Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías

ISSN 1609-607X

# INFORME ANUAL 2004

## EL PROBLEMA DE LA DROGODEPENDENCIA EN LA UNIÓN EUROPEA Y EN NORUEGA

ES

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías

# INFORME ANUAL 2004

## EL PROBLEMA DE LA DROGODEPENDENCIA EN LA UNIÓN EUROPEA Y EN NORUEGA

## Advertencia legal

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

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

Europe Direct es un servicio destinado a ayudarle a encontrar respuestas a las preguntas que pueda plantearse sobre la Unión Europea

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

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

Al final de la obra figura una ficha bibliográfica.

Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, 2004

ISBN 92-9168-195-4

© Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2004
Reproducción autorizada, con indicación de la fuente bibliográfica

*Printed in Belgium*

IMPRESO EN PAPEL BLANQUEADO SIN CLORO

Observatorio Europeo de las
Drogas y las Toxicomanías

**Rua da Cruz de Santa Apolónia, 23–25, P-1149-045 Lisboa**
**Tel. (351) 218 11 30 00 • Fax (351) 218 13 17 11**
**info@emcdda.eu.int • http://www.emcdda.eu.int**

# Índice

Prefacio 5

Agradecimientos 7

Nota introductoria 7

Sinopsis de la situación de la drogodependencia en Europa 9

Capítulo 1
**Novedades políticas y legislativas** 15

Capítulo 2
**Prevención del consumo de drogas: trabajo en comunidades y apoyo a los grupos de mayor riesgo** 24

Capítulo 3
**Cannabis** 28

Capítulo 4
**Estimulantes de tipo anfetamínico, LSD y otras drogas sintéticas** 34

Capítulo 5
**Cocaína y *crack*** 44

Capítulo 6
**Consumo de heroína y drogas por vía intravenosa** 50

Capítulo 7
**Tratamiento: satisfacer las necesidades de los que tienen problemas** 63

Capítulo 8
**Delitos y entornos penitenciarios** 70

Cuestión particular 1
**Evaluación de las «estrategias nacionales en materia de drogas» en Europa** 75

Cuestión particular 2
**El problema del cannabis en su contexto: razones del aumento de las demandas de tratamiento** 82

Cuestión particular 3
**Comorbilidad** 94

Referencias 105

Puntos focales nacionales Reitox 111

# Prefacio

El informe anual del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) que aquí presentamos contiene datos sobre los 25 Estados miembros de la Unión Europea y Noruega. Esta profusión de datos no solo nos permite comprender mejor el alcance del daño que los problemas de la drogodependencia causan a los ciudadanos de Europa y a sus comunidades, sino también reflexionar sobre las políticas y actuaciones que los Estados miembros han desarrollado para responder al complejo y multifacético reto que plantea el consumo de drogas.

Quienes estén familiarizados con los anteriores informes del OEDT sobre la situación de las drogas en Europa podrían verse sorprendidos por las importantes diferencias que surgen de esta perspectiva más amplia. Mucho de lo que tenemos ya asumido sobre la naturaleza y dirección de las tendencias en materia de drogas necesita de revisión y adaptación si queremos que refleje la realidad de la situación más compleja, dinámica y diversa a la que Europa se enfrenta en la actualidad.

No todos los países pueden facilitar información sobre todos los puntos tratados, ni todos los datos de que se dispone son fácilmente comparables entre sí; por ello se los acompaña de notas metodológicas y advertencias al lector sobre lo que debe tener en cuenta antes de sacar sus conclusiones. Pese a todo, la información de que disponemos en la actualidad sobre la situación de las drogas en Europa es valiosa y cada día más sólida. En el futuro, esperamos poder ofrecerles series de datos cada vez más completas, a medida que las inversiones que hoy hacen los Estados miembros comiencen a dar fruto.
El lector más experto, o interesado en detalles técnicos concretos sobre algún punto del informe, puede echar un vistazo a las tablas de las que se han extraído los datos que aquí se resumen, que pueden consultarse en el boletín estadístico adjunto y en la versión en línea, más extensa, de la presente publicación. Quienes tengan suficiente con una visión de conjunto de los últimos acontecimientos pueden remitirse a la sinopsis, que resume los principales puntos que el cuerpo del informe desarrolla en mayor profundidad.

La información que figura en el presente informe es fruto del trabajo de nuestros socios de la red Reitox y los expertos científicos que han colaborado en los grupos de trabajo nacionales o europeos: tanto a unos como a otros queremos expresar nuestro agradecimiento desde estas líneas. También ha sido de gran utilidad para el informe el trabajo que estamos llevando a cabo con la Comisión Europea para la evaluación del Plan de acción en materia de lucha contra las drogas (2000-2004).

Hay quien insiste en las dificultades que la nueva Europa ampliada puede traer consigo, en particular la posibilidad de que el crimen organizado se aproveche de la apertura de las fronteras y la libre circulación de mercancías y personas. Tal posibilidad no se soslaya en este informe; pero otro punto de vista es también posible. Como europeos nos enfrentamos a unos mismos problemas causados por la drogodependencia, pero también aportamos al debate experiencias históricas y perspectivas diferentes. Los datos contenidos en este informe son el testimonio de un compromiso compartido por los Estados miembros por recopilar información comparable y utilizarla en favor del desarrollo de políticas y respuestas más efectivas y centradas. La ampliación de la Unión Europea nos brinda una nueva oportunidad de poner experiencias en común y cooperar de forma más estrecha en el desarrollo de actividades mejor coordinadas. En este empeño, el OEDT se compromete a hacer su parte del trabajo, colaborando con los Estados miembros en la recopilación de series de datos de la mayor calidad, necesarias para cimentar un debate bien fundado.

**Marcel Reimen**
Presidente del Consejo de Administración del OEDT

**Georges Estievenart**
Director Ejecutivo del OEDT

# Agradecimientos

El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) desea expresar su agradecimiento a las siguientes personas e instituciones, cuya contribución hizo posible este informe:

- los directores de los puntos focales nacionales Reitox y su personal;
- los servicios de cada Estado miembro encargados de recoger los datos básicos para el informe;
- los miembros del Consejo de Administración y del Comité Científico del OEDT;
- el Parlamento Europeo, el Consejo de la Unión Europea (en particular, su Grupo de trabajo horizontal sobre drogas) y la Comisión Europea;
- el Grupo Pompidou del Consejo de Europa, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), la Organización Mundial de la Salud (OMS), Europol, Interpol, la Organización Mundial de Aduanas (OMA), el Consejo Sueco de Información sobre el Alcohol y otras Drogas (CAN) y el Centro Europeo de Control Epidemiológico del Sida (EuroHIV);
- el Centro de Traducción de los Órganos de la Unión Europea y la Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas;
- Prepress Projects Ltd;
- eLg Language Integration.

# Nota introductoria

El Informe anual se basa en la información facilitada al OEDT por los Estados miembros de la Unión Europea (UE) y Noruega (que participa en las actividades del OEDT desde 2001) en forma de informes nacionales. Los datos estadísticos citados se refieren al año 2002 (o al último año disponible), pero los incluidos en el ámbito de las respuestas al consumo de drogas y de las cuestiones particulares pueden ser más recientes.

Los informes nacionales de los puntos focales Reitox están disponibles en la página web del OEDT (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=435).

Existe además una versión en línea ampliada del Informe anual que puede consultarse en 20 lenguas en la siguiente dirección: http://annualreport.emcdda.eu.int. Otro material, mencionado en las notas al pie de página con la referencia «OL», se presenta únicamente en la versión en línea. Disponible en inglés, ésta incluye gran cantidad de gráficos, cuadros y material de referencia adicionales.

El boletín estadístico del OEDT de 2004 ofrece una completa serie de cuadros de consulta en los que se basa el análisis estadístico (http://statistics.emcdda.eu.int). Asimismo, describe en mayor profundidad la metodología empleada.

# Sinopsis de la situación de la drogodependencia en Europa

En esta sinopsis se destacan algunos de los principales acontecimientos descritos en el Informe anual del OEDT sobre el problema de la toxicomanía en Europa en 2004. Recomendamos al lector que consulte el cuerpo de dicho informe para obtener una exposición completa de este tema.

## Políticas y marco jurídico

Entre las principales políticas señaladas en este informe se encuentra la evaluación intermedia del plan de acción que resultó del período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre Estupefacientes (UNGASS) en 1998. Además, el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) participa en la evaluación del Plan de acción de la Unión Europea (UE) en materia de lucha contra las drogas (2000-2004) que finalizará en 2004.

En junio de 2003, el Consejo de Ministros adoptó la Recomendación relativa a la prevención y la reducción de los daños para la salud asociados a la drogodependencia. Esta Recomendación abarca ámbitos importantes, como la protección de la salud y la reducción de riesgos, la disminución de la incidencia de las enfermedades de transmisión sanguínea entre los consumidores de drogas (virus de inmunodeficiencia humana [VIH], virus de la hepatitis C [VHC] y tuberculosis), la reducción de las muertes relacionas con las drogas y la creación de mecanismos de evaluación adecuados. En 2003, el Consejo de Ministros llegó igualmente a un acuerdo político sobre una decisión marco en materia de tráfico de drogas. Dicho acuerdo se centra en la consecución de sanciones comunes y en la ampliación del objetivo de acción frente a aquellas organizaciones delictivas y terroristas que obtienen fondos a través del narcotráfico.

En 2003 prosiguieron los trabajos sobre el control de las nuevas drogas sintéticas en la Unión Europea, y el Consejo de Ministros adoptó una decisión para aplicar medidas de control a las siguientes sustancias: 2C-I, 2C-T-2, 2C-T-7 y TMA-2.

En 2003 aumentó el número de países cuya política en materia de drogas se desarrolla dentro del marco de una estrategia nacional general, y se adoptaron planes en materia de drogas en Dinamarca, Alemania, Lituania y Eslovenia. Según lo previsto, una vez que Estonia y Francia sigan el ejemplo de estos países en 2004, más de tres cuartas partes de los Estados miembros de la UE habrán adoptado este planteamiento. Entre los temas comunes que se observan en las estrategias nacionales se encuentran el compromiso de adoptar un enfoque equilibrado respecto a las actividades relacionadas con la demanda y la oferta de drogas, así como el reconocimiento explícito de la importancia de la coordinación.

Las evaluaciones de las políticas en materia de drogas permiten sacar importantes conclusiones para el futuro. Entre los ámbitos en los cuales los Estados miembros notificaron acciones de seguimiento o evaluación en 2003 se hallan: los efectos de la nueva legislación en materia de drogas, los efectos de la modificación de las disposiciones legales relativas a la posesión de drogas para consumo personal y, en particular, la posesión de cannabis, las medidas para permitir a las autoridades locales actuar contra establecimientos asociados con el tráfico de drogas o las alteraciones del orden público, los planes diseñados para remitir a las personas que tienen problemas de toxicomanía a organismos no pertenecientes al sistema de justicia penal y las acciones para contrarrestar las actividades de tráfico de drogas y de blanqueo de dinero. En una cuestión particular sobre evaluación se recogen los enfoques adoptados por los Estados miembros para evaluar el éxito de las estrategias nacionales en materia de drogas.

Dos Estados miembros (Bélgica y el Reino Unido) informaron de la modificación de la clasificación legal del cannabis. En estos dos países, el consumo problemático de cannabis es abordado de forma explícita por disposiciones legales o directrices, y las modificaciones jurídicas introducidas en la legislación revisten varias dimensiones importantes que en ocasiones han sido pasadas por alto en los medios de comunicación que informan sobre estas medidas.

Un ámbito cada vez más importante para las futuras actividades y la cooperación internacional es la adopción de medidas que permitan confiscar los activos de los traficantes de drogas y grupos de delincuentes. España, Francia, Irlanda y el Reino Unido señalan haber adoptado medidas en este ámbito.

La conducción bajo la influencia de drogas y la forma de hacer frente a este problema sigue siendo motivo de considerable preocupación en numerosos Estados miembros. En 2003, tres países (Francia, Austria y Finlandia) introdujeron modificaciones significativas para clarificar o reforzar la legislación en esta materia.

## Prevención del consumo de drogas

La labor de prevención del consumo de drogas en Europa se divide en: prevención destinada a la comunidad en su conjunto (prevención universal), prevención entre las personas de mayor riesgo de cualquier grupo (prevención

selectiva) y prevención a nivel individual (prevención indicada). Los modelos más desarrollados de prevención universal son los programas dirigidos a la población escolar, para la cual existe una base de pruebas sumamente sólida para orientar el contenido de los programas y su ejecución. Varios países notifican una evolución alentadora en la cobertura y ejecución de los programas de prevención de carácter escolar. Sin embargo, en muchos países siguen existiendo grandes posibilidades de mejora, tanto en lo que respecta a la cobertura como a la calidad de la labor de prevención universal. Los trabajos de prevención universal realizados fuera del entorno escolar también presentan un potencial considerable, pero este tipo de enfoque solo se sigue en unos cuantos países.

Aunque la importancia de desarrollar una labor de prevención entre las personas de mayor riesgo resulta cada vez más evidente, es necesario realizar una inversión sustancial en este tipo de prevención selectiva.

### Cannabis

El cannabis sigue siendo la sustancia ilegal más consumida en la UE, si bien su nivel de consumo varía considerablemente de un país a otro. Algunos estudios recientes realizados entre estudiantes de 15 años de edad indican que la prevalencia de consumo en algún momento de la vida oscila entre menos del 10 % y más del 30 %, correspondiendo los índices más elevados a los varones jóvenes del Reino Unido. Un porcentaje reducido pero constante (en torno al 15 %) de los estudiantes de 15 años que han consumido cannabis durante el último año señalan haberlo hecho en 40 o más ocasiones. Dicho consumo intensivo de cannabis resulta preocupante, sobre todo por la posibilidad de que este grupo corra riesgo de sufrir consecuencias negativas. Este problema y el aumento de las demandas de tratamiento por consumo de cannabis notificadas en Europa se exponen con más detalle en una «cuestión particular». La prevalencia del consumo reciente (durante el último año) de cannabis alcanza su valor máximo entre los adultos jóvenes (entre 15 y 34 años) y se sitúa en la mayoría de los países entre el 5 % y el 20 %. Al parecer, el consumo de cannabis aumentó considerablemente en la mayoría de los países en la década de 1990, pero actualmente se ha estabilizado, al menos en algunos de ellos.

El cannabis confiscado en Europa procede de más de 30 países distintos. Este hecho ilustra el carácter mundial de la producción de esta droga. Europa es el mayor mercado mundial de resina de cannabis, la mayoría de la cual procede de Marruecos, que en la actualidad es la principal fuente a escala mundial de esta forma de droga. El cannabis también se cultiva en la mayoría de los países europeos, aunque, salvo en los Países Bajos, siguen predominando los productos de cannabis importado. Las importaciones de cannabis a Europa parecen haberse mantenido relativamente estables durante varios años. El cannabis cultivado en la UE utilizando métodos intensivos normalmente tiene un efecto mayor, pero existe un solapamiento considerable entre ambos productos.

### Estimulantes de tipo anfetamínico (ETA), LSD y otras drogas sintéticas

Históricamente, la anfetamina ha sido la droga de mayor consumo tras el cannabis en Europa. Al parecer, esta tendencia está cambiando en varios países, especialmente en Alemania, España, los Países Bajos, Finlandia y el Reino Unido, donde encuestas recientes indican que el consumo de éxtasis iguala o incluso supera al de las anfetaminas. A pesar de este aumento del consumo de éxtasis, la mayoría de las incautaciones de anfetaminas a escala mundial (un 86 % de volumen) se realizaron en Europa en 2002. Las tasas de consumo en algún momento de la vida oscilan generalmente entre un 0,5 % y un 7 % de la población adulta, si bien los porcentajes son superiores entre los varones jóvenes. Por ejemplo, en la República Checa, España, los Países Bajos y el Reino Unido, entre un 11 % y un 17 % de los jóvenes de sexo masculino de 15 a 24 años afirma haber consumido anfetaminas en algún momento de su vida. En general, el aumento del consumo de éxtasis que tuvo lugar en la década de 1990 parece haberse estabilizado y tan solo unos cuantos países notifican una tendencia al alza. Los estudios de determinadas poblaciones muestran en repetidas ocasiones que el consumo de éxtasis es más común entre los jóvenes que asisten a lo que se conoce como «eventos/fiestas de baile», aunque algunas pruebas recientes indican que ese vínculo puede estar debilitándose.

Las muertes en las que interviene el éxtasis son escasas en comparación con las muertes relacionadas con opiáceos, pero dan lugar a una profunda preocupación entre la opinión pública. Los problemas de definición y medición hacen que resulte más difícil analizar esta cuestión. Durante el año pasado, al OEDT le fueron notificadas menos de 100 muertes por consumo de éxtasis de las que existían datos disponibles. Sin embargo, esta cifra debe considerarse con cautela, ya que algunos países no comunicaron información alguna y, cuando se disponía de información toxicológica, a menudo se observó la presencia de otras sustancias. Aproximadamente dos terceras partes de las notificaciones de muertes por éxtasis recibidas por el OEDT provenían del Reino Unido, donde la tendencia es ascendente. Resulta difícil decir hasta qué punto este hecho refleja una alta incidencia del consumo de éxtasis y diferencias en las prácticas en materia de notificación.

Los Estados miembros siguen abordando el problema del consumo de estimulantes con fines recreativos con una serie de programas de prevención y reducción de daños, siendo más evidentes las actividades emprendidas en este ámbito en algunos de los nuevos Estados miembros. El consumo de

ETA como razón primordial para solicitar tratamiento por drogodependencia es excepcional, salvo en Suecia y Finlandia, que cuentan con un largo historial de problemas debidos al consumo crónico de anfetaminas, y la República Checa, donde los problemas provocados por el consumo de «pervitín», una metanfetamina producida localmente, existen desde hace tiempo.

Aunque el consumo de metanfetamina constituye un problema en ascenso a nivel mundial, el consumo considerable de esta droga en Europa se ha limitado hasta ahora a la República Checa. Sin embargo, esporádicamente se reciben notificaciones de consumo de metanfetaminas de otros países europeos, lo que hace surgir el espectro de una posible difusión de esta forma de consumo de drogas tan especialmente nociva.

### Cocaína

Las encuestas recientes indican que entre un 0,5 % y un 6 % de los adultos han consumido alguna vez cocaína (consumo en algún momento de la vida). Entre los adultos jóvenes (de 15 a 34 años de edad), las tasas de prevalencia en algún momento de la vida varían entre un 1 % y un 10 %. Normalmente, alrededor de la mitad de la personas que han consumido cocaína alguna vez señalan haberlo hecho en el último año. Las cifras de consumo son más elevadas en España y el Reino Unido; en ambos países, la prevalencia del consumo reciente (durante el último año) entre adultos es superior al 2 %, en comparación con la tasa inferior al 1 % en la mayoría de los demás países. Esto significa que la prevalencia del consumo reciente de cocaína en España y el Reino Unido en la actualidad es similar a la existente en los Estados Unidos, si bien las tasas de consumo en algún momento de la vida siguen siendo más bajas. Las tendencias del consumo de cocaína resultan más difíciles de seguir a nivel nacional, pero los datos existentes indican que el consumo reciente de cocaína entre los jóvenes ha aumentado hasta cierto punto en Dinamarca, Alemania, España, los Países Bajos y el Reino Unido, en tanto que Grecia, Irlanda, Italia y Austria señalan igualmente un aumento del consumo basado en fuentes locales o cualitativas.

El número de incautaciones de cocaína aumentó entre 1997 y 2002 en todos los países, salvo en Alemania e Italia. Las tendencias derivadas de los datos disponibles señalan que cuando sea posible realizar un análisis completo, éste revelará que el número de incautaciones en la UE volvió a aumentar en 2002. La mayoría de los países señalan igualmente que el precio de la cocaína bajó durante este período.

El consumo de *crack* (base de cocaína) sigue limitado a algunas de las mayores ciudades europeas, en las que su consumo parece ser más común en los grupos de marginados. Por ejemplo, la información procedente de estudios sobre los consumidores de las salas de consumo controlado muestra que los porcentajes de cocaína fumada son particularmente altos entre las trabajadoras del sexo. Aunque es poco común entre la población en general, fumar cocaína está especialmente relacionado con un mayor riesgo de problemas sociales y para la salud.

Los análisis toxicológicos muestran que en las muertes relacionadas con las drogas ocurridas en algunos países, a menudo aparece la cocaína combinada con opiáceos. Las muertes imputables a la cocaína en ausencia de opiáceos siguen siendo escasas, pero pueden ir en aumento. En el Reino Unido, el número de veces que se menciona la cocaína en los certificados de defunción se multiplicó por ocho entre 1993 y 2001, y en los Países Bajos, el número de muertes atribuidas a la cocaína en solitario aumentó de 2 en 1994 a 26 en 2001. Asimismo, la cocaína puede contribuir a las muertes debido a problemas cardiovasculares, pero estos casos pueden estar infrarrepresentados en las pruebas estadísticas.

Las opciones de tratamiento para las personas que tienen problemas con la cocaína suelen ser, en la mayoría de los casos, de carácter genérico, habitualmente sin un componente farmacológico. Se está trabajando para mejorar la eficacia de las intervenciones farmacológicas, pero no existe un consenso claro en materia de buenas prácticas en este ámbito, aparte de los medicamentos que se recetan para el alivio sintomático. La gestión de los consumidores de *crack,* en particular, puede plantear problemas para los centros de tratamiento.

### Consumo problemático de drogas, consumo de heroína y consumo de drogas por vía parenteral

El consumo de heroína y el consumo de drogas por vía parenteral constituyen el principal componente del indicador de consumo problemático de drogas que utiliza el OEDT. Este indicador es una unidad compuesta diseñada para ayudar a realizar estimaciones de las dimensiones del problema de la drogodependencia crónica que en gran parte se encuentra oculto. Las estimaciones del consumo problemático de drogas varían entre 2 y 10 casos por 1 000 habitantes adultos. Las estimaciones de las dimensiones de la población que presenta un consumo problemático de drogas varían considerablemente entre un país y otro y dentro de un mismo país, señalándose cifras relativamente altas en Dinamarca, Italia, Luxemburgo, Portugal y el Reino Unido.

Al parecer, los consumidores problemáticos de drogas en Europa se están convirtiendo en un grupo más heterogéneo. En muchos países, los consumidores problemáticos de drogas se caracterizan históricamente por el consumo de heroína, pero el consumo de varias drogas y de estimulantes se está haciendo más común. Aunque resulta difícil adelantar una estimación, al parecer el consumo de heroína es relativamente estable en muchos países, y los niveles de iniciación a su consumo (incidencia)

han descendido respecto a la situación reinante en la década de 1990. Es posible que este análisis no sea aplicable a los nuevos Estados miembros de la UE.

En Europa se efectúa algo más de una cuarta parte de las incautaciones de heroína de todo el mundo. No se observa una tendencia clara en el volumen de la heroína incautada en la UE, y al parecer dicho volumen parece relativamente estable en general. En términos de volumen y número de incautaciones, el Reino Unido, seguido por España, notifican un mayor número de decomisos que los demás países.

En los países europeos se produce una cantidad limitada de opiáceos, confinada en gran parte a la producción de productos de adormidera consumidos a escala local. Los datos recientes sobre la pureza o el precio de la heroína en la calle no permiten establecer tendencias claras.

Los opiáceos siguen siendo la principal causa de muerte relacionada con sustancias ilegales en Europa. Cada año se notifican entre 8 000 y 9 000 sobredosis mortales, pero esta cifra es sin duda un cálculo demasiado bajo. La mayoría de las víctimas son jóvenes de sexo masculino a finales de los 20 o mediados de los 30 años de edad, si bien la edad en el momento de la muerte va en aumento. Aunque se observa una variación considerable entre un país y otro, en general las muertes relacionadas con las drogas aumentaron de forma constante en toda la UE durante las décadas de 1980 y 1990. Entre 2000 y 2001, muchos países señalaron un descenso del número de muertes relacionadas con las drogas y, por ende, en la UE se produjo un descenso reducido pero estadísticamente significativo de las muertes notificadas, las cuales pasaron de 8 838 a 8 306. Sin embargo, el número de muertes sigue siendo alto desde un punto de vista histórico.

Un acontecimiento reciente que causa preocupación son los datos relativos al tráfico de fentanil, un opiáceo sintético cien veces más potente que la heroína. Se han señalado algunos decomisos recientes en varios países ribereños del Mar Báltico y en Rusia. En Estonia, el fentanil hizo su aparición en el mercado de la droga como sucedáneo de la heroína a finales de 2001, y en Finlandia se incautó un envío importante en 2002.

Los estudios realizados con consumidores de heroína en tratamiento ponen de relieve que existe una considerable diferencia a escala nacional entre quienes se inyectan la droga y los que la fuman. Entre los consumidores de heroína que solicitan tratamiento, menos de la mitad indican actualmente que la consumen por vía parenteral y, en algunos países, esta vía de consumo parece estar cada vez más en desuso. En otras partes, en particular en los nuevos Estados miembros, aunque no solo en ellos, el consumo de drogas por vía parenteral sigue siendo la norma entre los consumidores de heroína.
Las estimaciones generales de la prevalencia del consumo de drogas por varía parenteral varían entre 2 y 6 casos por 1 000 habitantes adultos.

La epidemia de virus de inmunodeficiencia humana (VIH) se está extendiendo en algunos de los nuevos Estados miembros y en los países fronterizos, si bien las tasas de incidencia varían considerablemente entre los países de la UE. En Europa Occidental, la aparente estabilización o el descenso de la incidencia del VIH se han visto amenazados por algunos nuevos brotes locales que han tenido lugar desde mediados de la década de 1990 y los continuos elevados índices de infección en algunas poblaciones.

Los índices de infección por el virus de la hepatitis C (VHC) siguen siendo elevados entre los consumidores de drogas por vía parenteral en Europa, y los estudios señalan que entre una cuarta parte hasta la práctica totalidad de los consumidores por vía parenteral estudiados tienen anticuerpos de este virus. En algunos casos se puede observar una relación directa entre los índices de infección por VHC y VIH. En Europa, la infección por hepatitis B sigue siendo común entre los consumidores de drogas por vía parenteral a pesar de que se dispone de una vacuna. La incidencia de la tuberculosis entre los consumidores de drogas por vía parenteral en los Estados miembros de la UE sigue siendo baja, con la posible excepción de algunos países bálticos, pero en algunos países fronterizos con la UE se observan elevados índices de infección.

En general, la inversión en programas de intercambio de jeringuillas para consumidores de drogas por vía parenteral parece haber aumentado en toda la UE. Estonia y Letonia han ampliado rápidamente los servicios en este ámbito, y en Irlanda del Norte y Flandes (Bélgica) se han introducido también programas de intercambio de jeringuillas. No obstante, en algunos países con programas ya establecidos el número de jeringuillas distribuidas ha descendido, lo que quizá refleje un menor nivel de consumo por vía parenteral. Las principales tendencias del desarrollo de servicios de bajo umbral consisten en una mayor integración con otros servicios de supervivencia, como los refugios y centros de atención primaria, y apuntan hacia una mayor flexibilidad en el horario de apertura. Existen salas de consumo controlado en tres Estados miembros y en 2004 el OEDT publicó un estudio pormenorizado de estas instalaciones.

## Tratamiento de la drogodependencia

En la mayoría de los Estados miembros, los tratamientos relacionados con el consumo de drogas abarcan sobre todo el tratamiento para el consumo de opiáceos o de varias drogas, entre ellas los opiáceos. La opción terapéutica predominante para este grupo sigue siendo alguna forma de terapia de sustitución, aunque en los nuevos Estados miembros el tratamiento de sustitución no está extendido y los regímenes basados en la abstinencia siguen siendo habituales. Cabe señalar igualmente que en

la República Checa, Finlandia y Suecia, los consumidores de anfetaminas por vía parenteral representan un porcentaje importante de las personas en tratamiento.

La información disponible sobre las personas que solicitan ayuda para solucionar sus problemas de toxicomanía indica que las características de las personas que necesitan ayuda se han diversificado. Aparte del consumo de heroína por vía parenteral y otras vías se señala una serie de problemas de consumo de diversas drogas, estimulantes y cannabis. En 2002, el indicador de demanda de tratamiento del OEDT mostró por primera vez que en los once países de los que se disponía información, el número de nuevos pacientes enviados a tratamiento en instalaciones ambulatorias especializadas por problemas de cannabis había superado al número de nuevos pacientes enviados por opiáceos. En la cuestión particular sobre los problemas que plantea el cannabis se expone hasta qué punto este fenómeno se debe a un cambio de las prácticas de notificación, a la ampliación de los servicios o a cambios de las características de las personas que requieren tratamiento.

Cada vez resulta más obvio que los servicios en materia de drogas deben integrarse con los demás servicios sanitarios, sobre todo con aquellos dirigidos a los grupos marginados y socialmente desfavorecidos. Responder de forma eficaz a las personas que sufren tanto de problemas de consumo de drogas como de problemas psiquiátricos representa un desafío especial. Este tema se examina en la cuestión particular sobre comorbilidad psiquiátrica.

### Cuestiones penitenciarias

Los consumidores de drogas están sobrerrepresentados en las prisiones con respecto a la población general. Las estimaciones de la prevalencia en algún momento de la vida del consumo de drogas entre los presos varía entre un 22 % y un 86 %, dependiendo de la población penitenciaria, el centro de detención y el país. Al poseer una prevalencia relativamente alta de consumo de drogas por vía parenteral, las prisiones constituyen un entorno de alto riesgo para la propagación de enfermedades infecciosas. Entre las medidas para luchar contra ellas encontramos la introducción de tratamientos por sustitución y de programas de intercambio de jeringuillas en los centros penitenciarios. Las consecuencias que tiene para la salud el consumo de drogas en las prisiones, añadidas a la limitación a los servicios y al aislamiento de los servicios sanitarios penitenciarios del sistema sanitario general, se abordan cada vez más en el contexto de los sistemas sanitarios y de bienestar nacionales. Las alternativas a la prisión, introducidas por las innovaciones en la política penitenciaria, son actualmente el envío de los consumidores de drogas a un tratamiento cuasi obligatorio o al servicio social al suponer que dichas intervenciones se adaptan mejor a sus necesidades.

# Capítulo 1
# Novedades políticas y legislativas

En este capítulo se describen las novedades más recientes que afectan a las políticas sobre drogas en la UE en su conjunto y en cada uno de los Estados miembros. En la mayoría de los casos, la información suministrada se basa en los cambios acontecidos en 2003, año que marcó el comienzo de la segunda mitad del Plan de acción de la UE en materia de lucha contra las drogas (2000-2004). Asimismo, en 2003 se cumplió el plazo concedido a los gobiernos nacionales para efectuar evaluaciones intermedias de los progresos realizados en el desarrollo y la aplicación de sus respectivas estrategias nacionales de control de las drogas, de conformidad con la Declaración sobre los principios rectores de la reducción de la demanda de drogas, emanada del período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre Estupefacientes (UNGASS) ([1]) de 1998 dedicado a la acción común para contrarrestar el problema mundial de las drogas. Dado que el Plan de acción de la UE para el período 2000-2004 finaliza este año, es oportuno debatir los progresos realizados hasta la fecha en la evaluación de esta medida. El OEDT está desempeñando un papel muy activo en este proceso, que se espera facilite la adopción de medidas legislativas más eficaces en el ámbito de la drogodependencia. Por ello, las estrategias y evoluciones legislativas, tanto a escala nacional como europea, se examinarán básicamente desde esta perspectiva.

## Evolución en la Unión Europea

En 2003, en Europa se adoptaron dos nuevos instrumentos jurídicos para impulsar la lucha contra la problemática de las drogas. Uno tiene por objeto la cuestión de la salud pública y el otro se centra en el tráfico ilícito de drogas. Entre las diversas cuestiones abordadas a escala europea en 2003 se incluyen varias medidas en materia de nuevas drogas sintéticas, la ejecución de actividades e instrumentos de coordinación y el papel del OEDT.

### Salud pública

El 23 de septiembre de 2002, el Parlamento Europeo y el Consejo aprobaron un nuevo programa de acción comunitaria en el ámbito de la salud pública (2003-2008), que se basa en tres objetivos generales: proporcionar información sanitaria, reaccionar rápidamente ante los riesgos sanitarios y fomentar la salud actuando sobre los factores determinantes de la salud. Las medidas de información y promoción de la salud son de particular importancia en el ámbito de las drogodependencias.

En junio de 2003, el Consejo de Ministros adoptó una recomendación sobre la prevención y reducción de daños para la salud asociados a la drogodependencia, documento elaborado a instancias de la Comisión Europea en mayo de 2002. Este texto constituye la primera recomendación europea en el ámbito de la salud pública. Más concretamente, se trata de la primera recomendación europea destinada a reducir los daños para la salud asociados a las drogodependencias ([2]). Numerosos Estados miembros han incluido ya las conclusiones de este documento en sus respectivas estrategias nacionales en materia de drogas.

En este documento se recomiendan los siguientes objetivos:

- Para proporcionar un alto nivel de protección de la salud, los Estados miembros deben fijar como objetivo de salud pública la prevención de la drogodependencia y la reducción de los riesgos asociados a ésta, así como desarrollar y aplicar las estrategias globales correspondientes.
- Para reducir de forma sustancial la incidencia de los daños para la salud relacionados con las drogas (como la infección por VIH, las hepatitis B y C y la tuberculosis) y el número de fallecimientos relacionados con las mismas, los Estados miembros deben poner a disposición, como parte integrante de sus políticas generales de prevención y tratamiento de las toxicomanías, servicios y entidades de diversa índole, con el objetivo particular de reducir los riesgos.
- Los Estados miembros deben considerar la elaboración de una lista específica de medidas, con objeto de elaborar los protocolos de evaluación adecuados para potenciar la eficacia y la eficiencia de la prevención de las toxicomanías y la reducción de riesgos para la salud relacionados con las drogas.

Asimismo, los Estados miembros deberán informar a la Comisión sobre la aplicación de dicha Recomendación en un plazo de dos años a partir de su adopción y,

([1]) http://www.unodc.org/adhoc/gass/cont-spa.htm

([2]) Para una visión general de la política de reducción de daños, véase el cuadro 1 OL: Función de la reducción de daños.

posteriormente, cuando la Comisión así lo solicite, con objeto de contribuir al seguimiento de la aplicación de la Recomendación a escala comunitaria y de actuar adecuadamente en el contexto del Plan de acción de la UE en materia de lucha contra las drogas.

Por otra parte, la Recomendación invita al OEDT a proporcionar apoyo técnico a la Comisión Europea para elaborar un informe, de conformidad con el Plan de acción de la UE en materia de lucha contra las drogas, con vistas a la revisión y actualización de esa recomendación.

### Tráfico de drogas

A raíz de las conclusiones de una reunión especial del Consejo Europeo de Tampere (Finlandia), celebrada en 1999, y en respuesta a la estrategia y al Plan de acción de la UE en materia de lucha contra las drogas, la Comisión Europea presentó al Consejo y al Parlamento Europeo una propuesta de Decisión marco relativa al establecimiento de las disposiciones mínimas de los elementos constitutivos de delitos y penas aplicables en el ámbito del tráfico ilícito de drogas. El Consejo de Ministros adoptó en noviembre de 2003 un acuerdo político sobre esta primera Decisión marco en el ámbito del tráfico de drogas. Esta Decisión marco se considera un instrumento fundamental para la lucha contra el tráfico de drogas, ya que la aproximación de las sanciones por delitos relacionados con esta actividad en los Estados miembros adquiere cada vez mayor importancia en una UE ampliada.

El principio básico de esta Decisión marco es que los Estados miembros deben castigar no solo el tráfico de drogas, sino también el hecho de incitar a cometer dicho delito, de intentar cometerlo o de ser cómplice. Las medidas recogidas en esta Decisión marco están dirigidas a los traficantes de drogas y a las organizaciones delictivas y terroristas que financian sus actividades ilegales a través del tráfico de estupefacientes.

Esta Decisión marco prevé la aplicación de sanciones a los que participen en cualquier etapa del tráfico de sustancias contempladas en los convenios y las convenciones de las Naciones Unidas y las decisiones comunitarias: la producción, la venta, el transporte, la distribución, la posesión o la compra con fines de tráfico. Pide a los países que garanticen que «los delitos [...] se castiguen con penas máximas de uno a tres años de privación de libertad, como mínimo» o entre cinco y diez años cuando el delito esté relacionado con grandes cantidades de drogas o con las drogas más perjudiciales para la salud. El punto crucial de la Decisión marco es el hecho de que establece una definición común de lo que se entiende por tráfico de drogas a escala europea y de que recomienda sanciones para este delito en el territorio de la UE. A la hora de alcanzar un acuerdo entre los Estados miembros, fue necesario salvar las diferencias nacionales relativas a la definición de consumo personal. Por este motivo, los delitos relacionados con el consumo personal de drogas, tal como se define en las legislaciones nacionales de los Estados miembros, quedan excluidos de la Decisión marco.

La Decisión marco entrará en vigor a partir de la fecha de su publicación en el *Diario Oficial de la Unión Europea,* y los Estados miembros dispondrán de 18 meses para adoptar las medidas necesarias a fin de cumplir lo dispuesto en este instrumento jurídico.

### Nuevas drogas sintéticas

En su tarea continuada de control de nuevas drogas sintéticas, el Consejo de Ministros adoptó, en noviembre de 2003, una Decisión sobre las medidas de control y las sanciones penales relativas a las nuevas drogas sintéticas 2C-I, 2C-T-2, 2C-T-7 y TMA-2. Gracias a ello, estas sustancias, que no figuran en la actualidad en ninguno de los anexos del Convenio de las Naciones Unidas de 1971 sobre Sustancias Psicotrópicas, están sujetas a medidas de control y a sanciones penales en los Estados miembros.

En octubre de 2003, la Comisión presentó un proyecto de Decisión del Consejo destinada a sustituir a la Acción común de 1997 relativa al intercambio de información, la evaluación del riesgo y el control de los nuevos estupefacientes y drogas sintéticas ([3]). Esta iniciativa guarda relación directa con el resultado de la evaluación externa de la Acción común iniciada por la Comisión, según lo dispuesto en el Plan de acción de la UE en materia de lucha contra las drogas (2000-2004). El nuevo instrumento jurídico propuesto pretende clarificar las definiciones y procedimientos, a la vez que amplía el ámbito a todas las nuevas drogas sintéticas y a todos los nuevos estupefacientes.

### Coordinación

También en noviembre de 2003, la Comisión adoptó una Comunicación sobre las actividades y los instrumentos de coordinación en materia de drogodependencia en la UE. Dicha Comunicación se basa en las conclusiones de un estudio, encargado por el OEDT en cooperación con la Comisión, de las disposiciones y mecanismos en vigor para la coordinación en los Estados miembros ([4]). Este documento confirma que la coordinación es esencial si la UE desea responder de forma eficaz a la complejidad del fenómeno de la drogodependencia y a sus consecuencias.

### Papel del OEDT

Por último, en diciembre de 2003, la Comisión propuso la remodelación de los estatutos del OEDT. Esta propuesta, que el Consejo someterá a debate en 2004, cubre varias áreas, incluidas las enmiendas a los reglamentos básicos, los cambios encaminados a fortalecer el papel del OEDT en el contexto de las nuevas pautas del consumo de drogas y de la ampliación de la UE, así como los cambios

([3]) DO L 167 de 25.6.1997, pp.1-3.

([4]) http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1356

propuestos para tener en cuenta el papel del OEDT en tanto que participante en la evaluación del Plan de acción de la UE en materia de lucha contra las drogas.

## Políticas nacionales

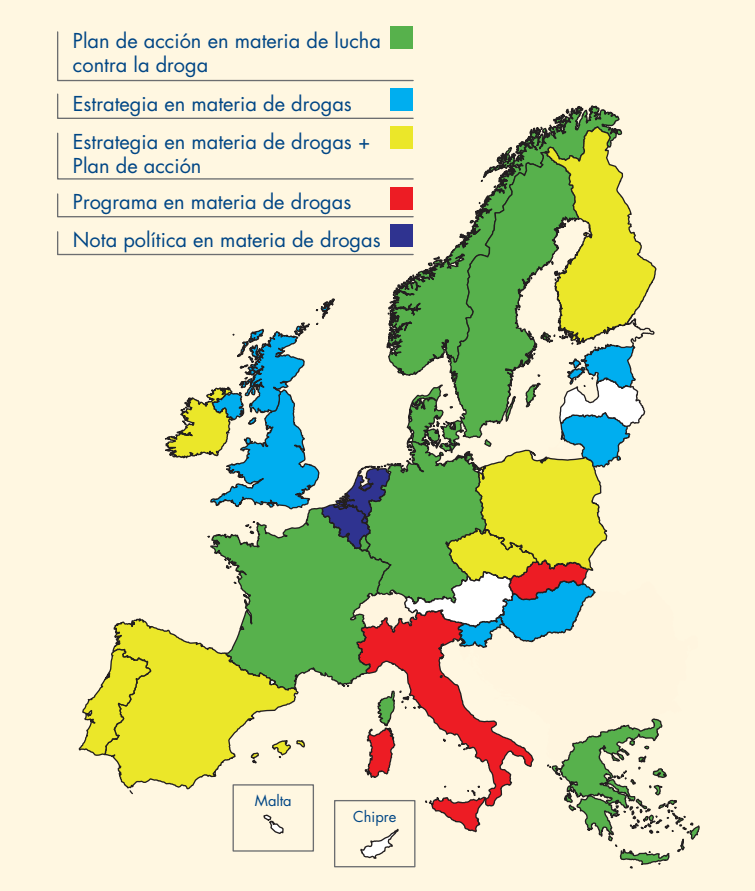
### «Estrategias en materia de drogas» ([5])

La tendencia de los Estados miembros a adoptar una «estrategia nacional en materia de drogas», un pilar básico de la política europea en este ámbito, fue recogida en el Informe anual del año pasado y así se ha hecho en 2003 (gráfico 1). En 2003, se aprobaron planes y programas en materia de drogas en Dinamarca, Alemania, Lituania y Eslovenia, y se espera que en 2004 Estonia y Francia sigan por este camino ([6]), lo que supondrá que 21 países de un total de 25 (22 de 26, si se incluye Noruega) cuenten con una política en materia de drogodependencia elaborada en el marco de una estrategia global nacional sobre drogas ([7]) ([8]).

El hecho de que las «estrategias nacionales en materia de drogas» se hayan aplicado de forma tan amplia en un período de tiempo relativamente corto (1997-2004) ([9]) y en una zona geográfica tan bien definida hace posible realizar comparaciones del fenómeno en los distintos Estados miembros y obtener una perspectiva europea.

En primer lugar, cabe señalar que cada vez es más común adoptar un enfoque holístico en relación con las políticas sobre drogodependencia, que incorpora actividades de reducción tanto de la demanda como del suministro: el denominado «enfoque equilibrado» ([10]). Todos los documentos analizados presentan esta característica. En segundo lugar, la coordinación está cobrando cada vez más importancia. Las estrategias nacionales en materia de drogas se llevan a cabo de forma cada vez más centralizada [la mayoría de los Estados miembros de la UE cuenta con agencias nacionales de coordinación y coordinadores nacionales ([11])], aunque en estrecha cooperación con las agencias regionales y locales. En tercer lugar, se está prestando más atención a las intervenciones

**Gráfico 1.** Variedad de «estrategias nacionales en materia de drogas»




*N.B.:* La distinción teórica entre una política en materia de drogas, una estrategia nacional en materia de drogas (que debería determinar los principios generales, así como un marco y una orientación) y un plan de acción (que pone en práctica la estrategia estableciendo acciones específicas detalladas) no siempre se mantiene en los principales documentos nacionales. Dadas las diferencias existentes entre países, los documentos estratégicos nacionales se describen tal como se presentan oficialmente, sin ningún intento de consolidar definiciones o realizar comparaciones.

*Fuente:* Estrategias nacionales de los Estados miembros.

*in situ*, así como a la supervisión y evaluación de la ejecución de dichas intervenciones en tanto que herramientas que permiten garantizar la responsabilidad de los encargados

([5]) Dado que la estructura y el contenido de las estrategias nacionales sobre drogas varían considerablemente de unos países a otros, en este informe no se han intentado armonizar definiciones y conceptos. Así pues, por «estrategia nacional en materia de drogas» (entrecomillada) se entenderá cualquier documento oficial aprobado por un gobierno que establezca principios generales e intervenciones u objetivos concretos (en un plazo determinado) en el ámbito de las drogas, independientemente de que se presente oficialmente como estrategia en materia de drogas o como plan de acción, notas políticas, etc. Para más información, véase el informe del OEDT titulado «Estrategias nacionales y mecanismos de coordinación» [«National strategies and coordination mechanisms»] (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1354).

([6]) Véase el recuadro 1 OL: Estrategias nacionales más recientes en materia de drogas.

([7]) Noruega, aunque no forma parte de la UE, es miembro del OEDT. De los 25 Estados miembros, sólo cuatro países no cuentan (todavía) con las denominadas estrategias nacionales en materia de drogas: Chipre, Letonia, Malta y Austria. En Chipre y Letonia se está preparando una estrategia sobre drogodependencia. En Austria, cada provincia cuenta con su propio plan, aunque no existe una estrategia a escala federal.

([8]) Véase el cuadro 2 OL: «Estrategias nacionales en materia de drogas» en la actualidad en el ámbito de la drogodependencia en los países de la UE.

([9]) En este período se incluyen los Países Bajos, que documentan su política en esta materia en el documento estratégico «Drug policy in the Netherlands: continuity and change» («Política en materia de drogodependencia en los Países Bajos: continuidad y cambio») de 1995 y en diversos documentos de seguimiento (XTC 2001, Cocaína 2002, Cannabis 2004).

