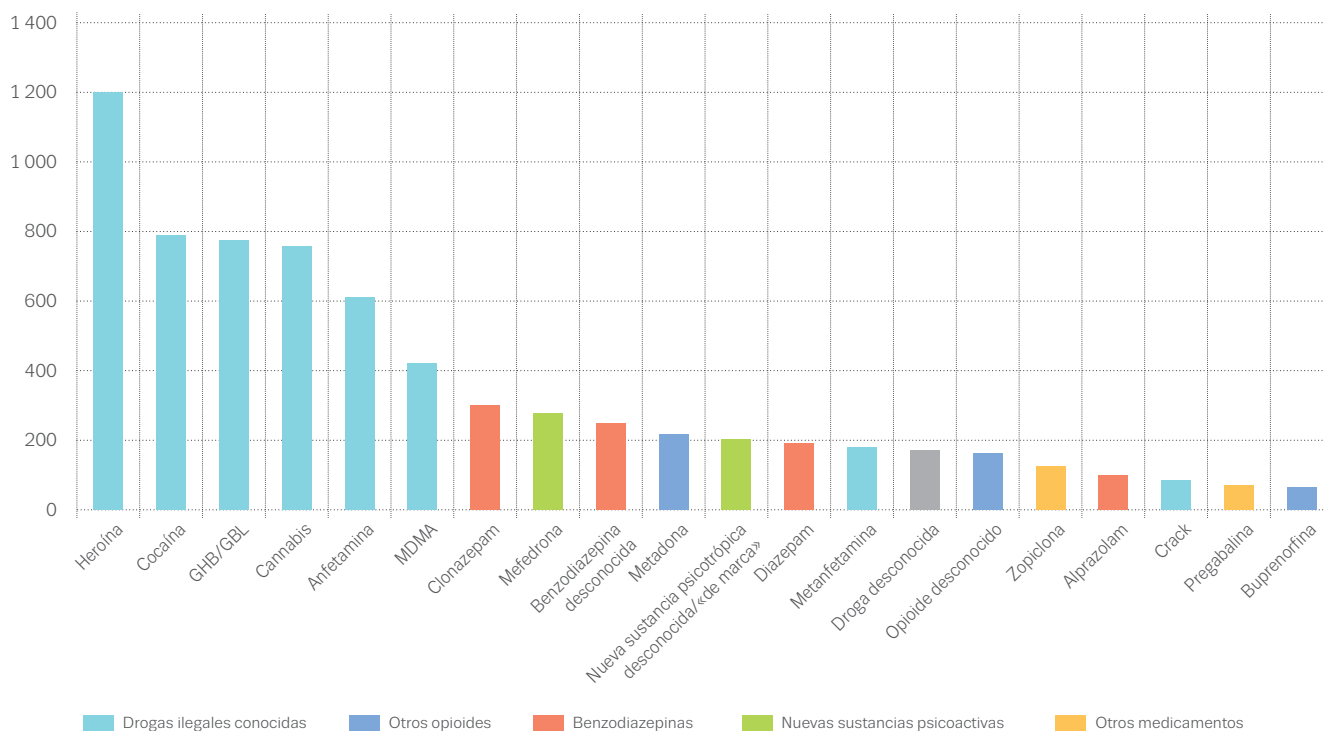
Los reclusos refieren tasas de consumo de drogas a lo largo de la vida más altas que la población general y pautas de consumo más peligrosas (incluida la administración por vía parenteral), lo que convierte los centros penitenciarios en ámbitos fundamentales para las intervenciones relacionadas con las drogas. Muchos reclusos tienen necesidades sanitarias complejas y un aspecto importante del reconocimiento médico a la entrada en prisión es la valoración del consumo y de los problemas derivados de este.

Dos principios fundamentales de las intervenciones sanitarias en los centros penitenciarios son la equivalencia con las intervenciones desarrolladas en la comunidad y su continuidad al recobrar la libertad. Notificaron la disponibilidad del tratamiento de sustitución de opioides en los centros penitenciarios 28 de los 30 países vigilados por el EMCDDA. En la mayoría de los países se prestan servicios de desintoxicación, hay servicios orientación individual y en grupo, o se dispone de comunidades terapéuticas o de salas hospitalarias especiales. La mayor parte de los países europeos cuentan con modalidades de colaboración establecidas entre los servicios penitenciarios de salud y los organismos responsables de esos mismos servicios en la comunidad para facilitar la aplicación de programas terapéuticos y de educación de la salud en los propios centros y garantizar la continuidad de la asistencia al entrar en ellos y al recobrar la libertad.

GRÁFICO 3.8

Las 20 drogas más citadas en visitas a servicios de urgencias en hospitales centinela en 2015

Identificación de la droga



Nota: Resultados de 5 054 visitas a urgencias en 15 hospitales centinela de 9 países europeos.

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

Se realizan pruebas de detección de enfermedades infecciosas (VIH, virus de la hepatitis B, virus de la hepatitis C) en los centros penitenciarios de la mayoría de países, a pesar de que no es habitual la prestación de tratamiento para la hepatitis C. Dieciséis países notificaron que han puesto en marcha programas de vacunación contra la hepatitis B. La entrega de equipo de administración parenteral limpio en los centros penitenciarios es menos común y solo cuatro países han notificado la existencia de programas de intercambio de jeringuillas en este ámbito.

En la mayor parte de los países se adoptan medidas de preparación al recobrar la libertad, incluida la reinserción social. Cinco países notificaron programas de prevención del riesgo de sobredosis, especialmente alto en el caso de consumidores de opioides por vía parenteral tras recuperar la libertad, que incluyen medidas de formación y información y el suministro de naloxona una vez liberados.

Urgencias hospitalarias: muchas sustancias implicadas

Los datos sobre urgencias hospitalarias pueden dar una idea de los daños agudos derivados de las drogas. Hay datos de la European Drug Emergencies Network (Euro-DEN Plus), que supervisa las visitas a urgencias relacionadas con las drogas en 15 hospitales seleccionados (centinelas) de nueve países europeos. La mayor parte de las 5 054 visitas registradas por Euro-DEN Plus en 2015 fueron de personas con una mediana de edad de 31 años y la mayoría eran hombres (77 %).

De media, se detectaron 1,5 drogas por visita (7 768 en total) (véase el gráfico 3.8). Aproximadamente dos terceras partes de las visitas (65 %) estaban relacionadas con el consumo de drogas consolidadas, siendo las más comunes la heroína, la cocaína, el cannabis, el GHB o GBL, la anfetamina y la MDMA; una cuarta parte (24 %) estaban relacionadas con el consumo abusivo de medicamentos de venta con o sin receta médica (por lo general, opioides y benzodiazepinas), y el 9 % estaban relacionadas con nuevas sustancias psicoactivas (lo que supone un aumento con respecto al 6 % de 2014). La mitad de las visitas por consumo de nuevas sustancias psicoactivas estaban relacionadas con una catinona sintética y el 14 % con cannabinoides sintéticos. Las drogas implicadas en visitas a urgencias diferían según los centros, reflejando pautas locales de consumo. Por ejemplo, las visitas relacionadas con la heroína fueron las más frecuentes en Dublín (Irlanda) y Oslo (Noruega), mientras que en Londres (Reino Unido) lo fueron las relacionadas con el GHB/GBL, la cocaína y la MDMA.

Muchos reclusos tienen necesidades sanitarias complejas

La mayoría (80 %) de quienes acudieron a urgencias por toxicidad aguda por drogas recibieron el alta hospitalaria en un plazo de 12 horas; la toxicidad fue más grave en un grupo más pequeño de consumidores (6 %), que tuvieron que ser ingresados en unidades de cuidados intensivos, y el 4 % en psiquiatría. Casi la mitad (nueve) de las 17 muertes registradas estaban relacionadas con opioides.

Pocos países cuentan con sistemas de vigilancia nacionales que permitan analizar las tendencias en las intoxicaciones agudas relacionadas con las drogas. En los países que disponen de estos servicios, las visitas a urgencias por problemas agudos con la heroína han aumentado en el Reino Unido, pero siguen descendiendo en la República Checa y Dinamarca, donde aumentan las visitas relacionadas con la metadona. En Lituania, las visitas relacionadas con opioides prácticamente se duplicaron de 2013 a 2015. En España, la cocaína está relacionada con casi la mitad de las visitas a urgencias por consumo de drogas y se advierte una estabilización de la tendencia tras un descenso, mientras que las visitas por consumo de cannabis siguen aumentando. Eslovenia también mostró una tendencia al alza en las visitas por consumo de cannabis. Los Países Bajos notificaron que la mitad de los casos de asistencia en los puestos de primeros auxilios de festivales (51 %) fueron por intoxicaciones con MDMA y el porcentaje está descendiendo. Las visitas relacionadas con la metanfetamina, según los registros de centros centinelas en la República Checa, aumentaron más del 50 % entre 2014 y 2015.

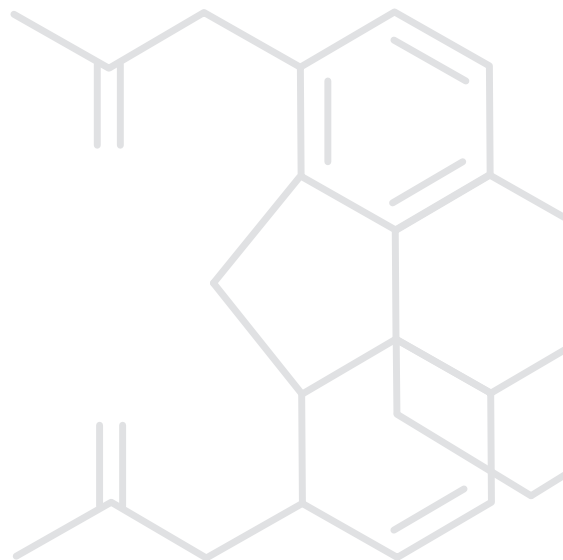
| Nuevas sustancias psicoactivas: alta potencia y daños

Las nuevas sustancias psicoactivas, incluidos los nuevos opioides sintéticos, los cannabinoides sintéticos y las catinonas sintéticas, están causando diversos daños graves en Europa.

Los fentanilos son opioides muy potentes que, pese a su presencia escasa en el mercado de drogas europeo, plantean una amenaza grave para las personas y la salud pública. En parte esto se debe al mayor riesgo de intoxicación grave y de muerte, que con frecuencia se manifiestan en brotes, ya que el fentanilo causa depresión respiratoria grave de forma inmediata. También se explica por el alto riesgo de exposición accidental e intoxicación de terceros; están en situación de riesgo los familiares y amigos de los consumidores, así como los cuerpos y fuerzas de seguridad, otros servicios de urgencias, el personal sanitario y quienes trabajan en laboratorios. En algunos ámbitos puede ser necesario el uso de equipos de protección para reducir el riesgo de daños por exposición accidental, como los puntos aduaneros en las fronteras europeas, donde se pueden realizar incautaciones

de polvo de fentanilo a granel. Igualmente, hay algunas pruebas de que se han vendido fentanilos a consumidores confiados como drogas ilegales conocidas y medicamentos para el dolor falsos, lo que podría aumentar el riesgo de intoxicación aguda y muerte entre algunos grupos de consumidores. En tales circunstancias, puede ser preciso considerar la disponibilidad del antídoto naloxona. Además de los riesgos agudos de sobredosis, los fentanilos entrañan riesgo de uso indebido y de dependencia, lo que podría agravar los problemas sociales y de salud pública asociados frecuentemente al consumo de opioides de alto riesgo.

En 2016, el EMCDDA y Europol realizaron sendas investigaciones especiales sobre el acrilioilfentanilo y el furanilfentanilo, tras los indicios detectados por el Sistema de alerta temprana de la UE. Se notificaron más de 50 muertes, muchas de las cuales se atribuyeron directamente a estas sustancias. Por otro lado, el EMCDDA emitió cinco advertencias en su red de toda Europa relacionadas con ellas y otros fentanilos.



Los cannabinoides sintéticos conforman otro grupo de nuevas sustancias que continuaron causando problemas en 2016. El EMCDDA emitió advertencias sobre tres sustancias (MDMB-FUBINACA, MDMB-CHMICA y 5F-MDMB-PINACA) a raíz de 45 reacciones adversas graves: 18 muertes y 27 intoxicaciones no fatales. Además, el EMCDDA inició un procedimiento que condujo a la evaluación de riesgos del MDMB-CHMICA, con el resultado final de someter a la sustancia a medidas de control en toda Europa (véase el cuadro de texto).

Nuevas sustancias psicoactivas: desarrollo de capacidades de respuesta

Las nuevas sustancias psicoactivas están asociadas a daños que entrañan nuevos retos para los responsables principales de la búsqueda de respuestas. Un análisis reciente del EMCDDA reveló que los profesionales sanitarios europeos de diversos ámbitos (tratamiento, prevención y reducción de daños) se basan principalmente en la experiencia profesional adquirida en la respuesta a drogas ilegales conocidas y en las intervenciones utilizadas en esos casos. Entre estas intervenciones cabe destacar la difusión de material educativo, el suministro de equipos de administración parenteral esterilizados o el tratamiento sintomático de los casos agudos. Con frecuencia, pueden adaptarse las intervenciones basadas en datos contrastados para responder a intoxicaciones concretas, tener en cuenta las características socioculturales de los grupos de riesgo (como los aficionados a las fiestas o los hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres) o hacer frente a conductas de riesgo concretas asociadas a las nuevas sustancias psicoactivas (como un mejor acceso a jeringuillas, para responder a la alta frecuencia del consumo por vía parenteral). El análisis destacó también la necesidad de programas de formación y orientación profesional y de iniciativas de desarrollo de competencias para responder a las nuevas sustancias psicoactivas.

Suponen un reto especial las intervenciones dirigidas a poblaciones de consumidores de acceso difícil que sufren daños importantes relacionados con el consumo de estas nuevas sustancias, como los hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres, las personas sin hogar y los reclusos. En algunos países, se ha mostrado preocupación por el mayor consumo de cannabinoides sintéticos entre reclusos, debido a su efecto en la salud mental, al fuerte síndrome de abstinencia y a los niveles mayores de violencia asociados. Las respuestas multidisciplinares y la colaboración entre distintos proveedores de servicios de salud en todos los ámbitos de intervención (por ejemplo, centros de salud sexual, centros de internamiento o unidades de tratamiento por drogas) parecen ser fundamentales en el

Evaluación del riesgo del MDMB-CHMICA

En julio de 2016, el EMCDDA realizó la primera evaluación del riesgo de un cannabinoide sintético: el MDMB-CHMICA. Inicialmente fue notificado por Hungría al Sistema de alerta temprana de la UE en 2014 y, más adelante, se detectó en 23 Estados miembros, Turquía y Noruega. La sustancia se asoció a más de 20 intoxicaciones graves y 28 muertes.

Los polvos a granel del MDMB-CHMICA se fabrican en China y se importan en Europa, donde se procesan y envasan en «mezclas de hierba para fumar». Se cree que muchos de las reacciones adversas del MDMB-CHMICA y otros cannabinoides sintéticos están relacionadas con su alta potencia y unas malas prácticas de fabricación. Hay pruebas de que los productores hacen estimaciones de las cantidades de sustancia necesarias al fabricar las «mezclas de hierba para fumar». Asimismo, es posible que con las técnicas de fabricación rudimentarias empleadas no se distribuya la sustancia de manera homogénea en el producto. Como resultado, puede ser que algunas muestras contengan cantidades más altas de la sustancia, lo que se traduce en altas dosis y un mayor riesgo de intoxicación grave y muerte.

ámbito de la salud para hacer frente de forma adecuada a los daños relacionados con su consumo en Europa.

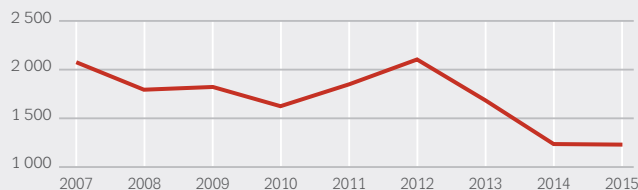
Daños crónicos relacionados con el consumo: descenso del VIH combinado con brotes localizados

Los consumidores de drogas, en particular por vía parenteral, corren riesgo de contraer enfermedades infecciosas al compartir los materiales para su consumo o mantener relaciones sexuales sin protección. La administración de drogas por vía parenteral continúa desempeñando un papel esencial en la transmisión de infecciones transmitidas por la sangre, como el virus de la hepatitis C (VHC) y, en algunos países, el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). En 2015, se notificaron en la UE 1 233 diagnósticos nuevos de VIH en personas infectadas por consumo de drogas por vía parenteral (gráfico 3.9), lo que supone el 5 % de los diagnósticos en los que se conoce la vía de transmisión. Se trata de un porcentaje que se ha mantenido bajo y estable en la última década. Las nuevas infecciones de VIH entre las personas que consumen drogas por vía parenteral han descendido en la mayor parte de los países europeos, registrándose un descenso general del 41 % de 2007 a 2015. Sin embargo, la administración de drogas por vía parenteral

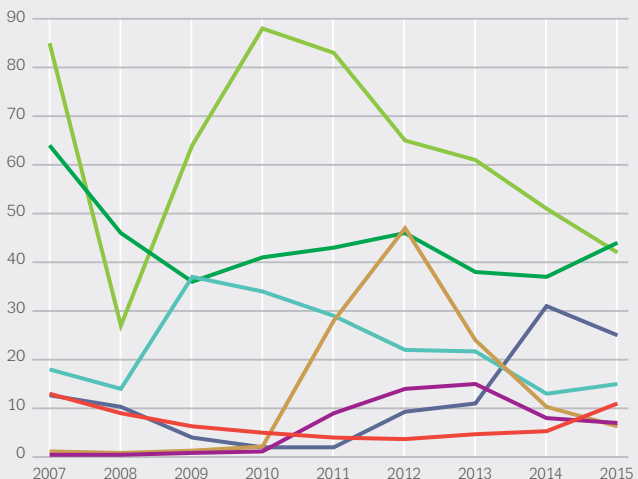
GRÁFICO 3.9

Nuevos casos diagnosticados de VIH relacionados con el consumo de drogas por vía parenteral: total, tendencias seleccionadas y datos más recientes

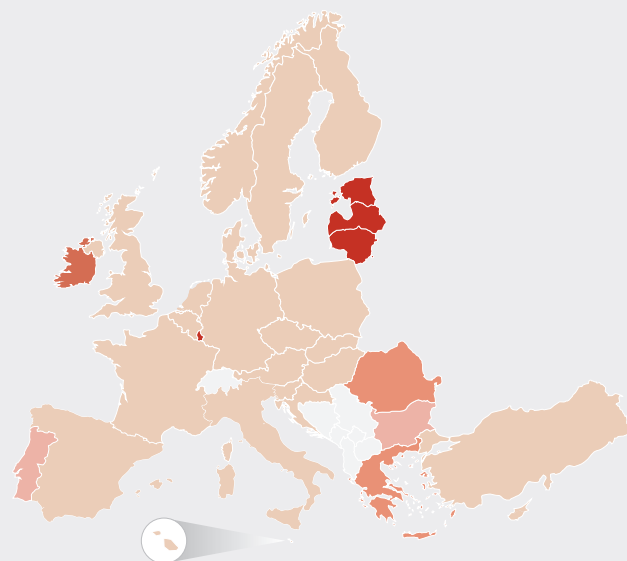
Casos en la Unión Europea



Casos por millón de habitantes



Letonia Estonia Luxemburgo Lituania
Irlanda Rumanía Grecia



Casos por millón de habitantes
 <3 3,1-6 6,1-9 9,1-12 >12

Nota: Datos correspondientes a 2015 (fuente: ECDC).

continúa desempeñando un papel esencial en la transmisión de infecciones en algunos países: en 2015, una cuarta parte o más de los nuevos diagnósticos por VIH fueron atribuidos al consumo de drogas por vía parenteral en Lituania (34 %), Letonia (32 %), Luxemburgo (27 %) y Estonia (25 %).

Si bien una gran parte de los países notificaron descensos en estos nuevos diagnósticos entre 2014 y 2015, Alemania, Irlanda y el Reino Unido informaron de aumentos a niveles no registrados desde hacía siete u ocho años. En Irlanda y el Reino Unido, esto se debió en parte a brotes localizados de nuevas infecciones de VIH entre estos consumidores. Luxemburgo también documentó un brote en 2014. Factores comunes en varios de estos brotes son el aumento del consumo de estimulantes por vía parenteral y los altos niveles de marginación. Además, se ha vinculado a un mayor riesgo de transmisión el consumo de estimulantes por vía parenteral en contextos sexuales (de prácticas de sexo y drogas) entre grupos reducidos de hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres.

En 2015, el 14 % de los casos nuevos de SIDA en la UE en los que se conoce la vía de transmisión se atribuyeron al consumo de drogas por vía parenteral. Las 479 notificaciones de estos casos representan poco más que una cuarta parte del número notificado hace una década. Muchos de los casos

se notificaron en Grecia, Letonia y Rumanía, donde es preciso reforzar las pruebas del VIH y las respuestas de tratamiento.

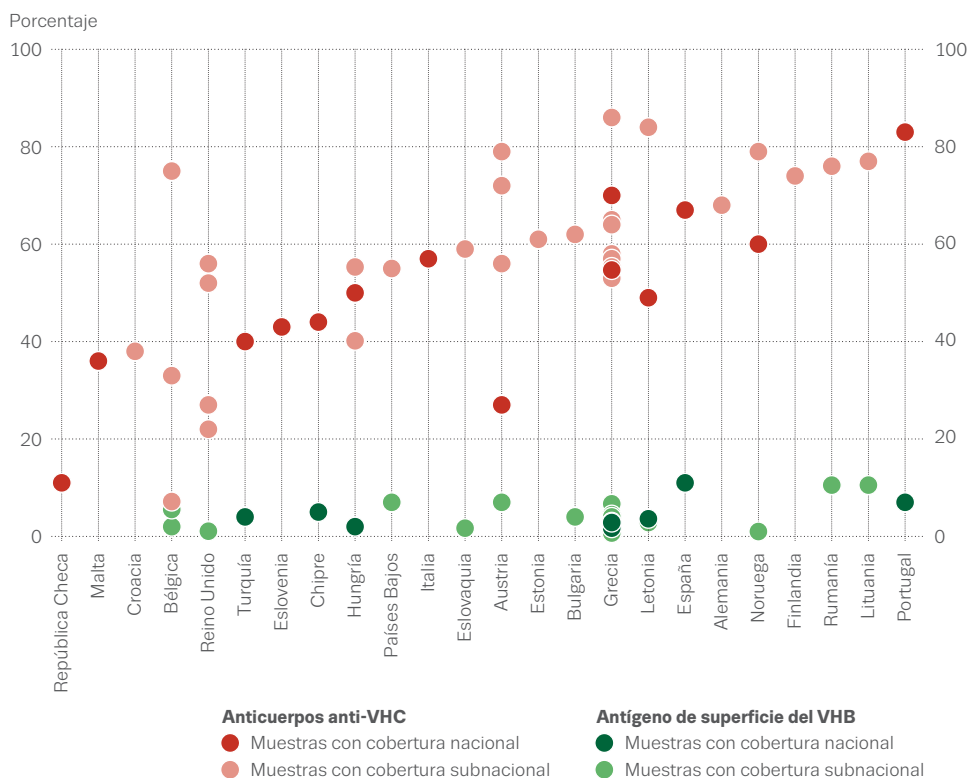
Prevalencia del virus de la hepatitis C: variaciones entre países

La hepatitis vírica, en particular la causada por el virus de la hepatitis C (VHC), tiene una elevada prevalencia entre los consumidores de drogas por vía parenteral en Europa. Por cada 100 personas con infección por VHC (anticuerpos positivos), de 75 a 80 desarrollarán una infección crónica. Este dato tiene importantes consecuencias a largo plazo, ya que la infección crónica por el VHC, que a menudo empeora por el consumo excesivo de alcohol, provocará más muertes y casos de hepatopatías graves, como cirrosis y cáncer, entre los consumidores de drogas de alto riesgo de edad más avanzada.