([10]) La declaración política de la UNGASS en 1998 establece el principio de un enfoque equilibrado: «Deberá adoptarse un enfoque equilibrado entre la reducción de la oferta y la reducción de la demanda, mediante el cual ambos factores se refuercen mutuamente, en un enfoque integrado que permita solucionar el problema de la drogodependencia». En este capítulo, no se pretende evaluar hasta qué punto los Estados miembros han logrado adoptar este «enfoque equilibrado»; más bien se pone de manifiesto que dicho enfoque recibe cada vez más atención.

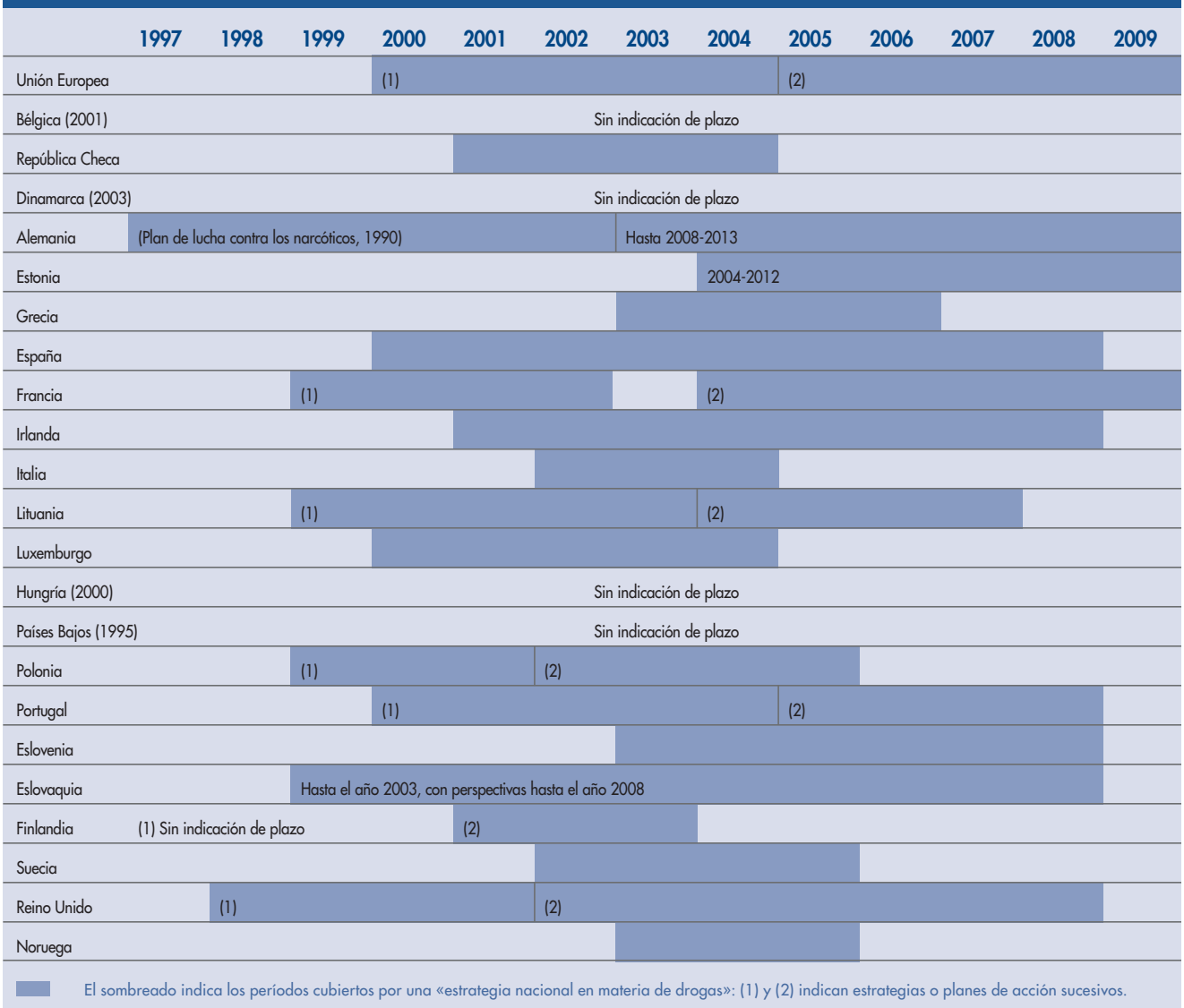
([11]) Para más detalles, véase http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1360

de adoptar las decisiones (véase la cuestión particular sobre evaluación, p. 75).

No obstante, existen importantes diferencias tanto de estructura como de contenido entre las «estrategias nacionales en materia de drogas». Por ejemplo, el grado de detalle y el énfasis dado a las acciones y a los objetivos varían considerablemente. Algunos documentos se estructuran de tal modo que permiten realizar el seguimiento de dichas acciones y de su ejecución global: otros son menos pormenorizados y presentan los objetivos generales sin vincularlos a objetivos operativos o a indicadores de rendimiento. La terminología empleada en los documentos sobre las políticas en materia de drogodependencia también es distinta: algunos países han adoptado planes de acción; otros, estrategias; y algunos han aplicado programas. De hecho, los diferentes objetivos y órdenes del día políticos pueden determinar un cuadro mucho más amplio donde se reflejan hipótesis, bastante cambiantes, bajo la expresión «estrategia nacional en materia de drogas» (gráfico 1). No obstante, pese a que los términos plan de acción, programa y estrategia pueden ser intercambiables ([12]), no reflejan necesariamente diferencias en cuanto a objetivos o programas políticos.

Otro aspecto que varía entre Estados miembros son los plazos de la estrategia nacional sobre drogas. La mayoría de los países ha adoptado un plazo de entre 3 y 5 años; no obstante, en algunos países la estrategia cubre un período de 8 a 10 años, mientras que en otros no se indica ningún plazo (cuadro 1). A este respecto, debería tenerse en cuenta el vínculo existente entre las «estrategias nacionales sobre drogas» y el Plan de acción de la UE en materia de lucha contra las drogas.

**Cuadro 1. Plazo de las «estrategias nacionales en materia de drogas»**




([12]) Una estrategia en materia de drogas puede definirse como «un tema o marco unificador que ayuda a decidir, proporciona coherencia y sirve de orientación», y un plan de acción, como «un programa de acciones concretas» (*Strategies and coordination in the field of drugs in the European Union, a descriptive review*, noviembre de 2002: http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1354).

**Cuadro 2. «Drogas legales» en las estrategias nacionales en materia de drogas**

| País | Alcohol | Tabaco | Plan de acción sobre el alcohol (1) |
|---|---|---|---|
| Bélgica | • | • | No |
| República Checa | • | • | No |
| Dinamarca | n.d. | n.d. | Sí |
| Alemania | • | • | Sí |
| Estonia | ○ | ○ | Sí |
| Grecia | • | n.d. | n.d. |
| España | • | • | No |
| Francia | • | • | Sí |
| Irlanda | • | ○ | Sí |
| Italia | ○ | n.d. | Sí |
| Lituania | n.d. | n.d. | Sí |
| Luxemburgo | n.d. | n.d. | No |
| Hungría | • | ○ | Sí |
| Países Bajos | • | • | Sí |
| Polonia | ○ | ○ | Sí |
| Portugal | • | ○ | Sí |
| Eslovenia | ○ | ○ | No |
| Eslovaquia | • | • | No |
| Finlandia | n.d. | n.d. | Sí |
| Suecia | n.d. | n.d. | Sí |
| Reino Unido | ○ | ○ | Sí |
| Noruega | • | • | Sí |

• Acción recomendada; ○ Sustancia mencionada; n.d.: Datos no disponibles

(1) Base de datos de la OMS sobre alcohol (http://www.euro.who.int/alcoholdrugs).

Las diferencias de contenido son el reflejo de los distintos objetivos políticos o de las diferencias en las características nacionales del fenómeno de la drogodependencia. A continuación abordaremos los dos ámbitos más importantes de divergencia: las sustancias y el objetivo principal de las estrategias.

Aunque las estrategias nacionales suelen centrarse en las drogas clasificadas como ilegales, muchos documentos abarcan también las llamadas «drogas legales», a saber, el alcohol y el tabaco, en particular a la hora de abordar los ámbitos de la educación, la prevención y el tratamiento (cuadro 2). En algunos países, esta consideración se concreta en acciones y proyectos específicos, mientras que, en otros, las «drogas legales» solo aparecen mencionadas. En muchos países que incluyen el alcohol en sus estrategias sobre «drogas» también se han puesto en marcha planes de acción nacionales sobre esta sustancia.

Aunque algunos países comparten los mismos objetivos generales (reducción de la oferta y la demanda, etc.) y el Plan de acción de la UE en materia de lucha contra las drogas 2000-2004 establece seis objetivos comunes ([13]), las recomendaciones sobre el modo de lograr dichos objetivos varían considerablemente dependiendo de los objetivos generales de la política en materia de drogodependencia. La principal diferencia es que en algunos países el objetivo es lograr una «sociedad libre de drogas», mientras que otros establecen como objetivo prioritario reducir las consecuencias negativas de las drogas tanto para los ciudadanos como para la sociedad. No obstante, la situación no está bien definida: la mayoría de las «estrategias nacionales sobre drogas» combinan ambos objetivos (e incluso añaden otros), dando más peso a uno u otro. El objetivo seleccionado (y la medida en que se hace hincapié para lograrlo) conforma las acciones derivadas de las «estrategias nacionales en materia de drogas».

Al tiempo que se reconoce que las diferencias son necesarias para abordar programas políticos específicos, así como las características y culturas locales, se han realizado esfuerzos considerables en el ámbito de la coordinación a escala europea. La adopción de un enfoque europeo coordinado en relación con la drogodependencia (la Estrategia europea en materia de lucha contra la droga y el Plan de acción de la UE en materia de lucha contra las drogas 2000-2004), que se ha consolidado y estructurado en los últimos años, se extenderá en el futuro.

El futuro de la política sobre drogodependencia en la UE ampliada y la cuestión de si las distintas estrategias nacionales de los 25 Estados miembros en esta materia (sin tener en cuenta las estrategias regionales y locales) acabarán finalmente aglutinadas en la estrategia de la UE (sin tener en cuenta las estrategias regionales y locales) siguen siendo interrogantes sin respuesta. No obstante, cuestiones como qué tipos de instrumentos podrían ser considerados por los Estados miembros (estrategia, programa, plan de acción), así como su duración, sus principios y criterios constitutivos, sus principales objetivos y funciones, podrían ser objeto de debate colegiado en los Estados miembros de la Unión Europea.

## Políticas nacionales: evaluación de la legislación ([14])

En los últimos años ha aumentado la tendencia a evaluar las nuevas leyes o a informar sobre su evaluación, ya sea por lo que respecta a su ejecución y/o a sus repercusiones.

([13]) Primero, reducir perceptiblemente en un plazo de cinco años la difusión del consumo ilícito de droga, así como la iniciación a su consumo, en particular entre los jóvenes menores de 18 años; 2) reducir de forma sustancial en un plazo de cinco años el daño a la salud producido por la droga (VIH, hepatitis B y C, tuberculosis, etc.), así como el número de muertes relacionadas con las drogas; 3) aumentar sustancialmente el número de adictos tratados con éxito; 4) reducir sustancialmente en un plazo de cinco años la disponibilidad de drogas ilícitas; 5) reducir sustancialmente en un plazo de cinco años el número de delitos relacionados con la droga; 6) reducir sustancialmente en un plazo de cinco años el blanqueo de dinero y el tráfico ilícito de precursores.

([14]) Para una versión ampliada de esta sección, véase el recuadro 2 OL: Políticas nacionales: evaluación de las legislaciones.

En algunos países se han puesto en marcha programas piloto que se han evaluado antes de aplicarlos al resto del país. En el ámbito de la drogodependencia, podrá haber programas piloto para supervisar o evaluar los distintos aspectos del control de las drogas, incluidos la legislación básica por la que se prohíbe el consumo o la tenencia, las respuestas a los delitos en materia de drogas, la lucha contra el tráfico y el blanqueo de dinero y los resultados de las respuestas a los delitos relacionados con las drogas. En ciertos países se ponen en práctica y evalúan proyectos piloto antes de aplicarlos a escala nacional.

Por ejemplo, desde 1999 Bélgica, la República Checa, Alemania, Hungría, Suecia y el Reino Unido han informado sobre alguna forma de seguimiento o evaluación de varios aspectos de las disposiciones legales básicas que abordan los delitos por consumo o posesión de drogas. Esto ha dado como resultado cambios importantes en la legislación sobre drogas en Bélgica, Hungría y el Reino Unido.

La valoración del efecto de la criminalización ha sido el centro del debate y la evaluación. Entre las iniciativas de evaluación subrayamos dos situaciones aparentemente similares que han conducido a resultados diferentes. Tanto Hungría como Suecia han evaluado recientemente los efectos de criminalizar el consumo de drogas. En marzo de 1999 se modificó el Código Penal húngaro para convertir en delito penal el consumo de drogas, restringiendo a los adictos la posibilidad de obligar a quienes delinquen a someterse a una terapia. Sin embargo, estudios científicos posteriores demostraron que no se había logrado el objetivo de reducir el abuso, consumo y circulación de drogas, sino que por el contrario siguió aumentado el número de personas que se iniciaban en la droga así como el número de delitos registrados y de delincuentes. Además, el cambio de la ley hizo más difícil la clasificación legal de las drogas y más complicados los procedimientos legales, lo que tuvo un efecto negativo sobre la conducta de quienes intervienen en el mercado de los estupefacientes. Los autores del estudio llegaron a la conclusión de que los castigos habían sido demasiado rigurosos y no tenían en cuenta el hecho de que los jóvenes se convierten en consumidores de drogas no porque tengan un instinto delictivo, sino debido a sus circunstancias. Como resultado, el 1 de marzo de 2003 se introdujo una nueva enmienda que anulaba las enmiendas mencionadas y tenía en cuenta los resultados del estudio.

En Suecia, en el año 2000 el Consejo Nacional para la Prevención de la Delincuencia estudió los efectos del reglamento de 1988 (reforzado en 1993) que convertía el mero consumo de drogas en un delito. El estudio reveló que la introducción del reglamento produjo un fuerte aumento del número de detenciones por delitos menores en materia de drogas. Aunque muchos de los detenidos eran drogadictos declarados, otros eran usuarios jóvenes y sin antecedentes. Una importante razón para adoptar el reglamento fue identificar a jóvenes en una fase temprana de su consumo de drogas, y el informe concluía que este objetivo se había cumplido. En el informe también se debate la repercusión del reglamento en el mercado de las drogas (que ha sufrido una escalada). La conclusión del informe es que no existen indicios claros de que la criminalización del consumo de drogas tenga un efecto disuasorio para los jóvenes.

Por lo que respecta a otras respuestas, en el Reino Unido se han evaluado varias leyes destinadas a tratar a quienes cometen delitos relacionados con las drogas, como la comprobación de delitos posteriores, los tribunales para juzgar estos delitos de drogas y programas de remisión de detenciones. También se están evaluando otros métodos para tratar a quienes cometen delitos relacionados con las drogas: en Alemania (tratamiento en lugar de castigo), Irlanda (remisión de la detención) y en los Países Bajos (obligatoriedad del tratamiento).

Los Países Bajos también están utilizando técnicas de evaluación para valorar la eficacia de leyes recientes destinadas a atajar el tráfico de drogas (detención de correos) y el blanqueo de dinero (contratos públicos). En Suecia, de conformidad con las directivas de las autoridades nacionales, el gobierno es responsable de evaluar la organización y puesta en práctica de las políticas de lucha contra la droga. También se han utilizado técnicas de evaluación para mejorar las respuestas al tráfico local de drogas y reducir los delitos contra el orden público, por ejemplo: la coordinación de respuestas locales en Irlanda, el poder cerrar locales en los Países Bajos y la capacidad de obligar a repetir los exámenes de conducción en Alemania.

La evaluación goza claramente de reconocimiento como un instrumento de importancia creciente para abordar todos los aspectos de la problemática de las drogas. Las mencionadas evaluaciones de la legislación permiten valorar su puesta en práctica, eficiencia y eficacia. En general las evaluaciones comunicadas han tendido a apoyar el valor de la respuesta política sometida a examen. Sin embargo, la voluntad de no continuar con una política, basándose en la evaluación de resultados, como ha ocurrido en Hungría, muestra una nueva confianza fundamentada en la investigación que con frecuencia se ha echado en falta. Este tendencia en la evaluación, por otra parte tan bien recibida, forma parte de una tendencia más general a que la administración pública rinda cuentas y confíe cada vez más en conceptos propios del sector privado como los objetivos de rendimiento y la relación coste-eficacia.

## Evolución de la legislación nacional

### Legislación sobre el cannabis

El año pasado, el cambio de clasificación del cannabis por parte de dos países provocó un gran revuelo mediático,

pero en muchos casos se apreciaba una falta de concreción. En Bélgica se han elaborado dos leyes (un decreto y una directiva de instrucción) que instan a la introducción de diversos cambios en el marco jurídico, de los cuales el fundamental tal vez sea la clasificación de los productos del cannabis en una categoría distinta a la de otras drogas. Se han tipificado nuevos delitos, de forma que un adulto que comete un primer o segundo delito de posesión de cannabis para consumo personal, si no existen indicios de haber causado molestias o de consumo problemático, solo sería sancionado con una multa y quedaría registrado en los archivos policiales. De conformidad con la directiva de instrucción, se entenderá por posesión suficiente para consumo personal la cantidad máxima de 3 gramos o una planta. No obstante, las actividades molestas pueden sancionarse con una pena de entre 3 meses y 1 año de privación de libertad y/o una multa de 5 000 a 500 000 euros, y las circunstancias agravantes, como la posesión en presencia de menores, se traducirán en un endurecimiento de las penas.

En el Reino Unido ha cambiado la clasificación del cannabis y sus derivados, que ha pasado de la categoría B y A, respectivamente, a la categoría C, de conformidad con el sistema de clasificación británico. Aunque, como resultado de ello, la pena máxima por posesión para consumo personal se reduce de cinco a dos años de privación de libertad, la posesión de cannabis sigue siendo claramente un delito punible. En efecto, dos factores asociados, a saber, la pena máxima por posesión con intenciones de venta y la consideración de la posesión de cannabis como un delito motivo de detención, no se han visto alterados como resultado de una acción legislativa paralela. No obstante, en las directrices elaboradas por la Asociación de Oficiales Superiores de Policía se recomienda realizar detenciones por posesión de cannabis únicamente en determinadas circunstancias, entre las que se incluyen fumar en público o en presencia de menores. Los menores de 18 años también deberían ser detenidos para poder someterlos a tratamiento.

Tanto Bélgica como el Reino Unido abordan de forma específica la cuestión del consumo problemático de cannabis en sus respectivas legislaciones o directrices, aspecto que se examinará más adelante en el informe.

### Confiscación de activos financieros

En el último año, varios países han introducido cambios en su legislación relativa a la confiscación de los activos de los traficantes o la gestión de fondos creados a partir de dichos activos. En Irlanda una iniciativa de la Oficina de Bienes Delictivos (Criminal Assets Bureau) supone un trabajo conjunto con la unidad antidroga de la policía irlandesa (Garda National Drugs Unit) para descubrir los activos de los traficantes locales. En el Reino Unido, mediante la Ley sobre los productos del delito (Proceeds of Crime Act) (2003) se creó una Agencia de recuperación de los bienes de origen delictivo (Assets Recovery Agency) y, de conformidad con la nueva legislación, la policía y los funcionarios de aduanas están autorizados a buscar y decomisar el dinero obtenido ilícitamente. Esta Ley contempla medidas que ayudarán a los investigadores a seguir la pista de los productos del delito y a investigar el blanqueo de dinero. En Escocia se han reforzado los poderes de las autoridades encargadas de la persecución penal y de la aplicación de la ley, a fin de incrementar las confiscaciones tanto en casos penales como civiles.

En España, una nueva ley promulgada en 2003, por la que se regulan los fondos decomisados del tráfico de drogas, deroga la ley de 1995 en la materia. La nueva ley tiene por objetivo acelerar la transferencia de documentos necesarios para identificar y localizar los bienes incautados, y amplía el abanico de beneficiarios de los fondos con el fin de incluir entidades internacionales, supranacionales y gobiernos extranjeros. En los Países

### Combatir el blanqueo de capitales

En la actualidad no es posible realizar una estimación exacta de las operaciones relacionadas con el tráfico de drogas a escala mundial debido a la falta de datos fiables. Sin embargo, Europol (2002) ha notificado una cifra de «consenso» de entre un 2 % y un 5 % del producto interior bruto mundial. Al parecer, el tráfico de estupefacientes sigue siendo la mayor fuente de fondos blanqueados. El blanqueo internacional de dinero implica necesariamente el movimiento transfronterizo ilegal o inusual de capitales o bienes, como oro, plata o diamantes (OMA, 2003c).

Las enmiendas presentadas a la Directiva 91/308/CEE del Consejo sobre el blanqueo de dinero amplían la definición de esta actividad, tomando como base una mayor variedad de delitos subyacentes, y extienden la obligación de declaración a los profesionales jurídicos independientes.

A partir de enero de 2002, el mandato ampliado de Europol otorga a la organización competencias para todas las operaciones de blanqueo de dinero incluidas en el anexo 2 del Convenio de Europol (Europol, 2002).

Interpol ha puesto en marcha una red de puntos de contacto de expertos en cada país miembro al objeto de compartir información de forma rápida y eficaz (Interpol, 2002). El sistema de comunicación para la lucha antifraude (SCENT) es un sistema electrónico de información y comunicación desarrollado por la Organización Mundial de Aduanas (OMA) que se lanzó en junio de 2000. En junio de 2003 contaba con más de 700 usuarios de 130 países y más de 700 notificaron incautaciones de divisas. Durante 2002-2003, el Grupo de Trabajo de Acción Financiera (FATF) realizó avances considerables en la lucha contra el blanqueo de dinero y completó con éxito la revisión de las 40 recomendaciones (FATF, 2003a). Se prestó especial atención a la lucha contra los sistemas alternativos de movimiento de dinero (FATF, 2003b).

Bajos se puso en marcha un estudio sobre la legislación en materia de confiscaciones, diez años después de su entrada en vigor, para investigar la naturaleza y el volumen de los bienes de 52 grandes organizaciones delictivas llevadas ante la justicia durante ese período. Dicho estudio concluyó que solo pudo confiscarse el 10 % del dinero adquirido por medios ilícitos, pero sigue siendo difícil demostrar exactamente qué cantidad de dinero se adquirió ilícitamente. Los investigadores recomendaron mejorar los conocimientos en el ámbito de la investigación de delitos financieros. En Francia, una circular del Departamento de Asuntos Penales e Indultos de 2002 establece una serie de normas operativas concretas y organiza el seguimiento de los fondos confiscados del tráfico de drogas o del blanqueo de dinero, tomando como punto de partida el hecho de que el fondo contra la droga creado en 1995 no ha recibido ingresos sustanciales.

**Drogas y conducción**

Tres países en la UE han realizado cambios significativos en sus respectivas normativas en relación con el consumo de drogas y la conducción. En Austria, entró en vigor en 2003 la vigesimaprimera enmienda a la Ley del tráfico por carretera por la que se autoriza a la policía a pedir a los conductores que se sometan a un análisis de sangre, si se sospecha que conducen bajo los efectos de las drogas. Las sanciones impuestas en caso de que el resultado sea positivo, y las consecuencias, si un conductor se niega a someterse a las pruebas, son las mismas que por conducir bajo los efectos del alcohol. Asimismo, de conformidad con la Ley, un resultado positivo no se traduce en un informe policial por violación de la Ley sobre sustancias narcóticas, sino únicamente en una notificación a las autoridades sanitarias del distrito.

En Francia, una nueva ley presentada en febrero de 2003 tipifica como delito la conducción después de haber consumido sustancias o plantas incluidas en la categoría de narcóticos y hace obligatorias las pruebas para todos los conductores implicados en un accidente de tráfico mortal. Las penas impuestas son más estrictas si las drogas se combinan con alcohol. Asimismo, los conductores implicados en accidentes de tráfico que provoquen daños personales deberán someterse a pruebas de forma rutinaria, si existen motivos para sospechar que han consumido narcóticos. Por otro lado, los miembros de la gendarmería y de la policía están autorizados para realizar pruebas aleatorias a los conductores.

En Finlandia, el capítulo 23 revisado del Código Penal establece que cualquier conductor con restos de sustancias narcóticas activas o sus derivados metabólicos en la sangre será condenado por conducir en estado de embriaguez, a menos que la sustancia cuente con la pertinente prescripción médica. No obstante, si la capacidad de conducción se ve alterada, el conductor será acusado de conducir en estado de embriaguez, independientemente de que la sustancia haya sido prescrita por el médico o no. Si la capacidad de conducción está deteriorada hasta el punto de poner en peligro la seguridad de terceros, una acusación de conducción en condición extrema de embriaguez puede traducirse en una multa mínima de 60 unidades de multa o en un máximo de dos años de prisión.

En junio de 2003, la base de datos europea de legislación en materia de drogas (ELDD) publicó un estudio comparativo ([15]) de la situación jurídica relativa a las drogas y la conducción en 16 países y puso de manifiesto que, si bien conducir bajo los efectos de las drogas era un delito en todos los países, existían grandes diferencias en cuanto a las competencias de la policía a la hora de realizar pruebas a los conductores, las sustancias en cuestión y las sanciones existentes. El OEDT presentó este estudio en el seminario del Grupo Pompidou del Consejo de Europa sobre la circulación por carretera y las sustancias psicoactivas, celebrado en junio de 2003.

([15]) http://eldd-cma.emcdda.eu.int/comparative_doc/Drugs_and_driving.pdf

Capítulo 2

# Prevención del consumo de drogas: trabajo en comunidades y apoyo a los grupos de mayor riesgo

El objetivo de las medidas de prevención del consumo de drogas es reducir el número de personas que se inician en el consumo de una sustancia o, con más frecuencia, posponer el consumo de drogas hasta una edad más tardía, reduciendo al menos, de este modo, la magnitud del fenómeno de la drogodependencia (Rhodes et al., 2003). La prevención del consumo de drogas implica la educación en materia de estupefacientes y la advertencia sobre sus peligros, aunque no se limita a estas dos cuestiones. De hecho, este elemento específico de las drogas constituye únicamente una pequeña parte de la prevención del consumo de estas sustancias. Una estrategia será eficaz si combina información sobre las drogas en cuestión con técnicas de comportamiento y cognitivas (creencias normativas) concretas que influyan, a modo de prevención, en las pautas de consumo de drogas (Flay, 2000).

La prevención se clasifica dependiendo del grupo objetivo. La prevención universal está dirigida a la población en general (normalmente jóvenes), por ejemplo en escuelas, sin tener en cuenta grupos de riesgo específicos, mientras que la prevención selectiva se centra en grupos vulnerables, y la prevención indicada, en individuos vulnerables. Sin embargo, aunque la prevención en el entorno escolar constituye con frecuencia una prioridad política, es discutible que represente en realidad un pilar básico de la prevención. Dado que los fondos dedicados a la prevención son limitados, y que en algunos países se han reducido (por ejemplo, el presupuesto que Francia destinaba a la prevención del consumo de drogas —subvenciones estatales— se redujo de 15 millones de euros en 2001 a 11 millones en 2002), resulta cada vez más importante centrarse en la calidad de la prevención del consumo de drogas y fundamentar dicha prevención con una sólida base de pruebas científicas. Lo ideal sería complementar las políticas de prevención planificadas y ejecutadas desde una perspectiva de salud pública y dirigidas a ofrecer una dosis básica y rentable de prevención universal a una amplia población objetivo con intervenciones más significativas y personalizadas dirigidas, en particular, a grupos e individuos vulnerables ([16]).

## Prevención universal

Los principios y el contenido de las actuales estrategias de prevención del consumo de drogas, especialmente de los programas de prevención universal puestos en marcha en escuelas, se basan en pruebas científicas. Los efectos mensurables a largo plazo, aun cuando sean mínimos (Stothard y Ashton, 2000), constituyen un gran logro si se consiguen en grandes poblaciones. Los principios básicos, lo que funciona y lo que no, están actualmente bien definidos y existen varios enfoques de probada eficacia entre los que figuran la enseñanza interactiva (en la que participan compañeros) (Tobler y Stratton, 1997), la modificación de creencias normativas (Flay, 2000), la prioridad de las aptitudes sociales y la disponibilidad de información básica sobre las distintas sustancias; todos estos enfoques deben ser equilibrados y relevantes para la realidad social de los jóvenes (Hansen, 1992; Dusenbury y Falco, 1995; Paglia y Room, 1999; Tobler et al., 2000; Tobler, 2001). En la práctica, los legisladores y profesionales de varios Estados miembros siguen dando prioridad a enfoques que han demostrado su ineficacia, como la educación afectiva (por ejemplo, fomentar la autoestima, que es una práctica habitual en Alemania), la oferta informativa (aumentar la concienciación) y la reflexión.

De forma similar, los factores que contribuyen al éxito de la ejecución ([17]) de las políticas de prevención en los centros escolares son bien conocidos: adherencia firme a un plan de estudios establecido e impartido por profesores debidamente formados; contenido claramente definido; y disponibilidad de manuales y materiales. Asimismo, la prevención del consumo de drogas debería formar parte de una amplia política escolar en materia de drogodependencia y protección de la salud (Paglia y Room, 1999; Chinman et al., 2004). No obstante, en la práctica se distinguen tres estrategias independientes, que solo en contadas ocasiones se encuentran integradas. En la primera estrategia, las medidas de prevención se aplican a través de amplios programas nacionales (la República Checa, Irlanda, Lituania y los Países Bajos) o mediante una serie de programas homologados (España, Grecia, Hungría y Suecia). En otro enfoque, la prioridad es la formación del profesorado (la comunidad francófona de Bélgica, algunas regiones de Alemania, Austria y el Reino Unido), partiendo de la idea de que los profesores integrarán el mensaje de la prevención en sus actividades escolares diarias. Por último, algunos países (por ejemplo, Portugal, Finlandia) optan por redes de centros escolares en los que se fomenta la salud. Sólo Irlanda y España aplican estos tres enfoques de forma cohesionada en todo el país ([18]).

([16]) Véase el gráfico 1 OL: Planes nacionales que especifican contenidos y estrategias de prevención.

([17]) Véase el gráfico 2 OL: Modos de puesta en práctica de las medidas de prevención en los centros escolares.

([18]) Véase el cuadro 3 OL: Resumen de parámetros de los programas de prevención en centros escolares.

Generalmente, la prevención universal fuera del ámbito escolar ([19]) se centra en los jóvenes por tres canales principales: ofreciendo alternativas de ocio como talleres, actividades creativas y de aventuras a los jóvenes (España, Grecia, Letonia, Luxemburgo y el Reino Unido); mediante el trabajo de los jóvenes en actividades y centros deportivos con el fin de iniciar a los más jóvenes en el respeto de las normas, los comportamientos y las actitudes de protección dentro del grupo (Alemania, Italia y Finlandia); o mediante técnicas de proximidad (Dinamarca, Austria, Polonia, Portugal y Noruega). Las labores de prevención fuera del ámbito escolar pueden resultar muy eficaces para descubrir a jóvenes en situación de riesgo y a grupos objetivo vulnerables, pero este potencial sólo se explota en algunos Estados miembros (Irlanda, Hungría, los Países Bajos, Austria y el Reino Unido).

## Prevención selectiva

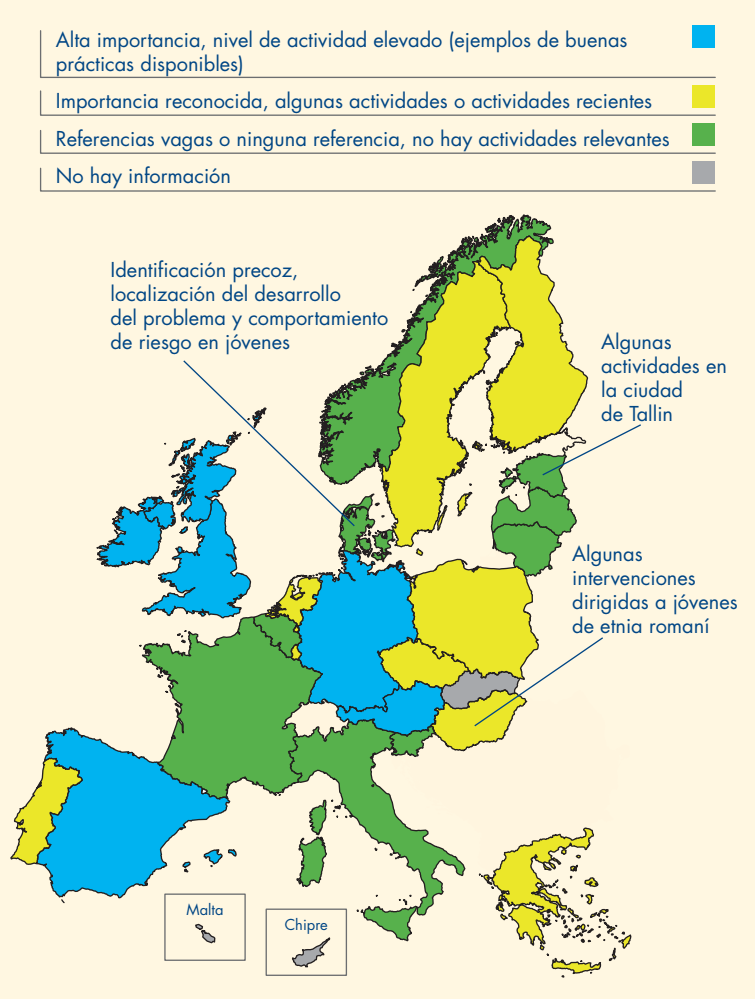
A diferencia de lo que ocurre en el ámbito de la prevención universal, dirigida a un amplio espectro de la sociedad, la prevención selectiva se centra en grupos o individuos vulnerables. La prevención selectiva recurre a los conocimientos existentes (preferentemente a escala local) sobre los factores de riesgo, los grupos vulnerables y los vecinos problemáticos para ofrecer respuestas allí donde el riesgo de tener problemas relacionados con las drogas es mayor. La prevención selectiva recibe cada vez más atención en algunos países, por ejemplo en Finlandia y en Suecia, debido al aumento del consumo de cannabis y de alcohol con fines recreativos (véase el capítulo 3), aunque se sigue circunscribiendo a unos pocos Estados miembros (gráfico 2), en mayor medida en los que ya se aplican estrategias en materia de prevención universal. Es fundamental partir de una base teórica y una evaluación sólidas, de modo que la selección de los grupos o regiones objetivo se base en datos científicos y que los objetivos de las intervenciones puedan definirse e interconectarse. Por ejemplo, en Hungría, varias intervenciones se centran en la población romaní y aplican enfoques destinados a la comunicación entre jóvenes de la misma edad. La prevención en entornos recreativos, como subapartado específico de la prevención selectiva, se describe en el capítulo 4.

## Progresos recientes en la Unión Europea ampliada...

En Grecia, Portugal y Suecia, las políticas en materia de prevención han avanzado hacia conceptos modernos y estructuras más claras; a este respecto, cabe señalar que la prevención en los centros escolares está mejor definida que hace unos años. Asimismo se han ampliado los programas para niños en las guarderías y en la enseñanza primaria, especialmente en Grecia y Austria.

En los Estados miembros, las políticas de prevención que están sujetas a sistemas de control de calidad (gráfico 3)

**Gráfico 2.** Estados miembros cuyas estrategias mencionan la prevención selectiva (hacen hincapié en poblaciones o zonas vulnerables) y en los que ésta se pone en práctica




*Fuentes:* Informes nacionales de la red Reitox e *Informe sobre la prevención selectiva en la UE* (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1569).

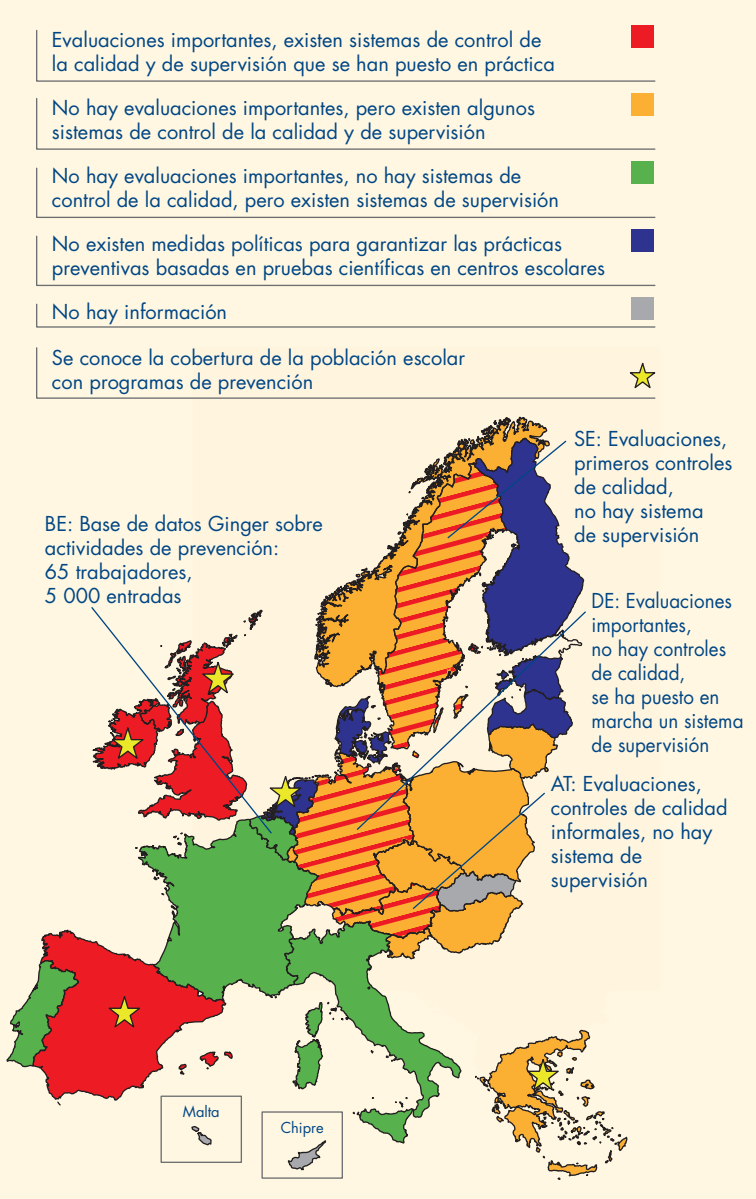
suelen presentar un nivel estructural más alto [por ejemplo, ejecución de programas complejos ([20])] y prestan más atención a la prevención selectiva (véase el gráfico 2). Los elementos fundamentales que permiten comparar las políticas europeas de prevención son: la calidad (base empírica de conceptos), la estructura (cómo se organizan las medidas de prevención y quiénes son los responsables) y el alcance (tamaño de la población objetivo).

Existen sistemas y normas de control de calidad en la República Checa, Lituania, Eslovenia y Suecia, mientras que en Alemania y Portugal ya se han puesto en marcha o se están desarrollando nuevos sistemas de supervisión de las intervenciones preventivas. Los componentes concretos de las intervenciones en el ámbito de la prevención se definen y se recomiendan, cada vez más, en las estrategias nacionales; por ejemplo, en Lituania y Suecia se fomentan

([19]) Véase el gráfico 3 OL: Prevención entre los jóvenes fuera del ámbito escolar.

([20]) Véase el gráfico 1 OL: Planes nacionales que especifican contenidos y estrategias de prevención.

**Gráfico 3.** Estados miembros en los que se ponen en práctica el control de la calidad, la supervisión y la evaluación de la prevención en centros escolares, a los que se concede prioridad




*Fuente:* Informes nacionales de la red Reitox.

las aptitudes sociales y de toma de decisiones y se estimula la autoestima.

El alcance de la prevención en centros escolares, expresado como la proporción de alumnos destinatarios de medidas de prevención universal, sólo puede medirse en el caso de la prevención basada en programas, y en algunas estrategias nacionales se fija como objetivo un amplio alcance (España, Irlanda y el Reino Unido). En todas las comunidades autónomas españolas ha aumentado la proporción de escolares destinatarios de programas de prevención homologados y recomendados, y en otros Estados miembros (la República Checa, Grecia y Noruega) el alcance ha sido recientemente objeto de evaluación. Como resultado de estos avances, se están mejorando poco a poco los esfuerzos destinados a prevenir el consumo de drogas en muchos Estados miembros que anteriormente se caracterizaban por una «baja focalización (en particular, intervenciones sin especificar y escasez de material adecuado para la prevención), baja intencionalidad (escaso nivel de formación de los profesionales que trabajan en este ámbito), baja proactividad y evaluación (bajo nivel de investigación y ausencia de procedimientos de evaluación), baja continuidad (intervenciones *ad hoc* frecuentes) y escasa coordinación y participación (falta de coordinación en relación con las actividades de ejecución)» (Informe nacional de Portugal).

## ... y falta de progresos

En algunos Estados miembros, los avances son lentos y siguen prevaleciendo los conceptos que carecen de base científica. Esto viene motivado por la inercia, un exceso de énfasis en los enfoques centrados en los aspectos médicos y adictivos, la escasa importancia que se atribuye a las influencias sociales y la prioridad dada a las variables personales. Asimismo, en algunos países, la ausencia de normas implica que la prevención compete únicamente a los profesionales de la salud o a profesores de ámbito local, cuyos conocimientos sobre la prevención basada en pruebas científicas suelen ser escasos y, por tanto, la prevención se ve influida por las creencias y opiniones populares. En algunos Estados miembros (por ejemplo, Dinamarca, Estonia, Francia, Letonia, algunas regiones de Bélgica, Alemania e Italia), la prevención en los centros escolares sigue basándose en gran medida en la información ofrecida en folletos, seminarios esporádicos, jornadas de acción y exposiciones, reuniones, conferencias y visitas de expertos.

Existen pruebas, aunque limitadas (Flay, 2000), de que el éxito de la prevención en los centros escolares depende de su integración en planes de estudios que fomentan la protección de la salud y en una política escolar sobre drogas, y de su capacidad para abordar aspectos de la vida social y de la comunidad (Paglia y Room, 1999). Sin embargo, el uso abusivo de expresiones como «fomento de estilos de vida saludables», «enfoques holísticos» y «prevención integral» suele enmascarar la ausencia de una base sólida para las políticas preventivas y un compromiso limitado con la prevención basada en pruebas científicas. No se han registrado avances en materia de prevención en el ámbito familiar. En tanto que componente de la prevención universal, ésta sigue limitada a los grupos o reuniones de padres (por ejemplo, Alemania, Grecia y Suecia), mientras que forma parte constitutiva de la prevención selectiva (es decir, dar prioridad a las familias en situación de riesgo) únicamente en España, Irlanda, Polonia, Suecia y el Reino Unido ([21]).

([21]) Véase el cuadro 4 OL: Resumen de los parámetros fundamentales de la prevención.

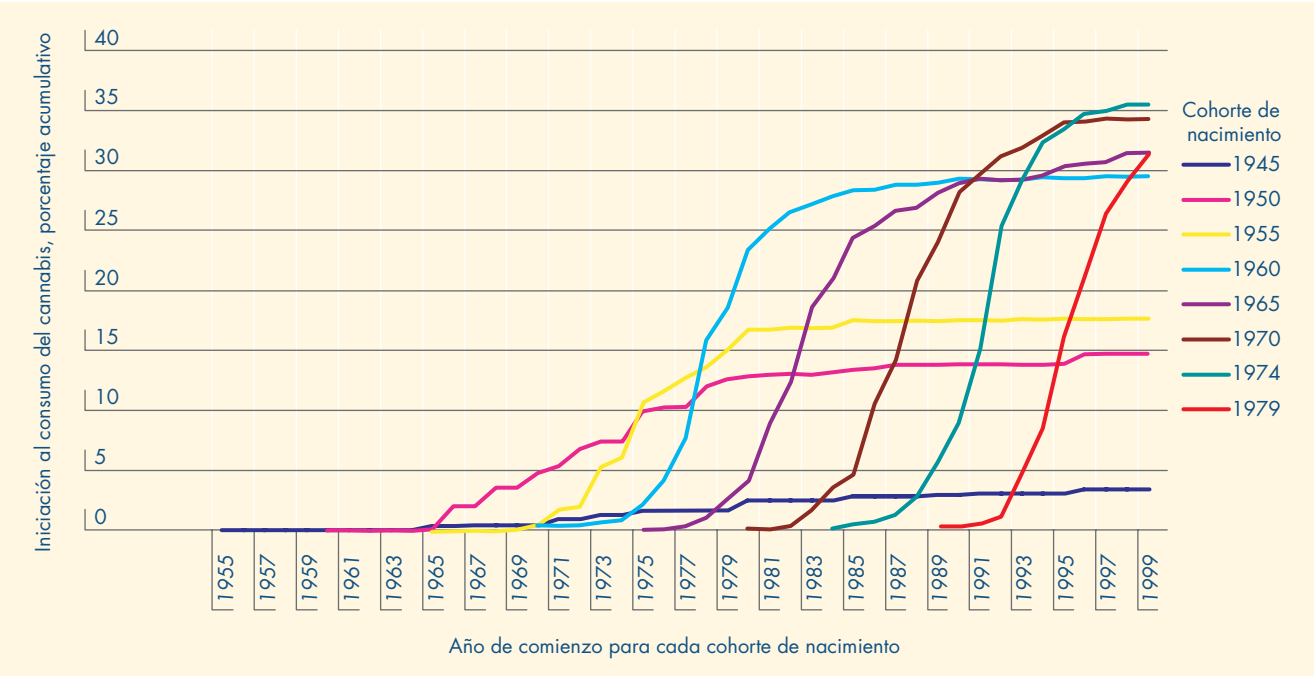
# Capítulo 3
# Cannabis

El cannabis es la sustancia ilícita más consumida en todos los Estados miembros de la UE, aunque existen divergencias entre países. El consumo de cannabis entre los jóvenes empezó a aumentar considerablemente en algunos países europeos en la década de 1970 y se extendió a otros países de la UE durante las décadas de 1970 y 1980 (gráfico 4: el ejemplo de España). El consumo generalizado de drogas es un fenómeno más reciente en los nuevos Estados miembros de la UE.

## Prevalencia y pautas

El consumo de drogas entre la población general se evalúa mediante encuestas, que proporcionan cálculos de la proporción de la población que ha consumido drogas durante períodos concretos de tiempo ([22]). Varias encuestas recientes de población indican que un porcentaje significativo de la población adulta europea (de 15 a 64 años) ha probado esta sustancia al menos una vez, con una variación que oscila entre un 5 % y un 10 % en Bélgica, Estonia, Hungría y Portugal, y entre un 24 % y un 31 % en Dinamarca, España, Francia y el Reino Unido. A modo de comparación, cabe señalar que, en la Encuesta nacional sobre el consumo de drogas en las familias (National Household Survey on Drugs) realizada en los Estados Unidos en 2002, un 40 % de los adultos encuestados (de 12 años de edad en adelante) afirmaba haber tenido una experiencia en algún momento de su vida con el cannabis o la marihuana, y un 11 % declaraba haber

**Gráfico 4.** Evolución de las pautas de difusión del cannabis; «edad del primer consumo» por cohortes de nacimiento seleccionadas: el ejemplo de España




*N.B.:* Datos basados en la Encuesta nacional sobre drogas de 1997 (*n* = 12 515; 15 a 64 años) y Encuesta nacional sobre drogas de 1999 (*n* = 12 488; 15 a 65 años). Cohortes de nacimiento de un año seleccionadas únicamente si no hay diferencias significativas entre las encuestas y las muestras recogidas para una cohorte de nacimiento de un año.

*Fuente:* Kraus, L., y Augustin, R.: «Analysis of age of first cannabis use in Germany, Greece and Spain», en el informe del OEDT CT.00.EP.14, *Technical implementation and update of the EU Databank on national population surveys on drug use and carrying out a joint analysis of data collected.*

([22]) Véanse la notas metodológicas sobre las encuestas de población, en el boletín estadístico de 2004.

consumido esta sustancia en los últimos 12 meses (SAMHSA, 2002) ([23]).

Según las encuestas, el consumo de cannabis se concentra en los adultos jóvenes (de 15 a 34 años de edad), y en particular en la franja de edades comprendidas entre los 20 y los 30 años. Las tasas de consumo de cannabis son notablemente mayores en hombres que en mujeres. Las encuestas nacionales muestran asimismo que el consumo es más común en zonas urbanas o en zonas con una mayor densidad de población. Algunas de las divergencias nacionales observadas podrían reflejar en parte las diferencias en los niveles de urbanización.

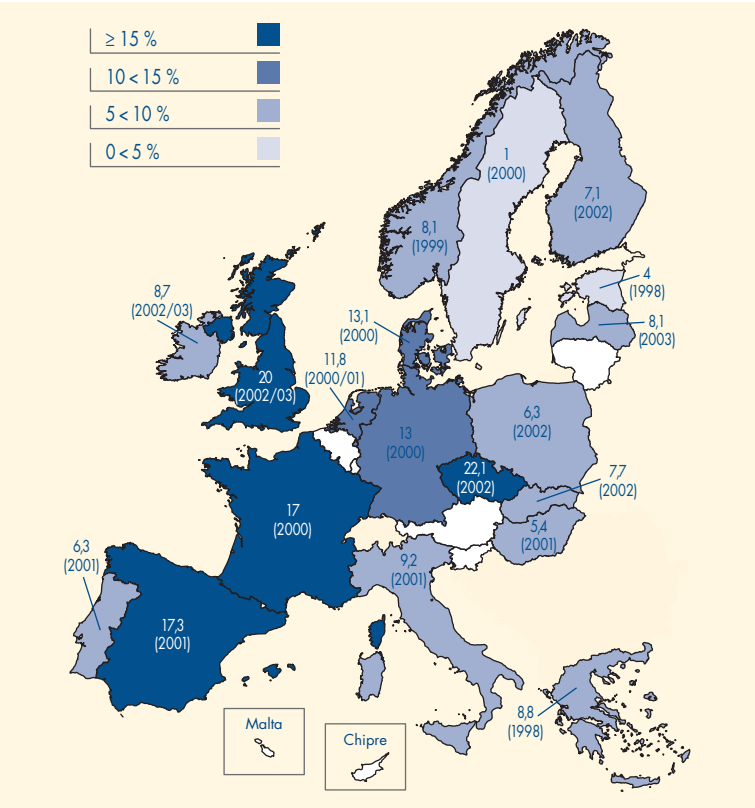
El porcentaje de estudiantes de 15 y 16 años que opinan que el cannabis puede obtenerse fácil o muy fácilmente es considerablemente mayor que el de los que afirman haber consumido cannabis en algún momento de su vida ([24]), pero ambos parámetros muestran las mismas variaciones geográficas. Las diferencias entre países son considerables. Según varias encuestas recientes realizadas entre estudiantes de 15 años, la prevalencia del consumo de cannabis en algún momento de la vida se sitúa por debajo del 10 % en Grecia, Malta, Suecia y Noruega, mientras que en la República Checa, España, Francia y el Reino Unido supera el 30 % ([25]). Las tasas más elevadas de prevalencia se registran entre los chicos en Inglaterra (42,5 %), ligeramente superiores a las tasas registradas entre las chicas inglesas (38 %). La diferencia en el consumo de cannabis entre chicos y chicas varía asimismo en función del país y tiende a ser menos pronunciada en el norte de Europa. Por ejemplo, en Suecia, las tasas de prevalencia en algún momento de la vida son del 7,7 % en el caso de los chicos y del 6,6 % en el caso de las chicas, mientras que las cifras correspondientes a Grecia son del 8 % y del 2,7 %, respectivamente.

Las encuestas sugieren que el consumo de cannabis suele ser ocasional o es abandonado tras cierto tiempo. En la mayoría de los países de la UE, sólo entre el 20 % y el 40 % de la población adulta que ha tenido alguna experiencia con el cannabis afirma haberlo consumido en los 12 meses anteriores, y sólo entre el 1 % y el 10 % admite haberlo consumido en los últimos 30 días.

El consumo de cannabis en los últimos 12 meses es mayor entre jóvenes adultos (15-34 años) que en el conjunto de la población adulta, y en la mayoría de los países varía entre el 5 % y el 20 % (gráfico 5).

Un porcentaje reducido, pero importante y consistente (cercano al 15 %), de estudiantes de 15 años de edad en la UE que han consumido cannabis en el último año afirma haberlo consumido en 40 ocasiones o más (considerado consumo «excesivo»). El gráfico 6 muestra que los chicos tienen el doble de probabilidades de convertirse en consumidores habituales. Entre los hombres, el porcentaje de consumidores «habituales» se sitúa por debajo del 1 % en la mayoría de los países ribereños del Báltico (Estonia, Letonia, Lituania, Finlandia y Suecia) y Malta, o entre el 5 % y el 10 % en Bélgica, Alemania, España, Francia, Irlanda, Eslovenia y el Reino Unido. Esto contrasta con la variación de entre el 0 % y el 4,6 %, como máximo, en el caso de las chicas. La medida en que las pautas «habituales» de consumo de cannabis contribuyen a los problemas de salud y la creciente demanda de tratamientos son temas que se abordan en la cuestión particular

**Gráfico 5.** Consumo reciente (últimos 12 meses) de cannabis entre los adultos jóvenes (15 a 34 años) medido a través de las encuestas nacionales de población




*N.B.:* Los datos proceden de la encuesta nacional más reciente disponible en cada país, excepto en el caso de Francia, donde el escaso tamaño de la muestra impidió utilizar la encuesta de 2002, por lo que los datos presentados corresponden al año 2000.
Para conocer el número de encuestados por grupo de edad, véase el cuadro 4: Encuesta de la población general, del boletín estadístico de 2004.
No todos los datos corresponden al tramo de edades utilizado por el OEDT (Dinamarca y Reino Unido: 16-34; Estonia, Hungría y Alemania: 18-34). Las variaciones en los tramos de edad podrían explicar en parte las ligeras diferencias entre países. En algunos países, las cifras se volvieron a calcular a nivel nacional para adaptarlas en la medida de lo posible a los grupos de edad que utiliza el OEDT.

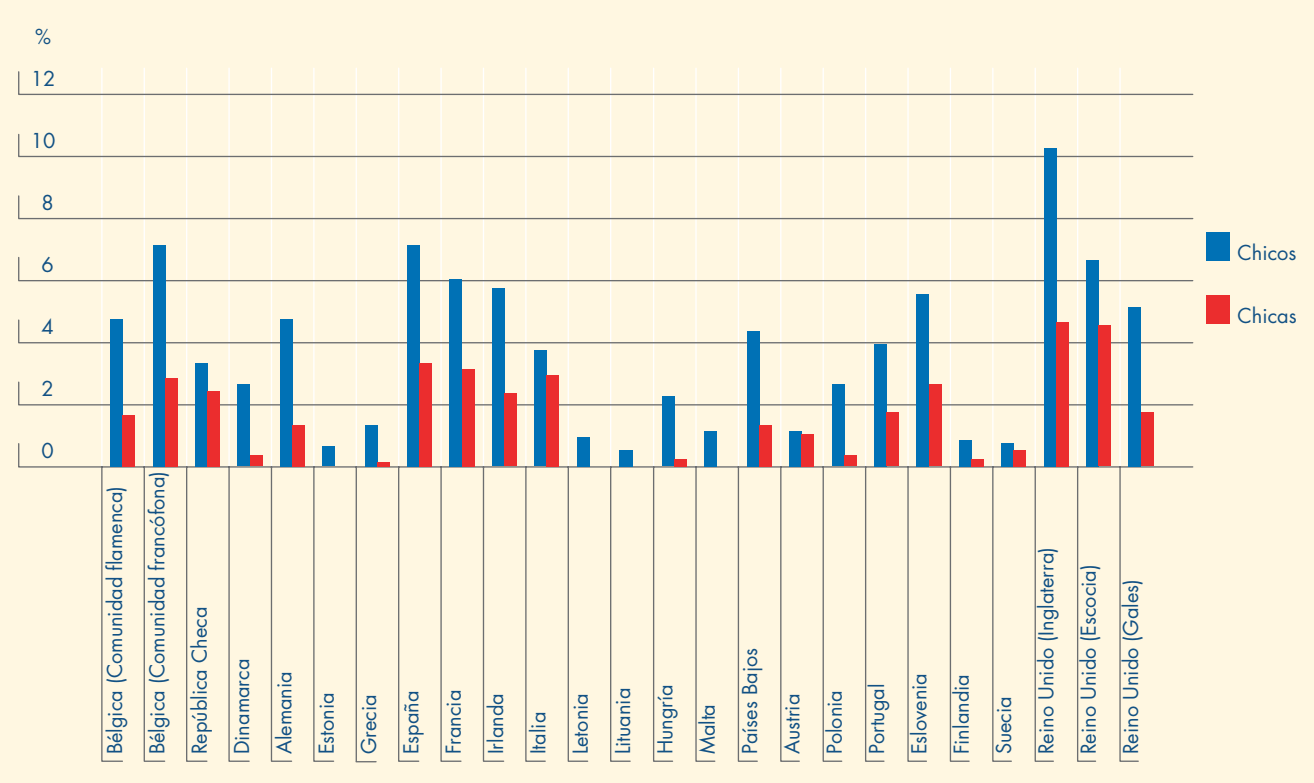
*Fuentes:* Informes nacionales de la red Reitox de 2003, extraídos de informes de encuestas y artículos científicos. Véanse también los cuadros sobre las encuestas de población, en el boletín estadístico de 2004.

([23]) Téngase en cuenta que el margen de edad en la encuesta estadounidense (de 12 años en adelante) es más amplio que el utilizado por el OEDT en sus encuestas sobre la UE (15-64 años).

([24]) Véase el cuadro 2 sobre prevalencia, en el boletín estadístico de 2004.

([25]) Ibídem.

**Gráfico 6.** Prevalencia del consumo «intensivo» de cannabis entre los estudiantes de 15 años, por sexo, en 2001/2002




*N.B.:* Por consumo «intensivo» de cannabis se entiende el consumo en 40 ocasiones o más en el último año. Alemania: sólo muestra regional. Portugal: comparabilidad limitada debido al tamaño y a las edades de la muestra.
*Fuente:* Currie, C., et al. (2004).

«El problema del cannabis en su contexto: razones del aumento de las demandas de tratamiento» (p. 82) ([26]).

## Tendencias

La falta de encuestas coherentes a largo plazo en la mayoría de los Estados miembros de la UE dificulta la identificación de las tendencias en el consumo de drogas. No obstante, distintos tipos de encuestas (nacionales, locales, entre militares y escolares) muestran que el consumo de cannabis aumentó notablemente en la década de 1990 en casi todos los países de la UE, en particular entre los jóvenes. En algunos casos, este aumento siguió a una tendencia a la baja en la década de 1980 ([27]).

Aunque en muchos países se confirma la tendencia alcista del consumo de cannabis en los últimos años, en otros cuatro países (los Países Bajos, Finlandia, Suecia y Noruega) el consumo se ha estabilizado entre los escolares, los militares o los adolescentes en los últimos 2 a 4 años. Los resultados del próximo estudio del Proyecto europeo de encuestas escolares (ESPAD) de 2003 llevado a cabo en centros escolares ofrecerán una descripción más detallada de las tendencias entre los estudiantes en la UE ([28]).

### Cómo interpretar las incautaciones y los datos del mercado

El número de incautaciones de drogas en un país suele considerarse un indicador indirecto de la oferta y disponibilidad de las mismas, aunque también refleja los recursos, prioridades y estrategias de la policía, así como la vulnerabilidad de los traficantes ante las autoridades policiales. Las cantidades incautadas pueden fluctuar más ampliamente de un año a otro, por ejemplo si un año algunas incautaciones son muy importantes. Por esta razón varios países consideran el número de incautaciones un mejor indicador de las tendencias. En todos los países los datos incluyen un mayor número de pequeñas incautaciones de traficantes al por menor. Cuando se conozcan, el destino y el origen de las drogas incautadas pueden desvelar las rutas de tráfico y las zonas productoras. La mayoría de Estados miembros comunican el precio y la pureza de las drogas vendidas por los pequeños traficantes. Sin embargo, los datos proceden de diferentes fuentes que no siempre son comparables o fiables, lo que hace difícil la comparación precisa entre países.

([26]) Véase también el gráfico 4 OL: Frecuencia relativa de consumo de cannabis entre estudiantes de 15 años que lo consumieron el año pasado.
([27]) Véase el gráfico 5 OL: Evolución del consumo de cannabis entre los jóvenes en algunos países de la UE registrada por las encuestas de población.
([28]) Véase el recuadro 3 OL: Proyecto europeo de encuestas escolares sobre el alcohol y otras drogas.

Como conclusión, el consumo ocasional de cannabis con fines recreativos aumentó considerablemente en la década de 1990 en muchos países europeos, pero en la actualidad esta tendencia comienza a equilibrarse, al menos en algunos países. Probablemente, el consumo habitual también ha aumentado, en particular entre los jóvenes.

## Incautaciones e información sobre el mercado

En 2002, el cannabis siguió siendo la droga ilegal más producida a escala mundial y con la que más se traficó. No obstante, dada la difusión global de la producción de cannabis y la falta de sistemas de control, resulta complicado calcular el volumen de producción (ONUDD, 2003a; CND, 2004).

### Producción y tráfico

En los últimos años, Marruecos se ha convertido en el principal productor mundial de la resina de cannabis, seguido de Pakistán y Afganistán, y, en menor medida, de algunos países de Asia Central, Rusia, Líbano y Albania (ONUDD, 2003a). En 2002, Marruecos siguió siendo el país más citado como proveedor de resina de cannabis, seguido de Albania y la India; no obstante, también se identificaron otros 31 países proveedores, lo que confirmó que el tráfico es una práctica generalizada y que el número de países proveedores es amplio (CND, 2004). En 2003, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD) y el gobierno de Marruecos realizaron la primera encuesta sobre la producción de cannabis en Marruecos. La encuesta reveló que el 27 % de la tierra cultivable de la región del Rif estaba dedicada al cultivo de cannabis, lo que corresponde a una producción potencial de 3 080 toneladas métricas de resina de cannabis en 2003 (ONUDD y Gobierno de Marruecos, 2003). La mayor parte de la resina de cannabis consumida en la UE se produce en Marruecos y es introducida principalmente a través de la península ibérica, aunque los Países Bajos constituyen un importante centro secundario de distribución hacia otros países de la UE (Bovenkerk y Hogewind, 2002; red Reitox, Informes nacionales, 2003).

Los países productores de hierba de cannabis están repartidos por todo el mundo. Principalmente, los países productores más mencionados internacionalmente en 2001 fueron Albania, Colombia, Sudáfrica, Rusia, Jamaica y los Países Bajos. Excepto en Europa, la mayor parte del tráfico de hierba de cannabis es intrarregional, lo que significa que se produce y consume localmente o en los países vecinos (ONUDD, 2003a). Según los datos disponibles, la hierba de cannabis incautada en la UE en 2002 procedía de distintos países, principalmente de los Países Bajos y Albania (CND, 2004; JIFE, 2004a), pero también de Asia (Tailandia), de África (Malawi, Sudáfrica, Nigeria y Angola) y de América (México, Jamaica y Estados Unidos) (red Reitox, Informes nacionales, 2003).

En la mayoría de los Estados miembros de la UE se cultiva y se produce cannabis a escala local. Aunque es posible que en algunos casos las plantas incautadas se encontraran en tránsito procedentes de otro país, las incautaciones de

**Cuadro 3. Incautaciones de plantas de cannabis en los países de la UE y Noruega en 2001**

| País | Número de incautaciones | Cantidades incautadas: número de plantas (en kilogramos, cuando se desconoce el número de plantas) |
|---|---|---|
| Bélgica | n.d. | n.d. |
| República Checa (1) | n.d. | 343 |
| Dinamarca (1) | n.d. | 230 |
| Alemania | 785 | 68 696 |
| Estonia | 24 | 6 043 |
| Grecia | n.d. | 18 821 |
| España | n.d. | (3 907 kg) |
| Francia | 681 | (41 kg) |
| Irlanda | 20 | 365 |
| Italia | n.d. | 3 219 414 |
| Chipre (1) | n.d. | 274 |
| Letonia (1) | n.d. | (72,7 kg) |
| Lituania | n.d. | n.d. |
| Luxemburgo | 2 | 11 |
| Hungría | n.d. | n.d. |
| Malta | n.d. | n.d. |
| Países Bajos | n.d. | 884 609 |
| Austria | 120 | (36 kg) |
| Polonia (1) | n.d. | 2 550 |
| Portugal | 64 | 3 807 |
| Eslovenia | 426 | 1 925 |
| Eslovaquia (1) | n.d. | 535 |
| Finlandia | 612 | (16 kg) |
| Suecia | 51 | (3 kg) |
| Reino Unido (2) | 1 875 | 71 507 |
| Noruega | n.d. | (17 kg) |

n.d.: Datos no disponibles.
*Fuente:* Puntos focales nacionales de la red Reitox; excepto:
(1) Interpol (2003): Estadísticas nacionales sobre la producción, el tráfico y el consumo de drogas ilegales en 2001, Interpol: Lyon.
(2) Corkery, J. M., y Airs, J. (2003): «Seizures of drugs in the UK 2001», *Findings n° 202*, RDS-Home Office: Londres.

estas plantas en la UE (véase el cuadro 3) podrían tomarse como indicador del cultivo local de cannabis. En Bélgica, este tipo de cultivo se ha generalizado en todo el país en los últimos años. En la República Checa, los primeros ejemplos de cultivo hidropónico de cannabis a gran escala, en sustitución del cultivo al aire libre para el consumo personal, fueron descubiertos en 2002. En Estonia, el número de plantaciones de cannabis descubiertas aumentó en 2002, y se detectaron varias plantaciones de gran tamaño. En Hungría, los datos indican que las zonas de cultivo de cannabis son incluso mayores. En todo el territorio de la UE, la mayoría de las plantas de cannabis se confisca en Italia; los Países Bajos ocupan la segunda posición, habiendo aumentado el número de plantas incautadas desde 1998. Esto ultimo también es consecuencia del éxito del enfoque integral multiagencias a nivel local (por ejemplo, una estrecha cooperación entre las autoridades locales, empresas suministradoras de electricidad, secretarías de hacienda, etc.) en los Países Bajos. Se calcula que, si bien entre la mitad y el 75 % del cannabis que se consume en los Países Bajos es de producción nacional *(nederwiet)*, la participación de este país como proveedor de cannabis de otros países disminuye, mientras que adquiere mayor peso como país de tránsito para el cannabis procedente de otros lugares, especialmente a medida que aumenta la intensidad de cultivo en otros Estados miembros de la UE.

### Incautaciones

A escala mundial, las autoridades se incautaron en 2002 de un total de 1 039 toneladas de resina de cannabis y 3 800 toneladas de hierba de cannabis. Europa y Asia siguieron liderando las incautaciones de resina de cannabis, el 70 % y el 23 % respectivamente, mientras que las incautaciones de hierba de cannabis se concentraron en América (70 %) y África (19 %) (CND, 2004). Desde el punto de vista del número de incautaciones y de las cantidades totales incautadas, el cannabis es la droga más aprehendida en todos los Estados miembros de la UE, excepto en Letonia, donde este puesto lo ocupa la heroína. La mayoría de las incautaciones de cannabis las realiza el Reino Unido, seguido de España y Francia ([29]). No obstante, en los últimos cinco años, en lo que respecta a las cantidades, más de la mitad del volumen total incautado en la UE corresponde a España. A escala comunitaria, las incautaciones de cannabis ([30]) han fluctuado dentro de una tendencia alcista desde 1997, mientras que las cantidades ([31]) aprehendidas han disminuido desde 1999. Tras un declive en 2001, el número de aprehensiones y las cantidades incautadas en la UE —según los datos disponibles relativos a las tendencias por países— volvieron a aumentar en 2002.

Algunos países han realizado inversiones en nuevos sistemas tecnológicos con el fin de mejorar la eficacia de las acciones emprendidas para luchar contra el tráfico de cannabis. Por ejemplo, España ha creado recientemente el Sistema Integrado de Vigilancia Exterior (SIVE), actualmente operativo en Algeciras y en algunas islas del archipiélago canario, al objeto de contribuir a la detección en tiempo real tanto del contrabando de cannabis como de la inmigración ilegal ([32]).

### Precio y potencia

En 2002, el precio medio de venta al por menor de la resina de cannabis en la UE variaba entre los 2,7 euros por gramo en España y los 21,5 euros en Noruega, mientras que el precio de 1 gramo de hierba de cannabis era algo inferior a 2 euros en Estonia y España y de 14 euros en Letonia ([33]). Durante el período 1997-2002, los precios medios de la resina de cannabis permanecieron estables o cayeron ligeramente en la mayor parte de la UE, excepto en Luxemburgo, donde se registró un ligero ascenso durante este período. En 2002, se registró una tendencia similar en todos los países excepto en Alemania, Francia, Letonia, Lituania y los Países Bajos, donde aumentó el precio de la resina de cannabis en la calle. El precio de la hierba de cannabis se estabilizó o se redujo en la mayoría de los países durante el mismo período de cinco años, aunque en Bélgica, la República Checa, Lituania y Luxemburgo se registró un ligero aumento. En 2002, el precio de la hierba de cannabis se incrementó en Alemania, Lituania y Letonia, mientras que se mantuvo estable o disminuyó en el resto de Estados miembros.

La potencia de los productos del cannabis viene determinada por su contenido de $\Delta^9$-tetrahidrocannabinol (THC), la principal sustancia psicoactiva del cannabis (OEDT, 2004c). En 2002, en los países de los que se dispone de datos, los productos del cannabis —resina ([34]) y hierba ([35])— registraron, en el ámbito minorista, un contenido medio de THC que variaba entre menos de un 1 % y un 15 %.

([29]) Si bien este dato deberá cotejarse con la información que falta sobre 2002, cuando se disponga de ella. Faltan los datos relativos al número de incautaciones de cannabis en 2002 en Italia, Hungría, Polonia y Eslovenia; asimismo, faltan los datos relativos al número de incautaciones y a las cantidades aprehendidas en 2002 en Chipre, Malta, los Países Bajos, Eslovaquia y el Reino Unido.

([30]) Véase el cuadro 1: Mercados, en el boletín estadístico de 2004.

([31]) Véase el cuadro 2: Mercados, en el boletín estadístico de 2004.

([32]) Véase http://www.guardiacivil.es/prensa/actividades/sive03/intro.jsp

([33]) Véase el cuadro 14: Mercados, en el boletín estadístico de 2004.

([34]) Véase el cuadro 15: Mercados, en el boletín estadístico de 2004.

([35]) Véase el cuadro 16: Mercados, en el boletín estadístico de 2004.

# Capítulo 4
# Estimulantes de tipo anfetamínico, LSD y otras drogas sintéticas

En este capítulo se analiza el consumo de una serie de drogas producidas sintéticamente. Algunas de ellas, como las anfetaminas, cuentan con un largo historial de consumo en Europa. Otras, como el éxtasis, sólo han empezado a consumirse recientemente de manera generalizada por sus propiedades psicoactivas. En este capítulo también se abordan los esfuerzos destinados a vigilar la aparición de nuevas drogas sintéticas en el territorio europeo.

Anfetaminas es el término genérico utilizado para la anfetamina, la metanfetamina y otros tipos de sustancias menos conocidas que estimulan el sistema nervioso central. De éstas, la anfetamina es, con diferencia, la más común en Europa. De forma general, los niveles de consumo de metanfetaminas están aumentando, lo que constituye una fuente de preocupación considerable, ya que esta droga puede causar graves problemas de salud. En la actualidad, el consumo significativo de metanfetaminas en Europa parece restringirse a la República Checa, aunque, según varios estudios aislados, esta droga podría estar ganando terreno en otros países.

La categoría del éxtasis, que en ocasiones suele recibir el nombre de «entactógeno», incluye sustancias sintéticas que, desde el punto de vista químico, están relacionadas con las anfetaminas, pero que se diferencian de éstas por sus efectos. La sustancia más conocida de la familia del éxtasis es la 3,4-metilenedioxi-metanfetamina (MDMA), aunque también pueden encontrarse otras sustancias análogas en las pastillas de éxtasis.

La prevalencia global del consumo de éxtasis, anfetaminas y LSD entre la población en general es reducida, pero estudios más exhaustivos revelan que la prevalencia entre los más jóvenes es mucho mayor, y que el consumo de estas drogas es particularmente elevado en algunos entornos sociales y/o entre algunos grupos subculturales.

## Prevalencia y pautas de consumo

Por lo general las encuestas entre la población muestran que, después del cannabis, la sustancia ilegal que se consume con mayor frecuencia es la anfetamina, aunque la prevalencia general es claramente inferior (gráfico 7). No obstante, en algunos países en los que se han repetido las encuestas (por ejemplo, Alemania, España, los Países Bajos, Finlandia y el Reino Unido), se ha demostrado que el consumo de éxtasis ha alcanzado o superado el consumo de anfetaminas en los últimos años ([36]). Asimismo, en otros países (la República Checa, Irlanda y Portugal), según encuestas recientes, que no forman parte de una serie, el consumo de éxtasis es relativamente elevado.

Según encuestas recientes, también se ha demostrado que las estimaciones de consumo de anfetaminas a lo largo de la vida entre la población adulta en general (15-64 años de edad) varía entre el 0,5 % y el 6 % en los Estados miembros de la UE, excepto en el Reino Unido, donde alcanza el 12 %. Entre un 0,5 % y un 7 % de la población ha consumido éxtasis.

El consumo reciente (últimos 12 meses) de anfetaminas o éxtasis entre adultos es generalmente inferior al 1 %, aunque los datos demuestran que, para ambas sustancias, es ligeramente mayor en la República Checa, España, Irlanda (encuesta de 1998) y el Reino Unido; asimismo, el consumo reciente de anfetaminas está por encima de la media en Dinamarca y Noruega y, en el caso del éxtasis, es mayor en los Países Bajos.

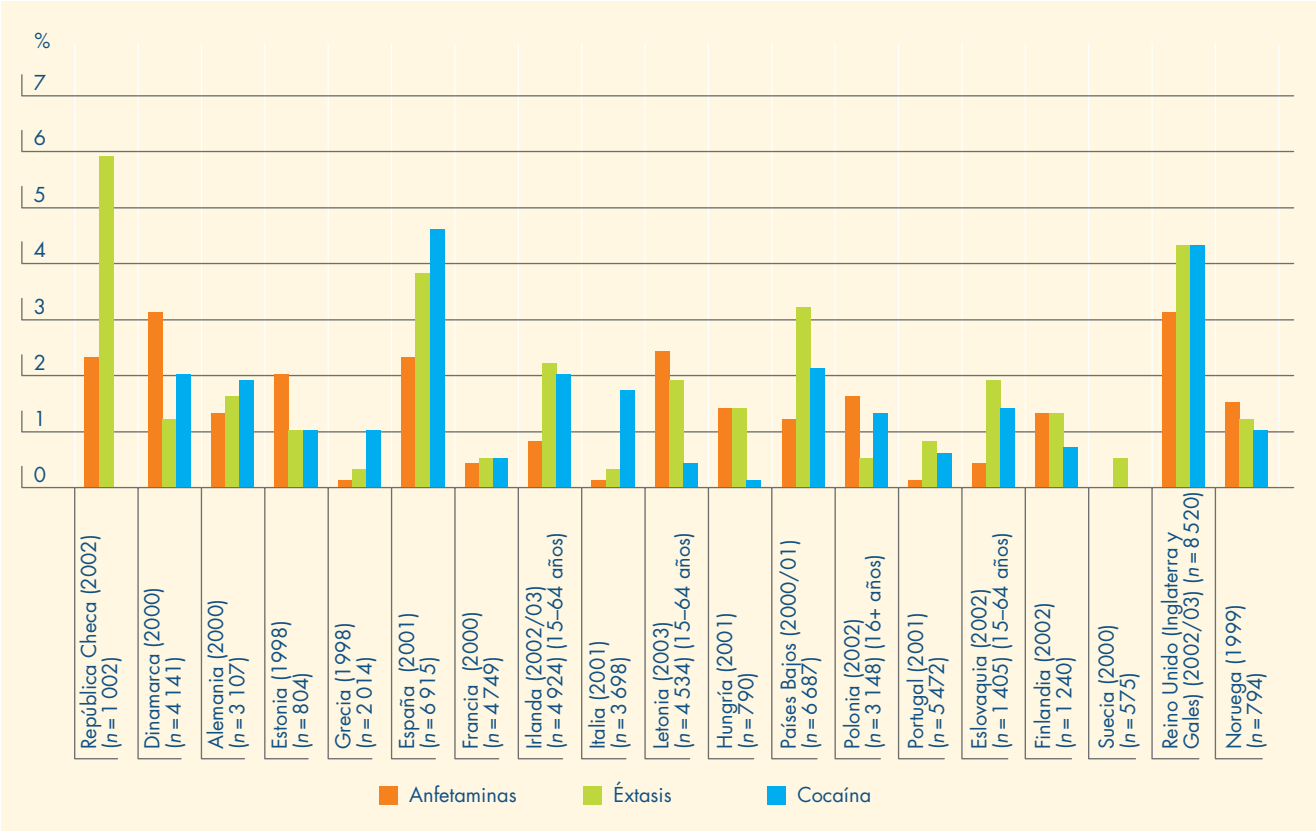
Desde el punto de vista de la población en su conjunto, el consumo de anfetaminas y éxtasis es principalmente un fenómeno juvenil. La prevalencia en algún momento de la vida entre adultos jóvenes (de 15 a 34 años de edad) varía entre el 2 % y el 11 %, y la prevalencia de consumo reciente se halla entre el 0,5 % y el 6 %. Según las encuestas nacionales, la prevalencia del consumo de éxtasis entre chicos de 15 a 24 años de edad es del 11 % al 17 % en la República Checa, España, los Países Bajos y el Reino Unido, y las tasas de consumo reciente se sitúan entre un 5 % y un 13 % en la República Checa, España, Irlanda (1998), Estonia, los Países Bajos y el Reino Unido. Es probable que estas cifras fueran mayores si solo se tuvieran en cuenta las poblaciones urbanas (gráfico 8).

El consumo de éxtasis aumentó de forma generalizada en la década de 1990. Aunque su consumo puede que esté aumentando entre los jóvenes, su escalada entre la población en general parece haberse estancado, al menos por el momento.

En comparación, en la Encuesta nacional sobre el consumo de drogas en las familias (National Household Survey on Drugs) realizada en los Estados Unidos en 2001, un 4,3 % de los adultos (de 12 años de edad en adelante) confesó haber tenido alguna experiencia con el éxtasis en algún momento de su vida, mientras que el 9 % afirmó haber consumido alguna vez estimulantes (incluido el 5,3 % que respondió haber consumido metanfetaminas). El consumo

([36]) Véase el gráfico 6 OL: Evolución del consumo reciente (prevalencia en los últimos doce meses) de anfetaminas y éxtasis entre jóvenes adultos (15-34 años) en el Reino Unido (British Crime Survey).

**Gráfico 7.** Consumo reciente (últimos 12 meses) de anfetaminas, éxtasis y cocaína entre los adultos jóvenes (15 a 34 años), medido a través de las encuestas nacionales de población




*N.B.:* Los datos proceden de la encuesta nacional más reciente disponible en cada país, excepto en el caso de Francia, donde el escaso tamaño de la muestra impidió utilizar la encuesta de 2002, por lo que los datos presentados corresponden al año 2000 (véase el cuadro 4 sobre la encuesta de la población general, boletín estadístico de 2004).
Las muestras *(n)* se refieren al número de encuestados dentro del grupo de personas de edades comprendidas entre los 15 y los 34 años. Para conocer el tamaño de las muestras con el número de encuestados de todas las encuestas, véase el cuadro 4 sobre la encuesta de la población general, boletín estadístico de 2004.
No todos los datos corresponden al tramo de edades utilizado por el OEDT (Dinamarca y Reino Unido: 16-34 años; Estonia, Hungría y Alemania: 18-34 años). Las variaciones en los tramos de edad podrían explicar en parte las ligeras diferencias entre países. En algunos países, las cifras se volvieron a calcular a nivel nacional para adaptarlas en la medida de lo posible a los grupos de edad que utiliza el OEDT.

*Fuentes:* Informes nacionales de la red Reitox de 2003, extraídos de informes de encuestas y artículos científicos. Véanse también los cuadros sobre las encuestas de población en el boletín estadístico de 2004.

reciente (últimos 12 meses) de éxtasis se situó en el 1,3 %, y el consumo reciente de estimulantes, en el 1,4 % (incluido el 0,7 % correspondiente al consumo de metanfetaminas) ([37]).

## Encuestas y estudios en torno a los jóvenes

Los datos comparables sobre los jóvenes se basan en gran medida en encuestas realizadas en centros educativos a estudiantes de 15 y 16 años de edad.

Los datos recogidos en las encuestas escolares para el período 2001-2002 muestran que la prevalencia del consumo de éxtasis en algún momento de la vida entre los estudiantes de 15 y 16 años es estable o decreciente en 6 Estados miembros (Bélgica, la República Checa, España, Italia, Hungría y Suecia). El consumo de éxtasis en algún momento de la vida en estos países variaba entre el 1 % y el 4,7 % ([38]).

En el Reino Unido se registró un incremento del 1 % en la prevalencia del consumo de éxtasis en algún momento de la vida entre los estudiantes de 15 y 16 años. El próximo informe del Proyecto europeo de encuestas escolares (ESPAD) ([39]) ofrecerá datos importantes sobre tendencias correspondientes a más Estados miembros de la UE desde 1995 y 1999.

Con la excepción de Hungría, la prevalencia del consumo de anfetaminas en algún momento de la vida entre estudiantes de 15 y 16 años permaneció estable o se redujo en todos los países que proporcionaron nuevos datos para el período 2001-2002 ([40]).

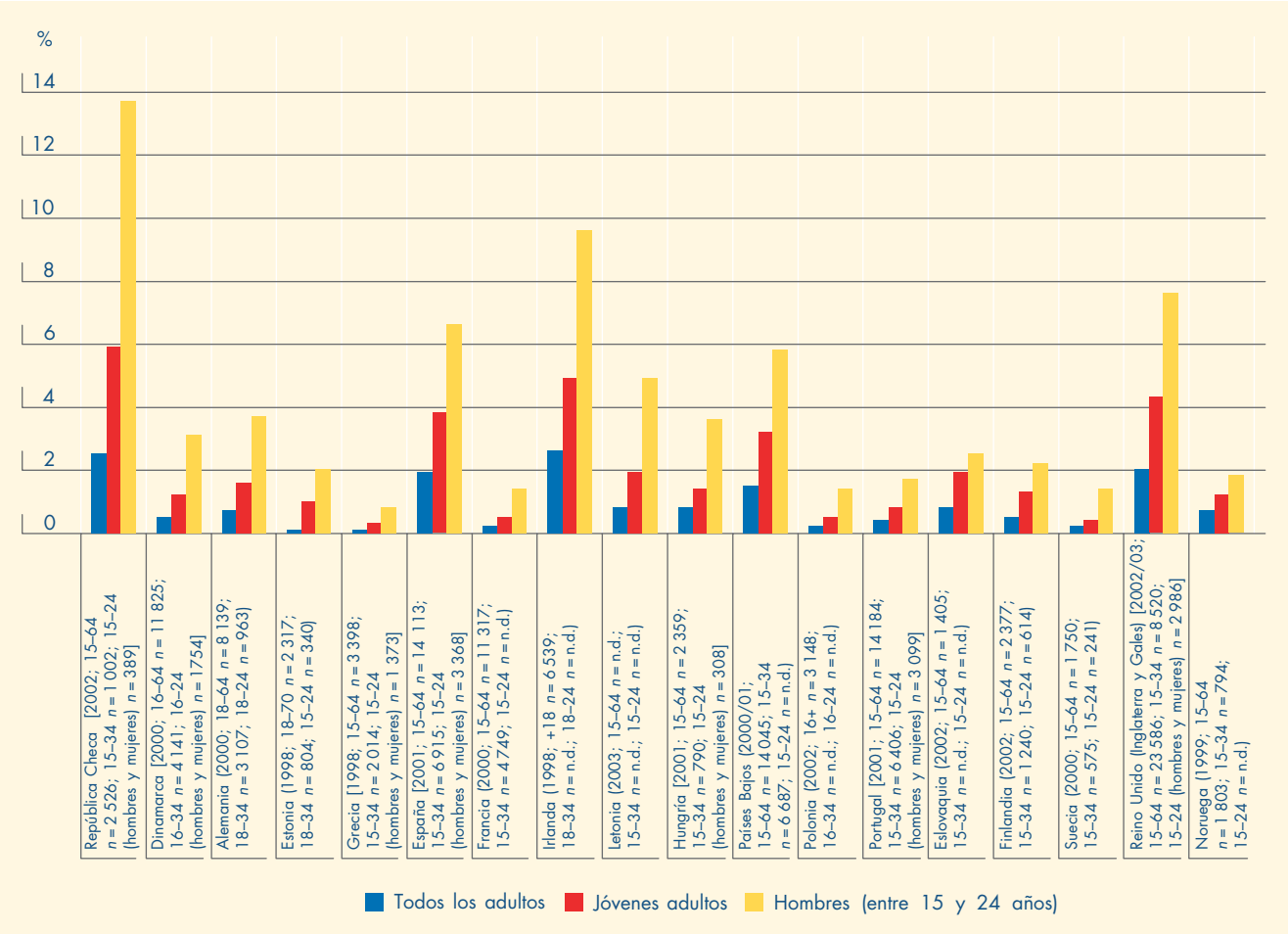
([37]) Resultados de la encuesta *US national survey on drug use and health statistics* de 2002, realizada por la Oficina de Estudios Aplicados de SAMHSA (Administración de Servicios Americanos para Abuso de Sustancias y Salud Mental). Disponible en la página web de la SAMHSA (http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm). Téngase en cuenta que el margen de edad en la encuesta estadounidense (de 12 años en adelante) es más amplio que el utilizado por el OEDT en sus encuestas sobre la UE (15-64 años).

([38]) Véase el cuadro 1: Prevalencia, en el boletín estadístico de 2004.

([39]) Recuadro 3 OL: Proyecto europeo de encuestas escolares entre las escuelas europeas sobre el alcohol y otras drogas.

([40]) Véase el cuadro 1: Prevalencia, en el boletín estadístico de 2004.

**Gráfico 8.** Prevalencia en el último año del consumo de éxtasis entre todos los adultos (15 a 64 años), jóvenes adultos (15 a 34 años) y hombres más jóvenes (15 a 24 años) en algunos países de la UE, medida a través de las encuestas nacionales de población




n.d.: Datos no disponibles.

*N.B.:* Los datos proceden de la encuesta nacional más reciente disponible en cada país, excepto en el caso de Francia, donde el escaso tamaño de la muestra impidió utilizar la encuesta de 2002, por lo que los datos presentados corresponden al año 2000.
No todos los datos corresponden al tramo de edades utilizado por el OEDT (Dinamarca y Reino Unido: 16-34 años; Estonia, Hungría y Alemania: 18-34 años). Las variaciones en los tramos de edad podrían explicar en parte las ligeras diferencias entre países. En algunos países, las cifras se volvieron a calcular a nivel nacional para adaptarlas en la medida de lo posible a los grupos de edad que utiliza el OEDT.

*Fuentes:* Informes nacionales de la red Reitox, extraídos de informes de encuestas y artículos científicos. Véanse los cuadros 3 y 4 sobre la encuesta de la población general, en el boletín estadístico de 2004.

La prevalencia del consumo en algún momento de la vida y el consumo intensivo de estimulantes del tipo de las anfetaminas suelen ser mayores entre los chicos que entre las chicas, excepto en la República Checa, donde las encuestas del ESPAD y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) realizadas en centros escolares han demostrado que la prevalencia del consumo de metanfetaminas en algún momento de la vida (principalmente «pervitín») es mayor entre las chicas. Estos datos coinciden con los resultados obtenidos con jóvenes que reciben tratamiento por consumo de drogas en centros de la República Checa: más de la mitad de los adolescentes que solicitan recibir tratamiento para problemas relacionados con el consumo de estimulantes (principalmente «pervitín») son chicas, en comparación con los grupos de 20 años en adelante, en los que el número de chicos que buscan tratamiento es dos veces mayor que el de las chicas. Hasta la fecha, no se ha encontrado ninguna explicación para este fenómeno adolescente; no obstante, se ha hecho patente la necesidad de controlar detenidamente la situación en lo que respecta a las mujeres y al consumo de estimulantes del tipo de las anfetaminas.

Diversos estudios realizados recientemente en los Países Bajos y en el Reino Unido muestran que el consumo de éxtasis sigue siendo mucho más común entre los asiduos a las fiestas de baile que entre la población en general (Deehan y Saville, 2003; Ter Bogt y Engels, 2004). Los datos relativos a la frecuencia del consumo de éxtasis y a las cantidades consumidas son limitados, pero la información disponible refleja la gran variedad de pautas de consumo existentes. Por ejemplo, una encuesta realizada en 2001 entre asistentes a una fiesta *rave* en los Países Bajos demostró que más de la mitad (58 %) había consumido éxtasis en el último mes. De estos, el 17 % —definido como «usuarios habituales de éxtasis»—

admitió consumir dicha droga «unas cuantas veces a la semana», y el 22 % lo hacía semanalmente. Uno de cada tres (32 %) consumía éxtasis «unas cuantas veces al mes». En cuanto a las tendencias futuras, España ha informado de que la asociación entre el consumo de éxtasis y determinados tipos de música o eventos puede estar debilitándose, y que la droga reviste cada vez menos importancia a la hora de identificar a grupos concretos.

A pesar de la preocupación generalizada en relación con las drogas estimulantes y la conducción, un estudio toxicológico de las muertes acaecidas en accidentes de tráfico llevado a cabo en España en 2002 determinó haber encontrado restos de éxtasis únicamente en el 0,4 % de los 1 441 conductores investigados.

## Muertes relacionadas con el éxtasis

Las muertes relacionadas con el éxtasis son raras en comparación con las producidas por consumo de opiáceos, pero siguen siendo motivo de gran preocupación entre la opinión pública, probablemente debido a la edad de las víctimas y a los efectos totalmente inesperados. El término «muerte relacionada con el éxtasis» debe ser objeto de una definición más precisa. En la actualidad, podría significar que en el certificado de defunción se menciona esta sustancia o que se han encontrado restos de la misma en los análisis toxicológicos (con frecuencia en combinación con opiáceos, alcohol, cocaína y otras drogas).