Han descendido las nuevas infecciones por VIH entre los consumidores de drogas por vía parenteral

GRÁFICO 3.10

Prevalencia de anticuerpos anti-VHC y del antígeno de superficie del VHB entre los consumidores de drogas por vía parenteral de 2014 a 2015



En 2014-2015, la prevalencia de anticuerpos del VHC, indicativos de infección presente o pasada, en las muestras nacionales de consumidores de drogas por vía parenteral varió entre el 16 % y el 84 %, aunque cinco de los 13 países que disponían de datos nacionales notificaron niveles superiores al 50 % (gráfico 3.10). Entre los países que disponían de datos de tendencias nacionales durante el período 2010-15, se observó una disminución de la prevalencia del VHC entre los consumidores de drogas por vía parenteral en cuatro países, mientras que en otros tres se apreció un aumento.

Entre los consumidores, es menos frecuente la infección causada por el virus de la hepatitis B (VHB) que la infección por VHC. Sin embargo, la presencia del antígeno de superficie del VHB es indicio de una infección activa que puede ser aguda o crónica. Se estimó que en los siete países con datos nacionales, entre el 1,7 % y el 11 % de los consumidores de drogas por vía parenteral están actualmente infectados por el VHB.

El consumo de drogas por vía parenteral es un factor de riesgo de otras enfermedades infecciosas y en 2016 se notificaron brotes de hepatitis A relacionados con el consumo de drogas en Alemania, Luxemburgo y la República Checa. Se notificaron también brotes o casos aislados de botulismo por heridas entre los consumidores de drogas por vía parenteral en Alemania, Noruega y el Reino Unido.

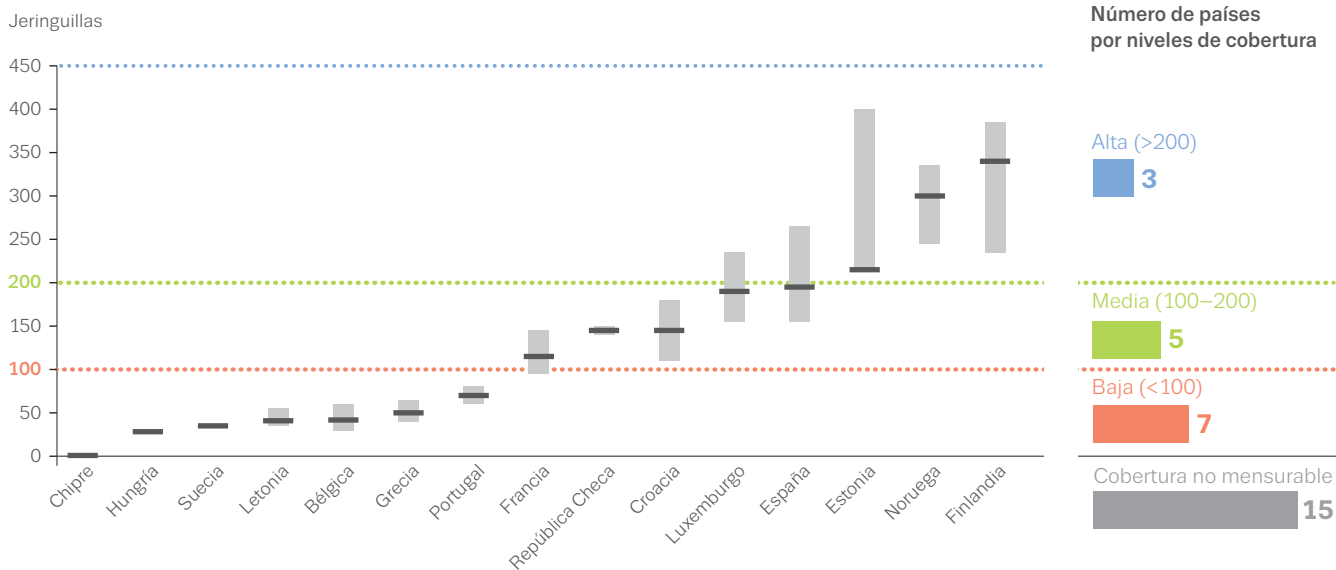
Enfermedades infecciosas: medidas de prevención

Los principales métodos para la reducción de las enfermedades infecciosas relacionadas con las drogas entre personas que consumen drogas por vía parenteral son la prestación de tratamiento de sustitución, el suministro de equipos de inyección esterilizados, el asesoramiento sobre conductas de riesgo de consumo por vía parenteral, la vacunación contra la hepatitis B, la realización de pruebas de detección de enfermedades infecciosas, el tratamiento para la hepatitis y el tratamiento para el VIH.

El tratamiento de sustitución reduce notablemente el riesgo de infección en el caso de los consumidores de opioides por vía parenteral; algunos análisis indican un aumento de los efectos protectores cuando la alta cobertura del tratamiento se combina con elevados niveles de suministro de jeringuillas. Las pruebas demuestran que los programas de intercambio de agujas y jeringuillas son eficaces para reducir el contagio del VIH entre personas que consumen drogas por vía parenteral. De los 30 países vigilados por el EMCDDA, todos, excepto Turquía, entregan jeringuillas gratuitas en puntos especializados. Sin embargo, la distribución geográfica de los puntos de reparto y la cobertura de la población objetivo varían considerablemente entre unos países y otros (gráfico 3.11). Se dispone de información sobre el suministro de jeringuillas a través de programas especializados de

GRÁFICO 3.11

Cobertura de los programas especializados de intercambio de jeringuillas: número estimado de jeringuillas distribuidas por consumidor de drogas por vía parenteral



Nota: Los datos se presentan como estimaciones puntuales e intervalos de incertidumbre.

25 países, que juntos notificaron la distribución de más de 52 millones de unidades en 2014-15. Este número supone una importante subestimación, ya que muchos países grandes, como Alemania, Italia y el Reino Unido, no notifican datos nacionales completos.

El establecimiento de vínculos entre los servicios de drogodependencia y los de salud sexual puede revestir una importancia especial para responder de manera eficaz a los problemas relacionados con el consumo de estimulantes por vía parenteral entre hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres. Algunas de las medidas de prevención importantes para atender a este grupo de consumidores son las pruebas de detección y el tratamiento de infecciones, la educación sanitaria y la distribución de materiales de prevención, como preservativos y equipos de inyección esterilizados. Para prevenir infecciones por VIH adquiridas por vía sexual, la profilaxis antes de la exposición es otra medida de prevención para las poblaciones en situación de mayor riesgo.

Diagnóstico precoz del VIH en aumento: ampliación de las oportunidades de someterse a pruebas

Un diagnóstico tardío del VIH (cuando la infección ya ha empezado a dañar el sistema inmunológico) supone un problema para las personas que consumen drogas por vía parenteral. En 2015, el 58 % de los nuevos contagios por VIH notificados relacionados con el consumo de drogas por vía parenteral fueron diagnosticados tarde. Esta cifra es comparable a la media del 47 % de diagnósticos tardíos para todas las vías de transmisión en la UE. Los diagnósticos tardíos del VIH están asociados a una alta morbilidad y retrasan el inicio del tratamiento antirretroviral. La política de «prueba y tratamiento» del VIH, conforme a la cual el tratamiento antirretroviral comienza inmediatamente después del diagnóstico, consigue reducir el contagio del VIH y reviste especial importancia en el caso de grupos con conductas de mayor riesgo, como los consumidores de drogas por vía parenteral. El diagnóstico precoz y el inicio del tratamiento antirretroviral brindan a las personas infectadas la esperanza de llevar una vida normal.

En muchos países, los servicios de tratamiento por consumo de drogas basados en la comunidad y los de atención básica ofrecen y amplían las posibilidades de realización de las pruebas de detección del VIH, a fin de aumentar los niveles de aceptación y detectar infecciones de manera temprana. Las normas mínimas de calidad de la UE fomentan la realización voluntaria de pruebas de detección de infecciones transmitidas por la sangre en los órganos de la UE y promueven la orientación sobre conductas de riesgo y la asistencia para tratar las enfermedades. Sin embargo, el estigma y la marginación de

los consumidores de drogas aún son un obstáculo para someterse a las pruebas y al tratamiento.

Tratamiento del VHC: medicamentos más eficaces

Dada la alta prevalencia de la infección por VHC entre los consumidores de drogas por vía parenteral en Europa, las pruebas y el tratamiento se dirigen en gran parte a esta población objetivo para evitar muertes y la progresión de las hepatopatías. Otro elemento esencial de una respuesta de prevención integral es la reducción del número de personas que pueden contagiar la infección mediante el ofrecimiento de tratamiento para el virus. Las guías de práctica clínica europeas recomiendan la consideración de todos los pacientes con hepatopatías crónicas debido a la infección por VHC como candidatos para el tratamiento. Recomiendan también que se dé prioridad sin demora al tratamiento de las personas en riesgo de transmitir el virus (incluidos los consumidores activos de drogas por vía parenteral), que se preste tratamiento de forma individualizada a los consumidores de drogas y que los servicios se presten en un ámbito multidisciplinario.

Desde 2013 se están convirtiendo en el tratamiento de referencia de la infección por VHC los tratamientos orales sin interferón con agentes antivíricos, más eficaces y mejor tolerados. Además, tales tratamientos se pueden ofrecer en servicios de drogodependencia especializados en ámbitos de la comunidad, con la consiguiente mejora de su acceso y disponibilidad. Muchos países europeos están adoptando nuevas estrategias en el tratamiento de la hepatitis vírica, actualizando las guías clínicas y mejorando las pruebas de detección del VHC y su vinculación con los servicios de asistencia. No obstante, aún quedan obstáculos que superar, como los bajos niveles de realización de las pruebas, el carácter incierto de las vías de remisión y tratamiento en muchos países y los altos costes asociados a las nuevas drogas psicoactivas.