Los datos de los informes Reitox de 2003 sugieren que las «muertes relacionadas con el éxtasis» son poco comunes en la mayoría de los países de la UE, y las muertes cuya causa directa parece ser el éxtasis son incluso menos frecuentes (2 en Austria; 2 en Francia, de las cuales 1 sola por éxtasis; 19 en Alemania, de las que 8 se atribuyeron únicamente al éxtasis; 1 en Grecia; y 2 en Amsterdam, de las cuales 1 asociada con el alcohol), si bien los procedimientos de notificación no son homogéneos. En el Reino Unido, las muertes relacionadas con el éxtasis han pasado de 16 en 1998 a 55 en 2001. Un estudio británico basado en una serie de 202 casos notificados al Programa nacional de muertes relacionadas con las drogas (National Programme on Substance Abuse Deaths) realizado entre 1996 y 2002 señaló asimismo un aumento de dichas muertes entre 1996-1997 (12 casos) y 2001-2002 (72 casos), siendo el éxtasis la única droga mencionada en el 17 % de los casos (Schifano et al., 2003). El número relativamente alto de muertes relacionadas con el éxtasis en el Reino Unido podría deberse a la prevalencia del consumo de éxtasis, que es superior, pero también a la mejora de los procedimientos de supervisión y análisis.

Las emergencias hospitalarias pueden considerarse asimismo como un indicador de los graves problemas de salud relacionados con el consumo de esta sustancia. En España, entre 1996 y 2001 se registró un aumento moderado de las emergencias relacionadas con el éxtasis y las anfetaminas ([41]) ([42]); otros países no recogen de forma sistemática datos nacionales de las emergencias hospitalarias y hasta la fecha no se han registrado aumentos similares.

Un estudio británico que ha calculado el riesgo de muerte por éxtasis, teniendo en cuenta el número de consumidores, ha señalado un margen muy amplio (0,2-5,3 por cada 10 000 consumidores) y ha destacado la necesidad de definir con más precisión tanto las muertes relacionadas con el éxtasis como las poblaciones de referencia en situación de riesgo (Gore, 1999; Schifano et al., 2003).

Algunas muertes relacionadas con el éxtasis podrían evitarse con medidas relativamente simples, como mejorar la ventilación pulmonar, suministrar agua o fomentar conductas más sanas impartiendo educación en materia de salud. En otros casos parece que la muerte se debe a una reacción idiosincrásica a la droga. Estas reacciones inciertas son difíciles de prevenir y por lo tanto las posibilidades de intervención, exceptuada la asistencia médica, son limitadas.

## Intervenciones en entornos recreativos

La prevención en entornos recreativos constituye probablemente la forma específica más establecida de prevención selectiva. En algunos Estados miembros ([43]) se han desarrollado durante algún tiempo contenidos, directrices y servicios ofrecidos. Se ha producido un ligero aumento en las actividades de prevención, especialmente en los nuevos Estados miembros ([44]).

Las intervenciones varían entre las medidas basadas en la abstinencia, como la campaña sueca «Hay muchos motivos para no probar las drogas», lanzada en el verano de 2003 (cuyos objetivos eran fortalecer la determinación de los que ya se oponen a las drogas y convencer a los indecisos para que elijan el camino adecuado), hasta los análisis de pastillas para los consumidores en algunos países (véase el estudio más abajo) ([45]). Sin embargo, recientemente, los enfoques estructurales han ganado terreno en un número cada vez mayor de Estados miembros, sobre todo en los países nórdicos (principalmente en relación con el alcohol) y en Italia. Estos enfoques se basan en el desarrollo de estrategias de cooperación conjuntas en las que participan restaurantes, clubes y bares, la policía, servicios de prevención de drogas, sindicatos de empleados de hostelería y administraciones. Normalmente se concede prioridad a las cuestiones de seguridad, los primeros auxilios, la

([41]) En España, las emergencias hospitalarias debidas a intoxicaciones agudas por el consumo de sustancias psicoactivas han sido supervisadas, durante varios años, en una muestra de hospitales en todo el país durante un período de una semana al año. Quedan registradas las «menciones» de sustancias. Para más detalles metodológicos, véase el Informe nacional Reitox 2003 (pp. 34-36).

([42]) Véase el gráfico 7 OL: Porcentaje de menciones en episodios de emergencias hospitalarias debidos a intoxicaciones agudas por el consumo de drogas, España 1996-2001.

([43]) Véase el gráfico 8 OL: Importancia dada en los Estados miembros a las respuestas de prevención en entornos recreativos.

([44]) Véase el gráfico 5 OL: Resumen de los parámetros de prevención en entornos recreativos.

([45]) Véase el gráfico 8 OL: Importancia dada en los Estados miembros a las respuestas de prevención en entornos recreativos.

supervisión de las drogas y la prevención de emergencias y de la violencia. Se ofrece formación al personal para que pueda identificar las situaciones de riesgo e intervenir de forma profesional.

En Dinamarca, un proyecto de desarrollo sobre la prevención del consumo de éxtasis en dos «condados modelo» se centró en las intervenciones de prevención a escala municipal (mediante la definición de planes de acción locales y políticas en materia de drogas), en escuelas, universidades y entornos recreativos. Las intervenciones incluían la elaboración de una «guía de tolerancia cero» con las drogas en los locales nocturnos y una página web con material de consulta. La dirección y el personal de los restaurantes recibieron formación sobre cómo hacer frente a situaciones relacionadas con drogas. Los primeros informes indican que la utilización de algunos servicios específicos relacionados con el consumo de éxtasis fue escasa, como, por ejemplo, los teléfonos de ayuda y los servicios de asesoramiento. Asimismo se registraron algunos ingresos en servicios de urgencias de hospitales o en centros de tratamiento.

Un estudio elaborado recientemente por los Países Bajos, Alemania y Austria (Benschop et al., 2002) ([46]) analizó el impacto de los servicios de análisis de pastillas sobre las pautas del consumo de drogas y la sensibilización con respecto al riesgo que tienen los consumidores de éxtasis en tres ciudades europeas (Amsterdam, Hannover y Viena). Los encuestados en las tres ciudades eran sorprendentemente similares: las diferencias entre los que utilizan el servicio de análisis de pastillas y los que no lo hacen resultaron insignificantes. La fuente más común de información sobre el éxtasis son los compañeros, mientras que los medios de comunicación y las revistas que presentan estilos de vida desempeñan un papel menor. Los consumidores informan a sus amigos de los resultados de los análisis. Esta ruta informal de difusión es considerada como una ventaja oculta del análisis de pastillas: amplía la red de medidas de prevención del consumo de drogas y reduce el umbral de los contactos establecidos con los servicios de prevención. Los consumidores y los que no consumen parecen tener redes sociales independientes y no se mezclan, ni siquiera cuando asisten a los mismos eventos (por ejemplo, fiestas). El estudio no revela que el análisis de pastillas estimule el consumo de éxtasis o que amplíe el círculo de consumidores de éxtasis.

## Tratamiento

El consumo de estimulantes anfetamínicos (EA) rara vez constituye la principal causa de ingreso en un centro de tratamiento de la drogodependencia. No obstante, existen notables excepciones: el 52 % de los pacientes en la República Checa, el 35,3 % en Finlandia y el 29 % en Suecia afirman que el consumo de EA es la principal causa por la que solicitan tratamiento. En la República Checa, los consumidores de «pervitín» son los que más solicitan tratamiento ([47]); de ellos aproximadamente un tercio son adolescentes (menores de 20 años) y más de la mitad son chicas. Tanto en Suecia como en Finlandia, las anfetaminas han desempeñado históricamente un importante papel en la definición del problema nacional de la drogodependencia y, en cierta medida, sigue siendo así en la actualidad.

## Incautaciones e información sobre el mercado ([48])

Según la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD, 2003a), resulta complicado cuantificar la producción de EA («drogas sintéticas, incluidas las anfetaminas, las metanfetaminas y el éxtasis, que son químicamente afines»), ya que «se inicia con sustancias químicas disponibles en el mercado, en laboratorios fáciles de ocultar». No obstante, la producción anual mundial de EA se calcula en torno a las 520 toneladas (ONUDD, 2003b). Las incautaciones de EA alcanzaron un pico máximo en 2000 con 46,2 toneladas, y desde entonces se han venido reduciendo hasta llegar a las 25,7 toneladas en 2002 (CND, 2004).

### Metanfetamina

En términos generales, la EA más importante desde el punto de vista de las cantidades producidas y traficadas es la metanfetamina. Las principales cantidades se aprehenden en el este y sureste asiático (Tailandia y China), seguidos de Norteamérica (ONUDD, 2003a). La producción de metanfetaminas en Europa es muy inferior: durante el período 2000-2001, sólo el 2 % de los laboratorios clandestinos de metanfetaminas desmantelados en todo el mundo se encontraba en Europa, principalmente en la República Checa, Rusia y Eslovaquia. Dentro de la UE, la producción de metanfetaminas es menor en Bélgica, Alemania, Estonia, Francia, Letonia, Lituania y el Reino Unido (ONUDD, 2003a,b). En la República Checa existen datos sobre la producción de metanfetaminas desde principios de la década de 1980; la mayor parte se destina al consumo local, aunque también se introduce ilegalmente en Alemania y Austria (ONUDD, 2003a). Aunque el OEDT no recoge sistemáticamente datos sobre las incautaciones de metanfetaminas, la República Checa, Dinamarca, Estonia, Lituania, Noruega y Suecia han informado de que realizaron incautaciones de estas sustancias en 2002.

En 2002, excepto en el período de principios del año, en el que el precio aumentó debido a la escasez de su precursor (efedrina), el precio medio al por menor del «pervitín» en la República Checa se mantuvo relativamente estable, en 32 euros por gramo. El grado medio de pureza en el ámbito minorista es del 40 %.

([46]) Véase EDDRA (http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2828).

([47]) «Pervitín» es el nombre local de un tipo de metanfetamina producida ilegalmente en la República Checa. Su historial de consumo es extenso y se administra por vía parenteral. Su producción podría estar vinculada a la de la efedrina, que es legal (ONUDD: «Global Survey on Ecstasy and Amphetamines», 2003).

([48]) Véase el capítulo 3 (p. 30): Cómo interpretar las incautaciones y los datos del mercado.

## Anfetaminas

Tomando como referencia el número de laboratorios desmantelados, la producción mundial de anfetaminas sigue concentrándose en Europa. En 2002 se descubrieron laboratorios de anfetaminas en Polonia y los Países Bajos, y algunos otros en Alemania, Estonia, Francia y Lituania ([49]) (red Reitox, Informes nacionales; CND, 2004). La mayor parte de las anfetaminas incautadas en la UE en 2002 procedía de los Países Bajos y Polonia y, en menor medida, de Bélgica, Estonia y Lituania.

Del mismo modo, la mayoría de las incautaciones se realizó en Europa Occidental. Esta subregión representa el 86 % del volumen total de anfetaminas incautadas a escala mundial en 2002, mientras que Europa del Este representa el 10 %, y los países de Oriente Próximo y Oriente Medio el 3 % (CND, 2004). En los últimos cinco años, el Reino Unido ha sido el país de la UE que más incautaciones ha llevado a cabo ([50]). La tendencia alcista en el número de incautaciones de anfetaminas a nivel comunitario ([51]) alcanzó su pico máximo en 1998 y el volumen máximo ([52]) se registró en 1997. Tomando como base las tendencias por países de los que se dispone de datos, parece ser que las cantidades incautadas y el número de incautaciones han vuelto a aumentar desde 2000 y 2001, respectivamente ([53]). En 2002, el precio medio de las anfetaminas para el consumidor oscilaba entre los 11 euros por gramo en Hungría y Estonia y los 37,5 euros en Noruega ([54]). En los últimos cinco años, los precios se han mantenido estables o han disminuido en la mayoría de los países que han aportado datos.

En 2002, la pureza media de las anfetaminas en el ámbito minorista varió entre el 10 % (Alemania) y el 52 % (Noruega), y los porcentajes más elevados de pureza se encontraron, después de Noruega, en los países ribereños del Mar Báltico como Estonia, Letonia, Lituania y Finlandia. Una excepción notable es Portugal, donde la pureza media en 2002 fue inferior al 1 %. En los últimos cinco años, la pureza de las anfetaminas se ha mantenido estable o ha disminuido en todos los países, aunque en 2002 se registraron algunos aumentos en Bélgica, Estonia y el Reino Unido.

## Éxtasis

A escala mundial, Europa sigue siendo el principal centro productor de éxtasis, aunque su importancia relativa parece estar en declive conforme la producción de esta sustancia se extiende a otras partes del mundo, en particular Norteamérica y el este y sureste asiático (ONUDD, 2003a; CND, 2004). En Europa, la mayor parte de la producción de éxtasis se concentra en los Países Bajos y en Bélgica. Por ejemplo, en Europa, en el período 1999-2001, más del 63 % de las incautaciones de precursores de éxtasis se realizaron en los Países Bajos y el 21 % en Bélgica, mientras que, de los laboratorios productores de éxtasis desmantelados en la UE, el 75 % se encontraba en los Países Bajos, el 14 % en Bélgica, el 6 % en el Reino Unido y el 4 % en Alemania. También existen datos sobre el desmantelamiento de laboratorios de éxtasis (y/o laboratorios de EA) en Estonia, España, Letonia, Lituania, Hungría, Polonia y Noruega correspondientes al período 1991-2001 (ONUDD, 2003a). En 2002 se descubrieron 54 laboratorios de éxtasis en todo el mundo: 18 en los Países Bajos ([55]), 3 en el Reino Unido, 1 en Francia y 1 en Estonia (CND, 2004). Según los datos disponibles, el éxtasis incautado en la UE procede principalmente de Bélgica y de los Países Bajos, aunque Estonia y el Reino Unido también se mencionan en algunos informes como países productores (también figuran menciones a España, pero solo en los informes de Portugal) (red Reitox, Informes nacionales, 2003).

El tráfico de éxtasis sigue concentrándose fundamentalmente en Europa Occidental, aunque, al igual que la producción, se ha extendido al resto del mundo en los últimos años (ONUDD, 2003a). En cuanto al volumen incautado en 2002, Europa Occidental representaba el 73 % y Norteamérica el 20 % del total (CND, 2004). En los últimos cinco años, el Reino Unido ha sido el Estado miembro de la UE que se ha incautado de más cantidades de éxtasis ([56]).

Tras un declive en 1997-1998, las incautaciones de éxtasis ([57]) en la UE han aumentado con rapidez desde entonces. Tomando como base las tendencias por países de los que existen datos disponibles, las incautaciones de éxtasis parecen haber disminuido en 2002. Sin embargo, este dato deberá cotejarse con la información

([49]) Aunque no se incluyen en esta lista, en los últimos años se han descubierto varios laboratorios clandestinos de anfetaminas en el Reino Unido. Asimismo, a principios de 2003 se descubrió por primera vez un laboratorio clandestino de anfetaminas en Luxemburgo.

([50]) Este dato deberá cotejarse con la información del Reino Unido correspondiente a 2002, cuando se disponga de ella. Faltan datos sobre las incautaciones de anfetaminas en 2002 por lo que respecta a Bélgica, Italia, Hungría, los Países Bajos y Polonia; faltan datos sobre las cantidades de anfetaminas incautadas en 2002 correspondientes a Grecia; faltan datos tanto del número de incautaciones de anfetaminas como de las cantidades incautadas en 2002 correspondientes a Irlanda, Chipre, Hungría, Malta, Polonia, Eslovaquia y el Reino Unido.

([51]) Véase el cuadro 7: Mercados, en el boletín estadístico de 2004.

([52]) Véase el cuadro 8: Mercados, en el boletín estadístico de 2004.

([53]) Este dato deberá cotejarse con la información correspondiente a 2002, cuando se disponga de ella.

([54]) Véase el cuadro 14: Mercados, en el boletín estadístico de 2004.

([55]) De un total de 43 lugares de producción de drogas sintéticas hallados en los Países Bajos en 2002, 18 estaban relacionados directamente con MDMA.

([56]) Este dato deberá cotejarse con la información del Reino Unido correspondiente a 2002, cuando se disponga de ella. Faltan datos sobre el número de incautaciones de éxtasis en 2002 en Bélgica, Hungría, los Países Bajos y Polonia; asimismo, faltan datos sobre el número de incautaciones y las cantidades aprehendidas en 2002 en Italia, Chipre, Malta, Eslovaquia y el Reino Unido.

([57]) Véase el cuadro 9: Mercados, en el boletín estadístico de 2004.

correspondiente a 2002 —en particular del Reino Unido—, cuando se disponga de ella. En cuanto a las cantidades de éxtasis incautadas ([58]), éstas aumentaron con rapidez entre 1997 y 2000 y se estabilizaron en 2001. En 2002 volvieron a aumentar en la mayoría de los países de los que se disponen de datos.

En 2002, según la información disponible, el coste medio de las pastillas de éxtasis variaba entre 6 (República Checa) y 20-25 (Italia, Finlandia) euros por pastilla ([59]). No obstante, muy recientemente (DrugScope, 2004), el precio de las pastillas de éxtasis en algunos lugares del Reino Unido era, según los datos, inferior a 1,5 euros. En los últimos cinco años, el precio de las pastillas de éxtasis en la mayoría de los países de la UE se ha ido abaratando progresivamente. En 2002, esta tendencia continuó en todos los países, salvo en Estonia, donde el precio por pastilla aumentó ligeramente.

En comparación con la situación de hace cinco años, parece que el contenido anfetamínico de pastillas vendidas como éxtasis se ha reducido, mientras que cada vez se encuentran más éxtasis y otras sustancias similares. En 2002, las únicas sustancias psicoactivas encontradas en la mayoría de las pastillas vendidas como éxtasis y analizadas en todos los países de la UE fue el éxtasis (MDMA) y sus derivados (MDEA, MDA). En Bélgica, Dinamarca, Alemania, Lituania, el Reino Unido y Noruega, este tipo de pastillas representaba más del 95 % del total de pastillas de éxtasis analizadas. El contenido de MDMA de las pastillas de éxtasis varía considerablemente según las partidas (incluso entre las que llevan el mismo logotipo), tanto dentro como fuera de un mismo país. En la mayoría de los países de la UE, el contenido medio de sustancia activa (MDMA) por pastilla oscilaba entre 60 y 80 mg en 2002, aunque en Hungría y Noruega el margen era mayor.

## LSD

La producción y el tráfico de LSD son mucho menores que los de otras drogas sintéticas, como los EA. Las incautaciones mundiales de LSD cayeron un 73 % entre 2002 y 2001. En ese año, los países que se incautaron del mayor número de unidades fueron los Estados Unidos, España y los Países Bajos (ONUDD, 2003a). Hasta 2000, el país de la UE que mayor número de incautaciones de LSD llevó a cabo fue el Reino Unido, pero actualmente este puesto lo ocupa Alemania ([60]). En los últimos cinco años, el número de incautaciones de LSD ([61]) y las cantidades ([62]) aprehendidas en la UE (excepto por un período de estabilización en 2000) han ido decreciendo constantemente. En 2002, el coste medio para los consumidores de una unidad de LSD oscilaba entre 5 euros en el Reino Unido y más de 20 euros en Italia ([63]).

## Acciones internacionales contra el tráfico de drogas sintéticas

La Comisión, en cooperación con Europol, presentó en diciembre de 2003 un informe que ilustraba el estado actual de los principales proyectos multilaterales de detección de redes de distribución y de experiencias adquiridas en este ámbito en toda la UE, en los Estados miembros y en los países candidatos. Entre los proyectos clave presentados en el informe se incluyen la Acción Global contra las Drogas Sintéticas en Europa (Comprehensive Action against Synthetic Drugs in Europe [CASE]), que combina la definición forense de la anfetamina elaborada por el Laboratorio Nacional Sueco de Ciencias Forenses (SKL) y la puesta en común, en la Unión Europea, de datos policiales para descubrir laboratorios donde se fabrican drogas sintéticas y organizaciones delictivas que fabrican y trafican con drogas sintéticas, e iniciar investigaciones sobre estos delitos. El proyecto está apoyado por el fichero de trabajo de análisis de Europol CASE. Otro proyecto, denominado Sistema Europol de Comparación de Laboratorios Ilegales (Europol Illicit Laboratory Comparison System [EILCS]), compara información fotográfica y técnica de laboratorios de drogas sintéticas en toda la Unión Europea, y abre la posibilidad de investigar conexiones entre los diferentes laboratorios, los equipos incautados y los intermediarios que facilitan los equipos.

Por otra parte, el Sistema Europol de Logos del Éxtasis (Europol Ecstasy Logo System [EELS]) elabora anualmente un catálogo de logos, que se difunde mundialmente a las instituciones policiales más importantes. El EELS ha trabajado en estrecha cooperación con el Programa de Análisis Central Éxtasis (Central Analysis Programme Ecstasy [CAPE]) a cargo de la policía federal de Alemania.

Interpol ha lanzado un proyecto centrado en los grupos de delincuencia organizada que se dedican a la producción y al tráfico de drogas sintéticas. El proyecto Sydrug recopila y pone en red una serie de datos operativos que permiten llevar a cabo operaciones multinacionales ([64]). Las tendencias demuestran que el éxtasis se introduce ilegalmente en Norteamérica, el sureste asiático y Oceanía desde Europa Occidental (Interpol, 2002).

Cada vez son más evidentes los vínculos que existen entre las redes que trafican con drogas y las que lo hacen con precursores. En enero de 2003 dieron comienzo las actividades operativas en el marco del proyecto Prism, una iniciativa internacional diseñada para abordar la cuestión del desvío de los principales precursores necesarios para la producción ilegal de EA. Los traficantes recurren cada vez más a preparados farmacéuticos para obtener precursores (JIFE, 2004b).

([58]) Véase el cuadro 10: Mercados, en el boletín estadístico de 2004.

([59]) Véase el cuadro 14: Mercados, en el boletín estadístico de 2004.

([60]) Este dato deberá cotejarse con la información del Reino Unido correspondiente a 2002, cuando se disponga de ella. Faltan datos sobre el número de incautaciones de LSD en 2002 en España, Italia, Lituania, Hungría y los Países Bajos; asimismo, faltan datos sobre el número de incautaciones y las cantidades aprehendidas de LSD en 2002 en Bélgica, Irlanda, Chipre, Malta, Eslovaquia y el Reino Unido.

([61]) Véase el cuadro 11: Mercados, en el boletín estadístico de 2004.

([62]) Véase el cuadro 12: Mercados, en el boletín estadístico de 2004.

([63]) Véase el cuadro 14: Mercados, en el boletín estadístico de 2004.

([64]) Sydrug, proyecto global de Interpol de lucha contra las drogas sintéticas, Lyon, abril de 2003.

## Sistema de alerta rápida de información

La Acción común ([65]), junto con su sistema de alerta rápida, se creó con el objetivo de identificar las nuevas drogas sintéticas ([66]), evaluar sus riesgos y adoptar un proceso de toma de decisiones que permita controlarlas (véase el recuadro más abajo). Las nuevas drogas sintéticas representan una parte muy pequeña del mercado mundial de drogas sintéticas, que sigue dominado por el MDMA (éxtasis), las anfetaminas y el LSD. A pesar del éxito de la Acción común a la hora de identificar nuevas drogas sintéticas, cabe señalar que la mayoría de los datos sobre los nuevos compuestos procede de los Estados miembros con mejor capacidad de información y de análisis, tanto en lo que se refiere a la disponibilidad de laboratorios forenses y toxicológicos como a las redes operativas de proveedores de datos. Así pues, la descripción de la situación resultante podría reflejar el funcionamiento de los sistemas de alerta rápida nacionales sobre nuevas drogas sintéticas, más que la situación actual del mercado europeo de la droga.

### Nuevas drogas sintéticas sujetas a control en el marco de la acción conjunta

Entre 1998 y 2002 cinco nuevas drogas sintéticas han sido sometidas a evaluación en el marco de la acción común (MBDB, 4-MTA, GHB, quetamina y PMMA). En 2003, el Comité científico del OEDT, en colaboración con expertos designados por los Estados miembros y con representantes de la Comisión Europea, Europol y la Agencia Europea para la Evaluación de Medicamentos (EMEA), llevó a cabo una evaluación de riesgos de cuatro nuevas drogas sintéticas: 2C-I (2,5-dimetoxi-4-yodofenetilamina), 2C-T-2 (2,5-dimetoxi-4-etiltiofenetilamina), 2C-T-7 (2,5-dimetoxi-4-(n)-propiltiofenetilamina) y TMA-2 (2,4,5-trimetoxianfetamina) ([1]). Como resultado de la misma, el 27 de noviembre de 2003 el Consejo adoptó la decisión ([2]) de someter estos cuatro compuestos a medidas de control y a sanciones penales en los quince Estados miembros de la UE.

Una evaluación científica de riesgos específicos de las nuevas drogas sintéticas es extremadamente difícil, debido a la limitación de datos científicos que hayan sido comprobados. No obstante, la información basada en estudios de los efectos tóxicos sobre animales (concretamente de la sustancia TMA-2), la analogía con componentes parcialmente relacionados, así como las pruebas facilitadas por otras fuentes de información, como consumidores, informes, medios de comunicación y publicaciones no oficiales, proporcionan una base para la evaluación.

([1]) Los informes de evaluación de riesgos se encuentran disponibles en la página web del OEDT (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1584).

([2]) Decisión 2003/847/JAI del Consejo, de 27 de noviembre de 2003, sobre las medidas de control y las sanciones penales con respecto a las nuevas drogas sintéticas 2C-I, 2C-T-2, 2C-T-7 y TMA-2.

### Drogas controladas mediante el sistema de alerta rápida

En 2003, las nueve sustancias que venían siendo objeto de una evaluación de riesgos desde 1998 fueron sometidas a controles rutinarios en el marco del sistema de alerta rápida: MBDB, 4-MTA, PMMA, GHB y la quetamina, así como las siguientes fenetilaminas: 2C-I, 2C-T-2, 2C-T-7 y TMA-2. Asimismo, se controló una serie de sustancias sobre las que el OEDT ha obtenido información, entre ellas un grupo de triptaminas (5-MeO-DMT, 5-MeO-DIPT, A-MT, 5-MeO-AMT y 5-MeO-triptamina) y piperazinas (BZP y TFMPP) ([67]).

En 2003, tanto España como el Reino Unido informaron de incautaciones realizadas por la policía de pequeñas cantidades de MBDB. La 4-MTA, que en 1999 fue objeto de controles en el marco de la Acción común, parece haber desaparecido del mercado, ya que no se han registrado incautaciones de esta sustancia en los últimos años. Se llevó a cabo una incautación de PMMA en Suecia, mientras que en Dinamarca las pastillas aprehendidas contenían PMMA y PMA. En Bélgica, según los datos proporcionados por un laboratorio, varias muestras de orina dieron positivo en las pruebas para detectar PMMA y, asimismo, los análisis toxicológicos realizados en la sala de urgencias de un hospital a una persona que había consumido drogas revelaron restos de PMA (en combinación con MDA y MDMA). Aparentemente, estas tres sustancias —MBDB, 4-MTA y PMMA— ya no son populares entre los consumidores de drogas sintéticas.

En lo que respecta a las drogas del grupo de las triptaminas, la mayor parte de las incautaciones tuvo lugar en Suecia y Finlandia. No obstante, tanto en Francia como en Dinamarca existen datos sobre la adquisición de muestras de 5MeO-DiPT. Muchos compuestos de la triptamina no están sujetos a controles internacionales o nacionales y, por tanto, pueden producirse en laboratorios comerciales y ser vendidos a través de Internet como «productos químicos de investigación» (principalmente por empresas estadounidenses). Asimismo, las recetas para la síntesis de casi todas las drogas sintéticas nuevas y «viejas» están disponibles en Internet.

([65]) http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1346

([66]) La acción común de 1997 relativa al intercambio de información, la evaluación del riesgo y el control de las nuevas drogas sintéticas (DO L 167 de 25.6.1997) define las nuevas drogas sintéticas como drogas de síntesis que no estén enumeradas actualmente en ninguno de los anexos del Convenio de las Naciones Unidas de 1971 sobre Sustancias Psicotrópicas, que supongan una amenaza para la salud pública de gravedad similar a la que suponen las sustancias enumeradas en los anexos I y II del Convenio y que tengan una importancia terapéutica limitada. Se refiere al producto final, a diferencia de los precursores.

([67]) La mayoría de las nuevas sustancias enumeradas son muy nuevas en el mercado y todavía no tienen nombres populares (en la calle).

Según los datos disponibles, el consumo de BZP, que con frecuencia se encuentra en combinación con TFMPP, ha aumentado significativamente en Suecia y también se ha observado en Bélgica, España, los Países Bajos y Finlandia.

De las cuatro fenetilaminas que fueron objeto de una evaluación de riesgo en 2003, la 2C-I, que a menudo se vende en forma de pastillas con el logotipo «i», parece ser cada vez más popular y muestra de ello son las pequeñas incautaciones realizadas en Finlandia, Suecia y el Reino Unido, y la detección de esta droga en Francia, España y los Países Bajos. Asimismo, el 2C-H (compuesto no activo en seres humanos, pero precursor de 2C-I, 2C-C y 2C-B) fue incautado en cantidades relativamente grandes en Finlandia y los Países Bajos, y existen pruebas de que en este último país la sustancia era utilizada como precursor para la producción de 2C-I.

## Drogas sintéticas con potencial de difusión

Tal como se anticipó gracias al sistema europeo de alerta rápida y a la evaluación de riesgos llevada a cabo por el Comité científico del OEDT en el marco de la Acción común, el GHB y la quetamina son dos drogas sintéticas ([68]) cuyo consumo podría generalizarse en el contexto de los entornos recreativos.

### GHB

La mayoría de los Estados miembros de la UE ha aplicado la decisión adoptada por las Naciones Unidas en marzo de 2001 de poner el GHB bajo control. En 2003, la policía o los servicios de aduanas en Bélgica, Dinamarca, Estonia, España, Francia, Finlandia, Suecia y Noruega registraron incautaciones de GHB (normalmente en forma líquida). Las tendencias relativas a las incautaciones de GHB son diversas. En Suecia se registró un descenso en 2003, mientras que en Noruega se experimentó un aumento del 60 % y en el Reino Unido no hubo cambios. Tampoco hubo cambios en los Países Bajos en cuanto al número de muestras de GHB entregadas al Sistema de información y control de las drogas (DIMS), aunque el centro nacional toxicológico de los Países Bajos detectó un ligero aumento en el número de solicitudes de información sobre el GHB. Estonia registró un incremento significativo en la disponibilidad de GHB. Sólo el DIMS en los Países Bajos afirmó haber recibido muestras de GHB tanto en polvo como en forma líquida.

Noruega y Suecia registraron importantes aumentos en las incautaciones de precursores químicos para GHB —GBL (gamma-butirolactona) y BD (1,4-butanediol) ([69])—, que pueden emplearse para numerosos fines en varios procesos industriales y, por tanto, pueden obtenerse con facilidad (los dos se convierten rápidamente en GHB tras su ingesta). En Noruega y Suecia, la disponibilidad en el mercado ilegal de precursores de GHB fue mayor en 2003 que en años anteriores.

Cada vez es mayor el número de preguntas relacionadas con el consumo de GHB que se incluyen en las encuestas sobre el consumo de drogas en entornos recreativos nocturnos y en discotecas. En Alemania se registró una tendencia alcista del consumo de GHB ([70]) mientras que en Amsterdam, según el estudio de grupo realizado en 2002 por Antenna Amsterdam ([71]), «el GHB se seguía consumiendo en casi todas las redes de clubes; no obstante, la tendencia parecía alejarse de esta droga en mayor medida que el año anterior y la propagación de GHB parece haberse estancado». En Austria, en el marco de un estudio sobre el análisis de pastillas, se demostró que la prevalencia del consumo de GHB en algún momento de la vida entre una muestra de 225 jóvenes asiduos a fiestas *rave* en Viena era del 12,6 % (Benschop et al., 2002).

Durante 2003 se detectaron restos de GHB en muestras humanas en Bélgica, Suecia y Noruega y en muestras tomadas de sujetos intoxicados y en pacientes de las salas de urgencias de hospitales en España (Barcelona) y los Países Bajos. El número de solicitudes de asistencia de emergencia por casos relacionados con el consumo de GHB en Amsterdam no varió de 2001 a 2002, lo que supone algo más de 60 casos anuales.

### Quetamina

En 2003 se llevaron a cabo incautaciones de quetamina y/o se detectó dicha sustancia en muestras humanas en Bélgica, Grecia, España, Francia, Finlandia, Suecia, el Reino Unido y Noruega. En Austria (Benschop et al., 2002) se registró una prevalencia de consumo de quetamina en algún momento de la vida del 11,7 % entre una muestra de 225 jóvenes que participaban en fiestas *rave* en Viena. El hecho de que el uso veterinario de la quetamina esté autorizado plantea problemas a la hora de poner trabas a la propagación del consumo de dicha droga, que aparentemente puede obtenerse con facilidad para emplearse con fines distintos a su uso legítimo.

### Riesgos sanitarios derivados de nuevas pautas de consumo

En 2003, gracias al sistema de alerta rápida, los Estados miembros pudieron intercambiar información valiosa sobre determinadas sustancias bajo control que podrían plantear una grave amenaza para la salud debido a las nuevas pautas de consumo. Por ejemplo, los países de la UE recibieron alertas tempranas sobre pastillas con elevadas dosis de MDMA tomando como base información recibida de Bélgica, Francia y de Europol, y sobre pastillas vendidas como éxtasis pero que contenían otras sustancias peligrosas como la DOB (2,5-dimetoxi-4 bromoanfetamina), a raíz de los datos proporcionados por Irlanda.

([68]) En sentido estricto, no se trata de nuevas drogas sintéticas con arreglo a la acción común de 1997, pero están siendo controladas a raíz de la evaluación de sus riesgos.

([69]) Informes de situación de la red Reitox sobre los sistemas de alerta rápida en 2003.

([70]) Ibídem.

([71]) Antenna Amsterdam es un sistema de control que emplea diversos métodos destinados a detectar e interpretar las nuevas tendencias y evoluciones del consumo de drogas legales e ilegales y del juego entre los jóvenes en Amsterdam, y que permite actualizar y mejorar las medidas de prevención del consumo de drogas.

# Capítulo 5
# Cocaína y *crack*

## Introducción

Los consumidores de cocaína suelen ofrecer una imagen bien de personas acomodadas, modernas e integradas en la sociedad o, por el contrario, marginales, necesitadas y socialmente excluidas; el consumo problemático suele asociarse a la cocaína fumada. Es importante señalar que la concentración del consumo de esta droga en subgrupos y zonas geográficas específicos puede hacer que los conjuntos de datos nacionales no reflejen fielmente tendencias que pueden ser importantes en las comunidades o poblaciones en las que se producen. Últimamente, sin embargo, se observa por desgracia una generalización del consumo de cocaína en Europa y una diversificación social de los consumidores de la misma.

## Prevalencia del consumo de cocaína

### Encuestas entre la población en general

Según encuestas nacionales recientes, entre el 0,5 % y el 6 % de la población adulta admite haber consumido cocaína al menos una vez (es decir, prevalencia en algún momento de la vida) y España y el Reino Unido se encuentran en los primeros puestos de esta clasificación. Menos del 1 % de la población adulta afirma, en general, haberla consumido recientemente (últimos 12 meses), aunque las tasas de prevalencia reciente en España y el Reino Unido superan el 2 %. Estas cifras son claramente inferiores a las cifras correspondientes al cannabis, aunque los niveles de consumo entre los adultos jóvenes pueden ser considerablemente superiores a la media.

La prevalencia en algún momento de la vida dentro de este grupo (15-34 años) varía entre el 1 % y el 10 %. En general, las tasas de prevalencia reciente representan aproximadamente la mitad de las del consumo en algún momento de la vida, y el porcentaje en España y el Reino Unido es superior al 4 %.

Entre la población en general, se abandona el consumo de cocaína tras un período de experimentación durante los primeros años de la etapa adulta o bien es ocasional, teniendo lugar principalmente los fines de semana y en entornos recreativos (bares y discotecas).

Varias encuestas han detectado grupos concretos cuyo consumo de cocaína es superior al de la población en general. Por ejemplo, encuestas recientes de cinco países (Dinamarca, Alemania, España, los Países Bajos y el Reino Unido) han demostrado que, entre un 5 % y un 13 % de chicos de entre 15 y 24 años han tenido alguna experiencia con la cocaína en algún momento de su vida, mientras que las tasas de consumo reciente en España y el Reino Unido pueden llegar hasta el 5 %-7 %. Es probable que en las zonas urbanas los niveles de consumo sean sustancialmente superiores. Asimismo, según varias encuestas (no representativas) realizadas entre asistentes a clubes nocturnos, las tasas de prevalencia del consumo de cocaína en algún momento de la vida se sitúan entre el 40 % y el 60 % (OEDT, 2001).

A modo de comparación con el resto del mundo, en la Encuesta nacional sobre el consumo de drogas en las familias (National Household Survey on Drugs) realizada en los Estados Unidos en 2002, el 14,4 % de los adultos (de 12 años en adelante) afirmó haber tenido alguna experiencia con la cocaína en algún momento de su vida, lo que supone un porcentaje superior al de cualquier país europeo. El 2,5 % confirmó haber consumido cocaína recientemente (últimos 12 meses), un porcentaje de nuevo superior al del resto de países europeos, con la excepción de España (2,6 %) ([72]). Entre los chicos de 18 a 25 años, la prevalencia de consumo de cocaína en algún momento de la vida se situó en 2002, en los Estados Unidos, en el 18,1 %, y la prevalencia de consumo reciente, en el 8,4 %.

## Tendencias en el consumo de cocaína

Resulta difícil definir las tendencias en el consumo de cocaína a escala nacional, ya que son pocas las encuestas nacionales coherentes y, en algunos casos, las muestras son reducidas. Una serie de encuestas coherentes facilitaría la definición de tendencias; en particular sería posible centrarse en el análisis y el muestreo de grupos concretos, como los chicos jóvenes en zonas urbanas.

([72]) Resultados de la encuesta *US national survey on drug use and health statistics* de 2002, realizada por la Oficina de Estudios Aplicados de SAMHSA (Administración de Servicios Americanos para Abuso de Sustancias y Salud Mental). Disponible en la página web de la SAMHSA (http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm). Téngase en cuenta que el margen de edad en la encuesta estadounidense (de 12 años en adelante) es más amplio que el utilizado por el OEDT en sus encuestas sobre la UE (15-64 años). Es probable que, si los datos de los Estados Unidos correspondieran al margen de edad comprendido entre los 15 y 64 años, como en la UE, las cifras fueran superiores.

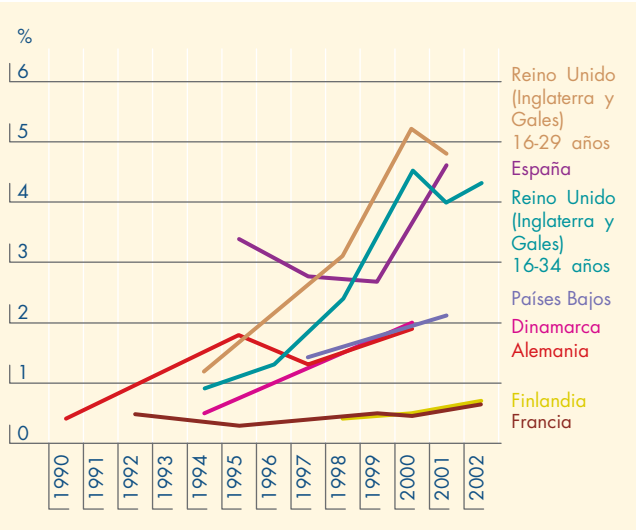
### Población en general

El consumo reciente de cocaína entre los jóvenes parece haber aumentado considerablemente en el Reino Unido hasta 2002 ([73]) y posiblemente, en menor medida, en Dinamarca, Alemania, los Países Bajos y España (gráfico 9). Otros países, en sus Informes nacionales de la red Reitox elaborados recientemente (2001-2003), han registrado aumentos basándose en información local o cualitativa (Grecia, Irlanda, Italia y Austria).

### Población escolar

España es el único Estado miembro que ha proporcionado datos que muestran un aumento reciente de la prevalencia del consumo de cocaína en algún momento de la vida entre estudiantes de 15 y 16 años, que ha pasado del 4,1 % en 2000 al 5,9 % en 2002 ([74]).

**Gráfico 9.** Prevalencia del consumo de cocaína (últimos 12 meses) entre los adultos jóvenes en algunos países de la UE, medida a través de las encuestas de población




*N.B.:* Datos procedentes de las encuestas nacionales disponibles en cada país. Las cifras y la metodología para cada encuesta pueden consultarse en el cuadro 4 sobre la encuesta de la población general, en el boletín estadístico de 2004.
En el caso de los adultos jóvenes, el OEDT utiliza el tramo de edad comprendido entre los 15 y los 34 años (Dinamarca y el Reino Unido, a partir de los 16 años; Alemania, a partir de los 18 años; Francia 1992: de los 25 a los 34 años; y Francia 1995: de los 18 a los 39 años).
El tamaño de las muestras (encuestados) para el grupo de edades comprendidas entre los 15 y los 34 años para cada país y año se presentan en el cuadro 4 sobre la encuesta de la población general en el boletín estadístico de 2004.
En Dinamarca, la cifra para 1994 corresponde a «drogas duras».

*Fuentes:* Informes nacionales de la red Reitox de 2003, extraídos de informes de encuestas y artículos científicos. Véanse las fuentes individuales en los cuadros epidemiológicos sobre las encuestas de población en el boletín estadístico de 2004.

### Otros indicadores

El aumento de los indicadores del consumo de cocaína [demanda de tratamiento ([75]), utilización de servicios de bajo umbral, número de emergencias hospitalarias, incautaciones policiales, exámenes toxicológicos en caso de fallecimiento] es motivo de preocupación creciente en algunos países.

En todo el territorio de la UE están aumentando los tratamientos relacionados con el consumo de cocaína y en algunos países este incremento es particularmente pronunciado. La cocaína es la segunda droga más mencionada en los informes relativos a los tratamientos por consumo de drogas en los Países Bajos y en España (35 % y 26 % de todas las demandas, respectivamente). En Europa, la mayoría de la demandas de tratamiento parece estar relacionada con el consumo de cocaína en polvo (generalmente, hidrocloruro de cocaína).

En general, los preparados de cocaína fumable están particularmente asociados con pautas de consumo problemáticas. El consumo de *crack* se plantea como un problema emergente o creciente en ciudades o regiones específicas en Alemania, Grecia, España, Francia, Irlanda, los Países Bajos, Austria y el Reino Unido.

## Pautas de consumo

En general, el consumo de cocaína con fines recreativos entre los jóvenes es reducido y el consumo continuado es muy poco común. Los informes de varios países (Alemania, España, los Países Bajos, Austria y el Reino Unido) sugieren que, incluso entre los consumidores con problemas de drogas que reciben tratamiento y utilizan servicios de bajo umbral, las pautas de consumo de cocaína y de *crack* varían considerablemente entre unos y otros y en cuanto al período de consumo. No obstante, los datos sobre la frecuencia del consumo de cocaína y *crack* y sobre las cantidades consumidas son muy limitados. Los estudios relativos a las salas de consumo muestran que el consumo de cocaína para fumar es particularmente elevado entre las trabajadoras sexuales que recurren a estos servicios (Stöver, 2001; Zurhold et al., 2001).

### Vías de administración

Es necesario ofrecer más información y de mejor calidad sobre las vías de administración de la cocaína, con el fin de comprender mejor los riesgos para la salud y los indicadores de consumo. El hidrocloruro de cocaína (cocaína en polvo) se suele consumir por vía nasal y, en menor medida, por vía parenteral, mientras que el *crack* se fuma en pipas calentadas y la cocaína en forma de base libre se «aspira» inhalando los vapores que se producen al

([73]) Aunque los resultados de la encuesta 2001/2002 sugieren que esta tendencia alcista entre la población adulta en general y entre los adultos jóvenes se está estabilizando (véase el gráfico 7), según el Ministerio del Interior británico el aumento del consumo de cocaína entre 1996 y 1998 y entre 1998 y 2000 fue significativo, situándose en el 5 %. No obstante, no se registró ningún aumento significativo entre 2000 y 2001-2002.

([74]) Véase el cuadro 1: Prevalencia, en el boletín estadístico de 2004.

([75]) Véanse el gráfico 20 y el cuadro 10, en el boletín estadístico de 2004.

calentar la droga, normalmente en papel de aluminio al que se aplica una llama. También existen datos sobre cocaína fumada en cigarrillos o porros.

No obstante, según trabajadores sociales británicos encargados de drogodependientes, cuando se combina con el consumo de heroína, en ocasiones el *crack* puede inyectarse. El *crack,* al igual que la heroína marrón, es insoluble y debe mezclarse con un ácido antes de convertirse en su forma activa a modo de sal soluble ([76]).

La frecuencia de fumar como vía habitual de administración de cocaína, en forma de *crack* o de cocaína de base libre (distintos preparados que pueden considerarse equivalentes desde el punto de vista farmacológico), decayó en 2002 en comparación con 2000.

## Muertes relacionadas con el consumo de cocaína

Las muertes debidas a una intoxicación por cocaína, anfetaminas o éxtasis, ante la falta de pruebas científicas del consumo de opiáceos, parecen poco frecuentes en Europa.

No obstante, las estadísticas actuales no ofrecen una visión adecuada de las muertes relacionadas con la cocaína, y la información facilitada no se trata de la misma forma. En algunos países, un alto porcentaje de muertes relacionadas con las drogas se debe al consumo de cocaína en combinación con opiáceos (Portugal 22 %, España 46 %). Es probable que esta cifra sea igual de elevada en otros países, pero los sistemas de notificación por norma general atribuyen las muertes únicamente al consumo de opiáceos cuando se encuentran restos de estas sustancias. En el Reino Unido, el número de «referencias» a la cocaína en los certificados de defunción aumentó ocho veces durante el período 1993-2001. En los Países Bajos, el número de fallecimientos atribuidos a la cocaína pasó de 2 en 1994 a 26 en 2001. El porcentaje de muertes relacionadas con el consumo de drogas que puede atribuirse únicamente a la cocaína, sin la implicación de opiáceos, varía entre el 1 % y el 10 %, aunque las cifras absolutas son reducidas.

La cocaína puede contribuir de forma importante al número de muertes causadas por problemas cardiovasculares (arritmias, infartos de miocardio, hemorragias cerebrales), particularmente en consumidores con predisposición a sufrir estas complicaciones (por ejemplo, aneurisma cerebral). Muchos de estos casos podrían pasar inadvertidos, debido a la falta de concienciación y/o a las diferencias en las circunstancias sociales de las víctimas con respecto a las de los consumidores de opiáceos.

Un ejemplo de los peligros potenciales asociados al consumo de cocaína lo encontramos en España ([77]), donde, durante el período 1999-2001, la cocaína aparecía mencionada en el 44 %-49 % de las urgencias hospitalarias provocadas por intoxicaciones agudas relacionadas con el consumo de drogas; en un alto porcentaje de estos casos la cocaína había sido fumada o inyectada. En Barcelona, la recopilación de datos en las unidades de urgencias de los principales hospitales de la ciudad a lo largo de todo el año durante un período de tiempo más largo ofrece una visión exhaustiva de los ingresos hospitalarios debidos a reacciones a las drogas (gráfico 10).

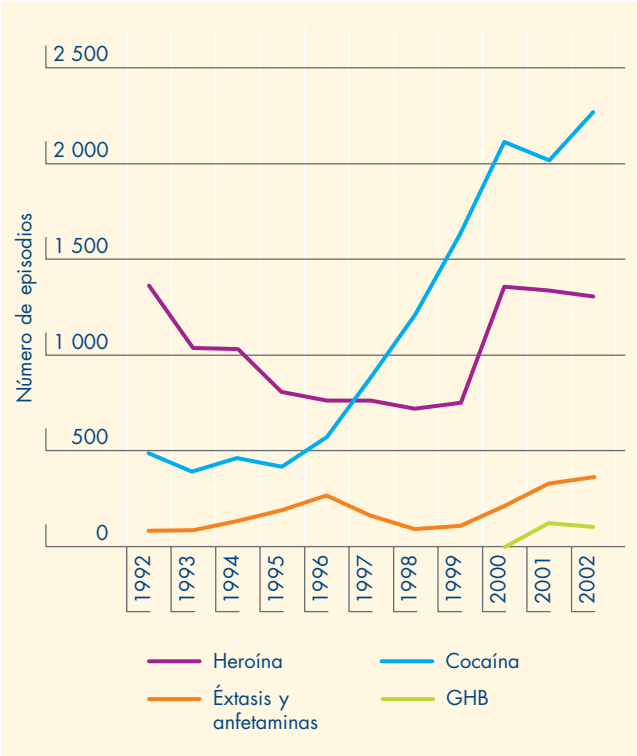
Además de los problemas de salud directamente relacionados con la cocaína, hay una preocupación creciente porque algunos de los agentes de corte utilizados puedan en sí mismos suponer un riesgo adicional para la salud. Por ejemplo, la fenacetina es el adulterante habitual en las muestras de cocaína en polvo incautada. Esta sustancia está relacionada con trastornos renales, hepáticos y sanguíneos, e incluso con casos de cáncer.

## Respuestas

### Tratamiento del consumo problemático de cocaína

Los consumidores con problemas con la cocaína suelen recibir tratamiento en centros no específicos, es decir, que

**Gráfico 10.** Número de episodios de urgencias hospitalarias con mención de drogas, por tipos de drogas, Barcelona (1992-2002)




*N.B.:* Un episodio de emergencia hospitalaria puede implicar varias sustancias.
*Fuente:* Sistema d'Informació de Drogues de Barcelona (2003), *La Salut a Barcelona, 2002*, Barcelona: Agència de Salut Pública, Consorci Sanitari de Barcelona.

([76]) Unidad de Información especializada en materia de drogas — Servicio de Ciencias Forenses del Reino Unido (UK Forensic Science Service Drug Intelligence Unit) (2003): *Drug abuse trends: Crack issue, n°* 24, p. 13.

([77]) En España, las emergencias hospitalarias debidas a intoxicaciones agudas por el consumo de sustancias psicoactivas han sido supervisadas, durante varios años, en una muestra de hospitales en todo el país durante un período de una semana al año. Quedan registradas las «menciones» de sustancias. Para más detalles metodológicos, véase el Informe nacional Reitox 2003 (pp. 34-36).

son tratados junto con los consumidores de otros tipos de drogas ilegales (o legales). Las opciones de tratamiento se limitan generalmente a intervenciones de carácter no farmacológico que pretenden modificar el comportamiento adictivo, independientemente de las drogas concretas consumidas. Entre estas intervenciones se incluyen algunas de baja intensidad —como el asesoramiento y los ingresos hospitalarios— y otras de alta intensidad —como el tratamiento hospitalario a largo plazo—. También se ofrecen tratamientos alternativos como la acupuntura (Seivewright et al., 2000).

En lo que respecta a los tratamientos con asistencia médica, no existe ninguno concreto para el consumo de cocaína. Los consumidores de cocaína sólo cuentan con una selección limitada de tratamientos farmacológicos, que han dado pocos resultados o ninguno. Dos ensayos sistemáticos demostraron que no existen pruebas científicas que justifiquen el uso clínico del anticonvulsionante carbamazepina o de antidepresivos en el tratamiento de la dependencia a la cocaína (Lima et al., 2004a,b).

La limitada variedad de tratamientos diseñados específicamente para los consumidores con problemas con la cocaína aumentará gracias a diversas iniciativas orientadas hacia este grupo de pacientes. En los Países Bajos se ha lanzado recientemente una página web dirigida a los consumidores de cocaína, y en la primavera de 2003 se ampliaron en el Reino Unido los servicios disponibles mediante el establecimiento de nuevas agencias, además de servicios de asesoramiento y programas de formación más perfeccionados. En Austria, se está trabajando para adaptar los servicios de tratamiento a las necesidades de los consumidores de cocaína.

### Otras implicaciones relacionadas con los servicios prestados a los consumidores de cocaína

Las observaciones realizadas en las instalaciones para el consumo de drogas bajo supervisión han demostrado que las emergencias relacionadas con el consumo de cocaína se caracterizan por alteraciones extremas y paranoias frecuentes, a las que el personal no sabe cómo dar respuesta (OEDT, 2004a). El aumento del tráfico de *crack* se ha asociado a un mayor nivel de agresión entre consumidores y traficantes (Stöver, 2001).

No está claro hasta qué punto los problemas son la consecuencia directa del consumo de las formas fumables de cocaína como tales o están relacionados con la frecuencia y la cantidad de su consumo o con problemas sociales, psicológicos y de drogodependencia que ya existían con anterioridad. A fin de atajar esta situación se buscan soluciones, como la elaboración de material informativo específico para estos casos sobre los riesgos y el consumo seguro, la apertura de salas de consumo bajo supervisión, de «salas de recuperación» y «refugios diurnos», donde los consumidores pueden relajarse y calmarse, así como la disponibilidad de tratamientos ambulatorios (Stöver, 2001).

Se han levantado voces de preocupación por el riesgo potencial que puede suponer el hecho de exponer a los consumidores jóvenes que acuden a centros de tratamiento por problemas relacionados con el cannabis a los comportamientos y problemas de los consumidores de cocaína (Neale y Robertson, 2004).

## Incautaciones e información sobre el mercado ([78])

### Producción y tráfico

Colombia es, con diferencia, el principal proveedor de coca ilegal del mundo, seguido de Perú y Bolivia (ONUDD, 2003a). Se calcula que la producción mundial de cocaína en 2002 alcanzó las 800 toneladas métricas, a la que Colombia contribuyó con el 72 %, Perú con el 20 % y Bolivia con el 8 %. La mayor parte de la cocaína incautada en Europa procede directamente de Sudamérica (especialmente de Colombia) o se introduce a través de América Central o del Caribe. No obstante, en 2002, parte de la cocaína introducida en Europa pasó por Brasil (y de ahí a Portugal) o los Estados Unidos (y desde allí a Italia). Los principales puntos de entrada en la UE son España, Portugal y los Países Bajos, y en menor medida Francia y el Reino Unido (red Reitox, Informes nacionales, 2003; ONUDD, 2003a; JIFE, 2004a).

### Incautaciones

Según la Comisión de Estupefacientes (CND, 2004), la cocaína es la tercera droga con la que más se trafica en el mundo, después de la hierba y la resina de cannabis. Desde el punto de vista del volumen incautado, el tráfico de cocaína en 2002 siguió concentrado en América y Europa y esta última representa el 13,5 % del total de cocaína incautada en el mundo (CND, 2004). En Europa, la mayoría de las incautaciones se realiza en los países occidentales. Entre 1997 y 2002, España fue el país de la UE con el mayor nivel de incautaciones de cocaína. En 2001 y 2002 ([79]), las incautaciones españolas representaron más de la mitad del total del número de incautaciones y de cantidades aprehendidas en la UE.

En el período comprendido entre 1997 y 2002, las incautaciones de cocaína ([80]) aumentaron en todos los países, excepto en Alemania e Italia. Tomando como base

([78]) Véase el capítulo 3 (p. 30): Cómo interpretar las incautaciones y los datos del mercado.

([79]) Si bien este dato deberá cotejarse con la información correspondiente a 2002, cuando se disponga de ella. Faltan datos sobre el número de incautaciones de cocaína en 2002 en Bélgica, los Países Bajos y Eslovenia; asimismo, faltan datos sobre el número de incautaciones y las cantidades aprehendidas en 2002 en Irlanda, Chipre, Hungría, Malta, Polonia, Eslovaquia y el Reino Unido.

([80]) Véase el cuadro 5: Mercados, en el boletín estadístico de 2004.

las tendencias por países sobre los que se disponen de datos, parece probable que se confirme el incremento de las incautaciones de cocaína en la Unión Europea en 2002.

En el mismo período de cinco años, las cantidades de cocaína incautadas ([81]) fluctuaron, pero siempre con una tendencia al alza. Tras un volumen récord de incautaciones de cocaína registrado en 2001, las cantidades de esta sustancia aprehendidas en la UE descendieron sustancialmente en 2002 ([82]), principalmente debido a la reducción del volumen de incautaciones en España (y Portugal) en comparación con 2001, aunque algunos países (Alemania, Francia, Italia y Noruega) registraron importantes aumentos en las cantidades de cocaína incautadas. El descenso de las cantidades de cocaína incautadas en 2002 en España, los Países Bajos y Portugal, junto con el aumento registrado en Francia, Alemania e Italia, podría ser indicativo de un cambio en la importancia relativa de los puntos de entrada tradicionalmente utilizados por los traficantes de cocaína destinada a Europa (CND, 2004).

Aunque algunos países de la UE han informado de incautaciones de *crack,* en ocasiones éstas no pueden distinguirse de las de cocaína. Así pues, las tendencias relativas a las incautaciones de cocaína podrían incluir asimismo las de *crack*.

### Acciones internacionales contra el tráfico de cocaína

El tráfico de cocaína sigue estando dominado en gran medida por las mafias colombianas. No obstante, también existen grupos de Albania y África implicados en la distribución de esta sustancia. La operación Trampoline llevada a cabo por Interpol detectó la existencia de operaciones de contrabando de cocaína procedente de Venezuela y Colombia con destino a Curação. Esta operación se saldó con la identificación de varias organizaciones importantes de traficantes que operaban desde el Caribe hasta prácticamente cualquier región del mundo (Interpol, 2002). Durante 2003, en el marco de la lucha contra el contrabando de cocaína, se llevó a cabo una serie de importantes operaciones marítimas en la costa atlántica de Europa en las que se aprehendieron hasta 29 toneladas. La mayoría de estas operaciones fue obra de las autoridades españolas.

La operación Púrpura, un programa internacional puesto en marcha en 1999 que se centra en el permanganato de potasio (utilizado en la producción ilegal de cocaína), siguió cosechando éxitos. En 2003, se evitó que cerca de 900 toneladas de esta sustancia química se desviaran hacia la producción de drogas ilegales.

En 2002, la Organización Mundial de Aduanas (OMA) e Interpol lanzaron una iniciativa conjunta, la operación Andes, para facilitar a las autoridades nacionales de policía y de aduanas el intercambio y el análisis de información, con el fin de permitirles detectar los envíos ilegales de sustancias químicas precursoras a Chile, Bolivia, Colombia, Argentina y Perú (OMA, 2003).

### Precio y pureza

El precio medio ([83]) de la cocaína en el ámbito minorista varió considerablemente en la UE en 2002, desde los 38 euros por gramo en Portugal hasta los 175 euros por gramo en Noruega. Entre 1997 y 2002, el precio medio de la cocaína al por menor se mantuvo estable o disminuyó en todos los países de la UE. En 2002 se registraron resultados similares, excepto en la República Checa y Lituania, donde los precios aumentaron en comparación con el año anterior.

Comparada con la heroína, la pureza media de la cocaína para el consumidor es elevada, variando del 28 % en Estonia al 68 % en la República Checa y Noruega. Entre 1997 y 2002, la pureza media de la cocaína disminuyó en casi todos los países de la UE que han proporcionado datos relativos a la evolución de las tendencias a lo largo del tiempo. En 2002, los índices de pureza siguieron disminuyendo en la mayoría de países, salvo en los que registraron los índices de pureza más elevados, como Bélgica, la República Checa, Luxemburgo y Noruega, donde se registró un aumento de la pureza media de la cocaína.

([81]) Véase el cuadro 6: Mercados, en el boletín estadístico de 2004.
([82]) Este dato deberá cotejarse con la información correspondiente a 2002, cuando se disponga de ella.
([83]) Véase el cuadro 14: Mercados, en el boletín estadístico de 2004.

Capítulo 6

# Consumo de heroína y drogas por vía intravenosa

## Consumo problemático de drogas

El consumo regular y prolongado de heroína, drogas por vía parenteral y, en algunos países, el consumo frecuente de estimulantes representan un porcentaje sustancial de los problemas sanitarios y sociales que se derivan del consumo de drogas en Europa. El número de individuos que muestran este tipo de comportamiento es reducido en relación con la población mundial, pero el impacto del consumo problemático de estas drogas es considerable. Al objeto de ayudar a entender la magnitud de este problema y de permitir el seguimiento de la evolución de las tendencias de consumo, el OEDT está trabajando con los Estados miembros en la definición del concepto de «consumo problemático de drogas» y en el desarrollo de estrategias destinadas a cuantificar su magnitud y sus repercusiones.

El «consumo problemático de drogas» se define como el «consumo por vía parenteral o consumo de larga duración/habitual de opiáceos, cocaína y/o anfetaminas» ([84]). Las diversas definiciones y las incertidumbres metodológicas complican la realización de estimaciones fiables sobre esta cuestión, por lo que se debería actuar con precaución a la hora de interpretar tendencias y realizar comparaciones entre países.

### Prevalencia

Todas las estimaciones relativas al consumo problemático de drogas se sitúan entre 2 y 10 casos por cada 1 000 personas de edades comprendidas entre los 15 y los 64 años (utilizando los puntos medios de las estimaciones), o hasta un 1 % de la población adulta ([85]). El consumo problemático de drogas afecta de forma desproporcionada a determinadas zonas geográficas, como los centros urbanos más desfavorecidos, y a algunos grupos específicos, en particular los chicos jóvenes, lo que hace que el consumo problemático resulte particularmente intenso en algunas comunidades. Las tasas más altas son las de Dinamarca, Italia, Luxemburgo, Portugal y el Reino Unido (entre 6 y 10 casos por 1 000 habitantes de entre 15 y 64 años), mientras que las tasas más bajas corresponden a Alemania, Grecia, los Países Bajos y Finlandia (menos de 4 casos por 1 000 habitantes de entre 15 y 64 años; véase el gráfico 11). Entre los nuevos países miembros de la UE, sólo hay estimaciones bien documentadas de la República Checa, Polonia y Eslovenia, donde las cifras se encuentran en la media: 4,9, 1,9 y 5,3 por 1 000 habitantes de entre 15 y 64 años, respectivamente.

Aunque se han mejorado considerablemente las técnicas de medición, la ausencia de datos históricos fiables y coherentes complica la evaluación de las tendencias del consumo problemático de drogas. Los cambios que se han producido en las estimaciones de algunos países, junto con otros datos indicativos, sugieren que se ha registrado un aumento de este consumo desde mediados de la década de 1990. De los 19 países, 9 han experimentado un aumento del consumo problemático de drogas desde mediados o finales de la década de 1990: Bélgica, Dinamarca, Alemania, España, Italia, Luxemburgo, Austria, Finlandia, Suecia (entre 1992 y 1998), el Reino Unido y Noruega. Los incrementos en Bélgica, Finlandia y Noruega se basan en las estimaciones relativas al consumo de drogas por vía intravenosa. Aunque no existen series temporales de estimaciones nacionales de los nuevos Estados miembros, otras pruebas evidencian que las tendencias son distintas. En la República Checa, varios indicadores señalan que el consumo problemático de drogas se ha estabilizado desde finales de la década de 1990, mientras que en Estonia se han observado fuertes aumentos de algunos indicadores de este problema. A la luz de la potencial vulnerabilidad a los problemas con las drogas de los países inmersos en un proceso de transición social y económica, se impone la necesidad de desarrollar la capacidad de vigilancia de los nuevos Estados miembros.

### Pautas y nivel de consumo

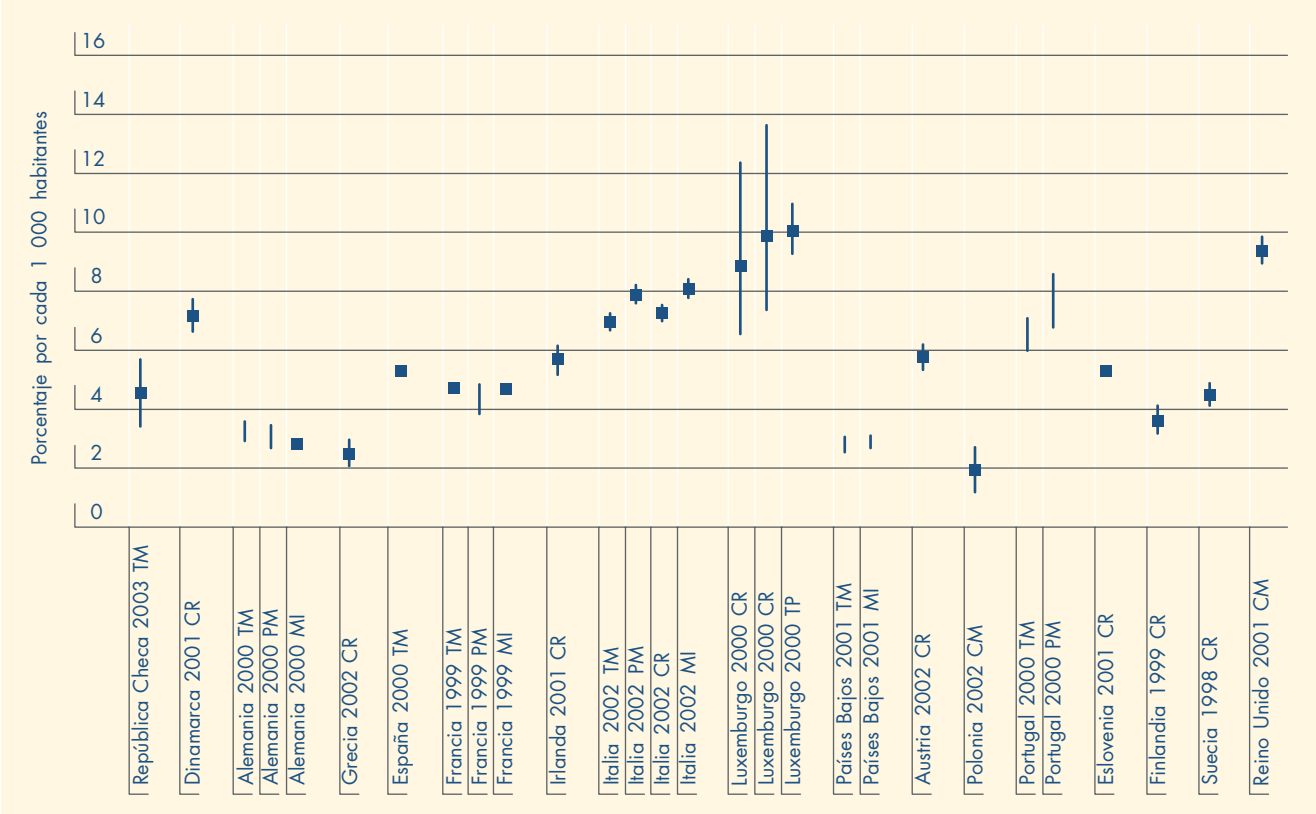
El consumo problemático de drogas puede subdividirse en varios grupos principales. Puede establecerse una distinción general entre el consumo de heroína, que históricamente ha representado el principal problema en la mayoría de los Estados miembros de la UE, y el consumo problemático de estimulantes, que predomina en Finlandia y Suecia, donde la mayoría de los consumidores problemáticos de drogas toma principalmente anfetaminas. Del mismo modo, en la República Checa, los consumidores de metanfetaminas han representado tradicionalmente un porcentaje significativo de los consumidores problemáticos.

El consumo problemático de drogas parece estar cada vez más diversificado, y el OEDT examina actualmente la necesidad de pulir la definición operativa europea a la luz de los cambios que está experimentando el fenómeno de las drogas. Por ejemplo, los problemas relacionados con el consumo de varias drogas han ido cobrando más importancia en la mayoría de países, mientras que algunos

([84]) Para más detalles véanse las notas metodológicas sobre el consumo problemático de drogas, en el boletín estadístico de 2004.

([85]) Véanse los cuadros 3 y 4 sobre prevalencia, en el boletín estadístico de 2004.

**Gráfico 11.** Porcentaje estimado de consumo problemático de drogas (tasa por 1 000 habitantes de 15-64 años)




*N.B.:* CR = Capture-recapture (captura-recaptura de datos); TM = Treatment multiplier (multiplicador de tratamiento); PM = Police multiplier (multiplicador policial); MI = Multivariate indicator (indicador de variables múltiples); TP = Truncated Poisson (regresión truncada de Poisson); CM = Combined methods (métodos combinados). Los grupos objetivo pueden variar ligeramente debido a la utilización de métodos y fuentes de información diferentes, por lo que las comparaciones deben realizarse con cautela. Para más detalles, véanse los cuadros 3 y 4 sobre la prevalencia, en el boletín estadístico de 2004. La estimación sueca ha sido adaptada para ajustarse a la definición de consumo problemático de drogas del OEDT. La estimación española no incluye el consumo problemático de cocaína; los cuadros 3 y 4 sobre la prevalencia, que toman este grupo en consideración, ofrecen una estimación más alta, aunque pudiera no ser tan fiable.

*Fuente:* Puntos focales nacionales. Véase asimismo el proyecto del OEDT titulado «Estimaciones nacionales de prevalencia del consumo problemático de drogas en la Unión Europea, 1995-2000», CT.00.RTX.23, Lisboa, OEDT (2003), coordinado por el Instituto para Investigación Terapéutica, Múnich (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1372).

países en los que históricamente ha predominado el consumo problemático de opiáceos están experimentado cambios hacia otros tipos de drogas. En España, aunque las estimaciones relativas al consumo problemático de opiáceos están disminuyendo, se ha observado un aumento de los problemas y estimaciones relacionados con el consumo de cocaína. Alemania y los Países Bajos han registrado un aumento del porcentaje de consumidores de *crack* entre las poblaciones con problemas de drogodependencia, aunque las estimaciones globales relativas al consumo problemático de drogas en los Países Bajos no sufren alteraciones.

La tasa media ponderada del consumo problemático de drogas en la UE se sitúa probablemente entre 4 y 7 casos por 1 000 habitantes de edades comprendidas entre los 15 y los 64 años, lo que supone entre 1,2 y 2,1 millones de consumidores problemáticos de drogas en la UE tras la ampliación, de los que entre 850 000 y 1,3 millones se inyectan droga de forma habitual. No obstante, estas estimaciones distan de ser sólidas y será necesario concretarlas conforme se vaya disponiendo de más datos procedentes de los nuevos Estados miembros.

## Consumo de drogas por vía parenteral

Los consumidores de drogas por vía parenteral corren un alto riesgo de sufrir consecuencias adversas y, por tanto, reviste una gran importancia considerar este tipo de consumo de drogas por separado, como una categoría central del consumo problemático de drogas.

Las estimaciones relativas al consumo de drogas por vía parenteral se elaboran utilizando métodos indirectos (técnicos y multiplicadores) que emplean datos sobre mortalidad y las tasas de infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o por el de la hepatitis C (VHC). De nuevo, la calidad de los datos y las cuestiones de carácter metodológico dan pie a problemas de interpretación; por ejemplo, en estas estimaciones resulta difícil distinguir las tasas de consumo actual por vía parenteral y el consumo por vía parenteral en algún momento de la vida, y las comparaciones entre países deberían realizarse con cautela. Las estimaciones disponibles a escala nacional relativas al consumo de drogas por vía parenteral se sitúan entre 2 y 6 casos por 1 000 habitantes de edades comprendidas entre los 15 y los 64 años (gráfico 12).

**Gráfico 12.** Porcentaje estimado de consumo de drogas por vía parenteral (tasa por 1 000 habitantes de 15-64 años)

*N.B.:* MM = Mortality multiplier (multiplicador de mortalidad); HM = HIV multiplier (multiplicador de VIH); CM = Combined methods for IDU estimation (métodos combinados para calcular el consumo de drogas por vía parenteral).
Los grupos objetivo pueden variar ligeramente debido a la utilización de métodos y fuentes de información diferentes, por lo que las comparaciones deben realizarse con cautela. Se supone que los multiplicadores de mortalidad y de VIH proporcionan estimaciones del consumo de drogas por vía parenteral (actualmente), que es sólo una parte del consumo problemático de drogas. Los demás métodos deben dar como resultado estimaciones del consumo problemático de drogas. Para más detalles véanse los cuadros 3 y 4 sobre la prevalencia, en el boletín estadístico de 2004.

*Fuente:* Puntos focales nacionales. Véase asimismo el proyecto del OEDT titulado «Estimaciones nacionales de prevalencia del consumo problemático de drogas en la Unión Europea, 1995-2000», CT.00.RTX.23, Lisboa, OEDT (2003), coordinado por el Instituto para Investigación Terapéutica, Múnich (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1372).

Un análisis de los consumidores de heroína en tratamiento indica que la prevalencia del consumo actual de drogas por vía parenteral presenta diferencias considerables entre un país y otro, y que existen distintas tendencias a lo largo del tiempo ([86]). Los datos disponibles indican que menos de la mitad (43 %) de los pacientes sometidos a tratamiento por consumo de heroína por primera vez afirma consumir actualmente, en comparación con dos de cada tres (62 %) de todos los que están en tratamiento (medias ponderadas). En algunos países, el consumo de drogas por vía parenteral es relativamente bajo (España, los Países Bajos y Portugal), mientras que en otros el nivel de consumo de heroína por vía parenteral sigue siendo la norma (República Checa, Eslovenia y Finlandia). En algunos países que forman parte de la UE desde hace tiempo y de los que hay datos disponibles, el consumo por vía parenteral parece haber decaído en la década de 1990. Sin embargo, resulta preocupante el hecho de que en otros países (Alemania, Irlanda, Finlandia) el consumo por vía parenteral no parezca disminuir e incluso esté aumentando, y que en los nuevos Estados miembros, al menos de los que se disponen de datos, casi todos los que consumen heroína lo hagan por vía parenteral.

## Incautaciones e información sobre el mercado ([87])

### Producción, tráfico e incautación de opiáceos

La mayor parte del opio y la heroína ilegales procede de unos pocos países (ONUDD, 2003a). Se calcula que la producción mundial ilegal de opio en 2002 alcanzó las 4 500 toneladas métricas, a las que Afganistán contribuyó con el 76 % del total; el resto procedía en su mayoría del sureste asiático, correspondiendo el 18 % a Myanmar y el 3 % a Laos. La producción mundial de opio ha permanecido estable en los últimos cinco años, excepto en 2001, cuando una prohibición del cultivo de adormidera dictada por el régimen talibán en Afganistán se tradujo en una caída espectacular, pero temporal.

La heroína que se consume en la UE se produce principalmente en Afganistán o a lo largo de las rutas de

([86]) Véase el gráfico 9 OL: Tendencias del consumo de drogas por vía parenteral.

([87]) Véase el capítulo 3 (p. 30): Cómo interpretar las incautaciones y los datos del mercado.

tráfico de opio, en particular en Turquía (ONUDD, 2003a), y se introduce en Europa por dos rutas principales. La ruta de los Balcanes, de importancia histórica, sigue desempeñando un papel vital en el contrabando de heroína. Tras atravesar Pakistán, Irán y Turquía, la ruta se divide en un tramo al sur que cruza la Antigua República Yugoslava de Macedonia, Albania, parte de Italia, Serbia y Montenegro, y Bosnia y Hercegovina, y un tramo hacia el norte a través de Bulgaria, Rumanía, Hungría y Austria. Desde mediados de la década de 1990, el contrabando de heroína en Europa ha ido aumentando a través de la «ruta de la seda» por Asia Central, el Mar Caspio y Rusia (red Reitox, Informes nacionales, 2003; ONUDD, 2003a; CND, 2004; JIFE, 2004a). Aunque estas rutas son las más importantes, las incautaciones se han llevado a cabo ocasionalmente en otros lugares, incluidos algunos países africanos y Colombia.

Además de la heroína importada, en la UE se producen otros opiáceos. Esta producción se limita principalmente a productos caseros elaborados con adormidera (por ejemplo, concentrado de tallos o cabezas de adormidera molidos) en varios países del este de la UE, como la República Checa, Estonia, Lituania y Polonia. Existen indicios de que estos productos caseros están siendo desplazados del mercado ilegal por la heroína importada.

En cuanto al volumen, en 2002, Asia (52,5 %) y Europa (28,1 %) fueron los lugares donde más cantidad de heroína se incautó a escala mundial (CND, 2004), concentrándose las incautaciones en Europa en los países occidentales. Desde 1998, el país de la UE que ha registrado el mayor número y volumen de incautaciones de heroína es el Reino Unido, seguido de España ([88]). En 2001, el Reino Unido fue el responsable de un tercio del total de incautaciones de heroína y del 40 % del total del volumen de heroína incautada en la UE.

Las cantidades de heroína incautadas ([89]) en la UE se mantuvieron estables hasta 1998 y aumentaron en 1999 y 2000. Tomando como base las tendencias en los países de los que hay datos disponibles, la cantidad total de heroína incautada en la UE permanece estable desde 2000 ([90]), aunque las incautaciones de heroína en 2002 descendieron en todos los países de los que se disponen datos ([91]).

Los últimos datos recabados sobre el tráfico de fentanil, un opiáceo sintético 100 veces más potente que la heroína ([92]), son un factor de preocupación. Recientemente, se han llevado a cabo diversas incautaciones de esta sustancia en algunos países del Mar Báltico y en Rusia. En Suecia se realizaron 2 incautaciones de fentanil en 2002 y 23 en 2003. En Estonia, el fentanil y el metilfentanil aparecieron en los mercados de la droga como sustitutos de la heroína a finales de 2001, realizándose 68 incautaciones de fentanil y 11 de metilfentanil en 2002. Ese mismo año, se incautó en Finlandia un envío cuantioso de 3-metilfentanil destinado al ámbito mayorista. En Lituania, el fentanil fue incautado en seis operaciones llevadas a cabo en 2002. La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE, 2004a) informó recientemente de una incautación de 41 kg de fentanil en Ucrania y del desmantelamiento de tres laboratorios donde se sintetizaba esta droga. Un aumento sustancial de la presencia de fentanil en el mercado europeo de las drogas constituiría un motivo serio de preocupación, dado su elevado potencial para causar problemas. Esto viene confirmado por los datos procedentes de los Estados bálticos de los últimos dos años relativos a muertes por sobredosis en las que se encontraron restos de fentanil en los análisis toxicológicos, a menudo en combinación con heroína. Es necesario mantenerse alerta, ya que, de lo contrario, esta droga podría pasar inadvertida, sobre todo si se mezcla con heroína ilegal para aumentar su potencia general. Asimismo, existen datos no científicos sobre el consumo de productos del fentanil desviados de su uso clínico; por ejemplo, Grecia ha notificado que algunos consumidores de drogas extraen el fentanil de los parches analgésicos Durogesic®.

La buprenorfina —un opiáceo farmacéutico— parece estar ganando terreno en el mercado negro en algunos países de la UE, como la República Checa, donde el producto Subutex® apareció en algunas zonas en 2002. Finlandia notificó incautaciones importantes de Subutex® en 2001 y 2002, y en Noruega tuvo lugar una operación de incautación de Temgesic® de gran envergadura en 2002. Hasta cierto punto, estos hechos no resultan sorprendentes, ya que las prescripciones de buprenorfina han aumentado considerablemente en muchos países. Sin embargo, la fórmula de este fármaco presenta un bajo potencial de adicción, lo que hace necesario seguir investigando estos datos.

### Acciones internacionales contra el tráfico de heroína

La cooperación mundial se ha ido reforzando con el fin de hacer frente a los retos que plantea el incremento de la producción de heroína en Afganistán (Europol, 2003). Desde 2002, el proyecto NEHRO ([93]) de Interpol se ha venido centrando en una nueva ruta para el tráfico de heroína entre Asia Central y Europa Occidental (Interpol, 2002; Europol, 2003). La Organización Mundial de Aduanas (OMA) ha lanzado la operación Tamerlane, que pretende aunar los esfuerzos emprendidos por la policía, los agentes de aduanas y la guardia fronteriza de todas las naciones por las que cruza la «ruta de la seda» o con las que limita (OMA, 2003a).

En 2003, en el marco de la operación Topaz —el programa internacional para evitar la desviación de anhídrido acético, una importante sustancia química empleada en la

([88]) Si bien este dato deberá cotejarse con la información correspondiente a 2002, cuando se disponga de ella. Faltan datos sobre el número de incautaciones de heroína en 2002 en Bélgica, Hungría, los Países Bajos y Polonia; asimismo, faltan datos sobre el número de incautaciones y las cantidades aprehendidas de heroína en 2002 en Irlanda, Chipre, Malta, Eslovaquia y el Reino Unido.

([89]) Véase el cuadro 14: Mercados, en el boletín estadístico de 2004.

([90]) Este dato deberá cotejarse con la información correspondiente a 2002, cuando se disponga de ella.

([91]) Ibídem.

([92]) El consumo accidental de fentanil, al ser confundido con heroína, conlleva un riesgo de toxicidad muy elevado.

([93]) Siglas en ingles para «ruta noreuropea de la heroína» («North European heroin route»).

producción de heroína— se identificaron diversas redes de narcotráfico y de sociedades ficticias implicadas en la desviación de este producto en Europa. Afganistán y otros países asiáticos se sumaron a la operación. La operación Topacio se inscribe en el marco de una serie de actividades coordinadas a escala internacional que representa una tendencia orientada al control de los precursores químicos necesarios para la producción de drogas ilegales, así como de las propias sustancias.

### Precio y pureza de la heroína

En Europa, la heroína se encuentra en dos formas: la más común es la heroína marrón (su forma química de base) y la menos común y más cara es la heroína blanca (una forma salina), que procede generalmente del sureste asiático. En 2002, el precio medio de la heroína marrón en la calle en los países miembros de la UE oscilaba entre 29 euros por gramo en Hungría y 161 euros por gramo en Suecia, mientras que el precio de la heroína blanca oscilaba entre 32 (Hungría) y 213 (Suecia) euros por gramo ([94]). Las diferencias en el precio pueden ser un reflejo de la pureza de la droga en venta. En los últimos cinco años, los precios medios en el ámbito minorista de la heroína marrón y de la blanca han permanecido estables o han descendido en los países de los que se dispone de datos, excepto en la República Checa, donde los precios han aumentado. En 2002, el precio medio de la heroína marrón en la calle descendió en 6 de un total de 9 países de la UE que ofrecieron datos, mientras que para la heroína blanca, la mayoría (4 de 6) notificó un aumento del precio medio.

En ese mismo año, la pureza media de la heroína marrón en la calle en la UE varió del 10 % en Luxemburgo al 43 % en España, mientras que la pureza media de la blanca osciló entre el 7 % en Estonia y Finlandia y el 75 % en Noruega. En los últimos cinco años, la pureza de la heroína se ha reducido o ha permanecido estable en la mayoría de los países de la UE. En 2001, la pureza de la heroína marrón aumentó en muchos países que han proporcionado datos (7 de 10), pero esta tendencia pareció cambiar en 2002, con reducciones sustanciales de la pureza media en 5 (de 7) países: Bélgica, Dinamarca, Luxemburgo, Portugal y el Reino Unido. La pureza media de la heroína blanca en la calle descendió en 2001 y 2002, pero solo tres países han facilitado datos relativos a la evolución en el tiempo (Dinamarca, Estonia y Finlandia).

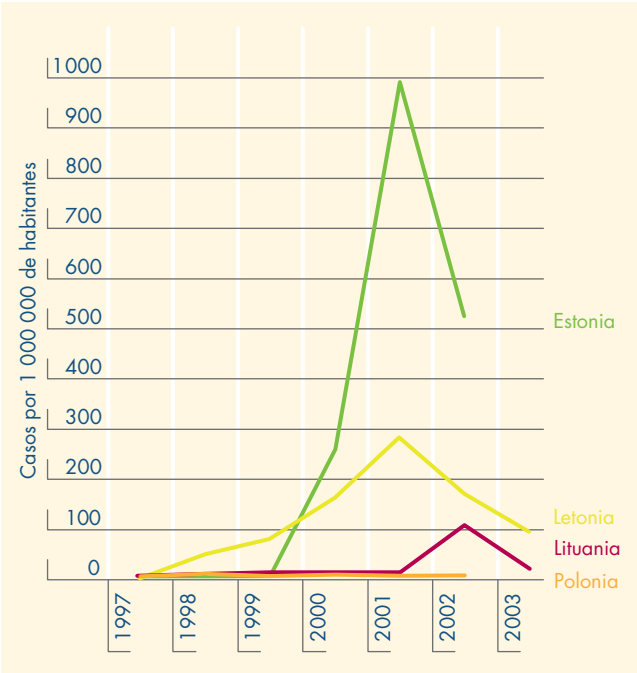
## Enfermedades infecciosas relacionadas con las drogas

### VIH

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) se está extendiendo con rapidez en algunos de los nuevos países de la UE y sus vecinos. Estonia, Letonia, Rusia y Ucrania se encuentran entre los países con mayores tasas de crecimiento de VIH en el mundo. Las tasas de prevalencia varían ampliamente en el resto de los nuevos países de la UE y en algunos sigue existiendo el riesgo de aparición de brotes similares. Entre los «antiguos» Estados miembros de la UE, algunos que hasta el momento habían escapado de una alta prevalencia del VIH entre los consumidores de drogas por vía parenteral muestran en la actualidad síntomas de un mayor riesgo.

Un análisis de los casos notificados recientemente sugiere que la incidencia del VIH alcanzó su pico en Estonia y Letonia en 2001, con unas tasas de 991 y 281 casos por cada millón de habitantes respectivamente, seguido de un descenso en 2002 a unas tasas, que siguen siendo muy elevadas, de 525 y 170 casos al año por cada millón de habitantes (gráfico 13) (EuroHIV, 2004). Entre los posibles motivos de este descenso cabe mencionar los artificios estadísticos, la saturación de los consumidores de drogas por vía parenteral de máximo riesgo y/o cambios de comportamiento. No obstante, según datos obtenidos de múltiples fuentes, la prevalencia entre estos consumidores en Estonia se redujo de forma brusca en 2002 (el 6 % de una muestra de 1 186 consumidores por vía parenteral, frente al 13 % de 2 078 en 2001), lo que indica que la tasa de transmisión se ha reducido y que se han realizado cambios en la forma de selección de las muestras de ensayo. De los nuevos países de la UE, Estonia (6,2 %-13 %), Letonia (6,6 %-14,6 %) y Polonia (6,8 %-9,1 %) notificaron las máximas prevalencias en distintas muestras nacionales de consumidores de drogas por vía parenteral sometidos a pruebas en 2001 a 2003, mientras que en

**Gráfico 13.** Casos recientes de transmisión del VIH entre los consumidores por vía parenteral, por millón de habitantes, en algunos nuevos Estados miembros de la UE




*Fuente:* Centro Europeo de Control Epidemiológico del Sida (European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS, EuroHIV).

([94]) Véase el cuadro 14: Mercados, en el boletín estadístico de 2004.

esos años se registró un pico local del 41 % (de 964), 22 % (de 205) y 29,7 % (de 165) respectivamente en estos tres países. En Estonia los datos de prevalencia de fuentes múltiples parecer confirmar un reciente declive en la prevalencia entre los consumidores por vía parenteral sometidos a pruebas (6,2 % en 2002 de 1 186 consumidores sometidos a nivel nacional, que supone una reducción frente al 13 % de 2 078 en 2001). En Letonia los datos nacionales procedentes de los centros de tratamiento también muestran una prevalencia decreciente en los consumidores por vía parenteral sometidos a prueba (de 13,7 % en 2001 a 6,6 % en 2003); sin embargo, los datos de otras fuentes nacionales (hospitales y detenciones: 7,8 % en 2000 a 14,6 % en 2002) y fuentes locales (múltiples lugares en la región de Riga y en Tukums: 18,3 % en 2000 a 22,0 % en 2003) sugieren un aumento continuado de la prevalencia en otros muestreos de consumidores por vía parenteral. En Lituania, se experimentó un aumento considerable de nuevos casos de VIH notificados en 2002, debido a un brote importante ocurrido en una prisión; no obstante, la prevalencia entre los consumidores de drogas por vía parenteral sigue siendo baja (en 2002 y 2003: 1,0 % de 2 831 y 2,4 % de 1 112 consumidores por vía parenteral, procedentes de diversos lugares del país, y 0,6 % de 641 y 0,4 % de 235 consumidores por vía parenteral que participaban en un programa de intercambio de jeringuillas en Vilnius respectivamente). El brote en la prisión ilustra tanto la urgencia de aplicar medidas preventivas en este país y en otras regiones, donde la prevalencia entre este tipo de consumidores sigue siendo baja, como la importancia del papel que las prisiones pueden desempeñar en la propagación del VIH entre los consumidores de drogas por vía parenteral (Dolan, 1997-1998; Dolan et al., 2003).

En Polonia, los datos nacionales sobre prevalencia proporcionados por laboratorios de salud pública indican un aumento de la prevalencia entre estos consumidores, pasando del 10,7 % (de 3 106) en 2000 a 6,8 % (de 2 626) en 2002. Este descenso es coherente con la tendencia que reflejan los nuevos casos de consumidores por vía parenteral, que se redujeron desde un máximo de 8,6 por cada millón de habitantes en 2000 a 5,1 y 6,9 en 2001 y 2002, respectivamente. Los datos locales indican no obstante una elevada prevalencia en la región de Pomorskie en 2002 (30 % de 165 consumidores por vía parenteral seleccionados en centros de tratamiento y en la calle; 15 % de 69 únicamente en la muestra de la calle), si bien cabe señalar que la prevalencia entre los consumidores en tratamiento seleccionados podría ser superior a la prevalencia entre la población de este tipo de consumidores en general. En el resto de nuevos países de la UE, la prevalencia entre consumidores por vía parenteral seguía siendo muy baja en el período 2000-2001, aunque faltan datos más recientes. La prevalencia del VIH fue por término medio inferior al 1 % en la República Checa, Eslovenia y Eslovaquia, similar a los resultados obtenidos en Rumanía y Bulgaria, países vecinos candidatos a la UE (OEDT, 2003a). Aunque hasta la fecha estos países han evitado la propagación del VIH entre los consumidores de drogas por vía parenteral, los aumentos en este tipo de consumo podrían conducir a incrementos en la prevalencia de infección por VIH y hepatitis en un futuro próximo, si las medidas de prevención no son suficientes (véase la sección «Reducción de las infecciones relacionadas con las drogas», en este capítulo).