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

Muertes por sobredosis: aumentos recientes

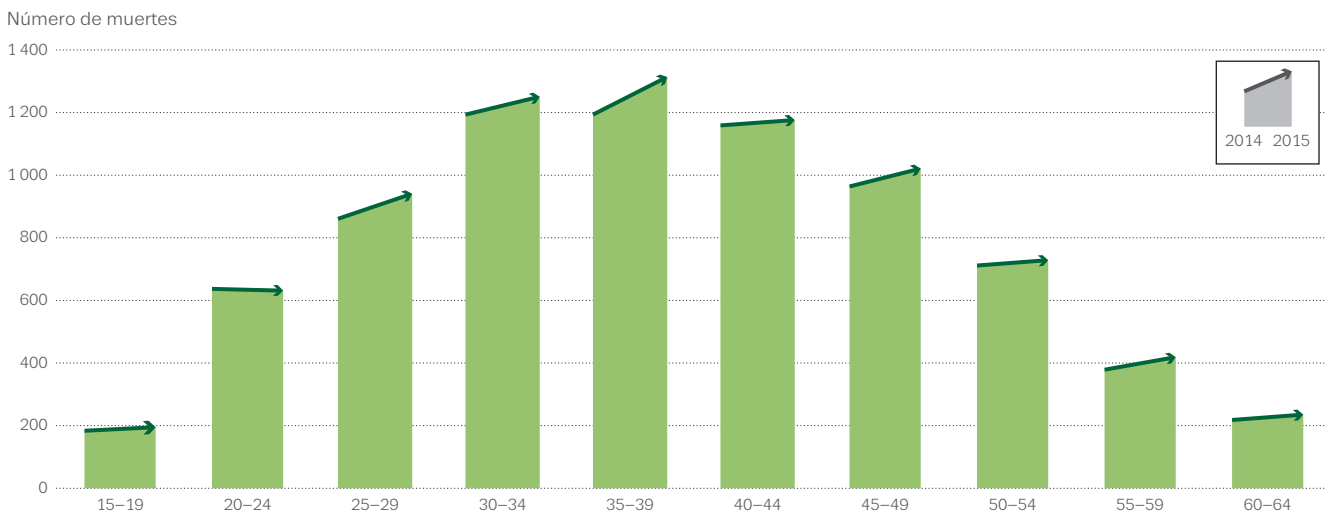
El consumo de drogas es una causa reconocida de mortalidad evitable entre los adultos europeos. Los estudios de grupos de consumidores de drogas de alto riesgo demuestran tasas totales de mortalidad de entre el 1 y el 2 % anuales. En términos generales, los consumidores de opioides tienen una probabilidad al menos 5-10 veces mayor de morir que las demás personas de su edad y sexo. El aumento de la mortalidad entre los consumidores de opioides está relacionado principalmente con la sobredosis, pero existen otras causas importantes de muerte indirectamente relacionadas con el consumo de drogas, como las infecciones, los accidentes, la violencia y el suicidio. Son comunes los problemas de salud, agravados por el cúmulo de condiciones y sus vínculos. Son frecuentes las enfermedades pulmonares y hepatopatías crónicas, así como los problemas cardiovasculares, y el porcentaje de muertes causadas por ellas es mayor entre los consumidores crónicos y de más edad.

En Europa, la sobredosis continúa siendo la principal causa de muerte entre los consumidores de drogas de alto riesgo y más de tres cuartas partes de las víctimas son hombres (78 %). Es necesaria cierta precaución al interpretar los datos de sobredosis, en especial el total acumulado de la UE. Entre los motivos cabe destacar la infranotificación sistemática en algunos países y la aplicación de procedimientos de registro que provocan retrasos de la información. Por lo tanto, las estimaciones anuales representan un valor mínimo provisional.

En 2015 se calcula que como mínimo se produjeron 7 585 muertes por sobredosis en la UE asociadas al menos a una droga ilegal. Esta cifra aumenta a 8 441 muertes si se incluyen los datos de Noruega y Turquía, lo cual representa un incremento del 6 % con respecto a la cifra de 7 950 de 2014 revisada, habiéndose notificado aumentos en casi todas las franjas de edad (gráfico 3.12). Como en años anteriores, el Reino Unido (31 %) y Alemania (15 %) concentraron cerca de la mitad del total de Europa. La causa se encuentra en parte en el tamaño de las poblaciones en situación de riesgo en estos países, pero también en la infranotificación en algunos países. De los países con sistemas de información relativamente sólidos, los datos revisados de 2014 confirman un aumento en la cifra de muertes por sobredosis en España, así como una continuación del aumento de las cifras registradas en 2015 en Lituania y el Reino Unido con respecto a 2014; también Alemania y los Países Bajos informaron de aumentos. Igualmente, se observa una tendencia continua al alza en Suecia, que puede deberse en parte a los efectos combinados de los cambios en la investigación y en las prácticas de codificación y presentación de informes. Turquía sigue refiriendo aumentos asimismo, aunque es posible que, en parte, se deba a una mejora en la recogida de datos y la presentación de informes.

GRÁFICO 3.12

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



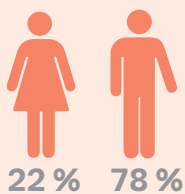
El número de muertes por sobredosis aumentó entre 2007 y 2015 entre los grupos de población de más edad, mientras que descendió entre los grupos más jóvenes, lo que refleja el envejecimiento de la población consumidora de opioides en Europa, que sufre mayor riesgo de muerte por sobredosis. Sin embargo, el 10 % de las muertes por sobredosis se produjeron en consumidores menores de 25 años y se ha advertido un ligero aumento en la cifra registrada en ese grupo de edad en diversos países, como Suecia y Turquía.

Aumento general de las muertes por sobredosis imputable a los opioides

La heroína o sus metabolitos aparecen en la mayoría de las sobredosis mortales notificadas en Europa, a menudo en combinación con otras sustancias. Según los datos más recientes, se ha registrado un aumento en el número de muertes relacionadas con la heroína en Europa, sobre todo en el Reino Unido. En Inglaterra y Gales, se citó la heroína o la morfina en 1 200 muertes registradas en 2015, lo que representa un aumento del 26 % con respecto al año anterior y del 57 % con respecto a 2013. Las muertes relacionadas con la heroína aumentaron en Escocia (Reino Unido), Irlanda y

MUERTES INDUCIDAS POR DROGAS

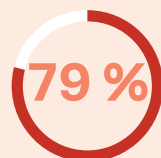
Características



Edad media en el momento de la muerte

38

Muertes con presencia de opioides



Edad en el momento de la muerte

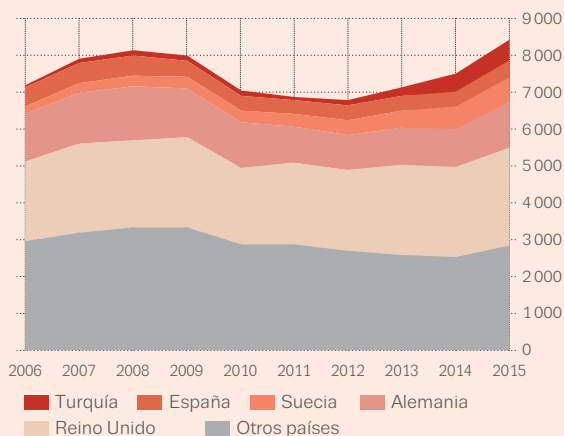


Número de muertes

7 585 UE

8 441 UE + 2

Tendencias en las muertes por sobredosis



Nota: UE + 2 designa los Estados miembros de la UE, Turquía y Noruega.

Turquía. En los informes toxicológicos también suelen aparecer otros opioides. Estas sustancias, en especial la metadona y la buprenorfina, pero también los fentanilos y el tramadol, están relacionadas con una parte sustancial de las muertes por sobredosis en algunos países. Según los datos más recientes, en Croacia, Dinamarca, Francia e Irlanda el número de muertes asociadas a la metadona sobrepasó el de las asociadas a la heroína.

Los estimulantes como la cocaína, las anfetaminas, la MDMA y las catinonas están asociados a un menor número de muertes por sobredosis en Europa, aunque su importancia varía de unos países a otros. En el Reino Unido (Inglaterra y Gales) las muertes relacionadas con la cocaína aumentaron de 169 en 2013 a 320 en 2015, aunque se cree que muchas de ellas se produjeron por sobredosis de heroína entre personas que también consumieron crack. En España, donde las muertes relacionadas con la cocaína se han mantenido estables durante varios años, esta siguió siendo la segunda droga ilegal más citada en las muertes por sobredosis en 2014 (269 casos). En 2015, entre las muertes relacionadas con estimulantes en Turquía se registraron 56 casos asociados a la cocaína, 206 a la anfetamina y 166 a la MDMA (de los cuales, 62 se atribuyeron exclusivamente al consumo de esta sustancia). Además, se citaron cannabinoides sintéticos en 137 casos y 63 de ellos se atribuyeron solo al consumo de estas drogas.

Tasas de mortalidad más altas en el norte de Europa

En 2015, la tasa de mortalidad por sobredosis en Europa se estimó en 20,3 casos por un millón de habitantes de 15 a 64 años de edad. La tasa es casi cuatro veces más alta entre los hombres (32,3 casos por un millón de hombres) que entre las mujeres (8,4 casos por un millón de mujeres). La mortalidad por sobredosis alcanza niveles máximos entre los hombres de 35 a 39 años y las mujeres de 30 a 34. La edad media en el momento de la muerte, sin embargo, era menor en hombres: 38 años, en comparación con 41 años en las mujeres. Las tasas y tendencias de mortalidad nacionales varían considerablemente (gráfico 3.13) y acusan la influencia de factores como la prevalencia y las pautas de consumo, así como las prácticas nacionales de presentación de informes y

de recogida y codificación de información sobre los casos de sobredosis en las bases de datos nacionales de mortalidad. Conforme a los últimos datos disponibles, se notificó una tasa de más de 40 muertes por un millón de habitantes en ocho países del norte de Europa, siendo las cifras más altas las correspondientes a Estonia (103 por millón), Suecia (100 por millón), Noruega (76 por millón) e Irlanda (71 por millón) (gráfico 3.13).

Prevención de las sobredosis y las muertes relacionadas con las drogas

La reducción de las sobredosis y de las muertes relacionadas con las drogas es un importante reto de salud pública en Europa. Las respuestas específicas en este campo se centran en la prevención de las sobredosis o en la mejora de las probabilidades de sobrevivir a ellas.

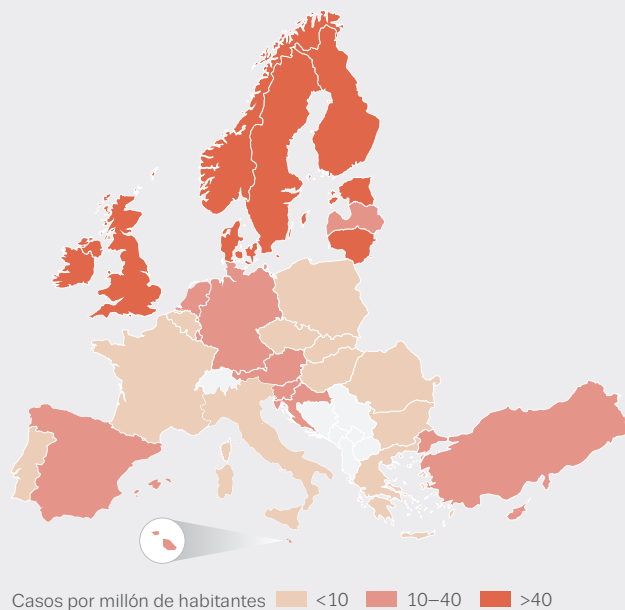
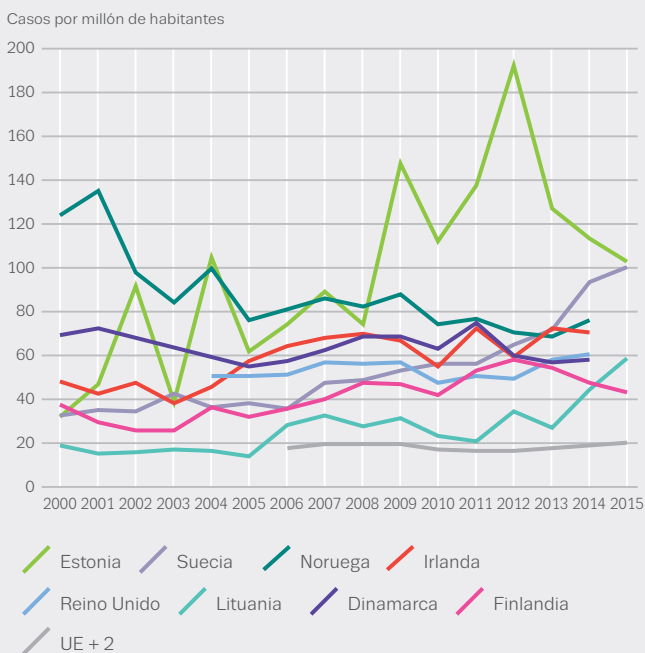
Un metanálisis de estudios observacionales confirma la eficacia del tratamiento de sustitución con metadona en la reducción de la mortalidad (por sobredosis y por cualquier otra causa) entre las personas con dependencia de opioides. La tasa de mortalidad en consumidores sometidos a tratamiento con metadona fue tres veces menor que la tasa prevista para los consumidores de opioides sin tratamiento. El análisis del riesgo de muerte en las distintas fases del tratamiento evidencia la necesidad de concentrar las intervenciones al inicio del tratamiento (durante las cuatro primeras semanas, sobre todo en el caso del tratamiento con metadona) y una vez que ha acabado. Las primeras cuatro semanas tras finalizar el tratamiento están asociadas a un mayor riesgo de sobredosis. De ello se desprende que los consumidores que inician o abandonan el tratamiento con frecuencia son especialmente vulnerables a sobredosis.