En los 15 antiguos Estados miembros de la UE, el VIH entre consumidores de drogas por vía parenteral parece haberse estabilizado o estar en declive, según los datos de casos notificados, y las tasas en 2002 varían entre 1,3 nuevos casos por cada millón de habitantes en Grecia y 115,7 en Portugal (que se redujeron hasta 88,4 en 2003) (EuroHIV, 2004). Sin embargo, dado que no existe un mecanismo establecido de notificación de casos a escala nacional en los países que presentan las tasas más elevadas de prevalencia entre los consumidores por vía parenteral, la evolución a lo largo del tiempo de dicha notificación puede resultar confusa a escala europea y, por tanto, los datos de seroprevalencia de dichos consumidores constituyen un complemento importante. Los datos nacionales de prevalencia disponibles varían ampliamente entre países y también a escala nacional: del 0 %-1 % en Finlandia (datos de intercambio de jeringuillas) al 9,7 %-35 % en consumidores de drogas en diferentes muestras nacionales en España (2001-2004) (gráfico 14). La prevalencia en consumidores por vía parenteral sometidos a prueba se mantiene estable en general o disminuye ([95]), aunque la estabilidad no significa que no haya transmisión, y en algunos países se han registrado a nivel local o regional aumentos de la prevalencia desde mediados de la década de 1990. Asimismo, en algunas de estas zonas en las que se han registrado aumentos faltan datos más recientes. El incremento de la prevalencia revela que las medidas de prevención podrían ser insuficientes, incluso en algunas zonas afectadas por la epidemia desde hace tiempo. La transmisión constante entre consumidores de drogas por vía parenteral en varias zonas viene también demostrada por una elevada prevalencia entre los jóvenes (menores de 25 años) y entre los nuevos consumidores por vía parenteral (que llevan consumiendo por esta vía menos de dos años) (OEDT, 2003b) ([96]). En aquellos lugares donde la prevalencia del VIH sigue siendo elevada entre los consumidores por vía parenteral, es importante llevar a cabo continuos esfuerzos de prevención para evitar la transmisión a los nuevos consumidores, a las parejas sexuales de los consumidores por vía parenteral y de madre a hijo.

### Hepatitis B y C y otras enfermedades infecciosas

Por lo general, la prevalencia de los anticuerpos del virus de la hepatitis B (VHB) (6 %-85 %) y de la hepatitis C (VHC) (17 %-95 %) entre los consumidores de drogas por vía parenteral en la UE es extremadamente elevada, lo que refleja la apremiante necesidad de tratamiento y prevención (gráfico 15). La prevalencia del VHC es menor (25 %-33 %) en algunos de los países donde la prevalencia del VIH es también reducida (en particular en algunos

([95]) Para más detalles sobre estos datos y para las fuentes originales, véanse los cuadros 1 y 8, sobre enfermedades infecciosas, en el boletín estadístico de 2004.
([96]) Ibídem.

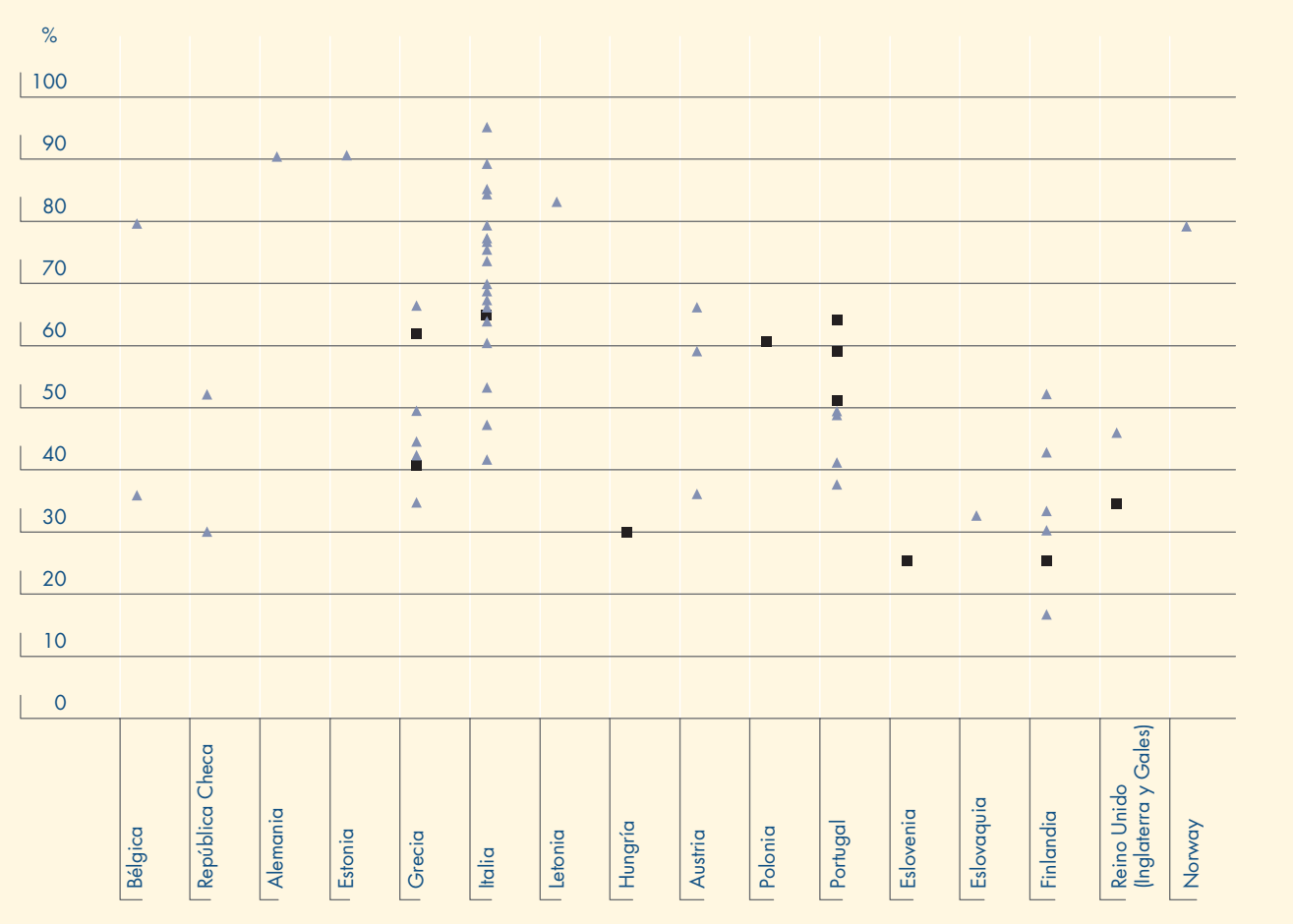
**Gráfico 14.** Prevalencia de la transmisión del VIH entre los consumidores por vía parenteral. Estudios de ámbito nacional y local (2001-2003)

*N.B.:* ■ = muestras de ámbito nacional; ▲ = muestras de ámbito local/regional.
Las diferencias entre países deben interpretarse con cautela debido a los diferentes tipos de determinantes y/o métodos de estudio; las estrategias nacionales de muestreo varían.
Los datos sobre Portugal e Italia incluyen la prevalencia del VHC entre los consumidores de drogas por vía no parenteral y pueden subestimar la prevalencia del VHC entre los consumidores por vía no parenteral (proporción de consumidores por vía no parenteral en las muestras: Italia, 5 %-10 %; Portugal, sin datos). El mismo caso se da para Francia en algunas de las muestras.
Los datos sobre Alemania, Italia, Hungría, Portugal y Eslovaquia se limitan a la prevalencia del VIH entre los consumidores de drogas por vía parenteral en tratamiento y pueden no ser representativos de la prevalencia del VIH entre aquellos consumidores que no reciben tratamiento.
Los datos sobre Alemania y Luxemburgo y parte de los datos de Bélgica y Francia se basan en las comunicaciones espontáneas de resultados de pruebas, que son menos fiables que pruebas documentadas clínicamente.
*Fuente:* Puntos focales nacionales Reitox. Para las fuentes primarias, detalles del estudio y datos anteriores a 2001 véase el cuadro 8 sobre enfermedades infecciosas, en el boletín estadístico 2004.

nuevos Estados miembros de la UE: Hungría, Eslovenia y Eslovaquia), lo que indica que el comportamiento de alto riesgo en estos países no es una práctica generalizada. Esto significa que la prevención de la propagación de estas enfermedades mediante intervenciones para reducir los daños sigue siendo posible (véase más adelante).

El consumo de droga por vía parenteral puede ser un vehículo para la transmisión de una serie de enfermedades infecciosas; por ejemplo, en los últimos años se han producido brotes de tétanos relacionados con los consumidores por vía parenteral y de botulismo de herida en el Reino Unido, posiblemente relacionados con la contaminación de heroína y/o prácticas de inyección específicas (Hope et al., 2004). La prevalencia de tuberculosis entre los consumidores por vía parenteral en la UE parece generalmente baja y no está aumentando, excepto quizás en los países bálticos (Migliori y Centis, 2002). No obstante, en los países vecinos del este de Europa se está convirtiendo en un problema, debido a la cada vez mayor resistencia al tratamiento y a su elevada prevalencia entre los presos, muchos de los cuales consumen drogas. Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) pueden considerarse como un indicador de prácticas sexuales de alto riesgo y como un factor de riesgo para la transmisión del VIH (Estébanez et al., 2001; Wiessing y Kretzschmar, 2003). En la actualidad, la prevalencia de ETS está aumentando rápidamente en varios países de la UE, principalmente entre hombres homosexuales. Entre los consumidores de drogas, las ETS son muy comunes en algunos países, por ejemplo en Irlanda e Italia (Giuliani y Suligoi, 2004), mientras que en otros (Suecia y Noruega) apenas se notifican; no obstante, en la mayoría de países parecen faltar datos relativos a los controles realizados de

**Gráfico 15.** Prevalencia del VHC entre los consumidores de drogas por vía parenteral. Estudios de ámbito nacional y local (2001-2002)




*N.B.:* ■ = muestras de ámbito nacional; ▲ = muestras de ámbito local/regional.
Las diferencias entre países deben interpretarse con cautela debido a los diferentes tipos de determinantes y/o métodos de estudio; las estrategias nacionales de muestreo varían.
Los datos sobre Portugal e Italia incluyen la prevalencia del VHC entre los consumidores de drogas por vía no parenteral y pueden subestimar la prevalencia del VHC entre los consumidores por vía no parenteral (proporción de consumidores por vía no parenteral en las muestras: Italia, 5 %-10 %; Portugal, sin datos). El mismo caso se da para la República Checa en algunas de las muestras.
Los datos de Inglaterra y Gales y parte de los datos de Finlandia se basan en pruebas de saliva, lo que subestima la prevalencia.
Los datos de Bélgica, Italia, Hungría, Portugal, Eslovenia y Eslovaquia se limitan a la prevalencia del VHC entre aquellos consumidores de drogas por vía parenteral en tratamiento y pueden no ser representativos de la prevalencia del VHC entre aquellos consumidores que no reciben tratamiento.
*Fuente:* Puntos focales nacionales Reitox. Para las fuentes primarias, detalles del estudio y datos anteriores a 2001 véase el cuadro 11 sobre enfermedades infecciosas, en el boletín estadístico de 2004.

forma específica en el caso de consumidores de drogas. Si los datos relativos al control de las ETS han de ser útiles como indicadores de las prácticas sexuales de alto riesgo entre consumidores de drogas por vía parenteral, para evaluar el potencial de las transmisiones sexuales del VIH (Wiessing y Kretzschmar, 2003), es importante que diferencien a los consumidores por vía parenteral y permitan así seguir las tendencias, particularmente entre este tipo de consumidores. En general, la situación epidemiológica de las enfermedades infecciosas entre los consumidores por vía parenteral es grave. Esto obliga a realizar un seguimiento sistemático de los consumidores de drogas cada vez que se ponen en contacto con los servicios sanitarios y a garantizar la suficiente disponibilidad de recursos para la prevención y el tratamiento.

## Reducción de las infecciones relacionadas con las drogas

Desde 2001, han aumentado el número y la cobertura geográfica de los programas de jeringuillas en varios Estados miembros ([97]). En particular, en Estonia y Letonia está teniendo lugar una rápida expansión de nuevos servicios, con el apoyo de subvenciones locales, nacionales e internacionales como respuesta a las significativas tasas de prevalencia del VIH. En Escocia, el número de jeringuillas intercambiadas se triplicó entre 1997 y 2002, y se espera que siga incrementándose desde que se aumentó el número máximo de jeringuillas a 60 por persona y visita, lo que facilita el intercambio de las mismas. Tras salvar los obstáculos geográficos pendientes en los países occidentales de la UE, también se han establecido

([97]) Véase el cuadro 6 OL: Existencia y tipos de programas de intercambio de jeringuillas, participación de farmacias, número de jeringuillas distribuidas/vendidas.

programas de intercambio de jeringuillas en Irlanda del Norte (en farmacias) y en Flandes (Bélgica). Sin embargo, en Suecia se sigue debatiendo sobre la aplicación generalizada de dichos programas.

Allí donde se han realizado estudios sobre el acceso a jeringuillas, los resultados muestran que la adquisición en farmacias es la fuente más común de equipos de inyección (por ejemplo, el 30 %-45 % de los usuarios de dichos programas en Bélgica, el 32 % en Luxemburgo y el 30 %-40 % en Hungría). Las farmacias de cuatro países desempeñan un papel destacado en el intercambio o suministro de jeringuillas: en España, Portugal y el Reino Unido, las farmacias cambian las jeringuillas gratuitamente; y en Francia, los llamados *stérikits,* subvencionados por el Estado, se venden principalmente en estos establecimientos. Como resultado de la participación de las farmacias, estos cuatro países han logrado un buen nivel de cobertura geográfica de puntos de intercambio de jeringuillas. En el resto de países, los consumidores de drogas tienen que comprar las jeringuillas (y otros objetos) y el elevado precio en algunos países es motivo de preocupación ([98]).

Francia y Portugal notifican un descenso en el número de jeringuillas adquiridas en las farmacias. En Francia, la venta de jeringuillas, distintas de los *stérikits,* descendió en un 45 % entre 1999 y 2002, pasando de los 16,5 millones a los 9 millones. Este descenso no se vio compensado por un aumento de la actividad de los programas de intercambio de jeringuillas. Entre las posibles explicaciones pueden encontrarse un aumento de las vías de consumo distintas de la parenteral, un mayor acceso de los consumidores por vía parenteral a los tratamientos de sustitución o un mayor número de casos en los que se comparten las jeringuillas (Emmanuelli, 2003).

Los programas de intercambio de jeringuillas pueden ponerse en marcha de diversas maneras: a través de organismos de bajo umbral responsables de la lucha contra la droga, farmacias, centros sanitarios y servicios sociales, así como en puntos de intercambio móviles (un autobús equipado o trabajadores sociales «de calle») y máquinas especiales. En varios de los nuevos Estados miembros (la República Checa, Polonia, Eslovenia y Bulgaria) en particular, pero también en Bélgica, Irlanda y el Reino Unido, los trabajadores sociales «a pie de calle» especializados en temas de droga desempeñan un papel cada vez más importante a la hora de suministrar equipos estériles a los consumidores de drogas (McVeigh et al., 2003).

## Evolución del tratamiento de las infecciones relacionadas con las drogas

Los altos niveles de infección por hepatitis C (HCV) entre los consumidores de droga causan una preocupación creciente entre los profesionales sanitarios. Entre el 60 % y el 80 % de quienes contraen el virus se convierten en enfermos crónicos, contrayendo una enfermedad hepática terminal en hasta el 20 % de los casos, pero el acceso de los consumidores de drogas al tratamiento de la hepatitis C es bajo. Un resumen de estrategias y una monografía científica sobre la hepatitis C elaborados por el OEDT son accesibles en línea (OEDT, 2003c; OEDT, 2004d) ([99]).

El acceso de los consumidores de drogas a los tratamientos hepáticos necesita ser mejorado en la mayoría de países. Dado que las orientaciones para el tratamiento se consideran un instrumento importante para dirigir la prestación de tratamiento medico, el OEDT efectuó un análisis de las orientaciones de tratamiento de la infección por HCV en los consumidores de drogas de los 15 antiguos Estados miembros de la UE y Noruega en 2003/2004 ([100]). El resultado de este estudio fue que en muchos países se estaba efectuando una revisión de las orientaciones nacionales para tener en cuenta mejores opciones de tratamiento y resultados considerablemente mejorados. Algunos documentos de orientación se referían explícitamente a la investigación que demuestra los beneficios que tiene para los consumidores de drogas el que sean equipos interdisciplinares de especialistas en hepatología y en el consumo de drogas los que realicen el tratamiento

El Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria destinará recursos específicos para ofrecer tratamientos antirretrovirales a pacientes en Estonia y Bulgaria (país candidato a la adhesión): el número previsto de personas que recibirán tratamiento con antirretrovirales es de 500 en Estonia y 200 en Bulgaria (Secretaría del Fondo Mundial, 2004).

### Nuevas tendencias en la prestación de servicios

Las principales tendencias en la prestación de servicios de bajo umbral para consumidores de drogas, originalmente centrados en el intercambio de agujas y jeringuillas, incluyen una mayor integración con otros servicios orientados a la supervivencia, por ejemplo refugios, servicios médicos y sanitarios, y la ampliación de los horarios de apertura por las tardes, noches y durante los fines de semana.

Los servicios de asistencia de los Países Bajos, para hacer frente a un número creciente de consumidores de drogas caóticos y poco inclinados a acudir a ellos, recurren a la persuasión «amistosa» para someter a tratamiento a consumidores que por lo general están fuera de su alcance. Este enfoque, denominado «tratamiento de intervención» *(interferential care)* proporciona un eficaz tratamiento sanitario de proximidad a un grupo vulnerable de personas con múltiples problemas que, pese a tener una situación alarmante que amenaza gravemente su calidad de vida, no hacen un uso regular de los servicios sanitarios (Roeg et al., 2004).

El contacto con los consumidores de drogas y las personas en situación de riesgo es esencial para la transmisión de mensajes educativos en materia sanitaria y la prevención de

([98]) Véase el cuadro 7 OL: Precios en euros de los tipos de jeringuillas (con aguja) más comunes.

([99]) El cuadro 4 OL: Principales aspectos de la hepatitis C presenta las conclusiones de las tres recientes publicaciones del OEDT sobre la hepatitis C.

([100]) Análisis de las orientaciones para el tratamiento de la infección por el virus de la hepatitis C, desde el punto de vista de acceso de los consumidores de drogas al tratamiento.

daños a la salud relacionados con las drogas. Esto se ha logrado en gran medida en la República Checa, donde existe una densa red de 93 servicios distribuida por el país de la que se beneficiaron 22 000 consumidores de drogas problemáticos en 2002, esto es, más de la mitad de la población estimada de consumidores problemáticos de drogas (Informe nacional de la República Checa, 2003, p. 35).

Varios países reconocen el papel de los servicios de bajo umbral en materia de drogodependencia como plataforma para ofrecer asistencia sanitaria básica, para curar heridas o abscesos, como por ejemplo las llamadas «estaciones de enfermería sobre el terreno» en Noruega. En Finlandia, los servicios médicos de bajo umbral, los llamados «centros de asesoramiento sanitario», realizan con éxito ensayos y campañas de vacunación. La oportunidad de recibir asistencia médica resulta atractiva incluso para los consumidores de drogas a los que, de otro modo, resulta difícil acceder, y el contacto con el personal médico ofrece la posibilidad de obtener recursos y acceso a servicios como asesoramiento sobre VIH, pruebas, asistencia médica y tratamiento por consumo de drogas, más allá de la oportunidad que brinda el intercambio de agujas y jeringuillas (OEDT, 2004a).

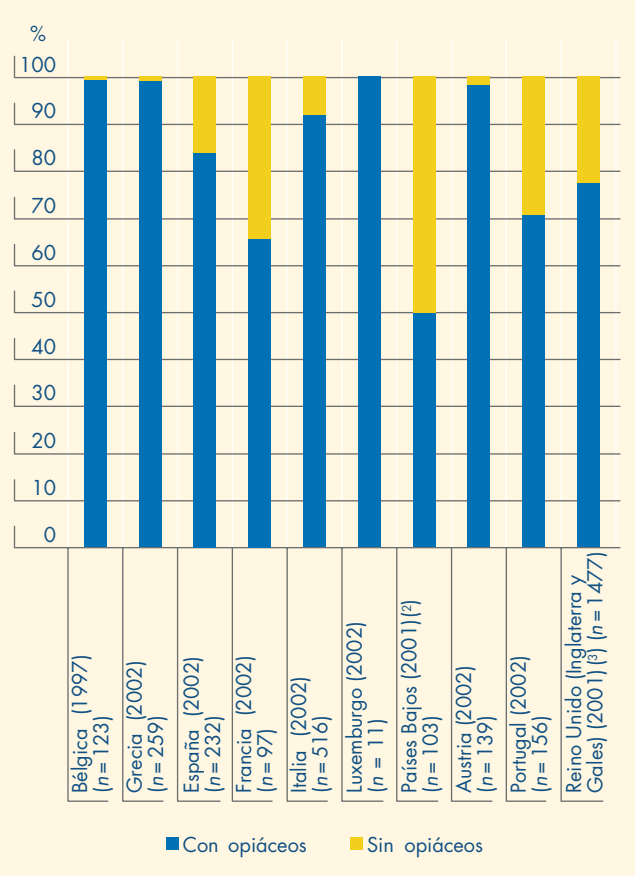
Los servicios de bajo umbral son más necesarios en los países donde las enfermedades llevan más tiempo presentes y donde los que más tiempo llevan consumiendo drogas por vía parenteral sufren problemas considerables de salud y están más marginados y excluidos socialmente: la creciente variedad de servicios ofrecidos podría reflejar asimismo una mayor dependencia de este grupo con respecto a los mismos.

## Muertes relacionadas con las drogas ([101])

Los opiáceos están presentes en la mayoría de los casos de muertes relacionadas con las drogas ([102]) debidas a sustancias ilegales notificadas en la UE, si bien muy a menudo se detectan otras sustancias en los exámenes toxicológicos (gráfico 16) ([103]).

Entre 1995 y 2001, los Estados miembros de la UE notificaron entre 8 000 y 9 000 muertes anuales por sobredosis ([104]). Estas cifras deben considerarse como estimaciones mínimas, ya que es probable que en la mayoría de los países no se notifiquen todas las muertes. La mayoría de las víctimas de sobredosis son jóvenes de sexo masculino (70 %-93 %) de entre 29 y 39 años de edad, con una edad media de entre 31 y 40 años. En la mayoría de los países de la UE se observa una clara tendencia al alza de la edad entre las víctimas, lo que sugiere un efecto de cohorte asociado a la edad ([105]). Finlandia y, en un menor grado, Grecia y el Reino Unido constituyen una excepción a esta tendencia, un resultado

**Gráfico 16.** Porcentaje de las muertes relacionadas con las drogas con o sin presencia de opiáceos en algunos países de la UE en el período 2001-2002 ([1])




([1]) O bien último año sobre el que se tiene información.
([2]) En los Países Bajos, algunos casos «con opiáceos» hacen referencia a «otros narcóticos no especificados» o bien a «otros psicodislépticos no especificados», que podrían incluir casos con opiáceos y casos debidos a la cocaína.
([3]) En el Reino Unido, la información toxicológica se basa en np-SAD (St George's Hospital Medical School) a partir de informes policiales. Se mencionan los casos donde hay al menos un opiáceo; puede haber alguna superposición y la proporción total puede ser menor.

*N.B.:* En algunos países las definiciones nacionales de «muertes relacionadas con las drogas» incluyen una cantidad limitada de casos de muertes indirectamente relacionadas con el consumo de drogas.

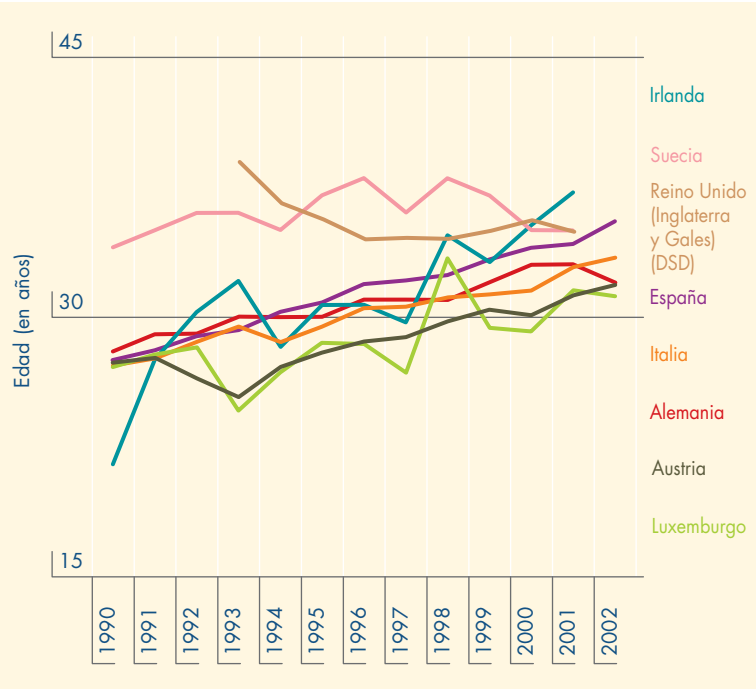
*Fuentes:* Informes nacionales de la red Reitox de 2003, extraídos de los registros nacionales de mortalidad o los registros especiales (forenses o policiales). Sobre la base de las definiciones nacionales que figuran en las notas metodológicas «Definición de las muertes por intoxicación aguda de drogas en los Estados miembros». Véase asimismo el cuadro 1 sobre muertes relacionadas con las drogas, en el boletín estadístico de 2004.

que merece atención, ya que podría indicar un aumento de la incidencia de consumo de drogas por vía parenteral o de opiáceos en los últimos años (gráfico 17).

Varios países de la UE han notificado la existencia de víctimas, cuya muerte está relacionada con las drogas, en las que se ha detectado metadona. Como cualquier

([101]) Para obtener una visión general de este aspecto, véase el apartado titulado «Muertes relacionadas con las drogas y mortalidad entre los consumidores de drogas» del informe anual del año pasado (OEDT, 2003b).
([102]) Véanse las notas metodológicas «Muertes relacionadas con las drogas. Definición del OEDT», en el boletín estadístico. Véase igualmente el protocolo del OEDT para las muertes relacionadas con las drogas (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1419).
([103]) Véase el cuadro 1 sobre las muertes relacionadas con las drogas, en el boletín estadístico de 2004.
([104]) Véanse el cuadro 2 y el cuadro 3 sobre las muertes relacionadas con las drogas, en el boletín estadístico de 2004.
([105]) Véase el gráfico 10 OL: Evolución del porcentaje de personas de más de 35 años entre las muertes por intoxicación aguda relacionadas con las drogas en algunos países de la UE desde 1990 hasta 2001-2002.

**Gráfico 17.** Edad media de las víctimas mortales relacionadas con las drogas en algunos países de la UE (1990-2002)




DSD: Definición de la estrategia en materia de drogas.
*N.B.:* Esta cifra corresponde a países que han notificado la edad media de las víctimas en la mayoría de los años del período notificado.
Véase el gráfico 10 OL: Evolución del porcentaje de personas de más de 35 años entre las muertes relacionadas con las drogas en algunos países de la UE desde 1990 hasta 2001-2002.
Información basada en las definiciones nacionales tal como se presentan en las notas metodológicas «Definición de las muertes por intoxicación aguda de drogas en los Estados miembros». En Inglaterra y Gales se emplea la «Definición de la estrategia en materia de drogas» (boletín estadístico de 2004).
*Fuentes:* Informes nacionales de la red Reitox de 2003, extraídos de los registros nacionales de mortalidad o los registros especiales (forenses o policiales).

opiáceo, la metadona es una sustancia potencialmente tóxica, aunque los estudios revelan claramente que los tratamientos de sustitución reducen el riesgo de mortalidad por sobredosis entre los participantes en estos programas. Varios estudios indican que las muertes en las que interviene la metadona generalmente son resultado del consumo ilícito y no del consumo con receta, mientras que otros han observado un mayor riesgo durante las fases iniciales del tratamiento de mantenimiento con metadona. Estos resultados reflejan la necesidad de garantizar un alto nivel de calidad en los programas de sustitución.

## Tendencias en las muertes por intoxicación aguda de drogas

Las tendencias de las muertes relacionadas con drogas varían de un país a otro, aunque pueden esbozarse algunas tendencias generales para los países de la UE. Durante la década de 1980 y principios de la de 1990 se observó un notable aumento del número de muertes relacionadas con las drogas ([106]). Durante el período 1990-2000, y a pesar de los descensos en algunos países, la tendencia general continuó, pero a un ritmo inferior. En 2000, se notificaron 8 838 muertes, en comparación con las 6 284 en 1990 (lo que representa un aumento del 40 %).

Entre 2000 y el período 2001-2002, muchos países de la UE notificaron un descenso del número de muertes relacionadas con las drogas, que en algunos casos (Alemania, Grecia, Irlanda, Italia y Portugal) fueron importantes desde el punto de vista estadístico. En Noruega, la policía también notificó un descenso significativo del número de muertes relacionadas con las drogas en 2002. En la UE se observó un descenso generalizado entre 2000 (8 838 casos) y 2001 (8 306 casos), lo que representa una reducción modesta, aunque estadísticamente significativa (6 %) (gráfico 18) ([107]).

Cabe esperar una tendencia al alza del número de muertes relacionadas con las drogas en los nuevos Estados miembros o en los países candidatos. En la actualidad, la calidad de la información sobre las muertes relacionadas con las drogas en algunos de estos países es muy limitada y las tendencias deberán interpretarse con precaución. Estonia y Eslovenia muestran una tendencia alcista, mientras que en Bulgaria y la República Checa no es posible discernir ninguna tendencia.

A pesar de factores favorables tales como la menor tendencia a inyectarse drogas por vía parenteral entre los consumidores de opiáceos en algunos países y el aumento de los tratamientos, el descenso del número de muertes relacionadas con las drogas en los dos últimos años es leve (inexistente en algunos países), y las cifras actuales siguen siendo elevadas desde una perspectiva a largo plazo.

## Mortalidad general entre consumidores de opiáceos

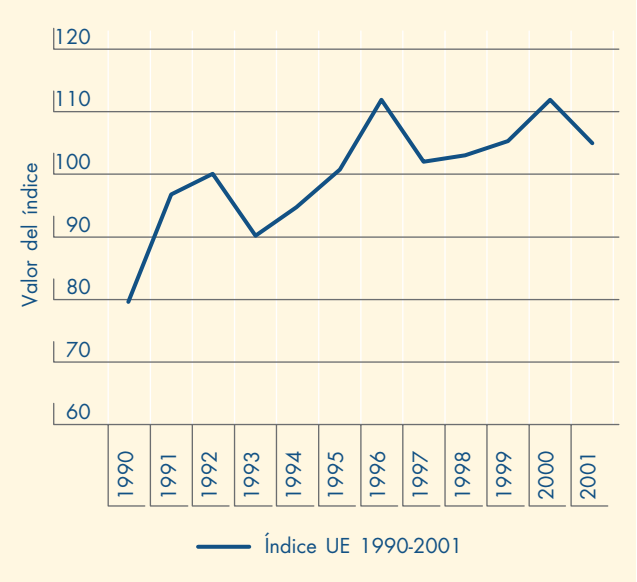
Los estudios sobre la mortalidad de cohortes han revelado que la mortalidad entre los consumidores de opiáceos es veinte veces superior a la mortalidad de la población en general de la misma edad. El OEDT está coordinando un proyecto de cooperación sobre la mortalidad de cohortes en ocho países, y los resultados preliminares se han presentado en anteriores informes del OEDT. Se están realizando más análisis y se han incluido cohortes de Francia y Escocia. Está previsto que los resultados se presenten en futuros informes anuales.

## Reducción de las muertes relacionadas con las drogas

Desde mediados de la década de 1990 se ha venido ampliando el conocimiento sobre los factores de riesgo sociales y personales, los riesgos de muertes relacionadas con las drogas y las circunstancias en las que pueden darse, especialmente por sobredosis de heroína (Best et al., 2000; Best et al., 2001; Origer y Delucci, 2002), y ha

([106]) Véase el gráfico 11 OL: Tendencias a largo plazo en las muertes por intoxicación aguda de drogas en los países de la UE (1985-2001).
([107]) Véase el gráfico 12 OL: Tendencias en las muertes por intoxicación aguda de drogas en los países de la UE y en la UE en su conjunto (1985-2001). Para el Reino Unido, véase también «Definición de la estrategia en materia de drogas» y «Definición básica de la Oficina de Estadísticas Nacionales» en las «Notas metodológicas sobre las definiciones nacionales de muertes relacionadas con las drogas» (boletín estadístico). La definición de la estrategia en materia de drogas elabora estimaciones que están muy relacionadas con la definición del OEDT («selección B»).

**Gráfico 18.** Evolución de las muertes por intoxicación aguda relacionadas directamente con el consumo de drogas en la UE (1990-2001) (indexado a 100 para el promedio durante el período 1990-2001)




*N.B.:* Debido a la insuficiencia de datos, no se contabilizó el índice de 2002. Las tendencias por país figuran en el cuadro 11 OL. El número de casos por país figura en los cuadros 2 y 3 sobre las muertes relacionadas con las drogas (boletín estadístico de 2004).
En el Reino Unido se emplean los datos proporcionados por la Oficina Nacional de Estadística (ONS), ya que están disponibles para un período de tiempo más largo.

*Fuentes:* Informes nacionales de la red Reitox de 2003, extraídos de los registros generales de mortalidad o los registros especiales (forenses o policiales). Están basados en las definiciones nacionales que figuran en las notas metodológicas sobre las definiciones nacionales de las muertes por intoxicación aguda de drogas (boletín estadístico de 2004).

quedado demostrado el considerable potencial de los enfoques médico y educativo para reducir el número de muertes. El descenso de muertes por sobredosis observado recientemente en varios países (Francia, España) ha sido atribuido a una mayor disponibilidad de tratamientos de sustitución (por ejemplo, en Francia, Informe nacional 2002 e Informe nacional 2003), así como a cambios en las vías de administración, en particular en la vía parenteral (OEDT, 2004b).

La reducción del número de muertes relacionadas con las drogas constituye un objetivo de ámbito europeo (objetivo n° 2 de la Estrategia europea en materia de lucha contra la droga 2000-2004) que aparece recogido en un número cada vez mayor de estrategias nacionales en materia de drogas en los Estados miembros ([108]).

La difusión entre los consumidores de drogas y sus redes sociales de información y material educativo sobre los riesgos de sobredosis y su gestión (folletos, carteles o vídeos) constituye una práctica común en la mayoría de los antiguos Estados miembros, pero no es frecuente en los nuevos. Varios países han notificado otras respuestas basadas en pruebas científicas, como la intervención de personas con los mismos problemas en el caso de una emergencia relacionada con el consumo de droga, y en otros se anima a los consumidores de drogas que han presenciado una sobredosis a que llamen a una ambulancia; no obstante, sigue sin haber un conocimiento sistemático del número de cursos de estas características que se imparten en la actualidad. La distribución de un antagonista de los opiáceos (naloxona) entre los consumidores de drogas es una medida que se adopta o se está considerando estudio en algunos países para reducir las muertes por sobredosis ([109]) (OEDT, 2003a).

En algunos países existen instalaciones destinadas al consumo controlado de drogas para los consumidores sin hogar que consumen en público y que corren un alto riesgo de sufrir una sobredosis: estos servicios existen en Alemania, España y los Países Bajos, y se encuentran en fase de preparación en Luxemburgo, Eslovenia y Noruega. Si la cobertura es adecuada, estas salas pueden contribuir a reducir el número de muertes relacionadas con las drogas en el ámbito urbano.

En Austria, se ha puesto en marcha un proyecto basado en las unidades de urgencia destinado a los consumidores de droga que sufren frecuentes sobredosis ([110]).

### Salas de consumo

«Las salas de consumo de drogas», instalaciones donde los drogodependientes pueden consumir droga en condiciones higiénicas, bajo la supervisión de personal cualificado y sin temor a ser arrestados, funcionan en 39 ciudades europeas. El *Informe Europeo sobre las Salas de Consumo (European report on drug consumption rooms)* (OEDT, 2004a) describe lo que son las salas de consumo y cómo se han puesto en funcionamiento, a qué grupos específicos van dirigidas, qué objetivos específicos tienen y cómo funcionan, a la vez que resume las pruebas científicas.

Como servicios altamente especializados, integrados en una red más amplia de servicios a los consumidores de drogas, estas salas se basan en el consenso y la cooperación activa entre los trabajadores sanitarios, los cuerpos policiales, las autoridades locales y las comunidades locales. El informe muestra que estas salas tienen éxito a la hora de establecer contacto con un grupo muy problemático de consumidores de drogas, para facilitarles el acceso a cuidados sanitarios muy necesarios, además de a servicios sociales y de tratamiento. Al facilitarles acceso a equipos de inyección estériles y un entorno controlado para el consumo de drogas, se reducen los riesgos de morbilidad y mortalidad, así como las molestias ocasionadas por el consumo de drogas en público.

([108]) Véase el cuadro 8 OL: Estrategias y medidas seleccionadas para reducir el número de muertes relacionadas con las drogas en los 25 Estados miembros de la UE y Noruega.
([109]) Ibídem.
([110]) Véanse los datos del contacto del proyecto austríaco de EDDRA en la base de datos del EDDRA (http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/ShowQuest?Prog_ID=2066).

# Capítulo 7
# Tratamiento: satisfacer las necesidades de los que tienen problemas

Muchos de los que han desarrollado un problema con el consumo de drogas pueden recurrir a un centro de tratamiento. Existe una amplia variedad de tratamientos en toda la Comunidad Europea que reflejan los contextos nacionales e históricos, así como las características diferenciales de la población que necesita ayuda. Estas opciones se resumen más abajo. La disponibilidad de tratamientos varía de un país a otro y, en general, está menos desarrollada en los nuevos Estados miembros. Sin embargo, parece que se están realizando esfuerzos constantes para aumentar la capacidad de este sector y se están constatando mejoras en relación con las oportunidades ofrecidas a los que tienen problemas con las drogas.

Un nuevo avance en este ámbito es el uso del potencial de comunicación de las nuevas tecnologías de la información, como Internet, con vistas a mejorar los servicios disponibles para los consumidores de drogas. Se ha prestado especial atención al papel de Internet en el fomento del consumo ilícito de drogas. Por tanto, cabe congratularse por el hecho de que varios países, como los Países Bajos y Finlandia, hayan adoptado iniciativas para explorar el potencial de este medio con el fin de mejorar la información y las opciones de asistencia médica disponibles. Entre estas iniciativas se incluyen el fomento de los canales de comunicación a través del correo electrónico y los teléfonos móviles, así como la evaluación de los posibles beneficios que aportan a los consumidores de drogas los servicios de asesoramiento electrónico y de mensajes de texto a través del móvil.

Una tendencia generalizada en la UE es que el tratamiento relacionado con el consumo de drogas se ha desplazado de los hospitales a centros de tratamiento situados en el entorno de la comunidad del paciente. Esta evolución resulta menos evidente en los nuevos Estados miembros, donde los hospitales psiquiátricos siguen siendo los principales proveedores de asistencia primaria (Estonia, Letonia, Lituania y Eslovenia), aunque esto parece estar cambiando en algunos países; en la República Checa, por ejemplo, la asistencia se proporciona en ambos entornos.

## Características de los servicios de tratamiento

### Tratamiento sin drogas

El tratamiento sin drogas implica la aplicación de técnicas psicosociales y educativas para lograr una abstinencia de las drogas a largo plazo. Tradicionalmente, el tratamiento sin drogas ha sido residencial y a largo plazo, por ejemplo en comunidades terapéuticas. Actualmente, también suele estar basado en una comunidad. Puede recurrirse a la medicación para aliviar los síntomas de abstinencia, quedando ésta restringida a los antidepresivos y/o benzodiazepinas, aunque en algunas comunidades terapéuticas no se suministra este tipo de fármacos ([111]).

Dado que el tratamiento con asistencia médica suele estar destinado exclusivamente a los consumidores de opiáceos, generalmente la única opción terapéutica disponible para los que tienen problemas con las drogas no opiáceas es algún tipo de tratamiento sin drogas.

### Tratamiento con asistencia médica

El tratamiento del consumo de drogas con asistencia médica incluye tanto el tratamiento de sustitución con agonistas como el tratamiento con antagonistas. Por norma general, este tipo de intervención farmacológica utiliza la naltrexona (un antagonista) o uno de los siguientes agonistas opiáceos: metadona, buprenorfina, dihidrocodeína (heroína) y morfina de acción retardada.

La metadona es, con mucho, la sustancia de sustitución más prescrita en la Europa de los Veinticinco. No obstante, en los últimos años se han ampliado las opciones de tratamiento. En 2002, todos los antiguos Estados miembros, excepto los Países Bajos e Irlanda (donde sólo se utiliza para la desintoxicación) ([112]), notificaron el uso de buprenorfina. Otras sustancias de sustitución, como la dihidrocodeína (Bélgica, Alemania, Luxemburgo y Austria), la morfina de acción retardada (Austria) y la heroína (Alemania, los Países Bajos y el Reino Unido) se emplean con menor frecuencia o como parte de un estudio médico (Springer, 2003a) ([113]).

En términos absolutos, el tratamiento de sustitución se ha convertido en la clase de tratamiento especializado en drogodependencia más extendida en la UE para los consumidores de opiáceos, con más de 400 000 pacientes. No obstante, con la excepción de Eslovenia, este tipo de intervención está menos presente, con diferencia, en los nuevos Estados miembros, donde siguen dominando las opciones de tratamiento sin drogas, tal como ocurre en Suecia y Finlandia ([114]).

([111]) Véase el gráfico 13 OL: Modalidades de tratamiento hospitalario sin drogas.

([112]) En Irlanda, la buprenorfina se utiliza únicamente para tratar el síndrome de abstinencia.

([113]) Véase el cuadro 9 OL: Sustancias de sustitución utilizadas en los Estados miembros de la UE.

([114]) Véase el gráfico 14 OL: Predominio del tratamiento de sustitución o del tratamiento sin drogas por consumo de opiáceos.

### Accesibilidad y criterios de admisión a los tratamientos de sustitución

Continúa la tendencia hacia unos criterios de admisión a los tratamientos de sustitución menos restrictivos. En el pasado, dichos criterios solían ser muy selectivos, limitándose este tipo de tratamiento a los que habían desarrollado problemas crónicos. Hoy en día, la admisión a los tratamientos de sustitución se limita, por lo general, a las personas de 18 años en adelante con un historial de 1 o 2 años de consumo problemático de drogas (Bélgica, Irlanda y los Países Bajos). La mayoría de los nuevos Estados miembros establecen umbrales más elevados, por ejemplo una edad mínima de 20 años y un historial de consumo problemático de al menos cinco años (Estonia y Letonia), aunque en Eslovenia los consumidores de drogas pueden recibir tratamiento de sustitución a partir de los 16 años. También encontramos criterios de admisión relativamente estrictos en Grecia, Finlandia, Suecia y Noruega, donde la edad mínima para recibir tratamiento oscila entre los 20 y los 25 años y se requiere un historial de consumo problemático de entre 4 y 5 años.

A pesar de la mayor disponibilidad de tratamientos de sustitución, varios países han notificado que la demanda sigue siendo superior a la oferta; asimismo, países como Bélgica, la República Checa, Grecia, Estonia, Hungría, Irlanda, Suecia y Noruega han señalado la existencia de listas de espera. El acceso también puede verse restringido por la forma en que se organizan los servicios de drogodependencia; en Lituania, por ejemplo, los pacientes tienen que pagar la medicación, lo que reduce el número de solicitudes.

### Introducción del tratamiento de sustitución

Existen considerables diferencias entre Estados miembros en lo que respecta al calendario de puesta en marcha de los tratamientos de sustitución. Algunos Estados miembros introdujeron los programas de sustitución con metadona a finales de la década de 1960 y principios de la de 1970, mientras que otros no lo hicieron de forma generalizada hasta la década de 1990 (Bélgica, Grecia, Francia y Noruega). El tratamiento de sustitución es un fenómeno relativamente reciente en la mayor parte de los nuevos Estados miembros, donde empezó su andadura de forma general en la década de 1990, y en Estonia, en 2001. La excepción es Eslovenia, que cuenta con programas de sustitución desde 1990 ([115]).

## Apoyo psicosocial en los tratamientos de sustitución

Aunque en general se reconoce que los tratamientos de sustitución deben complementarse con apoyo psicosocial, esta práctica no suele ser habitual en este tipo de tratamientos. En la República Checa, Alemania y los Países Bajos, la falta de recursos limita la capacidad de ofrecer un servicio de apoyo psicosocial adecuado. En Noruega, en teoría debería asignarse un trabajador social a cada uno de los pacientes que reciben tratamiento de sustitución, aunque en la práctica no siempre hay recursos suficientes. Un estudio danés señaló que los pacientes a los que se administra metadona y que no reciben apoyo psicosocial consumen una segunda droga en mayor medida que los que sí lo reciben. Se está investigando en la actualidad si una ampliación de los servicios de apoyo psicosocial mejoraría los resultados del tratamiento (Pedersen, 2001). El Colegio de Médicos de Irlanda ha elaborado, basándose en pruebas científicas, unas directrices sobre los tratamientos de sustitución (*substitution treatment guidelines*, 2003) en las que se destaca la necesidad del componente psicosocial.

No obstante, la utilidad del apoyo psicosocial depende asimismo del valor que los pacientes atribuyen a este tipo de opción terapéutica. Grecia ha notificado que los pacientes tratados con metadona recurren con frecuencia a los servicios de asesoramiento, mientras que en Letonia sólo unos pocos se muestran dispuestos a recibir este tipo de intervención.

## Aseguramiento de la calidad

El aseguramiento de la calidad del tratamiento puede definirse como un «intento sistemático de controlar, documentar y mejorar la calidad de los servicios prestados». En la UE se aceptan generalmente cinco mecanismos de aseguramiento de la calidad: acreditación de los servicios de tratamiento, normas para el tratamiento, formación del personal, supervisión de los pacientes y resultados y, por último, evaluación de las tasas de retención, resultados, satisfacción, alta, etc. (gráfico 19).