Los centros supervisados de consumo de drogas pretenden prevenir las sobredosis y garantizan apoyo profesional en caso de que se produzcan. En la actualidad, ofrecen estos centros seis países de la UE y Noruega, con un total de 78. En 2016, se abrieron en Francia dos salas de consumo de droga durante un período de prueba de seis años y se han creado centros de este tipo en Dinamarca y Noruega.

Los consumidores que inician o abandonan el tratamiento con frecuencia son especialmente vulnerables a sobredosis

GRÁFICO 3.13

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



Nota: Tendencias en los ocho países con los valores más altos notificados en 2015 o 2014 y tendencia general europea. UE + 2 designa los Estados miembros de la UE, Turquía y Noruega.

Naloxona: desarrollo de nuevos productos

La naloxona es un medicamento antagonista de opioides que puede revertir las sobredosis y se emplea en urgencias hospitalarias y en ambulancias. En los últimos años ha aumentado la dispensación de naloxona «para llevar» a consumidores de opioides, sus parejas, compañeros y familiares, completada con formación para reconocer una sobredosis y responder a ella. Se ha puesto asimismo naloxona a disposición del personal de los servicios que entran en contacto regularmente con toxicómanos. Actualmente existen programas de naloxona «para llevar» en diez países europeos. Los kits de naloxona suministrados por los servicios de drogodependencia y sanitarios contienen generalmente jeringuillas precargadas, aunque en Dinamarca y Noruega se entrega un adaptador que permite administrar la naloxona por vía nasal. En Francia, una nueva formulación de solución nasal ha recibido autorización temporal para su

uso. En 2015 se amplió el suministro de naloxona «para llevar» a los centros penitenciarios de Estonia, tras dispensarse en ámbitos de la comunidad desde 2013. Una revisión sistemática reciente de la eficacia de la naloxona «para llevar» demostró que las intervenciones educativas y formativas unidas a su dispensación reducen la mortalidad asociada a sobredosis. Tales intervenciones pueden resultar particularmente beneficiosas para algunas poblaciones con un riesgo elevado de sobredosis, como los reclusos recién puestos en libertad, y una reciente evaluación del programa de naloxona escocés reveló que estaba asociado a una reducción significativa de las muertes relacionadas con opioides sobrevenidas en el plazo de un mes tras el abandono del centro penitenciario.

MÁS INFORMACIÓN

Publicaciones del EMCDDA

2017

Report on the risk assessment of MDMB-CHMICA, Risk assessments.

Drug supply reduction: an overview of EU policies and measures, EMCDDA Papers.

Country Drug Reports 2017.

Evaluating drug policy: a seven-step guide to support the commissioning and managing of evaluations.

2016

Drug-related infectious diseases in Europe. Update from the EMCDDA expert network, Rapid communications.

Hospital emergency presentations and acute drug toxicity in Europe — update from the Euro-DEN Plus research group and the EMCDDA, Rapid communications.

Hepatitis C among drug users in Europe: epidemiology, treatment and prevention, Insights.

Health responses to new psychoactive substances.

Preventing opioid overdose deaths with take-home naloxone, Insights.

Strategies to prevent diversion of opioid substitution treatment medications, Perspectives on Drugs.

2015

Drugs policy and the city in Europe, EMCDDA Papers.

Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe, Insights.

Mortality among drug users in Europe: new and old challenges for public health, EMCDDA Paper.

Prevention of addictive behaviours, Insights.

Treatment of cannabis-related disorders in Europe, Insights.

Drug consumption rooms: an overview of provision and evidence, Perspectives on Drugs.

The role of psychosocial interventions in drug treatment, Perspectives on Drugs.

2014

Treatment for cocaine dependence — reviewing current evidence, Perspectives on Drugs.

Health and social responses for methamphetamine users in Europe, Perspectives on Drugs.

Internet-based drug treatment, Perspectives on Drugs.

2013

Drug policy advocacy organisations, EMCDDA Papers.

The EU drugs strategy (2013–20) and its action plan (2013–16), Perspectives on Drugs.

Emergency health consequences of cocaine use in Europe, Perspectives on Drugs.

Preventing overdose deaths in Europe, Perspectives on Drugs.

Publicaciones conjuntas del EMCDDA y el ECDC

2015

HIV and hepatitis B and C in Latvia.

2012

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

2011

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

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

Anexo

Datos nacionales para las estimaciones de la prevalencia del consumo de drogas, incluidos el consumo problemático de opioides, el tratamiento de sustitución, el número total de tratamientos, el inicio del tratamiento, el consumo de drogas por vía parenteral, las muertes inducidas por drogas, las enfermedades infecciosas relacionadas con las drogas, la distribución de jeringuillas y las incautaciones. Los datos aquí presentados proceden y son un subconjunto del **Boletín estadístico 2017 del EMCDDA, en el que se ofrecen notas y metadatos. Se indican los años a los que se refieren los datos.**

TABLA A1

OPIOIDES

País	Estimación del consumo de opioides de alto riesgo		Consumidores que inician tratamiento durante el año						Consumidores que reciben tratamiento de sustitución
			Consumidores de opioides como % del total de consumidores que inician tratamiento			% de consumidores de opioides que se administran la droga por vía parenteral (vía principal de administración)			
			Todos los consumidores que inician tratamiento	Consumidores que inician tratamiento por primera vez	Consumidores que inician tratamiento tratados previamente	Todos los consumidores que inician tratamiento	Consumidores que inician tratamiento por primera vez	Consumidores que inician tratamiento tratados previamente	
Año de la estimación	Casos por 1 000	% (recuento)	% (recuento)	% (recuento)	% (recuento)	% (recuento)	% (recuento)	recuento	
Bélgica	–	–	27,7 (3 234)	10,3 (411)	37,4 (2 773)	14 (409)	8,3 (31)	14,9 (374)	16 681
Bulgaria	–	–	84,8 (1 530)	64,5 (207)	96 (932)	73 (772)	69,9 (116)	75,5 (580)	3 423
República Checa	2015	1,8–1,9	17 (1 720)	7 (333)	25,9 (1 387)	82,6 (1 412)	79,8 (264)	83,2 (1 148)	4 000
Dinamarca	–	–	13 (613)	5,5 (124)	20,6 (472)	26,6 (121)	10,5 (11)	31,4 (108)	6 268
Alemania	2014	2,7–3,3	32,9 (28 669)	13,3 (3 552)	41,4 (25 117)	32,6 (11 392)	29,4 (1 549)	33,2 (9 843)	77 200
Estonia	–	–	93,3 (263)	87,3 (55)	95 (153)	70,7 (183)	67,3 (37)	82,2 (125)	1 166
Irlanda	–	–	47,6 (4 515)	25,9 (971)	62,4 (3 403)	38,2 (1 672)	30,9 (293)	39,9 (1 318)	9 917
Grecia	2015	2,1–2,8	69,8 (2 836)	52,9 (834)	80,8 (1 984)	32,4 (914)	26,6 (221)	34,9 (690)	10 082
España	2014	1,6–2,6	24,6 (12 032)	10,5 (2 486)	42,9 (8 056)	13,7 (1 568)	7,4 (178)	15,2 (1 173)	61 859
Francia	2013–14	4,4–7,4	28 (13 744)	15 (2 378)	48,9 (8 310)	18,5 (2 150)	12,3 (263)	21,1 (1 505)	168 840
Croacia	2015	2,5–4,0	81,3 (6 124)	20,8 (176)	89,1 (5 917)	72,1 (4 377)	36,5 (62)	73,2 (4 299)	5 061
Italia	2015	4,6–5,9	53,3 (25 144)	38,8 (8 040)	64,6 (17 104)	50,8 (10 620)	39,5 (2 521)	55,8 (8 099)	60 047
Chipre	2015	1,9–3,2	25,7 (205)	11,5 (50)	44,2 (142)	48 (97)	46 (23)	48,9 (68)	252
Letonia	2014	3,4–7,5	53,5 (402)	32,7 (128)	76,1 (274)	92,3 (370)	82,8 (106)	96,7 (264)	609
Lituania	2007	2,3–2,4	89 (2 268)	66,1 (261)	94 (1 991)	87,2 (1 970)	89,3 (233)	87 (1 724)	596
Luxemburgo	2007	5–7,6	56,2 (163)	25 (6)	57,9 (125)	43 (68)	16,7 (1)	42,7 (53)	1 078
Hungría	2010–11	0,4–0,5	3,6 (156)	1,6 (46)	8,4 (93)	53,5 (77)	48,9 (22)	56 (51)	669
Malta	2015	5,6–6,5	73,2 (1 296)	28,7 (66)	79,8 (1 230)	61,9 (760)	43,9 (25)	62,8 (735)	1 026
Países Bajos	2012	1,1–1,5	11,5 (1 262)	6,2 (402)	19,3 (860)	6,1 (39)	7,6 (13)	5,6 (26)	7 421
Austria	2015	5,3–5,6	55,4 (2 016)	26,9 (351)	71,4 (1 665)	32,3 (516)	23 (73)	34,5 (443)	17 599
Polonia	2014	0,4–0,7	16,3 (1 465)	4,8 (208)	27,6 (1 224)	62,1 (902)	40,8 (84)	65,6 (800)	2 564
Portugal	2012	4,2–5,5	49,2 (1 357)	28,9 (458)	76,8 (899)	16,6 (209)	9,9 (40)	19,8 (169)	17 011
Rumanía	–	–	32,6 (1 057)	17,3 (360)	66,3 (686)	88,2 (834)	85,6 (286)	90 (543)	547
Eslovenia	2015	3,4–4,1	74,7 (236)	42 (37)	87,7 (199)	44,5 (105)	24,3 (9)	48,2 (96)	3 261
Eslovaquia	2008	1,0–2,5	24,1 (602)	14,8 (179)	33,6 (414)	68,5 (402)	51,4 (91)	75,7 (305)	600
Finlandia	2012	3,8–4,5	51,7 (339)	38,3 (106)	61,5 (233)	73,3 (247)	65,7 (69)	76,7 (178)	3 000
Suecia (*)	–	–	25,2 (8 907)	16,8 (2 101)	29,5 (6 562)	–	–	–	3 679
Reino Unido	2010–11	7,9–8,4	49,7 (59 763)	21,7 (8 595)	63,5 (50 984)	31,8 (13 125)	17,5 (929)	34 (12 139)	142 085
Turquía	2011	0,2–0,5	74,2 (8 073)	67,5 (3 627)	80,7 (4 446)	24,7 (1 994)	15,5 (561)	32,2 (1 433)	12 500
Noruega (?)	2013	2,0–4,2	17 (1 005)	–	–	–	–	–	7 498
Unión Europea	–	–	37,6 (181 918)	18,3 (32 921)	51,4 (143 189)	36,6 (55 311)	28,2 (7 550)	39 (46 856)	626 541
UE, Turquía y Noruega	–	–	38,2 (190 996)	19,8 (36 548)	52 (147 635)	36 (57 305)	26,7 (8 111)	38,8 (48 289)	646 539

Los datos de consumidores que reciben tratamiento de sustitución son de 2015 o del año más reciente disponible: Dinamarca, España, Finlandia y Países Bajos, 2014; Turquía, 2011.