Entre los nuevos avances realizados en lo que respecta al aseguramiento de la calidad de los servicios de tratamiento se cuentan su inclusión en las estrategias nacionales en materia de drogas (Grecia, España, Francia, Irlanda y Suecia) o el establecimiento de requisitos mínimos para estos servicios (Bélgica, la República Checa, Alemania, los Países Bajos, Polonia, Eslovenia y el Reino Unido). La acreditación de los servicios de tratamiento constituye un mecanismo de aseguramiento de la calidad en numerosos países (Alemania, España, Francia, Irlanda, Luxemburgo, los Países Bajos, Polonia, Portugal y el Reino Unido), aunque algunos reconocen la necesidad de introducir mejoras (la República Checa y los Países Bajos). Muchos países señalan haber intensificado la formación del personal, aunque el alcance y la cobertura actuales no siempre se controlan de forma sistemática. La evaluación sistemática a gran escala de los servicios de tratamiento es relativamente poco frecuente y sólo se lleva a cabo en Dinamarca, Italia, Letonia, Luxemburgo, Polonia, el Reino Unido y Noruega.

([115]) Véase el gráfico 15 OL: Introducción del tratamiento con metadona en la UE.

## Reintegración social

La reintegración social se basa en tres «pilares»: 1) alojamiento, 2) educación y 3) empleo y formación profesional. El alojamiento es un requisito fundamental para una vida estable, y las intervenciones están encaminadas a proporcionar a los consumidores de drogas, tanto a los que lo han dejado como a los que consumen actualmente, un lugar para vivir y/o ayudas para el alquiler de una vivienda. La mayoría de los consumidores de drogas han recibido relativamente poca formación y se les ofrece la oportunidad de mejorar sus conocimientos y capacidades de cálculo o de otro tipo. Por último, las iniciativas en materia de empleo y formación profesional tienen como objetivo la independencia social de los drogodependientes mediante su integración en el mercado laboral encontrándoles o financiándoles un empleo u ofreciéndoles una formación específica.

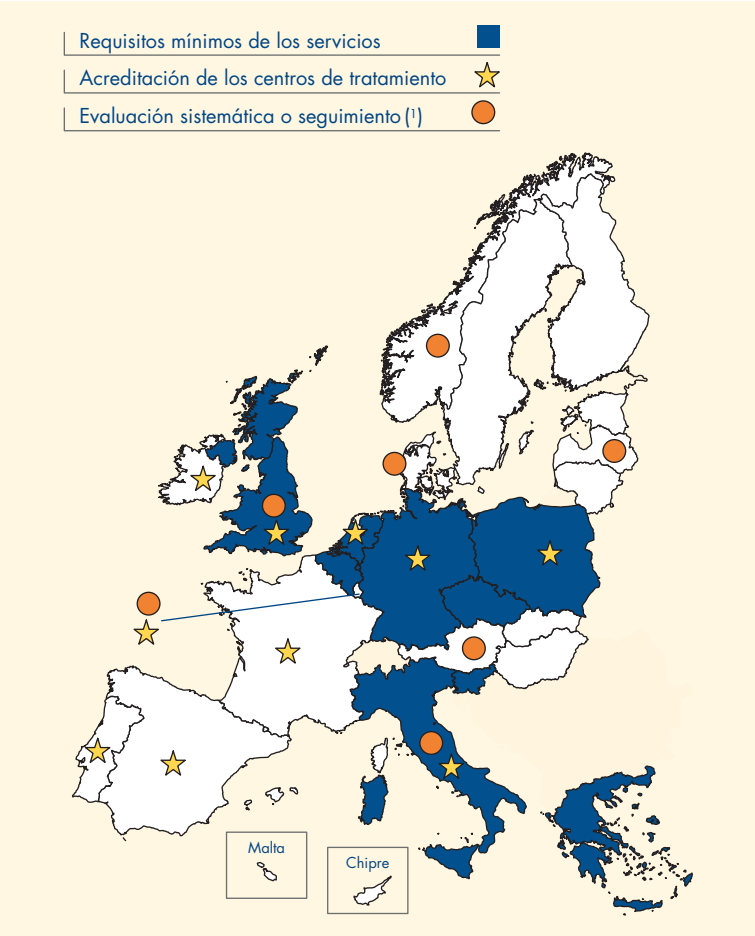
La reintegración social es una respuesta al problema de las drogas que no está tan extendida como el tratamiento y, por tanto, la supervisión y la recopilación de información en este ámbito son más deficitarias. Algunos Estados miembros consideran necesario prestar más atención a este aspecto y contar con más recursos financieros (Alemania, Estonia y Finlandia). Sin embargo, en algunos países se presta cada vez más atención a la reintegración social, mediante su inclusión en las estrategias nacionales en materia de drogas y a través de ayudas financieras (Grecia, Irlanda, Inglaterra y Gales) ([116]).

## Datos relativos a la demanda de tratamiento

La información relativa al número de personas que solicitan tratamiento para un problema de drogas nos permite comprender las tendencias generales del consumo de drogas, al tiempo que ofrece una perspectiva de la organización y utilización de los centros de tratamiento en Europa. El indicador de demanda de tratamiento (TDI) del OEDT ofrece una estructura uniforme que permite notificar el número y las características de los pacientes remitidos a los centros de tratamiento. Aunque se puede considerar que los datos del TDI ofrecen una representación sólida y valiosa de las características de los pacientes remitidos a los servicios especializados en materia de drogas, por una serie de motivos técnicos se debería actuar con cautela a la hora de extrapolar los resultados al conjunto de los pacientes que recurren a estos servicios.

La visión general que se desprende de los datos del TDI más recientes y de los informes nacionales sigue reflejando la tendencia confirmada en los últimos años de un aumento del número total de pacientes que acceden a los servicios de tratamiento. A pesar del aumento general en el número de tratamientos, la cifra de nuevas demandas, es decir, las

**Gráfico 19.** Aseguramiento de la calidad de los tratamientos relacionados con el consumo de drogas




(1) Un registro o base de datos central conserva la pista de pacientes y/o tratamientos administrados.
*Fuente:* Informes nacionales de la red Reitox.

personas que se someten a un tratamiento por primera vez, parece ser bastante estable (gráfico 20) ([117]). El aumento de la demanda general puede explicarse por una combinación de factores, entre los que se incluyen en particular las mejoras en la cobertura del propio sistema de notificación y una mayor disponibilidad del tratamiento ([118]).

## Características de los pacientes que solicitan tratamiento

Tanto los servicios en materia de drogas como sus usuarios tienden a concentrarse en el centro de las ciudades y en zonas urbanas, donde los problemas con las drogas vienen aparejados con otro tipo de problemas sanitarios y sociales, que suelen ser más comunes en las comunidades marginales y desfavorecidas.

La mayoría de los pacientes empiezan a recibir tratamiento especializado en drogodependencia con edades

([116]) Véase el gráfico 16 OL: Situación general de la reintegración social.
([117]) Véase el gráfico 17 OL: Número de pacientes que acuden a los servicios de tratamiento en algunos Estados miembros de la UE.
([118]) Véase los cuadros TDI 1 y TDI 2, en el boletín estadístico de 2004.

comprendidas entre los 20 y los 30 años, situándose la edad media de los pacientes que reciben tratamiento por primera vez por debajo de los 26 años. Sin embargo, la distribución por edades observada en el conjunto de datos recopilados a escala europea no es uniforme y muestra picos entre los que tienen más de 39 y menos de 20 años. Esto se debe principalmente a que la distribución por edades refleja el hecho de que los consumidores problemáticos de opiáceos o cocaína tienden a ser mayores que la media, mientras que los que solicitan tratamiento por consumo de cannabis o drogas estimulantes distintas a la cocaína son generalmente más jóvenes ([119]). Así pues, en los países en los que se ha observado un considerable aumento del número de pacientes con problemas por consumo de cannabis, como Dinamarca, Alemania y Finlandia, los pacientes son generalmente más jóvenes que en países como Grecia, España y los Países Bajos, donde predominan los problemas por consumo de heroína o cocaína. El desarrollo histórico del problema de la drogodependencia desempeña asimismo un papel importante a la hora de determinar la edad de la población que recibe tratamiento; por ejemplo, en Finlandia, los pacientes suelen ser relativamente jóvenes, de lo que se deduce que el problema de las drogas es relativamente reciente. Cabe esperar resultados similares en muchos de los nuevos Estados miembros, donde el problema de la drogodependencia es con frecuencia un fenómeno histórico relativamente nuevo, aunque los problemas por consumo de heroína predominan en gran medida entre aquellos que solicitan tratamiento ([120]).

Aunque los consumidores masculinos son superiores en número en todos los países europeos, la relación hombre:mujer varía considerablemente entre países y oscila entre 3:1 y 6:1. Las diferencias entre países reflejan una vez más el tipo de problema, la región (el porcentaje más elevado de mujeres consumidoras se encuentra en los países del norte de Europa y en los nuevos Estados miembros) y la edad del consumidor.

Cabe señalar que la mayor parte de los solicitantes de tratamiento por consumo de heroína, cocaína, hipnóticos o sedantes consume estas drogas diariamente, mientras que para otras drogas la frecuencia de consumo muestra una distribución más amplia. Este aspecto se examina con más detalle en la cuestión especial sobre el problema del cannabis en su contexto (p. 82).

La mayoría de los consumidores en tratamiento afirma haber empezado a consumir durante la adolescencia, principalmente entre los 15 y los 19 años de edad. No obstante, se observa una notable diferencia en relación con los que consumen heroína y cocaína por primera vez, de los que entre el 20 % y el 30 % afirma haberlo hecho a partir de los 25 años de edad ([121]).

### Demografía social

Los datos demográficos indican que la situación socioeconómica de los pacientes en tratamiento es desproporcionalmente desfavorecida. Más de la mitad de los pacientes no termina la educación secundaria ([122]). El porcentaje de pacientes sin un empleo regular es elevado en comparación con la tasa general de desempleo: en algunos países, más del 50 % de los consumidores de drogas en tratamiento está desempleado ([123]). Las condiciones de vivienda suelen ser asimismo precarias: cerca del 15 % de los consumidores en tratamiento vive en instituciones sociales o no tiene una vivienda estable ([124]). Asimismo, cabe recordar que la falta de hogar podría limitar las posibilidades de los consumidores de acceder a un tratamiento y, asimismo, podría agravar los problemas con las drogas y sus consecuencias (OEDT, 2003b, p. 65).

Entre los pacientes que tienen una vivienda estable, un tercio vive solo, otro tercio vive con sus padres y el resto con su pareja u otras personas. Más del 10 % vive con sus hijos y está demostrado que éstos podrían enfrentarse a una serie de dificultades. El problema de la drogodependencia convierte las relaciones parentales en un reto particular (Murphy-Lawless, 2002).

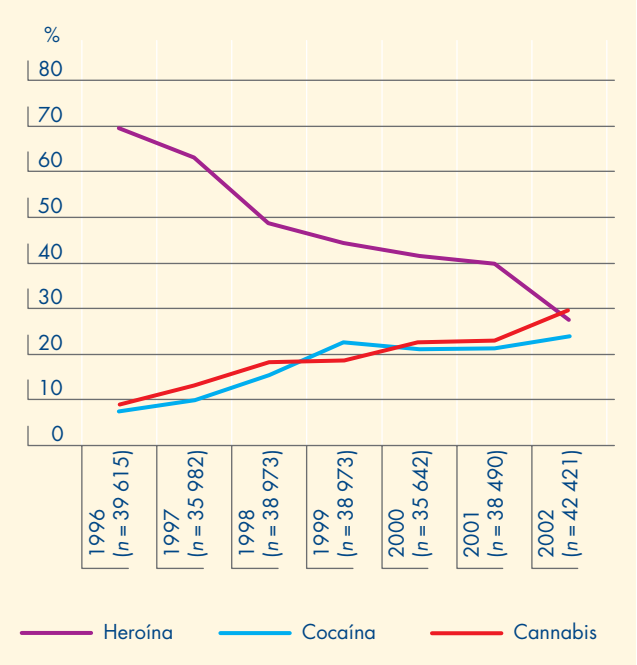
### Droga de consumo

En el TDI están registradas la principal droga para la que se solicita tratamiento y, en su caso, la sustancia secundaria de consumo. Las tres sustancias que aparecen registradas con mayor frecuencia como la principal razón para solicitar tratamiento o como droga secundaria son los opiáceos, la cocaína y el cannabis (gráfico 20).

Resulta complicado ofrecer una visión clara de las drogas por las que se suele solicitar tratamiento, ya que los consumidores de drogas consumen comúnmente diversas sustancias psicoactivas. Con frecuencia, es difícil identificar en qué medida los problemas de una persona están relacionados con una sustancia en particular. En todos los países, el consumo de varias drogas es común entre los pacientes en tratamiento, y entre el 40 % y el 80 % de todos los pacientes afirma consumir al menos otra droga secundaria. Para muchos el consumo de varias drogas es común y la coexistencia de problemas con el alcohol suele complicar el tratamiento. Una tendencia preocupante que se manifiesta en muchos países es el aumento del número de personas que presentan problemas con varias sustancias.

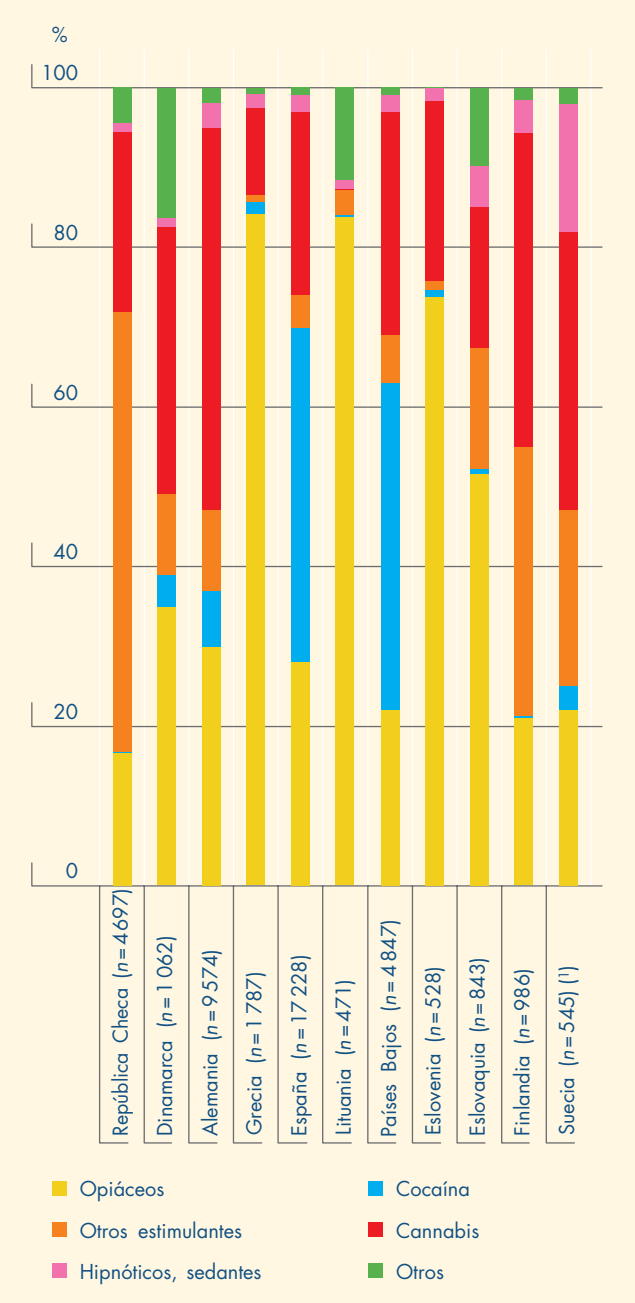
([119]) Véase el cuadro TDI 5, en el boletín estadístico de 2004.
([120]) Véase el cuadro TDI 4, en el boletín estadístico de 2004.
([121]) Véanse el gráfico 18 OL: Edad de primer consumo por droga principal, y el cuadro TDI 5, en el boletín estadístico de 2004.
([122]) Véanse el gráfico 19 OL: Todos los pacientes, por nivel educativo, y el cuadro TDI 6, en el boletín estadístico de 2004.
([123]) Véanse el gráfico 20 OL: Todos los pacientes, por situación laboral, y el cuadro TDI 7, en el boletín estadístico de 2004.
([124]) Véase el gráfico 21 OL: Condiciones de vida (dónde) entre todos los pacientes y condiciones de vida (con quién) entre todos los pacientes.

**Gráfico 20.** Porcentaje de nuevos pacientes que acuden a los servicios de tratamiento y que consumen como droga principal heroína, cocaína y cannabis (1996-2002)




*N.B.:* Países que proporcionan datos anualmente: República Checa, Dinamarca, Alemania, Grecia, España, Países Bajos, Eslovenia, Eslovaquia, Finlandia y Suecia (excepto Finlandia: falta datos para 1996/97; Suecia: faltan datos para 2000).
Se suman para cada año las cifras de los países que participan.
*Fuente:* Informes nacionales de la red Reitox de 2003.

**Gráfico 21.** Nuevos pacientes que solicitaron tratamiento para su drogodependencia en 2002, por droga principal




(1) Tratamiento ambulatorio solamente.
*N.B.:* Número total de casos: 42 568.
*Fuente:* Informes nacionales de la red Reitox de 2003.

## Opiáceos

En la mayoría de países, los opiáceos (principalmente la heroína) siguen siendo la principal droga por la que se solicita tratamiento y suele representar entre el 40 % y el 90 % de todas las demandas de tratamiento. Sin embargo, los países de la UE pueden dividirse en tres grupos, dependiendo de qué porcentaje de la población que está en tratamiento lo está por tener problemas con la heroína:

- por debajo del 40 %: República Checa, Hungría, Finlandia y Suecia;
- entre el 40 % y el 70 %: Dinamarca, Alemania, España, los Países Bajos y Eslovaquia;
- más del 70 %: Grecia, Italia, Lituania, Luxemburgo, Eslovenia y el Reino Unido.

## Cannabis

El cannabis es, en general, la segunda droga más citada en los informes sobre los consumidores que empiezan un tratamiento. Esto se aplica en particular a los nuevos pacientes (gráfico 21), de los que aproximadamente un tercio (el 29,5 %) afirma que el consumo de esta droga es su principal problema. El porcentaje de personas que buscan tratamiento por consumo de cannabis varía considerablemente entre países ([125]). Las demandas de tratamiento por consumo de cannabis se examinan en profundidad en otra sección (p. 82) de este informe.

## Cocaína

La cocaína es la tercera droga más citada por los que inician un tratamiento, pero con notables diferencias entre

([125]) Véanse el cuadro TDI 10 y el cuadro TDI 11, en el boletín estadístico de 2004.

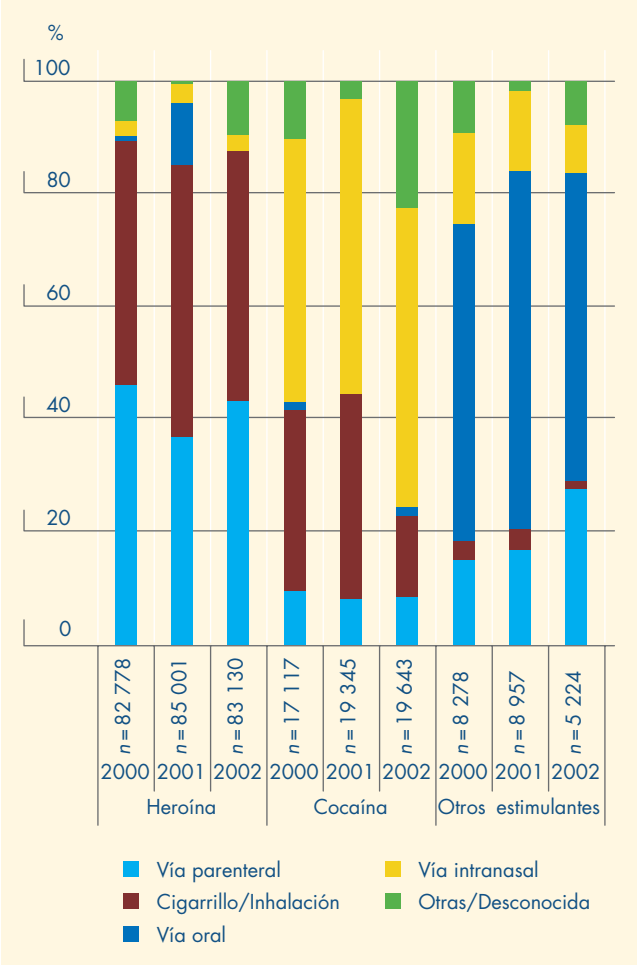
países. Por ejemplo, las demandas relacionadas con el consumo de cocaína son extremadamente bajas o casi inexistentes en los nuevos Estados miembros. En el resto de países, la cocaína como droga principal representa menos del 10 % de todas las demandas de tratamiento, aunque el porcentaje es mayor entre los nuevos pacientes (cerca del 25 %).

Menos del 8 % de los que solicitan tratamiento por consumo de cocaína señaló la vía parenteral como principal modo de administración.

### Otros estimulantes

Los estimulantes distintos de la cocaína rara vez aparecen mencionados como el principal motivo por el que se solicita tratamiento, excepto en la República Checa, Finlandia y Suecia, donde representan entre el 25 % y más del 50 % del total de demandas de tratamiento. En la República Checa, más del 50 % de las demandas de tratamiento notificadas están relacionadas con el consumo de metanfetaminas. En otros países, el consumo de estimulantes como motivo para recibir tratamiento es menos común, si bien lo mencionan cerca del 10 % de los que empiezan a recibir tratamiento en Eslovaquia, el 7 % en Alemania, el 6 % en Dinamarca y el 5 % en Hungría; en el resto de países, el porcentaje es incluso menor. Los datos de 2002 revelan asimismo un aumento del número de consumidores de estimulantes por vía parenteral, del 14 % en 2000 al 27 % en 2002, aunque este grupo sigue siendo relativamente pequeño en términos absolutos (gráfico 22).

**Gráfico 22.** Distribución de la vías de administración de heroína, cocaína y otros estimulantes entre los pacientes atendidos en servios ambulatorios (2000-2002)




*N.B.:* Datos disponibles para Dinamarca, Alemania, Grecia, España, Irlanda, los Países Bajos, Finlandia, Suecia y el Reino Unido. Los datos procedentes de Irlanda correspondientes a 2002 no estaban disponibles.
Se muestran los números de base del total de pacientes que han notificado la vía de administración.

*Fuentes:* Informes nacionales de la red Reitox (2001, 2002 y 2003); los datos del TDI (2000, 2001 y 2002) proceden de los centros de tratamiento ambulatorios.

# Capítulo 8
# Delitos y entornos penitenciarios

## Delitos relacionados con la droga

Los delitos relacionados con la droga pueden agruparse en una de las cuatro categorías que figuran a continuación:

- Delitos psicofarmacológicos: delitos cometidos bajo los efectos de una sustancia psicoactiva.
- Delitos compulsivos con fines económicos: delitos cometidos para obtener dinero (o drogas) con el fin de financiar la adicción a las drogas.
- Delitos sistemáticos: delitos cometidos en el marco del funcionamiento de los mercados ilegales, como parte del negocio de la distribución y el suministro de drogas ilegales.
- Delitos contra la legislación en materia de drogas: delitos cometidos contra la legislación en materia de drogas (y otras legislaciones afines).

Los datos sobre las tres primeras categorías son escasos en la UE y los que existen proceden de estudios *ad hoc* locales que normalmente no se llevan a cabo de forma rutinaria y que no se prestan a una extrapolación.

Las «notificaciones» ([126]) de delitos contra la legislación en materia de drogas (consumo, posesión, tráfico, etc.) reflejan diferencias entre las legislaciones nacionales, pero también entre las distintas formas en que se hace cumplir y se aplica ésta, así como entre las prioridades y recursos que los organismos judiciales asignan a problemas concretos. Además, los sistemas de información sobre los delitos contra la legislación en materia de drogas presentan diferencias considerables entre un país y otro, en particular en lo que se refiere a los procedimientos de notificación y registro, es decir, lo que se registra, cuándo y cómo. Estas diferencias dan lugar a importantes dificultades a la hora de comparar los datos correspondientes a varios países de la UE.

Durante el período 1997-2002, el número de «notificaciones» de delitos contra la legislación en materia de drogas aumentó en la mayoría de los países de la UE. Los aumentos fueron considerables (el doble o más) en la República Checa, Estonia, Lituania, Hungría, Polonia, Eslovenia y Noruega. No obstante, las «notificaciones» de delitos contra las legislaciones en materia de drogas descendieron en 2001 y 2002 en Italia y Portugal ([127]), y en 2002, en Estonia ([128]), Irlanda, Letonia, Eslovenia y Finlandia.

En la mayoría de los Estados miembros de la UE, la mayor parte de los delitos contra la legislación en materia de drogas que se han notificado están relacionados con el consumo de drogas o la posesión para su consumo ([129]), porcentaje que varía entre el 52 % en Finlandia y el 90 % en Austria. En la República Checa, el 90 % de los delitos notificados están relacionados con la venta o el tráfico, mientras que en Italia y España, países en los que el consumo de drogas y la posesión para su consumo no es un delito penal, todos los delitos relacionados con las drogas se refieren a la venta o al tráfico. Por último, la mayoría de los delitos cometidos en Luxemburgo, Portugal y Noruega ([130]) guardan relación tanto con el consumo y la posesión para consumo personal como con el tráfico de drogas.

En todos los países sobre los que se disponía de información, salvo en Portugal, el porcentaje de los delitos de consumo y posesión de drogas dentro de los delitos contra la legislación en materia de drogas aumentó durante el período quinquenal 1997-2002 ([131]). La tasa de aumentos fue en general lenta, pero se observaron tendencias alcistas considerables en Bélgica, Luxemburgo y Eslovenia, y en Irlanda hasta 2001. En Portugal, el porcentaje de delitos relacionados con el consumo empezó a descender en 2000, un año antes de la despenalización del consumo de drogas y de la posesión para su consumo (en julio de 2001) ([132]).

([126]) El término «notificación» de delitos contra la legislación en materia de drogas figura entre comillas porque abarca distintos conceptos que varían según el país (los informes policiales sobre los presuntos delincuentes contra la legislación en materia de drogas, los cargos por delitos contra esta legislación, etc.). Para una definición exacta en cada país, véanse las notas metodológicas sobre definiciones de las «notificaciones» de los delitos contra la legislación en materia de drogas en el boletín estadístico de 2004. (En anteriores Informes anuales se utilizó el término «detención».)

([127]) El descenso de las «notificaciones» de delitos contra la legislación sobre drogas en Portugal se debe a la despenalización, en julio de 2001, del consumo de drogas y de la posesión para consumo personal.

([128]) El descenso de las «notificaciones» de delitos contra la legislación sobre drogas en Estonia se debe a la despenalización, en septiembre de 2002, del consumo repetido de drogas y de la posesión de pequeñas cantidades para consumo personal.

([129]) Véase el cuadro 2 sobre los delitos, en el boletín estadístico de 2004.

([130]) Noruega no distingue entre «posesión de drogas para consumo personal/tráfico de drogas» únicamente y «consumo/posesión de drogas para consumo personal y tráfico de drogas». Los restantes delitos relacionados con la legislación en materia de drogas guardan relación con el «consumo de drogas» únicamente.

([131]) Véase el cuadro 4 sobre los delitos, en el boletín estadístico de 2004.

([132]) La Ley de despenalización del consumo y de la posesión de drogas para consumo personal fue aprobada en noviembre de 2000 y entró en vigor en julio de 2001.

**Cuadro 4. Droga con mayor incidencia en las «notificaciones» de delitos relacionados con la droga en los países de la UE y Noruega**

| País | Notas | Año | Porcentaje (%) | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Cannabis | Heroína | Cocaína |
| Bélgica | | 2002 | 67 | 8 | 7 |
| República Checa | (2) | 2002 | 37 | 8 | 1 |
| Dinamarca | | | n.d. | n.d. | n.d. |
| Alemania | (2) (3) | 2002 | 56 | 17 | 9 |
| Estonia | | | n.d. | n.d. | n.d. |
| Grecia | | | n.d. | n.d. | n.d. |
| España | (1) (4) | 2002 | 52 | 7 | 33 |
| Francia | (2) | 2002 | 87 | 5 | 3 |
| Irlanda | (2) | 2002 | 65 | 9 | 6 |
| Italia | (1) (4) | 2002 | 42 | 27 | 28 |
| Chipre | | | n.d. | n.d. | n.d. |
| Letonia | | | n.d. | n.d. | n.d. |
| Lituania | (1) | 2002 | 10 | 15 | 1 |
| Luxemburgo | (1) | 2002 | 28 | 51 | 21 |
| Hungría | (2) | 2002 | 66 | 16 | 2 |
| Malta | | | n.d. | n.d. | n.d. |
| Países Bajos | (2) (5) | 2002 | 37 | 58 | |
| Austria | (1) | 2002 | 58 | 11 | 11 |
| Polonia | | | n.d. | n.d. | n.d. |
| Portugal | (3) (4) (6) | 2002 | 36 | 17 | 8 |
| Eslovenia | (1) | 2002 | 82 | 10 | 2 |
| Eslovaquia | | | n.d. | n.d. | n.d. |
| Finlandia | | | n.d. | n.d. | n.d. |
| Suecia | (1) (7) | 2001 | 34 | 7 | 2 |
| Reino Unido | (1) | 2000 | 69 | 12 | 5 |
| Noruega | | | n.d. | n.d. | n.d. |

n.d.: Datos no disponibles.
(1) Entre todas las drogas mencionadas (por separado o no).
(2) Entre las principales drogas.
(3) Entre todos los delitos desglosados por tipo de droga (para algunos delitos no hay desglose).
(4) Entre los delitos por posesión de drogas para consumo personal y/o tráfico de drogas (ya que los delitos por consumo y/o posesión para consumo personal no están penalizados).
(5) Los datos correspondientes a la «heroína» se refieren a las «drogas duras» (definidas como drogas que suponen riesgos inaceptables para la salud pública, como heroína, cocaína, anfetaminas, éxtasis y LSD). Algunos delitos se refieren tanto al cannabis como a las «drogas duras» y no figuran en este cuadro, lo que explica por qué el total es inferior al 100 %.
(6) Este porcentaje está infravalorado, ya que representa los delitos para cada droga por separado, por ejemplo, delitos relacionados con el cannabis únicamente (no incluye los delitos relacionados con el «cannabis + otras drogas»).
(7) Entre las personas a las que el fiscal ha impuesto una multa o que han sido condenadas por un tribunal.
*N.B.:* Para una definición exacta en cada país, véanse las notas metodológicas sobre definiciones de las «notificaciones» de los delitos contra la legislación en materia de drogas en el boletín estadístico de 2004.
*Fuente:* Puntos focales nacionales.

En la mayoría de los Estados miembros, el cannabis es la droga ilegal implicada con mayor frecuencia en los delitos contra la legislación en esta materia (cuadro 4). En los países en los que se da el caso, los delitos relacionados con el cannabis representan el 34 % (Suecia) y el 87 % (Francia) de todos los delitos contra la legislación en materia de drogas. La heroína es la droga más frecuentemente implicada en estos delitos en Lituania y Luxemburgo, donde representa el 15 % y el 51 %, respectivamente, mientras que en los Países Bajos casi todos los delitos relacionados con las drogas tienen que ver con las «drogas duras» ([133]). La proporción relativa de delitos contra la legislación antidroga relacionados con cualquier droga concreta está influida por algunos factores, entre los que se cuentan las prioridades operativas de las autoridades policiales, así como decisiones estratégicas explícitas o implícitas para abordar de forma diferenciada distintos tipos de delitos en la materia.

Desde 1997 se ha incrementado el porcentaje de delitos relacionados con el cannabis en Alemania, España, Francia, Luxemburgo, Hungría y Portugal, mientras que se ha mantenido estable en Bélgica, Italia, Lituania, los Países Bajos, Eslovenia y Suecia. En Austria, la tasa de delitos relacionados con el cannabis aumentó hasta 1999, pero ha venido disminuyendo desde entonces ([134]).

Durante el mismo período de tiempo, el porcentaje de delitos relacionados con la heroína disminuyó en todos los países de la UE sobre los que se dispone de datos ([135]), salvo en Hungría y el Reino Unido, donde aumentó ([136]), y en Lituania, donde ha fluctuado desde 2000 ([137]). En los delitos relacionados con la cocaína se observa una tendencia opuesta, pues el porcentaje ha aumentado desde 1997 en todos los países sobre los que se disponen de datos, salvo en Alemania, Lituania, Luxemburgo y Hungría, que han registrado una tendencia a la baja ([138]).

## Los consumidores de drogas en el sistema penitenciario

### Consumo de drogas en las prisiones

No abunda información nacional rutinaria sobre el tipo y las pautas del consumo de drogas entre los presos. Muchos de los datos existentes en la UE proceden de estudios *ad hoc* realizados a nivel local utilizando muestras de presos de magnitud muy variable y cuya selección ha seguido un proceso muy distinto. Además, las prisiones estudiadas a veces no son representativas de la totalidad del sistema penitenciario y la no repetición de las encuestas no permite analizar las tendencias en la mayoría de los países. Estos factores hacen muy difícil la extrapolación de resultados.

([133]) En los Países Bajos se entiende por «drogas duras» la heroína, la cocaína, las anfetaminas, el éxtasis y el LSD.
([134]) Véase el cuadro 5 sobre los delitos, en el boletín estadístico de 2004.
([135]) Los siguientes países han proporcionado desgloses por clases de drogas de los delitos relacionados con esta materia en el tiempo: Bélgica, Alemania, España, Francia, Irlanda, Italia, Lituania, Luxemburgo, Hungría, los Países Bajos (sólo cannabis y «drogas duras»), Austria, Portugal, Eslovenia, Suecia y el Reino Unido (sólo hasta 2000).
([136]) Sólo hay datos disponibles sobre el Reino Unido hasta 2000.
([137]) Véase el cuadro 6 sobre los delitos, en el boletín estadístico de 2004.
([138]) Véase el cuadro 7 sobre los delitos, en el boletín estadístico de 2004.

No obstante, en relación con la sociedad en general, los consumidores de drogas se encuentran sobrerrepresentados entre la población penitenciaria. El porcentaje de presos que afirma haber consumido algún tipo de drogas alguna vez varía considerablemente, y oscila entre el 22 % y el 86 %, en función de la población penitenciaria de que se trate, de la prisión y del país ([139]). Al igual que en la sociedad en general, el cannabis es la droga consumida con mayor frecuencia y con tasas de prevalencia en algún momento de la vida que varían entre el 11 % y el 86 %. Entre el 5 % y el 57 % de los presos afirma haber consumido cocaína (y *crack*) en algún momento, y entre el 5 % y el 66 %, heroína.

En la UE, la prevalencia del consumo regular o de la dependencia con anterioridad al ingreso en prisión varía entre el 8 % y el 73 % ([140]).

## Prisiones: un reto para la salud pública

Aunque algunos reclusos puedan considerar su estancia en prisión como una oportunidad para tratar su adicción a las drogas, esto puede resultar difícil de llevar a la práctica (Long et al., 2004). La mayoría de los consumidores de drogas suspende o reduce su consumo cuando ingresa en prisión. No obstante, algunos de ellos siguen con sus pautas de consumo y otros empiezan a consumir drogas en prisión. Los estudios disponibles muestran que entre el 8 % y el 60 % de los presos señala consumir drogas dentro de las prisiones, y entre el 10 % y el 36 % de ellos se consideran consumidores regulares ([141]).

Muchos reclusos tienen un acceso limitado a los servicios sanitarios. Los profesionales de la salud que trabajan en prisiones tienen poco contacto con el sistema sanitario ordinario; asimismo, en ocasiones no tienen acceso a cursos de formación, lo que acentúa el aislamiento de los servicios sanitarios en las prisiones. Estos problemas son difíciles de resolver, como ocurre en Irlanda, donde, a pesar de los esfuerzos de las autoridades penitenciarias y del personal sanitario por mejorar el acceso a los tratamientos y a los servicios sanitarios para los consumidores de drogas, hay escasos indicios de mejora.

Está surgiendo una tendencia a trasladar la responsabilidad de los servicios sanitarios en las prisiones del servicio penal al sistema nacional de salud. En España, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, aprobada recientemente, pretende gestionar las demandas para integrar el sistema sanitario penitenciario con el público. En Estonia, el Ministerio de Justicia, en cooperación con el Ministerio de Asuntos Sociales, tiene intención de integrar la asistencia sanitaria en las prisiones en el sistema de salud general antes de 2006. En Francia, esta responsabilidad se transfirió al Ministerio de Sanidad ya en 1994. En Italia, los servicios sanitarios locales son los responsables de la asistencia y el tratamiento de los presos desde 2000. En Inglaterra y Gales, la asistencia sanitaria en los centros penitenciarios se inscribe en el ámbito de competencias del Departamento de Sanidad y la Asamblea National de Gales respectivamente (en las prisiones privadas corresponde al Ministerio del Interior para ambas regiones). Antes de 2006, la asistencia sanitaria en todas las prisiones públicas inglesas entrará a formar parte del Servicio Nacional de Salud ([142]).

## Enfermedades infecciosas en las prisiones y su prevención

Entre el 15 % y el 50 % de los presos afirma haber consumido drogas por vía parenteral en algún momento de su vida; no obstante, algunos estudios han señalado valores del 1 % hasta más del 69 %.

Cuando existen datos comparables, se observa que los delincuentes jóvenes son menos proclives a consumir drogas por vía parenteral que los adultos, y que entre la población reclusa el porcentaje de probabilidad es superior entre las mujeres que entre los hombres ([143]). En particular, varios estudios realizados en la UE indican que aproximadamente una tercera parte de los presos adultos de sexo masculino consumen drogas por vía parenteral (Bird y Rotily, 2002). Según los datos ofrecidos por los puntos focales Reitox, entre el 0,2 % y el 34 % de la población penitenciaria ([144]) ha consumido drogas por vía parenteral mientras estaba en prisión. Todo esto lleva a plantearse cuestiones como el acceso a equipos estériles de inyección o el fomento de prácticas higiénicas entre la población penitenciaria, así como la posible propagación de enfermedades infecciosas, si no se abordan estos temas.

Las prisiones constituyen un entorno de alto riesgo para la propagación de estas enfermedades. Entre las prácticas que han demostrado su utilidad a la hora de reducir las enfermedades infecciosas se encuentran el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual y el suministro de preservativos, los tratamientos de sustitución, los programas de vacunación y los programas de intercambio de jeringuillas.

Los tratamientos de sustitución son cada vez más frecuentes en los centros penitenciarios. En Bélgica, Dinamarca, España, Austria y Eslovenia, todas las prisiones ofrecen este tipo de tratamiento. Bélgica, Dinamarca, Luxemburgo y Noruega permiten a los presos iniciar el tratamiento de sustitución durante su estancia en prisión. En Italia el inicio del tratamiento de sustitución suele estar dirigido a los reclusos en libertad bajo fianza. En la mayoría de los Estados federados alemanes, en los Países Bajos, en Eslovenia y en las prisiones de grandes ciudades en Italia se prescriben tratamientos de sustitución hasta lograr progresivamente el objetivo de la abstinencia. En el Reino Unido, los programas de mantenimiento se consideran adecuados principalmente para los presos en libertad bajo fianza o que cumplen penas cortas.

([139]) Véase el cuadro 1 sobre prisiones, en el boletín estadístico de 2004.
([140]) Véase el anexo sobre prisiones, en el boletín estadístico de 2004.
([141]) Véase el cuadro 3 sobre prisiones, en el boletín estadístico de 2004.
([142]) Véase el cuadro 10 OL: Estrategias recientes en materia de drogas en las prisiones, directivas ministeriales y normas de servicio en la UE y Noruega.
([143]) Véase el cuadro 2 sobre prisiones, en el boletín estadístico de 2004.
([144]) Véase el cuadro 4 sobre prisiones, en el boletín estadístico de 2004.

En 2002, el Comité Nacional de Inmunización de Irlanda recomendó un programa específico para la vacunación contra la hepatitis B adaptado a los presos. Dicho programa consiste en tres inyecciones semanales consecutivas y una vacuna de recuerdo a los 12 meses, con un resultado del 99 % de protección a los 13 meses (Zuckerman, 2003).

Según se desprende de un análisis de 14 estudios internacionales sobre la eficacia de los programas de intercambio de jeringuillas en entornos penitenciarios, estos programas son viables y contribuyen a reducir los comportamientos de alto riesgo y la transmisión de virus a través de la sangre, sin consecuencias negativas tales como lesiones producidas por pinchazos accidentales o la utilización deliberada de agujas como arma contra el personal de la prisión o contra otros presos (Dolan et al., 2003). En 2002 se pusieron en marcha programas de intercambio de jeringuillas en 27 centros penitenciarios de España y se distribuyeron 12 970 jeringuillas sin ningún incidente.

Aunque en España cada vez son más las prisiones que ofrecen servicios de intercambio de jeringuillas, estos programas han sido interrumpidos en los Estados federados de Hamburgo y Baja Sajonia (Stöver y Nelles, 2003). No obstante, sigue en marcha un programa de estas características en una prisión de mujeres en Alemania (Berlín) (Weilandt, comunicación personal, 2004). En la prisión de Josefstadt (Viena) se está preparando un proyecto piloto, y en Luxemburgo se pretende proporcionar equipos de inyección para consumidores de drogas en diversas prisiones en el marco del programa de asistencia sanitaria ([145]).

## Alternativas a la prisión dirigidas a los delincuentes que consumen drogas

Las alternativas a la prisión será una de las cuestiones particulares del Informe anual del año próximo, en el que se ofrecerá una visión exhaustiva y detallada de dichas medidas en la UE. El Informe anual de este año tratará, por tanto, un aspecto concreto de los castigos alternativos para los consumidores de drogas.

### Iniciativas emergentes: tribunales específicos para los delitos relacionados con las drogas y mediación entre víctima y delincuente

Los tribunales especializados en los delitos relacionados con las drogas forman parte de nuevas estructuras desarrolladas en algunos países y dirigidas a los consumidores de drogas que han cometido un delito no violento. Estos tribunales actúan retrasando la ejecución de la sentencia y haciendo partícipes del proceso a las personas que tradicionalmente no se implican en los tratamientos por consumo de drogas (juez, fiscal y otros agentes encargados de la ejecución de la ley). La idea es evitar que el delincuente vuelva a tener contacto con el sistema penal y a consumir drogas, gracias a un tratamiento y a la presión ejercida por el propio sistema. Se han creado tribunales especializados en Irlanda y Escocia, donde los sistemas penales se basan en el Derecho consuetudinario. En el resto de países de la UE que cuentan con un código civil, los tribunales especializados en delitos relacionados con las drogas, en el sentido estricto de la palabra, no existen, pero se han desarrollado iniciativas similares.

En el Estado federado de Baden-Wurttemberg se implantó en 2003 un proyecto dirigido a los delincuentes jóvenes (Escapada), similar a los tribunales especializados, como resultado de la cooperación entre la policía, el fiscal general, los jueces y los servicios de libertad condicional y de asesoramiento en materia de drogas, así como las autoridades responsables de tres juzgados de primera instancia (Baudis, 2004). De modo similar, en Milán existe un programa titulado «Curarse merece la pena» en el que participan el tribunal central y los servicios sanitarios y de drogodependencia locales. Gracias a este programa, los delincuentes drogodependientes son enviados a un centro de tratamiento el mismo día en que se dicta la sentencia.

La evaluación del tribunal especializado de Dublín (Farrel, 2000) concluyó que existían indicios serios de que la existencia del tribunal especializado en drogas con el tiempo ahorraría costes al sistema de justicia penal. El Ministerio de Justicia ha ampliado el área de Dublín sobre la que tiene jurisdicción el tribunal especializado.

Un estudio sobre la evolución de los tribunales especializados en drogas y su eficacia llevado a cabo por el Grupo Pompidou en 2003 concluyó que, antes de crear un tribunal especializado en drogas terapéuticas, deberían determinarse las necesidades existentes y se debería contar con apoyos políticos, mecanismos de cooperación entre agencias así como con recursos estructurales y financieros adecuados para un período mínimo de cinco años (Moyle, 2003).

Cada vez se emplea con más frecuencia el concepto de justicia reparadora para acelerar los procesos penales contra delincuentes no violentos (entre los que existe una alta representación de consumidores de drogas). Dicho concepto es conforme con el interés público, ya que se reducen los costes asociados a la tramitación de las pequeñas infracciones en los saturados sistemas penales. La mediación fuera de los tribunales constituye uno de los avances más significativos. Este sistema pretende resolver las disputas entre las víctimas y los delincuentes y solventar conflictos relacionados con los procesos penales.

En los Países Bajos, la policía ofrece a los jóvenes de entre 12 y 18 años que han delinquido por primera vez la opción de responder de sus delitos mediante la mediación. En el año 2000, la República Checa estableció un servicio de libertad condicional y mediación dirigido a los jóvenes y a los consumidores de drogas. Dicho servicio registró 29 291 casos en 2002, de los que 765 eran delitos relacionados con las drogas.

([145]) Véase el cuadro 11 OL: Servicios sociosanitarios dirigidos a consumidores de drogas en los centros penitenciarios de la UE en 2002.

Cuestión particular 1

# Evaluación de las «estrategias nacionales en materia de drogas» en Europa

## Enfoques de valoración de las estrategias nacionales en materia de drogas

Muchos países han adoptado recientemente una «estrategia nacional en materia de drogas» ([146]). Esta sección se centra en los planes para la evaluación de estas estrategias, que, por primera vez, se han puesto en marcha a escala europea gracias a la labor realizada este año por los puntos focales nacionales. Dicha labor ha contribuido a aclarar las referencias a la evaluación en las «estrategias nacionales en materia de drogas», que no siempre son fáciles de entender ni están claramente definidas.