(*) Los datos de consumidores que inician tratamiento por primera vez y de consumidores que inician tratamiento tratados previamente están disponibles únicamente para dos de las tres fuentes de datos de Suecia y, por tanto, no son comparables con los datos de todos los consumidores que inician tratamiento.

(?) El porcentaje de consumidores que inician tratamiento por problemas relacionados con los opioides es un valor mínimo que no da cuenta de los consumidores de opioides registrados como consumidores de varias drogas.

TABLA A2

COCAÍNA

País	Estimaciones de la prevalencia				Consumidores que inician tratamiento durante el año					
	Población general			Población escolar	Consumidores de cocaína como % del total de consumidores que inician tratamiento			% de consumidores que se administran la droga por vía parenteral (vía principal de administración)		
	Año de la encuesta	A lo largo de la vida, adultos (15-64)	En los últimos doce meses, adultos jóvenes (15-34)	A lo largo de la vida, estudiantes (15-16)	Todos los consumidores que inician tratamiento	Consumidores que inician tratamiento por primera vez	Consumidores que inician tratamiento tratados previamente	Todos los consumidores	Consumidores que inician tratamiento por primera vez	Consumidores que inician tratamiento tratados previamente
		%	%	%	% (recuento)	% (recuento)	% (recuento)	% (recuento)	% (recuento)	% (recuento)
Bélgica (1)	2013	–	0,9	3	18,9 (2 207)	18,9 (756)	18,9 (1 401)	6,5 (125)	1,1 (7)	9,4 (116)
Bulgaria	2012	0,9	0,3	5	1,6 (29)	6,5 (21)	0,8 (8)	7,1 (2)	0 (0)	25 (2)
República Checa	2015	1,8	0,3	1	0,3 (27)	0,3 (12)	0,3 (15)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Dinamarca	2013	5,2	2,4	2	5,5 (260)	5,9 (134)	5,4 (124)	3,9 (8)	–	8,6 (8)
Alemania (2)	2015	3,8	1,2	3	6 (5 209)	5,6 (1 494)	6,1 (3 715)	17,1 (2 843)	8,8 (353)	19,7 (2 490)
Estonia	2008	–	1,3	1	0,7 (2)	–	1,2 (2)	50 (1)	–	50 (1)
Irlanda	2015	7,8	2,9	3	10,5 (996)	13,7 (513)	8,4 (457)	0,8 (8)	0,2 (1)	1,6 (7)
Grecia	–	–	–	1	6,6 (269)	8,9 (141)	5,2 (128)	11,6 (31)	4,3 (6)	19,5 (25)
España	2015	9,1	3,0	2	36,5 (17 864)	34,8 (8 234)	37 (6 954)	1,3 (224)	0,7 (56)	2,1 (141)
Francia	2014	5,4	2,4	4	6,1 (3 013)	6,1 (963)	8,1 (1 369)	10,2 (269)	3,6 (32)	16,5 (198)
Croacia	2015	2,7	1,6	2	1,4 (104)	2,8 (24)	1,2 (80)	2 (2)	–	2,5 (2)
Italia	2014	7,6	1,8	3	25,3 (11 935)	30,4 (6 296)	21,3 (5 639)	4,2 (479)	2,6 (159)	5,9 (320)
Chipre	2016	1,4	0,4	3	10 (80)	8,3 (36)	11,8 (38)	5,1 (4)	0 (0)	7,9 (3)
Letonia	2015	1,5	1,2	2	1,2 (9)	1,8 (7)	0,6 (2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Lituania	2012	0,9	0,3	2	0,6 (15)	1,8 (7)	0,3 (7)	13,3 (2)	14,3 (1)	14,3 (1)
Luxemburgo	–	–	–	–	19 (55)	16,7 (4)	20,4 (44)	44,4 (24)	–	50 (22)
Hungría (3)	2015	1,2	0,9	2	2,3 (99)	2,5 (75)	1,7 (19)	5,2 (5)	1,4 (1)	15,8 (3)
Malta	2013	0,5	–	3	15,9 (281)	39,6 (91)	12,3 (190)	17,6 (45)	8,1 (7)	22,4 (38)
Países Bajos	2015	5,1	3,6	2	24,3 (2 675)	20,8 (1 357)	29,6 (1 318)	0,4 (5)	0,1 (1)	0,6 (4)
Austria	2015	3	0,4	2	7,1 (258)	9,6 (125)	5,7 (133)	6,3 (15)	0,8 (1)	11,6 (14)
Polonia	2014	1,3	0,4	4	2,1 (189)	1,9 (83)	2,3 (101)	2,2 (4)	1,3 (1)	3 (3)
Portugal	2012	1,2	0,4	2	12 (331)	15,1 (239)	7,9 (92)	4,4 (13)	2,3 (5)	9,6 (8)
Rumanía	2013	0,8	0,2	3	0,6 (19)	0,9 (18)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	–
Eslovenia	2012	2,1	1,2	2	4,1 (13)	9,1 (8)	2,2 (5)	23,1 (3)	0 (0)	60 (3)
Eslovaquia	2015	0,7	0,3	2	0,8 (19)	0,7 (9)	0,7 (9)	5,9 (1)	–	12,5 (1)
Finlandia	2014	1,9	1,0	1	0 (0)	0 (0)	0 (0)	–	–	–
Suecia (4,5)	2013	–	1,2	2	0,9 (318)	1,7 (211)	0,5 (103)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Reino Unido (2,4)	2015	9,7	4,0	2	13,9 (16 673)	17,2 (6 830)	12,2 (9 806)	1,5 (168)	0,4 (18)	2,3 (146)
Turquía	2011	–	–	–	1,8 (198)	1,5 (79)	2,2 (119)	–	–	–
Noruega (4)	2015	4,2	2,2	1	1,4 (83)	–	–	–	–	–
Unión Europea	–	5,2	1,9	–	13 (62 949)	15,4 (27 688)	11,4 (31 759)	6,5 (4 281)	2,4 (649)	10 (3 556)
UE, Turquía y Noruega	–	–	–	–	12,6 (63 230)	15 (27 767)	11,2 (31 878)	6,5 (4 281)	2,4 (649)	10 (3 556)

Las estimaciones de la prevalencia correspondientes a la población escolar se obtienen a partir de encuestas escolares nacionales o del proyecto ESPAD. Ante la incertidumbre acerca de los procedimientos de recopilación de datos, los datos de Letonia pueden no ser comparables.

(1) Los datos de prevalencia de la población general se refieren a Flandes solamente.

(2) Los datos de prevalencia de la población general se refieren a Inglaterra y Gales solamente.

(3) Las franjas de edad de los datos de prevalencia de la población general son las siguientes: 18-64, 18-34.

(4) Las franjas de edad de los datos de prevalencia de la población general son las siguientes: 16-64, 16-34.

(5) Los datos de consumidores que inician tratamiento por primera vez y de consumidores que inician tratamiento tratados previamente están disponibles únicamente para dos de las tres fuentes de datos de Suecia y, por tanto, no son comparables con los datos de todos los consumidores que inician tratamiento.

TABLA A3

ANFETAMINAS

País	Estimaciones de la prevalencia				Consumidores que inician tratamiento durante el año					
	Población general			Población escolar	Consumidores de anfetaminas como % de los consumidores que inician tratamiento			% de consumidores de anfetaminas que se administran la droga por vía parenteral (vía principal de administración)		
	Año de la encuesta	A lo largo de la vida, adultos (15-64)	En los últimos doce meses, adultos jóvenes (15-34)	A lo largo de la vida, estudiantes (15-16)	Todos los consumidores que inician tratamiento	Consumidores que inician tratamiento por primera vez	Consumidores que inician tratamiento tratados previamente	Todos los consumidores que inician tratamiento	Consumidores que inician tratamiento por primera vez	Consumidores que inician tratamiento tratados previamente
		%	%	%	% (recuento)	% (recuento)	% (recuento)	% (recuento)	% (recuento)	% (recuento)
Bélgica (1)	2013	–	0,5	2	9,9 (1 160)	8,6 (345)	10,7 (794)	13,5 (130)	3,9 (11)	17,8 (118)
Bulgaria	2012	1,2	1,3	6	4,7 (84)	15,9 (51)	1,6 (16)	2 (1)	0 (0)	0 (0)
República Checa	2015	4,4	2,2	1	69,7 (7 033)	75,1 (3 550)	65 (3 483)	78,1 (5 446)	73,8 (2 586)	82,6 (2 860)
Dinamarca	2013	6,6	1,4	1	6,6 (311)	6,2 (140)	7,1 (163)	4 (11)	1,7 (2)	6,2 (9)
Alemania (3,4)	2015	3,6	1,9	4	16,8 (14 646)	19,3 (5 134)	15,7 (9 512)	2,2 (719)	1,5 (168)	2,5 (551)
Estonia	2008	–	2,5	2	2,1 (6)	3,2 (2)	2,5 (4)	66,7 (4)	100 (2)	50 (2)
Irlanda	2015	4,1	0,6	3	0,6 (59)	0,9 (33)	0,4 (24)	3,4 (2)	3 (1)	4,2 (1)
Grecia	–	–	–	2	0,4 (18)	0,4 (7)	0,4 (11)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
España	2015	3,6	1,0	1	1,3 (655)	1,6 (385)	1,1 (209)	0,9 (6)	1,1 (4)	0,5 (1)
Francia	2014	2,2	0,7	2	0,5 (264)	0,5 (84)	0,6 (108)	11,6 (26)	14,9 (11)	15,6 (15)
Croacia	2015	3,5	2,3	3	1,4 (102)	2,7 (23)	1,1 (74)	–	–	–
Italia	2014	2,8	0,6	2	0,2 (91)	0,3 (59)	0,1 (32)	5,2 (4)	6,4 (3)	3,3 (1)
Chipre	2016	0,5	0,1	3	4,9 (39)	3,9 (17)	5,6 (18)	2,6 (1)	5,9 (1)	0 (0)
Letonia	2015	1,9	0,7	3	16,2 (122)	21,5 (84)	10,6 (38)	67,5 (81)	62,2 (51)	78,9 (30)
Lituania	2012	1,2	0,5	1	2,5 (63)	7,1 (28)	1,5 (31)	26,7 (16)	3,7 (1)	45,2 (14)
Luxemburgo	–	–	–	–	0,3 (1)	–	0,5 (1)	–	–	–
Hungría (4)	2015	1,7	1,4	3	11,4 (489)	12 (354)	8,9 (98)	9,6 (46)	5,7 (20)	23,7 (23)
Malta	2013	0,3	–	2	0,3 (5)	0,4 (1)	0,3 (4)	20 (1)	–	25 (1)
Países Bajos	2015	4,7	3,1	2	7,4 (817)	7,5 (487)	7,4 (330)	1,3 (4)	1 (2)	1,9 (2)
Austria	2015	2,2	0,9	3	4,8 (174)	5,7 (75)	4,2 (99)	3,8 (6)	2,9 (2)	4,3 (4)
Polonia	2014	1,7	0,4	4	24,3 (2 194)	25,4 (1 091)	23,8 (1 056)	3,7 (80)	1,7 (18)	5,8 (60)
Portugal	2012	0,5	0,1	1	0,1 (4)	0,3 (4)	–	0 (0)	0 (0)	–
Rumanía	2013	0,3	0,1	1	0,4 (12)	0,3 (7)	0,3 (3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Eslovenia	2012	0,9	0,8	1	1,3 (4)	4,5 (4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	–
Eslovaquia	2015	1,4	0,8	1	45,2 (1 132)	44,7 (539)	45,4 (559)	28,7 (315)	24,3 (129)	34 (183)
Finlandia	2014	3,4	2,4	1	15,2 (100)	16,2 (45)	14,5 (55)	77,6 (76)	62,8 (27)	89,1 (49)
Suecia (3,5,6)	2013	–	1,3	1	7 (2 645)	8,3 (1 129)	5,8 (1 376)	–	–	–
Reino Unido (2,5)	2015	10,3	0,9	1	2,8 (3 332)	3,6 (1 414)	2,4 (1 913)	18,9 (382)	11 (89)	24,3 (293)
Turquía	2011	0,1	0,1	–	1,8 (196)	2,5 (133)	1,1 (63)	0,5 (1)	0,8 (1)	0 (0)
Noruega (3,5)	2015	3,1	0,3	1	13,9 (823)	–	–	–	–	–
Unión Europea	–	3,8	1,1	–	7,4 (35 562)	8,4 (15 092)	7,2 (20 011)	15,1 (7 357)	16,8 (3 128)	14,1 (4 217)
UE, Turquía y Noruega	–	–	–	–	7,3 (36 581)	8,2 (15 225)	7,1 (20 074)	15 (7 358)	16,6 (3 129)	14,1 (4 217)

Las estimaciones de la prevalencia correspondientes a la población escolar se obtienen a partir de encuestas escolares nacionales o del proyecto ESPAD. Ante la incertidumbre acerca de los procedimientos de recopilación de datos, los datos de Letonia pueden no ser comparables.

(1) Los datos de prevalencia de la población general se refieren a Flandes solamente.

(2) Los datos de prevalencia de la población general se refieren a Inglaterra y Gales solamente.

(3) Por consumidores que inician tratamiento se entienden los pacientes que notifican estimulantes distintos de la cocaína, no solo anfetaminas.

(4) Las franjas de edad de los datos de prevalencia de la población general son las siguientes: 18-64, 18-34.

(5) Las franjas de edad de los datos de prevalencia de la población general son las siguientes: 16-64, 16-34.

(6) Los datos de consumidores que inician tratamiento por primera vez y de consumidores que inician tratamiento tratados previamente están disponibles únicamente para dos de las tres fuentes de datos de Suecia y, por tanto, no son comparables con los datos de todos los consumidores que inician tratamiento.

TABLA A4

MDMA

País	Estimaciones de la prevalencia				Consumidores que inician tratamiento durante el año		
	Año de la encuesta	Población general		Población escolar	Consumidores de MDMA como % del total de consumidores que inician tratamiento		
		A lo largo de la vida, adultos (15-64)	En los últimos doce meses, adultos jóvenes (15-34)	A lo largo de la vida, estudiantes (15-16)	Todos los consumidores que inician tratamiento	Consumidores que inician tratamiento por primera vez	Consumidores que inician tratamiento tratados previamente
	%	%	%	% (recuento)	% (recuento)	% (recuento)	
Bélgica ⁽¹⁾	2013	–	0,8	3	0,3 (36)	0,6 (25)	0,1 (11)
Bulgaria	2012	2,0	2,9	5	0,2 (3)	0,6 (2)	0,1 (1)
República Checa	2015	6,3	3,5	3	0 (4)	0,1 (3)	0 (1)
Dinamarca	2013	2,3	0,7	1	0,3 (15)	0,5 (11)	0,2 (4)
Alemania ⁽²⁾	2015	3,3	1,3	2	–	–	–
Estonia	2008	–	2,3	3	–	–	–
Irlanda	2015	9,2	4,4	4	0,5 (47)	0,8 (31)	0,3 (15)
Grecia	–	–	–	1	0,2 (7)	0,2 (3)	0,2 (4)
España	2015	3,6	1,3	1	0,3 (133)	0,5 (111)	0,1 (13)
Francia	2014	4,2	2,3	2	0,4 (188)	0,5 (76)	0,3 (49)
Croacia	2015	3,0	1,4	2	0,4 (32)	0,8 (7)	0,3 (23)
Italia	2014	3,1	1,0	3	0,2 (80)	0,2 (40)	0,2 (40)
Chipre	2016	1,1	0,3	3	–	–	–
Letonia	2015	2,4	0,8	3	0,3 (2)	0,3 (1)	0,3 (1)
Lituania	2012	1,3	0,3	2	0,1 (3)	0,3 (1)	0,1 (2)
Luxemburgo	–	–	–	–	–	–	–
Hungría ⁽³⁾	2015	4,0	2,1	2	2 (85)	1,8 (54)	1,9 (21)
Malta	2013	0,7	–	2	0,9 (16)	1,7 (4)	0,8 (12)
Países Bajos	2015	8,4	6,6	3	0,7 (80)	1 (67)	0,3 (13)
Austria	2015	2,9	1,1	2	0,5 (20)	1,1 (14)	0,3 (6)
Polonia	2014	1,6	0,9	3	0,3 (23)	0,3 (14)	0,2 (9)
Portugal	2012	1,3	0,6	2	0,3 (8)	0,4 (7)	0,1 (1)
Rumanía	2013	0,9	0,3	2	0,5 (16)	0,8 (16)	0 (0)
Eslovenia	2012	2,1	0,8	2	0,3 (1)	1,1 (1)	0 (0)
Eslovaquia	2015	3,1	1,2	3	0,1 (3)	0,1 (1)	0,2 (2)
Finlandia	2014	3,0	2,5	1	0,5 (3)	1,1 (3)	0 (0)
Suecia ⁽⁴⁾	2013	–	1,0	1	–	–	–
Reino Unido ^(2,4)	2015	9,4	3,1	3	0,4 (490)	0,8 (312)	0,2 (174)
Turquía	2011	0,1	0,1	–	1 (106)	1,4 (77)	0,5 (29)
Noruega ⁽⁴⁾	2015	2,3	1,2	1	–	–	–
Unión Europea	–	4,2	1,8	–	0,3 (1 295)	0,4 (804)	0,1 (402)
UE, Turquía y Noruega	–	–	–	–	0,3 (1 401)	0,5 (881)	0,2 (431)

Las estimaciones de la prevalencia correspondientes a la población escolar se obtienen a partir de encuestas escolares nacionales o del proyecto ESPAD. Ante la incertidumbre acerca de los procedimientos de recopilación de datos, los datos de Letonia pueden no ser comparables.

(1) Los datos de prevalencia de la población general se refieren a Flandes solamente.

(2) Los datos de prevalencia de la población general se refieren a Inglaterra y Gales solamente.

(3) Las franjas de edad de los datos de prevalencia de la población general son las siguientes: 18-64, 18-34.

(4) Las franjas de edad de los datos de prevalencia de la población general son las siguientes: 16-64, 16-34.

TABLA A5

CANNABIS

País	Estimaciones de la prevalencia				Consumidores que inician tratamiento durante el año		
	Año de la encuesta	Población general		Población escolar	Consumidores de cannabis como % de los consumidores que inician tratamiento		
		A lo largo de la vida, adultos (15-64)	En los últimos doce meses, adultos jóvenes (15-34)	A lo largo de la vida, estudiantes (15-16)	Todos los consumidores que inician tratamiento	Consumidores que inician tratamiento por primera vez	Consumidores que inician tratamiento tratados previamente
		%	%	%	% (recuento)	% (recuento)	% (recuento)
Bélgica ⁽¹⁾	2013	15	10,1	17	31,9 (3 737)	51,6 (2 065)	21,3 (1 582)
Bulgaria	2012	7,5	8,3	27	3,2 (58)	8,4 (27)	0,7 (7)
República Checa	2015	29,5	18,8	37	11,8 (1 195)	16,4 (776)	7,8 (419)
Dinamarca	2013	35,6	17,6	12	70,9 (3 338)	79 (1 783)	62,5 (1 430)
Alemania ⁽³⁾	2015	27,2	13,3	19	39,1 (34 108)	56,9 (15 168)	31,2 (18 940)
Estonia	2008	–	13,6	25	3,5 (10)	7,9 (5)	1,2 (2)
Irlanda	2015	27,9	13,8	19	28,3 (2 681)	45,2 (1 693)	16,8 (918)
Grecia	–	–	–	9	19,4 (789)	34,2 (539)	9,8 (240)
España	2015	31,5	17,1	27	33,7 (16 478)	48,1 (11 386)	16,4 (3 084)
Francia	2014	40,9	22,1	31	60,4 (29 621)	74,9 (11 855)	37,6 (6 391)
Croacia	2015	19,4	16,0	21	12,8 (967)	62 (526)	6,5 (432)
Italia	2014	31,9	19,0	27	19,5 (9 225)	28 (5 810)	12,9 (3 415)
Chipre	2016	12,1	4,3	7	58,8 (469)	75,9 (330)	38 (122)
Letonia	2015	9,8	10,0	17	23,3 (175)	35,5 (139)	10 (36)
Lituania	2012	10,5	5,1	18	3,5 (89)	11,9 (47)	1,6 (33)
Luxemburgo	–	–	–	–	23,1 (67)	58,3 (14)	19,9 (43)
Hungría ⁽³⁾	2015	7,4	3,5	13	56,2 (2 420)	62,7 (1 854)	41,4 (458)
Malta	2013	4,3	–	13	8,9 (158)	29,1 (67)	5,9 (91)
Países Bajos	2015	25,6	16,1	22	47,3 (5 202)	55,5 (3 625)	35,4 (1 577)
Austria	2015	23,6	14,1	20	29,2 (1 063)	54,4 (711)	15,1 (352)
Polonia	2014	16,2	9,8	24	28 (2 525)	36,3 (1 558)	20,3 (901)
Portugal	2012	9,4	5,1	15	33,9 (934)	50,8 (806)	10,9 (128)
Rumanía	2013	4,6	3,3	8	39,3 (1 272)	54,8 (1 137)	9,5 (98)
Eslovenia	2012	15,8	10,3	25	14,2 (45)	38,6 (34)	4,8 (11)
Eslovaquia	2015	15,8	9,3	26	24,6 (616)	35,7 (430)	13,7 (169)
Finlandia	2014	21,7	13,5	8	20,7 (136)	35,7 (99)	9,8 (37)
Suecia ^(4,5)	2015	14,7	7,3	7	11,1 (3 924)	16,9 (2 113)	7,9 (1 752)
Reino Unido ^(2,4)	2015	29,4	11,3	19	25,9 (31 129)	46,3 (18 345)	15,8 (12 686)
Turquía	2011	0,7	0,4	–	6 (653)	7,7 (416)	4,3 (237)
Noruega ⁽⁴⁾	2015	20,9	8,6	7	27,2 (1 609)	–	–
Unión Europea	–	26,3	13,9	–	31,5 (152 431)	46,2 (82 942)	19,9 (55 354)
UE, Turquía y Noruega	–	–	–	–	30,9 (154 693)	45,1 (83 358)	19,6 (55 591)

Las estimaciones de la prevalencia correspondientes a la población escolar se obtienen a partir de encuestas escolares nacionales o del proyecto ESPAD. Ante la incertidumbre acerca de los procedimientos de recopilación de datos, los datos de Letonia pueden no ser comparables.

⁽¹⁾ Los datos de prevalencia de la población general se refieren a Flandes solamente.

⁽²⁾ Los datos de prevalencia de la población general se refieren a Inglaterra y Gales solamente.

⁽³⁾ Las franjas de edad de los datos de prevalencia de la población general son las siguientes: 18-64, 18-34.

⁽⁴⁾ Las franjas de edad de los datos de prevalencia de la población general son las siguientes: 16-64, 16-34.

⁽⁵⁾ Los datos de consumidores que inician tratamiento por primera vez y de consumidores que inician tratamiento tratados previamente están disponibles únicamente para dos de las tres fuentes de datos de Suecia y, por tanto, no son comparables con los datos de todos los consumidores que inician tratamiento.

TABLA A6

OTROS INDICADORES

País	Muertes inducidas por drogas (edad 15-64)	Diagnósticos de VIH atribuidos a los consumidores de drogas por vía parenteral (ECDC)	Estimación del consumo de drogas por vía parenteral		Jeringuillas distribuidas en virtud de programas especializados
	Casos por cada millón de habitantes (recuento)	Casos por cada millón de habitantes (recuento)	Año de la estimación	casos por 1 000 habitantes	recuento
Bélgica	9 (67)	1,3 (15)	2015	2,3–4,6	1 034 242
Bulgaria	4 (17)	3,6 (26)	–	–	364 111
República Checa	6 (39)	0,4 (4)	2015	6,1–6,4	6 421 095
Dinamarca	58 (210)	1,4 (8)	–	–	–
Alemania	22 (1 185)	1,7 (134)	–	–	–
Estonia	103 (88)	41,9 (55)	2009	4,3–10,8	2 136 691
Irlanda (¹)	71 (213)	10,8 (50)	–	–	393 275
Grecia	0 (0)	6,4 (70)	2015	0,6–1,0	268 157
España (¹)	15 (455)	2,1 (96)	2014	0,2–0,3	1 483 399
Francia (¹)	7 (294)	0,9 (58)	2014	2,1–3,2	12 314 781
Croacia	19 (54)	0,5 (2)	2012	0,4–0,6	923 650
Italia	8 (304)	1,8 (112)	–	–	–
Chipre	15 (9)	1,2 (1)	2015	0,3–0,7	164
Letonia	14 (18)	44,3 (88)	2012	7,3–11,7	524 949
Lituania	59 (115)	15,1 (44)	–	–	200 630
Luxemburgo	31 (12)	24,9 (14)	2009	4,5–6,9	361 392
Hungría	4 (25)	0,2 (2)	2015	1	188 696
Malta	28 (8)	0 (0)	–	–	340 644
Países Bajos	16 (182)	0,1 (1)	2008	0,2–0,2	–
Austria	26 (152)	2,6 (22)	–	–	5 953 919
Polonia	9 (249)	1 (37)	–	–	10 142
Portugal	6 (39)	4,2 (44)	2012	1,9–2,5	1 004 706
Rumanía	2 (21)	7,1 (142)	–	–	1 425 592
Eslovenia	22 (30)	0,5 (1)	–	–	500 757
Eslovaquia	7 (27)	0,6 (3)	–	–	347 162
Finlandia	43 (150)	1,3 (7)	2012	4,1–6,7	5 301 000
Suecia	100 (618)	1,5 (15)	2008–11	1,3	281 397
Reino Unido (²)	60 (2 528)	2,8 (182)	2004–11	2,9–3,2	–
Turquía	10 (533)	0,2 (13)	–	–	–
Noruega	76 (257)	1,5 (8)	2014	2,2–3,0	2 500 192
Unión Europea	21,3 (7 109)	2,4 (1 233)	–	–	–
UE, Turquía y Noruega	20,3 (7 899)	2,1 (1 254)	–	–	–

Por cuestiones de codificación, cobertura e infranotificación se recomienda precaución al comparar las muertes inducidas por drogas en algunos países.

(¹) Los datos sobre jeringuillas distribuidas a través de programas especializados corresponden a 2014.

(²) Datos sobre distribución de jeringuillas en el Reino Unido: Inglaterra: sin datos; Escocia: 4 376 456 y Gales: 3 398 314 (de 2015 ambos); Irlanda del Norte: 292 390 (2014).

TABLA A7

INCAUTACIONES

País	Heroína		Cocaína		Anfetaminas		MDMA	
	Cantidad incautada	Número de incautaciones	Cantidad incautada	Número de incautaciones	Cantidad incautada	Número de incautaciones	Cantidad incautada	Número de incautaciones
	kg	recuento	kg	recuento	kg	recuento	pastillas (kg)	recuento
Bélgica	121	2 375	17 487	4 330	73	3 260	59 696 (9)	1 739
Bulgaria	265	–	9	–	73	–	17 284 (<0,01)	–
República Checa	2	76	120	113	127	1 125	3 110 (0,4)	133
Dinamarca	29	571	548	3 470	193	2 626	70 244 (10)	1 005
Alemania	210	3 061	3 114	3 592	1 423	13 680	967 410 (0)	4 015
Estonia	<0,01	2	4	60	119	391	41 549 (13)	239
Irlanda	–	758	–	364	–	63	– (0)	204
Grecia	567	2 957	102	575	3	118	300 (0)	56
España	256	7 755	21 621	38 273	360	4 500	135 110 (0)	2 958
Francia	818	4 692	10 869	9 483	486	1 027	1 325 305 (0)	1 592
Croacia	145	154	12	359	15	597	– (7)	747
Italia	768	2 230	4 035	5 403	26	278	17 573 (11)	406
Chipre	<0,01	8	107	95	1,68	55	173 (1)	50
Letonia	3	142	4	62	36	763	238 (3)	154
Lituania	2	368	533	16	62	205	(1)	11
Luxemburgo	8	208	11	190	0,27	13	543 (0)	14
Hungría	12	48	31	153	34	706	56 420 (7)	287
Malta	4	35	21	156	<0,01	2	1 404 (0,01)	46
Países Bajos	–	–	–	–	–	–	– (–)	–
Austria	70	605	120	1 190	70	1 088	10 148 (3)	512
Polonia	4	–	219	–	747	–	120 886 (78)	–
Portugal	97	763	6 029	1 079	2	111	35 484 (2)	180
Rumanía	334	335	71	119	0,4	55	13 852 (0,1)	280
Eslovenia	6	273	3	178	3	–	2 908 (2)	–
Eslovaquia	3	63	2	42	5	819	1 460 (0)	40
Finlandia	0,4	–	9	–	300	–	23 660 (0)	–
Suecia	8	483	114	2 086	546	5 398	95 421 (35)	2 095
Reino Unido	806	8 083	4 228	15 588	491	4 517	812 127 (2)	3 030
Turquía	8 294	12 271	511	941	4 057	2 336	5 673 901 (0)	5 012
Noruega	62	1 178	85	1 332	628	7 304	116 353 (27)	1 241
Unión Europea	4 537	36 045	69 421	86 976	5 196	41 397	3 812 305 (212)	19 793
UE, Turquía y Noruega	12 893	49 494	70 017	89 249	9 880	51 037	9 602 559 (185)	26 046

El término anfetaminas incluye la anfetamina y la metanfetamina.

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

TABLA A7

INCAUTACIONES (continuación)

País	Resina de cannabis		Hierba de cannabis		Plantas de cannabis	
	Cantidad incautada	Número de incautaciones	Cantidad incautada	Número de incautaciones	Cantidad incautada	Número de incautaciones
	kg	recuento	kg	recuento	plantas (kg)	recuento
Bélgica	7 045	5 569	764	26 401	– (–)	–
Bulgaria	13	–	1 176	–	9 811 (37 775)	–
República Checa	8	105	655	3 672	30 770 (0)	361
Dinamarca	3 619	14 680	616	1 214	14 560 (464)	545
Alemania	1 599	6 059	3 852	32 353	154 621 (0)	2 167
Estonia	812	21	60	597	0 (12)	44
Irlanda	–	192	–	1 049	– (–)	182
Grecia	330	542	2 474	5 499	59 242 (0)	735
España	380 361	164 760	15 915	156 984	379 846 (0)	2 029
Francia	60 790	65 503	16 835	32 446	153 895 (0)	–
Croacia	12	764	409	4 546	5 687 (0)	270
Italia	67 825	7 684	9 286	5 838	138 013 (0)	1 566
Chipre	3	21	226	777	2 814 (0)	58
Letonia	1 272	63	71	712	– (20)	17
Lituania	591	32	143	456	– (–)	–
Luxemburgo	1	130	20	1 040	81 (0)	10
Hungría	18	141	590	1 945	4 659 (0)	127
Malta	70	132	4	106	28 (0)	8
Países Bajos	–	–	–	–	9 940 000 (0)	–
Austria	287	2 038	851	11 426	– (687)	379
Polonia	843	–	1 830	–	103 339 (0)	–
Portugal	2 412	4 180	224	582	6 102 (0)	298
Rumanía	5	178	180	1 987	– (293)	90
Eslovenia	3	109	458	3 103	14 006 (0)	167
Eslovaquia	27	33	70	1 204	2 085 (0)	35
Finlandia	63	–	208	–	23 000 (125)	–
Suecia	1 065	8 897	1 054	9 619	– (–)	–
Reino Unido	7 219	5 959	30 680	100 811	399 230 (0)	9 735
Turquía	7 855	3 750	45 816	29 652	0 (0)	2 471
Noruega	2 015	11 394	255	4 411	0 (69)	339
Unión Europea	536 293	287 792	88 649	404 362	11 441 789 (39 376)	18 823
UE, Turquía y Noruega	546 163	302 936	134 719	438 425	11 441 789 (39 445)	21 633

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

CÓMO OBTENER LAS PUBLICACIONES DE LA UNIÓN EUROPEA

Publicaciones gratuitas

Un único ejemplar:

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

Varios ejemplares/pósteres/mapas:

En las representaciones de la Unión Europea

(http://ec.europa.eu/represent_es.htm),

en las delegaciones en terceros países

(http://eeas.europa.eu/delegations/index_es.htm) o

contactando con Europe Direct a través de

http://europa.eu/europedirect/index_es.htm

o del teléfono 00 800 6 7 8 9 10 11

(gratuito en toda la Unión Europea) (*).

(* Tanto la información como la mayoría de las llamadas (excepto desde algunos operadores, cabinas u hoteles) son gratuitas.

Publicaciones de pago

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



Sobre este informe

El informe Tendencias y novedades presenta una visión de conjunto de alto nivel del fenómeno de la droga en Europa, que abarca desde los problemas de la oferta, consumo y salud pública hasta la política sobre drogas y las respuestas ofrecidas. El [Boletín Estadístico](#) online junto con los 30 [Informes de drogas por país](#), conforman el conjunto del [Informe Europeo sobre Drogas 2017](#).

Acerca del EMCDDA

El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA) es la fuente central y la autoridad confirmada en cuestiones relacionadas con las drogas en Europa. Desde hace más de 20 años, recoge, analiza y difunde información científicamente correcta sobre las drogas y las toxicomanías y sobre sus consecuencias, ofreciendo a sus audiencias una imagen basada en pruebas sólidas del fenómeno de la droga a escala europea.

Las publicaciones del EMCDDA constituyen una fuente de información primordial para un gran número de interesados, entre ellos los responsables de la adopción de políticas y sus asesores; profesionales e investigadores que trabajan en el campo de las drogas; y, de manera más general, los medios de comunicación y el público. Con sede en Lisboa, el EMCDDA es uno de los órganos descentralizados de la Unión Europea.