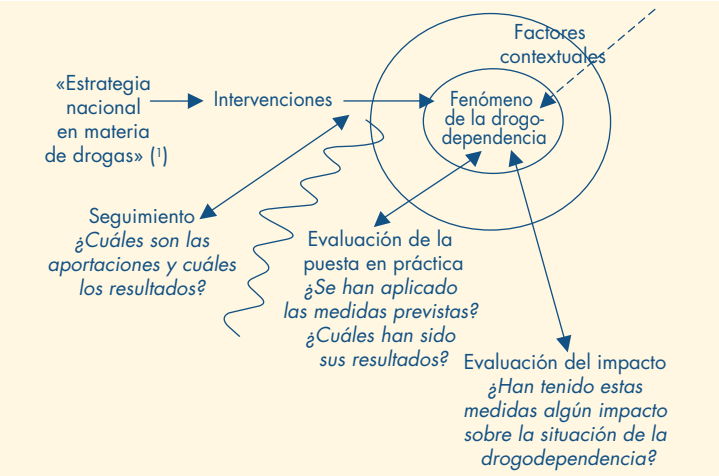
Las medidas para evaluar las «estrategias nacionales en materia de drogas» en Europa se pueden dividir en tres actividades principales: 1) supervisión, entendiendo como tal la recopilación rutinaria de datos relativos al fenómeno de las drogas, así como las respuestas e intervenciones; 2) evaluación de la implementación, es decir, valoración del valor añadido derivado de la puesta en marcha de iniciativas y de la asignación de recursos previstos en la estrategia en materia de drogas; y 3) evaluación del impacto (generalmente conocida como «valoración de la eficacia»), un juicio sobre los resultados (efectos a corto plazo) y las repercusiones ([147]) (efectos a largo plazo) de la estrategia nacional en esta materia sobre el fenómeno de las drogas (gráfico 23) ([148]).

La principal distinción entre países en lo que respecta al enfoque adoptado para evaluar las estrategias nacionales en materia de drogas radica en que unos supervisan dichas estrategias y otros prevén llevar a cabo una evaluación de la implementación y/o del impacto.

Los conceptos de supervisión y evaluación no siempre se distinguen con facilidad en las estrategias nacionales, de modo que es importante señalar las diferencias. Por «supervisión» se entiende un proceso continuo y sistemático que genera datos rutinarios cuantitativos y cualitativos sobre el fenómeno de la drogodependencia y sobre las intervenciones puestas en marcha para hacerle frente. Puede proporcionar información regular sobre la aplicación de actividades (es decir, sobre las aportaciones: qué recursos se han empleado; y sobre los resultados: qué medidas se han aplicado, durante cuánto tiempo y quién ha sido el responsable). No obstante, la supervisión no suele proporcionar información sobre las repercusiones de una estrategia ni ofrecer respuestas a la pregunta de por qué una actividad logra o no sus objetivos. Aunque un sistema de supervisión suele ofrecer información sobre la evolución de los distintos aspectos del fenómeno de las drogas y sobre las medidas aplicadas para combatirlo, generalmente no permite determinar si estos cambios son consecuencia directa o no de dichas medidas (imputación de causalidad).

La cuestión de la causalidad y otros aspectos científicos complejos se abordan mediante la «evaluación» (cuadro 5), entendiendo como tal un «juicio sobre el valor de una intervención pública» (en este caso, una estrategia nacional en materia de drogas) «con referencias a los criterios» (relevancia, eficacia e impacto) «y a normas explícitas» (calidad y cantidad) (definición extraída de Comisión Europea, 1999), y que generalmente requiere llevar a cabo estudios en profundidad. Por tanto, la

**Gráfico 23.** Niveles de evaluación de las «estrategias nacionales en materia de drogas»




(1) El término «estrategia en materia de drogas» incluye asimismo cualquier plan de acción equivalente derivado de la estrategia.

([146]) Definida en el capítulo 1, p. 17.

([147]) En aras de la sencillez, aquí emplearemos la expresión «evaluación del impacto» para hacer referencia a la evaluación tanto de los resultados como de las repercusiones, dos ejercicios científicos bastante distintos que generalmente se diferencian en los estudios relevantes.

([148]) Una evaluación exhaustiva incluiría asimismo la valoración de la eficacia, que, en términos generales, mide el coste de los resultados y las repercusiones. Sin embargo, los datos sobre este aspecto sólo estaban disponibles en el caso de España (véase más abajo).

**Cuadro 5. Términos de evaluación comúnmente utilizados (métodos de evaluación para acciones de carácter estructural)**

| | |
|---|---|
| Análisis de la relación coste-eficacia | Herramienta de evaluación para realizar una valoración desde el punto de vista de la eficacia |
| Análisis de la rentabilidad | Herramienta de evaluación que permite valorar las ventajas de la intervención desde el punto de vista de todo el grupo afectado y tomando como base el valor monetario atribuido a todas las consecuencias de la intervención |
| Coherencia | La medida en que la lógica de la intervención no es contradictoria/la intervención no contradice a otras intervenciones con objetivos similares |
| Consistencia | El grado en que se maximizan o minimizan las influencias positivas o negativas sobre otros aspectos socioeconómicos o medioambientales |
| Eficacia | El grado de cumplimiento de los objetivos previstos |
| Eficiencia | El grado en el que se logran los objetivos deseados a un coste razonable |
| Evaluación general | Evaluación de una intervención en su totalidad |
| Impacto | Una consecuencia que afecta a los destinatarios directos una vez concluida su participación en una intervención, o tras la finalización de una instalación pública, o también una consecuencia indirecta que afecta a los destinatarios que pueden ser ganadores o perdedores |
| Relevancia | El grado de pertinencia de los objetivos de una intervención con respecto a las necesidades, los problemas y las cuestiones que deben abordarse |
| Resultados | Lo que se financia y se logra (o concreta) con el dinero asignado a una intervención |
| Utilidad | La medida en que los efectos se corresponden con las necesidades, los problemas y las cuestiones que deben abordarse |

*Fuente:* Comisión Europea, 1999.

evaluación tiene un doble objetivo constitutivo: 1) pruebas basadas en datos fiables, es decir, recopilados mediante métodos científicos (supervisión y estudios exhaustivos), sobre la existencia de la causalidad entre la aplicación de una política y un cambio en el fenómeno objeto de estudio; y 2) un juicio de valor del impacto logrado, que eventualmente deberá estar vinculado a la toma de decisiones.

En la práctica, el concepto de «evaluación» está inextricablemente relacionado con la «supervisión», pero, si bien algunos documentos tratan los dos términos como sinónimos, cabe señalar que la supervisión no es lo mismo que la evaluación (aunque la supervisión es sin duda alguna parte de ésta).

En el Reino Unido se publicó en 2002 la estrategia nacional actualizada en materia de drogas como resultado de una revisión de amplio alcance que tuvo en cuenta las pruebas existentes, incluidas evaluaciones de sus componentes de oferta y demanda. La estrategia nacional en materia de drogas está sujeta a «supervisión», «seguimiento» y «gestión del rendimiento», pero no a «evaluación» (Informe nacional del Reino Unido, p. 106). En Noruega, el objetivo del nuevo plan de acción en materia de drogas y alcohol es desarrollar un sistema que permita determinar en qué medida se logran los objetivos principales y secundarios del plan (Informe nacional de Noruega, p. 65). En la República Checa, la estrategia nacional en materia de drogas para el período 2001-2004 define objetivos, metas, finalidades, propósitos e indicadores de éxito y herramientas destinados a llevar a cabo una evaluación eficaz para cada pilar de la estrategia. El cumplimiento de las tareas se supervisa periódicamente; no obstante, la estrategia no ha sido aún objeto de una evaluación sistemática de conformidad con los indicadores concretos de éxito y con las herramientas de evaluación definidas. Uno de los motivos aducidos es el considerable coste de las evaluaciones externas (Informe nacional de la República Checa, p. 114). El nuevo plan de acción danés prevé llevar a cabo una «evaluación» continua de una serie de actividades específicas (Informe nacional de Dinamarca, p. 67). En Hungría y en Polonia, las estrategias nacionales en materia de drogas proponen un sistema que permite realizar un seguimiento del grado de cumplimiento de las tareas (red Reitox, Informes nacionales), mientras que en Eslovenia, aunque la nueva estrategia nacional «prevé la evaluación regular de la aplicación», no se ha llevado a cabo ninguna hasta la fecha (Informe nacional de Eslovenia, p. 61). En Lituania, la aplicación de la estrategia nacional en materia de drogas (2004-2008) se llevará a cabo «de conformidad con las posibilidades financieras del país» (Informe nacional de Lituania, p. 35). En Estonia, la nueva estrategia nacional sobre drogas «incluye componentes de evaluación y supervisión y define los indicadores de rendimiento» (Informe nacional de Estonia, p. 86).

En Finlandia y Suecia (Informe nacional de Finlandia, p. 113; Informe nacional de Suecia, pp. 75-76), las estrategias nacionales hacen más hincapié en la supervisión de la aplicación de la estrategia que en la evaluación de su impacto. En Suecia, el coordinador en materia de drogas, nombrado en 2002, tiene la responsabilidad de garantizar el seguimiento del plan de acción nacional (en Informes anuales). En Finlandia, asimismo, se prevé llevar a cabo algunos estudios al objeto

de establecer los parámetros de comparación con los que la administración responsable en materia de drogas realizará el seguimiento y la evaluación de sus actividades. El punto focal nacional de Luxemburgo señala que el resultado del plan para el período 2000-2004 será objeto de evaluación en 2005 a fin de desarrollar más estrategias en el futuro (Informe nacional de Luxemburgo, p. 94). En Alemania, el plan de acción de 2002 en materia de drogas y adicción incluye por primera vez un intento de fijar objetivos y criterios operativos que puedan emplearse para determinar el éxito o el fracaso de las intervenciones (Informe nacional de Alemania, p. 101), mientras que en Italia el programa trienal 2002-2004 promueve la evaluación de las actividades de prevención y de reinserción social.

Entre los países que presentan una evaluación de la aplicación de la estrategia nacional en materia de drogas o de su eficacia se encuentran Grecia, España, Francia, Irlanda y Portugal (cuadro 6). Las estrategias española y griega hacen referencia a la «evaluación de la eficacia». En España, la estrategia nacional para un período de 9 años insta a la evaluación de su aplicación general y sectorial a medio plazo, en 2003, y en 2008. El objetivo es «mejorar la eficacia y la eficiencia de las políticas públicas» (Informe nacional de España, p. 85) mediante la evaluación de la cantidad y calidad del servicio ofrecido. De igual modo, en Grecia, el nuevo Plan de acción sobre drogas de 2002 se refiere a la evaluación externa de la eficacia general de las políticas implementadas, que podría llevarse a cabo en el futuro, tomando como referencia los indicadores de la UE y los internacionales (Informe nacional de Grecia, p. 110).

En Francia, Irlanda y Portugal las estrategias nacionales en materia de drogas abogan por una evaluación general ([149]) y sectorial, en algunos casos por lo que respecta a la eficacia (Informe nacional de Irlanda). No obstante, los datos recibidos muestran que, de hecho, las evaluaciones realizadas hasta el momento se han centrado más en el aspecto relativo al grado de aplicación que en el de la eficacia de la estrategia. En Francia, la evaluación del Plan de acción trienal 1999-2002 (llevado a cabo por el Observatorio Francés de Drogas y Toxicomanías [OFDT] de 2000 a 2003) incluyó tanto una «evaluación general» como la evaluación de cinco programas prioritarios ([150]). La evaluación se queda corta con respecto a la determinación del impacto de las medidas adoptadas en relación con la situación general del fenómeno de la drogodependencia. Por tanto, se trató básicamente de una valoración de los progresos, con la que se ha contrastado el logro de los objetivos operativos. En Irlanda, la estrategia nacional en materia de drogas preconiza una «evaluación independiente de la eficacia del marco general a finales de 2004» (Estrategia nacional en materia de drogas 2001-2008: Building on Experience, p. 111). Sin embargo, parece que la evaluación incluirá un examen del grado de aplicación y de cumplimiento de sus objetivos estratégicos, más que una valoración completa del impacto de la estrategia sobre el consumo de drogas. La estrategia nacional de Portugal prevé una «evaluación externa independiente de su aplicación general y sectorial» (Informe nacional de Portugal, p. 65). Asimismo se notifica un proceso interno de evaluación.

En los Estados miembros que carecen, *sensu stricto,* de una «estrategia nacional en materia de drogas», la idea de la evaluación general ha suscitado poco interés en los últimos años, incluso en países con una cultura de evaluación de proyectos específicos en materia de drogas. Por ejemplo, en los Países Bajos, donde la investigación, la supervisión y la evaluación suelen formar parte de la política en materia de drogas, una nueva «estrategia orientativa gubernamental» (2002) pretende ofrecer una serie de directrices sobre el rendimiento de la administración pública (incluidos los órganos responsables de la asistencia sanitaria y de las cuestiones relacionadas con las drogas) (Informe nacional de los Países Bajos, pp. 83-84). En Austria, aunque las actividades de supervisión relacionadas con las drogas han mejorado sustancialmente en los últimos años, no existen planes provinciales (salvo las evaluaciones

**Cuadro 6. Características de algunas evaluaciones de estrategias nacionales**

| | «Estrategia nacional en materia de drogas» | Ámbito de evaluación | Objetivo de la evaluación | Condiciones de evaluación |
|---|---|---|---|---|
| Grecia | Plan de acción 2002-2006 | General y específico | Eficacia | Ninguna |
| España | Plan Nacional de Drogas, 2000-2008 | General y específico | Eficacia y eficiencia | 2003-2008 |
| Francia | Plan trienal de lucha contra las drogas y para la prevención de las adicciones, 1999-2001 | General y específico | Puesta en práctica | 2002 |
| Irlanda | Estrategia nacional en materia de drogas, 2001-2008: «Building on experience» | General y específico | Puesta en práctica | 2004-2008 |
| Portugal | Estrategia nacional de lucha contra las drogas, 1999; Plan de acción, 2000-2004 | General y específico | Puesta en práctica | 2004 |

([149]) Evaluación general: evaluación de una intervención en su totalidad (cuadro 5).

([150]) Primero, los acuerdos regionales sobre los objetivos en materia de sanidad y justicia; 2) la política interministerial sobre formación profesional; 3) los programas de política regional para la prevención de la adicción; 4) los ensayos de acercamiento llevados a cabo por centros especializados con el fin de ofrecer asistencia general a personas con comportamientos adictivos; y 5) los programas de reducción de riesgos en el distrito 18 de París.

preliminares llevadas a cabo en Vorarlberg) ni se ha realizado una evaluación de la política sobre drogas en general (Informe nacional de Austria, p. 63). En el resto de países (Chipre, Letonia, Malta y Eslovaquia, así como Bulgaria, Rumanía y Turquía) no existe suficiente información que permita ofrecer datos sobre la evaluación de las respectivas estrategias nacionales en materia de drogas (si es que existen).

## Evaluaciones: «ex ante», «intermedia» y «ex post»

La guía para la evaluación de las actividades de la UE (Comisión Europea, 2003) señala cuatro motivos principales para llevar a cabo evaluaciones: 1) contribuir al diseño de las intervenciones; 2) mejorar la calidad de la intervención; 3) colaborar en la asignación eficaz de los recursos (eficacia); y 4) notificar los logros de la intervención (responsabilidad). La misma guía describe las tres fases de la evaluación: *ex ante,* intermedia y *ex post.*

La evaluación *ex ante* se lleva a cabo antes de la aplicación práctica, supuestamente para evaluar la necesidad de actuar o establecer un punto de partida. Este tipo de evaluación se recoge en las estrategias nacionales en materia de drogas como procesos de revisión, realizados por comisiones parlamentarias o por departamentos gubernamentales, que se consideran como la base de varias estrategias nacionales en esta materia (Bélgica, Alemania, España, Irlanda, Portugal y Suecia).

La evaluación intermedia aparece en las estrategias española, irlandesa y portuguesa como una herramienta que permite ajustar las intervenciones y los objetivos «sobre la marcha». El enfoque consistente en realizar ajustes «sobre la marcha» no se limita a los países inmersos en un proceso de evaluación adecuado. También se aplica en aquellos países que han establecido sistemas de supervisión para ofrecer información fiable que contribuya a realizar ajustes y reformular acciones futuras. Esto implicaría un juicio de valor propio de actividades de evaluación. Una vez más, los términos «supervisión» y «evaluación» se utilizan de manera intercambiable.

La evaluación *ex post* abarca la totalidad del período de intervención, normalmente prestando especial atención a los resultados finales de la intervención, con el fin de obtener información para emprender futuras intervenciones. Esta actividad se lleva a cabo en Francia, donde la evaluación final del plan de acción nacional tenía como finalidad la revisión de las intervenciones y los objetivos de un nuevo plan en materia de drogas; por su parte, España, Irlanda y Portugal tienen previsto llevarla a cabo en 2008.

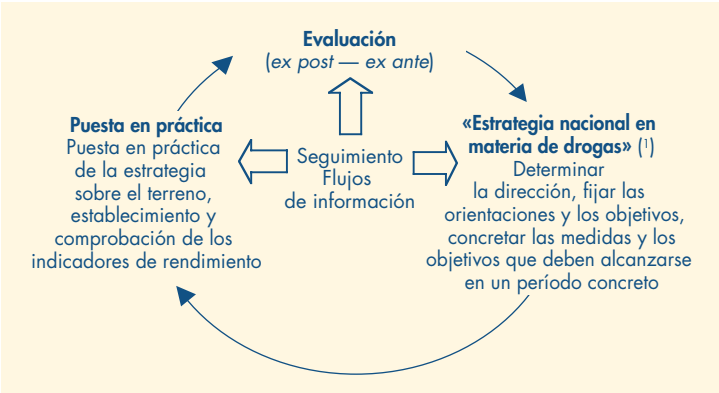
En el ámbito de la drogodependencia, el objetivo del proceso de evaluación siempre es mejorar la calidad de las intervenciones actuales y el diseño de las nuevas. Sin embargo, cabe pensar que cuando una estrategia nacional en materia de drogas sucede a otra, las evaluaciones *ex ante* y *ex post* se fusionan, lo que conduciría a un proceso cíclico en el que los resultados finales de la antigua estrategia ofrecen información para la siguiente (gráfico 24).

## Partes implicadas en la evaluación

Otra cuestión clave recogida en las estrategias nacionales en materia de drogas es si los responsables de la evaluación deberían ser personas «internas» de la organización o «externas» a la misma. Pueden encontrarse ejemplos de ambos casos, y cada uno presenta ventajas e inconvenientes.

Los evaluadores internos pueden ofrecer un conocimiento más amplio de las estructuras y los mecanismos de comunicación, están familiarizados con la organización y con el tema objeto de análisis y tienen acceso inmediato a las fuentes de información. Sin embargo, podrían tener tendencia a justificar el incumplimiento de los objetivos, y se muestran menos dispuestos a realizar observaciones o proponer cambios que pudieran considerarse como una amenaza para la organización. Los evaluadores externos, por el contrario, deberían proporcionar una visión más objetiva y fiable, ya que no forman parte de la organización, si bien podrían tener problemas a la hora de acceder a las fuentes de información, y corren el riesgo de intentar satisfacer al cliente ofreciendo unos resultados tan buenos como los esperados. Asimismo, los evaluadores externos suelen resultar más costosos. Por tanto, se puede optar entre una mejor comprensión de la situación y la capacidad para obtener información, por un lado, y una mayor objetividad y conocimientos especializados en materia de evaluación, por otro.

**Gráfico 24.** La evaluación como proceso cíclico




(1) El término «estrategia en materia de drogas» incluye asimismo cualquier plan de acción equivalente derivado de la estrategia.

La mayoría de los Estados miembros parece decantarse por un enfoque combinado: en Irlanda, la evaluación intermedia de la estrategia nacional en materia de drogas que se llevará a cabo en 2005 correrá a cargo de consultores externos, bajo las directrices de un grupo director intersectorial; en Portugal, la evaluación del Plan de acción 2000-2004 correrá a cargo del personal interno y de consultores externos; y en Francia, evaluadores externos y el personal interno del OFDT han trabajado en distintos aspectos de la evaluación del plan de acción trienal. En España, el actual responsable de la evaluación intermedia (2004) es el personal encargado del Plan Nacional sobre Drogas (PNSD), mientras que el plan griego requiere una evaluación externa. En Suecia, el Instituto Nacional de Salud Pública evaluará la política sanitaria estatal mediante la determinación de diversas variables de estilos de vida. Uno de los objetivos de la política (n° 11) es reducir el consumo de tabaco y alcohol, lograr una sociedad libre de drogas ilegales y de dopaje y reducir los efectos perjudiciales de la adicción al juego.

En todos los países en los que se lleva a cabo un proceso de evaluación, la agencia de coordinación nacional parece ser la autoridad responsable de la organización y ejecución de dicho proceso: la Misión Interministerial de Lucha contra las Drogas y las Toxicomanías (MILDT), en Francia; el PNSD, en España; el Instituto de las Drogas y las Toxicomanías (IDT), en Portugal; la Dirección Central de Drogas, en Irlanda; la Oficina de Coordinación en materia de Drogas, en Suecia; y la Célula General sobre Drogas, en Bélgica, anunciada en la estrategia de Bélgica para 2001. En estas agencias, los centros de supervisión en materia de drogas, que suelen ser los mismos que los puntos focales nacionales de la red Reitox, son responsables de proporcionar información y datos necesarios para la evaluación, y en ocasiones también asumen la responsabilidad técnica de la misma.

## Objetivos e indicadores

Con frecuencia se plantea la cuestión de hasta qué punto se pueden medir los efectos de las acciones implementadas como resultado de una estrategia nacional sobre drogas. De hecho, tanto las estrategias nacionales como las internaciones hacen referencia a «objetivos muy generales» tales como la «reducción de los riesgos para los consumidores de drogas» o una «sociedad libre de drogas», así como a «objetivos operativos» tales como el «incremento del número de plazas para tratamiento» o la «creación de una agencia de coordinación en materia de drogas». Sería beneficioso para los objetivos «generales» y para los «operativos» establecer objetivos específicos. Los primeros son importantes como base de la política nacional en materia de drogas, ya que permiten establecer la dirección que debe seguirse, pero resulta difícil medirlos; los segundos indican la puesta en marcha de iniciativas cualitativas y cuantitativas, lo que implica que debería ser más fácil someterlos a medición.

Los expertos y profesionales advierten de que, si se pretende evaluar una estrategia desde el punto de vista científico, los objetivos deben formularse de forma clara, inequívoca y mensurable, distinguiendo entre objetivos «generales» y «operativos», pero estableciendo entre ellos un vínculo. De hecho, los «objetivos operativos» deben percibirse como una forma de concretar los «objetivos generales». A continuación, se deberían establecer indicadores de rendimiento para medir el grado de cumplimiento de los objetivos. Actualmente, sólo unas pocas estrategias nacionales en materia de drogas pueden incluirse en esta categoría.

## Eficacia

Pocas estrategias nacionales hacen mención a los análisis de la rentabilidad o de la relación coste-eficacia, con la excepción de la estrategia española, que establece que la evaluación de la estrategia nacional intentará medir asimismo la eficacia de la política pública. Aunque las cuestiones presupuestarias y los costes son responsabilidad de las administraciones públicas, en el ámbito de las drogas (tal como se indica en el último Informe anual, OEDT, 2003b) hay un desconocimiento general del coste global de las intervenciones públicas en esta materia. Este tipo de análisis se considera generalmente marginal y sólo se incluye en algunas actividades de investigación.

## Limitaciones a la evaluación

En el ámbito de la comunidad científica se reconoce la gran dificultad que supone determinar si una política en materia de drogas es eficaz o no. Los expertos y los profesionales advierten de las dificultades que plantea la evaluación del impacto de una política pública: hay que considerar los «niveles de complejidad» y una «multitud de relaciones causa-efecto». De hecho, puede resultar complicado detectar un vínculo causal entre una política de drogas y su resultado e impacto debido a la variedad de intervenciones y efectos que deben medirse y a los posibles factores externos (factores capciosos) que influyen en la realidad (por ejemplo, condiciones socioeconómicas o subculturas). Algunos estudios indican que los fenómenos en materia de drogas podrían depender más de factores de comportamiento y sociales que de intervenciones políticas.

Asimismo, la naturaleza ilegal del consumo de drogas puede constituir un serio obstáculo a la recopilación de datos, herramienta esencial para cualquier proceso de evaluación, ya que muchos aspectos importantes del fenómeno de la drogodependencia quedan sin identificar. Así pues, la evaluación en el ámbito de la intervención en materia de drogas requiere una profunda reflexión y sus resultados deben interpretarse con cautela.

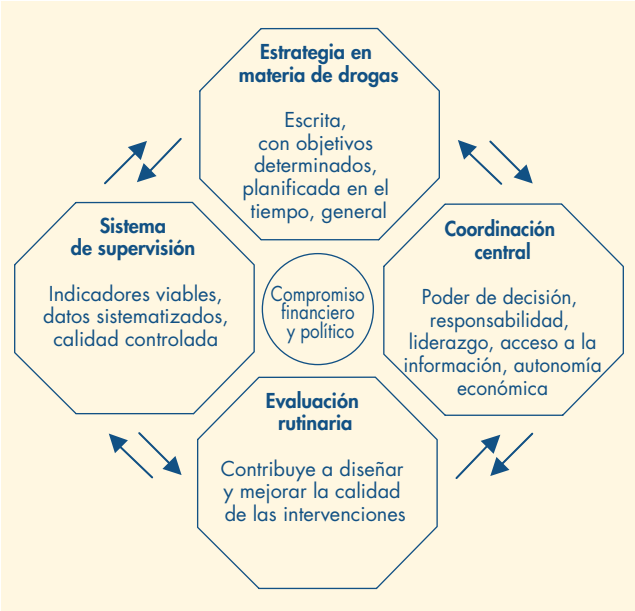
## Conclusión

De los datos examinados se desprende que, para las «estrategias nacionales en materia de drogas», la evaluación es una forma de medir el grado de aplicación —avances, logros e incluso fracasos— para emitir un juicio sobre la misma, en lugar de evaluar el impacto sobre la situación general del fenómeno de la drogodependencia. Se trata de una conclusión importante. La mayoría de países que durante décadas se han enfrentado al problema de las drogas ahora son capaces (o muestran su voluntad) de poner en marcha, mediante sistemas de supervisión, un mecanismo de base que les permita medir el fenómeno de las drogas y los resultados de sus esfuerzos. Así pues, las políticas en materia de drogas pueden considerarse más responsables que antes, lo que ya constituye por sí solo un logro importante.

Unos pocos países han ido más lejos al anunciar que, además de desarrollar sistemas de supervisión, realizarán una evaluación de la aplicación de la «estrategia nacional en materia de drogas», entendiendo como tal un estudio científico para valorar si la estrategia, ya sea en parte o en su totalidad, merece la pena. No obstante, hasta la fecha no hay indicios de ninguna evaluación científica del impacto asociado con las estrategias nacionales en materia de drogas.

En general, los países que aplican un enfoque más estructurado con respecto a la política en materia de drogodependencia, es decir, que cuentan con una «estrategia nacional» general por escrito orientada hacia objetivos concretos, un mecanismo central de coordinación con un coordinador nacional, en última instancia, y un sistema de supervisión sólido, afirman contar con un proceso de evaluación más complejo (gráfico 25). Parece que la existencia de un enfoque más estructurado, que constituye un compromiso político y financiero, representa un requisito previo para poder adoptar un enfoque de evaluación más desarrollado con respecto a las estrategias nacionales en materia de drogas. No obstante, convendría profundizar en los estudios para confirmar esta hipótesis.

**Gráfico 25.** Principales características de un enfoque estructurado en materia de drogas




La difusión de una cultura de supervisión y valoración ha contribuido al conocimiento del problema de la drogodependencia en la UE y, por tanto, se ha creado el marco adecuado para tomar decisiones mejor fundadas. En la actualidad, en las estrategias nacionales en materia de drogas, la evaluación se considera como un elemento decisivo de responsabilidad, rendimiento y prudencia financiera. Numerosos proyectos e intervenciones específicas en el ámbito de las drogas ya contienen un elemento de evaluación y, si se amplía a la principales intervenciones estratégicas en materia de drogas, esto contribuirá de forma gradual a determinar la eficacia de las estrategias nacionales en materia de drogas en Europa.

Cuestión particular 2

# El problema del cannabis en su contexto: razones del aumento de las demandas de tratamiento

## Introducción

El término «cannabis» se emplea para definir varios productos que se obtienen de la planta del cannabis o del cáñamo (*Cannabis sativa* L.), una especie anual originaria de Asia Central que en la actualidad crece en muchas partes del mundo de clima templado y tropical. Las numerosas variedades de la planta *Cannabis sativa* presentan una amplia gama de características biológicas y químicas divergentes. En el mercado europeo de las drogas se pueden encontrar tres formas de cannabis ilegal: «hierba de cannabis», obtenida de las sumidades florales, los tallos y las hojas secas de la planta; «resina de cannabis», las secreciones resinosas secas de color marrón o negro producidas a partir de las sumidades florales de la planta, que normalmente se vende en forma de bloques comprimidos pero que también puede encontrarse en polvo; y, la menos común, el «aceite de cannabis», un líquido viscoso y pegajoso.

El cannabis cuenta con un largo historial de consumo entre la población, y en muchas ocasiones ha sido empleado por distintas sociedades como una fuente importante de fibra para la elaboración de ropa y cuerdas, una ayuda para los rituales religiosos, una hierba medicinal y como estupefaciente. Actualmente, el cannabis es la droga ilegal que más se produce, con la que más se trafica y la que más comúnmente se consume a escala mundial (PINUCD, 2003a). A pesar de su largo historial de consumo y de la popularidad de la que goza en la actualidad, nuestros conocimientos sobre el impacto del consumo de cannabis en la salud pública siguen siendo limitados. Recientemente, cada vez son más las pruebas que relacionan el consumo de cannabis, y especialmente su consumo intensivo, con una serie de problemas sanitarios y sociales. También es mayor la preocupación por el aparente aumento del número de consumidores de cannabis que solicitan ayuda de los servicios especializados en materia de drogas. Sin embargo, la magnitud y la naturaleza de los problemas detectados entre las población de consumidores de cannabis europeos siguen siendo inciertas. Igual de incierta es la cuestión de hasta qué punto los datos estadísticos sobre el aumento de demandas de tratamiento reflejan cambios en las prácticas de notificación y de remisión a tratamiento en comparación con el incremento del número de personas que solicitan ayuda. Para responder a estas preguntas debemos enmarcar las demandas de tratamiento por consumo de cannabis en la perspectiva más amplia de los cambios producidos en las pautas de consumo en Europa, la evolución y el desarrollo de los sistemas de notificación e incluso la consideración de la naturaleza cambiante de la droga en sí. Estos temas se abordan en esta cuestión particular sobre el problema del cannabis en su contexto, cuyo objetivo es propiciar un debate más razonado acerca del posible impacto sobre la salud pública del más común de todos los consumos de drogas.

## El contexto legislativo: situación legal del cannabis en Europa

Las sanciones penales que deberían aplicarse a los consumidores de cannabis siguen siendo motivo de controversia en la UE ([151]), y los Estados miembros adoptan enfoques considerablemente distintos con respecto a esta cuestión.

Los extractos del cannabis se clasifican como estupefacientes de conformidad con los anexos I y IV de la Convención única de 1961 sobre estupefacientes, de las Naciones Unidas ([152]). La Convención insta a la adopción de medidas para garantizar la penalización de una amplia gama de actividades, incluida la posesión de estupefacientes. Sin embargo, los Estados miembros tienen que interpretar y aplicar la Convención teniendo en cuenta sus propias circunstancias, y la letra b) del apartado 1 del artículo 36 admite las distintas opciones de medidas de «tratamiento, educación, postratamiento, rehabilitación y readaptación social».

En la práctica, esto significa que la forma de perseguir los delitos relacionados con el cannabis en el territorio de la UE es heterogénea. Algunos países han elaborado directrices de instrucción o códigos jurídicos para regular el tratamiento de determinados tipos de delitos relacionados con el cannabis, a menudo recomendando distintas vías jurídicas para juzgar lo que se consideran contravenciones o delitos más graves. En algunos países se está haciendo patente una tendencia a aplicar medidas terapéuticas como alternativa a los procesos penales para casos de consumo y posesión de pequeñas cantidades de drogas sin circunstancias agravantes. Asimismo, los códigos penales podrían abordar la cuestión del consumo problemático permitiendo (de forma discrecional u obligatoria) la suspensión de la causa penal, siempre y cuando el delincuente se someta a tratamiento o reciba asesoramiento.

([151]) Véase la página web de la base de datos europea de legislación en materia de drogas (ELDD) (http://eldd.emcdda.eu.int/trends/trends_cannabis.shtml).
([152]) Véase: http://www.incb.org/e/conv/1961/index.htm

Aunque estas alternativas suelen afectar a los consumidores de todo tipo de drogas, como resultado de los cambios acontecidos en el último año, las leyes o directrices en Bélgica y el Reino Unido ahora mencionan de forma específica a los consumidores problemáticos de cannabis con el fin de orientarlos hacia esta opción de tratamiento.

## Problemas físicos, psicológicos y de desarrollo relacionados con el consumo de cannabis ([153])

Los informes nacionales de los Estados miembros señalan que un aumento del número de demandas de tratamiento por consumo de cannabis refleja probablemente un incremento de los problemas particularmente relacionados con el consumo intensivo de esta droga. Convendría señalar, sin embargo, que faltan numerosos datos sistemáticos y comparables sobre los problemas experimentados por los consumidores de esta sustancia. La base de conocimientos científicos en este ámbito sigue evolucionando, si bien ofrece cada vez más pruebas científicas de la relación que existe entre el consumo de cannabis y una serie de problemas, aunque la naturaleza del vínculo causal no siempre es clara. Es posible consultar en línea una visión general de los estudios que existen sobre los problemas relacionados con el consumo de cannabis (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=4811).

Es importante distinguir entre los efectos agudos (a corto plazo) del cannabis y el impacto crónico o a largo plazo de la droga. Se ha notificado una serie de efectos agudos positivos y negativos. Entre los efectos negativos se incluyen la falta de atención y dificultades de concentración, efectos adversos sobre la función motora (reflejos, coordinación), problemas de memoria a corto plazo, ansiedad, ataques de pánico y depresión. Los efectos positivos pueden ser la euforia, la relajación y una mayor sociabilidad. Los efectos agudos de la droga que suscitan las principales preocupaciones son la psicosis a corto plazo inducida por el consumo de drogas o ataques de pánico agudos, un mayor riesgo de accidentes, especialmente al volante o en entornos de trabajo peligrosos y, entre los jóvenes, un impacto negativo sobre el rendimiento escolar (Hall et al., 2001).

Llegar a comprender los efectos crónicos del cannabis es más complejo por una serie de motivos, entre otras cosas porque resulta complicado distinguir los efectos del cannabis de los efectos del consumo crónico de otras drogas ilegales, de tabaco y de alcohol. No obstante, entre las principales preocupaciones a este respecto cabe señalar un mayor riesgo de desarrollar cáncer de pulmón y otras enfermedades respiratorias, así como el riesgo de experimentar problemas psiquiátricos a largo plazo, incluidas la depresión, la psicosis y la esquizofrenia. Otro problema relacionado con el consumo crónico es la posible aparición de un comportamiento adictivo. En el estudio disponible en línea se examina hasta qué punto las pruebas científicas muestran que el consumo de cannabis constituye un factor de riesgo, un factor causal o simplemente está relacionado con estos problemas debido a una serie de relaciones más complejas.

En la mayoría de los Estados miembros, el cannabis es la droga ilegal más frecuentemente relacionada con los delitos contra la legislación en materia de drogas, lo que no resulta sorprendente dado que se trata de la droga más consumida ([154]). No obstante, en comparación con otras drogas, como la heroína, no parece que exista una estrecha relación entre el consumo de cannabis y otros tipos de delitos.

## El consumo de cannabis y la evaluación de problemas

Aunque los criterios de diagnóstico reconocidos internacionalmente ofrecen interesantes directrices sobre las definiciones de lo que debe entenderse por consumo de drogas perjudicial, abuso y consumo dependiente, surgen problemas cuando se considera el cannabis a la luz de las pruebas científicas disponibles a escala europea ([155]). En particular, existen considerables divergencias en cuanto a las principales cuestiones de evaluación. Por ejemplo, existe escaso consenso sobre la definición de términos como «consumo intensivo», «consumo regular» y «consumo problemático», y esto dificulta la comparación de los resultados de los distintos estudios. Asimismo, sólo en encuestas se ha intentado evaluar el nivel de «dependencia» o «abuso» entre la población, de conformidad con las definiciones CIE o DSM; en este sentido, vuelven a escasear las herramientas normalizadas que permitirían realizar una comparación convincente de los datos extraídos de distintos estudios u obtenidos entre la población.

Sin embargo, se está trabajando en este sentido. Por ejemplo, un estudio francés actualmente en marcha pretende definir mejor el consumo problemático y desarrollar instrumentos específicos para determinar la frecuencia de consumo, el riesgo percibido y los efectos psicológicos y físicos (Beck, 2003).

Hasta la fecha, la fórmula más comúnmente empleada para medir la intensidad del consumo es el número de días en los que se ha consumido esta droga durante un período determinado de tiempo. El consumo de cannabis diario o casi diario se suele utilizar como indicador de «consumo intensivo». Aunque el consumo diario de cannabis no implica necesariamente dependencia, es probable que un

([153]) En el primer semestre de 2005 se publicará un monográfico específico sobre los problemas relacionados con el consumo de cannabis. Asimismo, se puede encontrar más información sobre los efectos sanitarios y físicos del consumo de cannabis en la página web del OEDT (http://www.emcdda.eu.int/situation/themes/demand_treatment.shtml).

([154]) Véase el cuadro 5 sobre los delitos, en el boletín estadístico de 2004.

([155]) Para una definición de «dependencia» y «consumo perjudicial», véase la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª revisión (CIE-10), de la Organización Mundial de la Salud, códigos F10 a F19: trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas. También se suele utilizar con frecuencia el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (IV edición) (DSM-IV, American Psychiatric Association), que emplea los conceptos «dependencia» y «abuso».

elevado porcentaje de consumidores diarios recibiría un diagnóstico positivo de dependencia o abuso con arreglo a los criterios de diagnóstico normalizado (CIE-10, DSM-IV). Dado que resulta relativamente fácil medir la frecuencia de consumo y armonizarla en cuestionarios, esta fórmula se incluye en las directrices del OEDT para el cuestionario modelo europeo. Actualmente, nueve países notifican de esta forma datos sobre la frecuencia del consumo de cannabis ([156]).

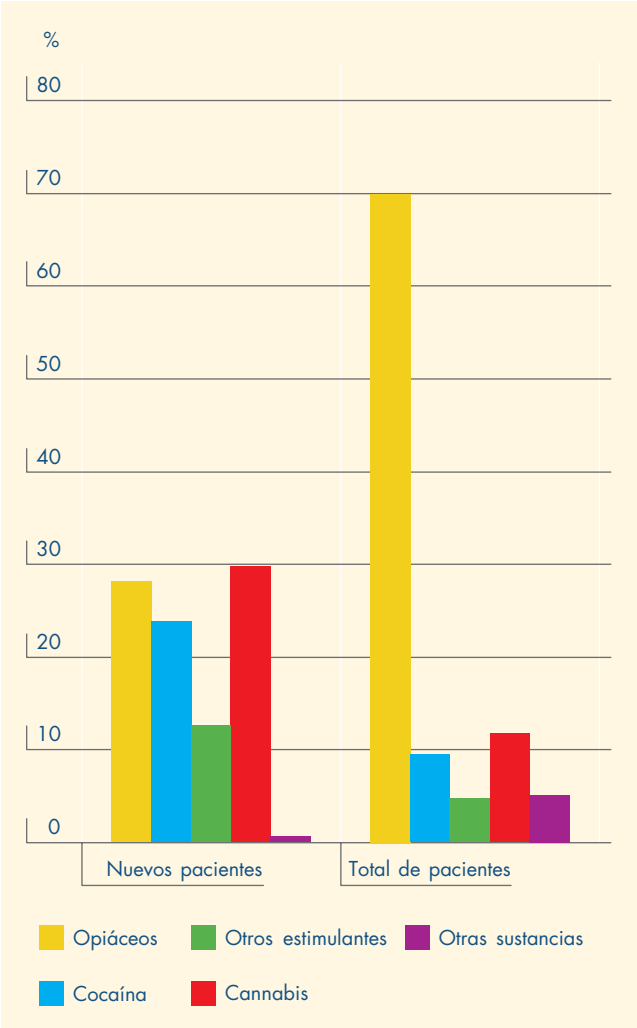
## Tendencias en las demandas de tratamiento por problemas derivados del consumo de cannabis

El cannabis es la droga ilegal más consumida en Europa, pero solo un reducido porcentaje de consumidores solicita tratamiento. Pese a ello, el cannabis ha sido notificado en numerosos países como la segunda droga primaria para la que se está ofreciendo tratamiento especializado. De conformidad con los datos del indicador de demanda de tratamiento (TDI) (véase la p. 65) recopilados a partir de todos los tipos existentes de tratamiento, cerca del 12 % de los pacientes y del 30 % de los que reciben tratamiento por primera vez notifican que su principal problema es el cannabis (gráfico 26).

El porcentaje de nuevos pacientes (los que no han recibido tratamiento anteriormente) que solicitan tratamiento por consumo de cannabis varía considerablemente de un país a otro, desde casi el 0 % en Lituania al 48 % en Alemania, pero en general se encuentra por encima del 20 % (gráfico 27). No obstante, no todos los países pueden proporcionar información sobre nuevas solicitudes de tratamiento, y en medio de los conjuntos de información sobre todas las solicitudes de tratamiento los problemas del cannabis son menos evidentes.

Entre 1996 y 2002, de conformidad con la información del TDI procedente de países que han facilitado datos sobre tendencias, el número de nuevos pacientes que solicitan tratamiento por consumo de cannabis como droga principal pasó de 3 713 a 12 493. En 2002, esta cifra representaba el 29 % del total de nuevos pacientes (media entre los 11 países de los que se dispone de datos), lo que supone un aumento frente al 13 % registrado en 1996 (para las fuentes de información, véase el gráfico 20). Aunque todos estos países, con la excepción de Grecia y el Reino Unido ([157]), indican un aumento del número de nuevos pacientes consumidores de cannabis en comparación con el porcentaje del total de nuevos pacientes, la magnitud del aumento varió del 6 % en los Países Bajos al 31 % en Alemania. La información contenida en los informes nacionales Reitox sugiere que el número de personas que reciben tratamiento por problemas derivados del consumo de cannabis en tanto que principal droga de consumo está aumentando igualmente en los nuevos Estados miembros (gráfico 28).

**Gráfico 26.** Droga principal notificada por nuevos y antiguos pacientes que solicitaron tratamiento en 2002



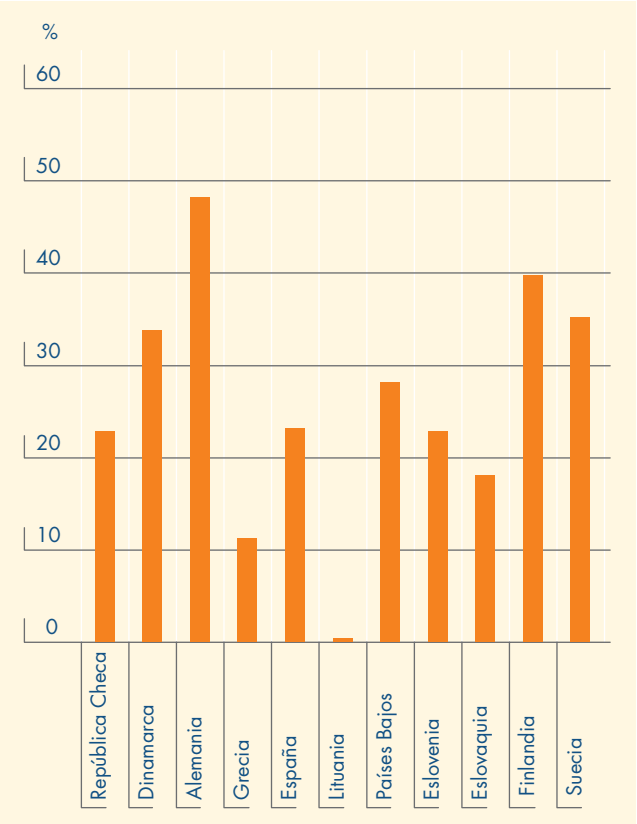

*N.B.:* *n* = 42 568 (nuevos pacientes), 351 372 (total).
Países que proporcionan datos (nuevos pacientes): República Checa, Dinamarca, Alemania, Grecia, España, Lituania, Países Bajos, Eslovenia, Eslovaquia, Finlandia y Suecia.
Países que proporcionan datos (todos los pacientes): República Checa, Dinamarca, Alemania, Grecia, España, Italia, Lituania, Luxemburgo, Hungría, Países Bajos, Eslovenia, Eslovaquia, Finlandia, Suecia y Reino Unido.
Ponderado con respecto al número de pacientes por país.
*Fuente:* Informes nacionales de la red Reitox de 2003.

Un estudio reciente sobre las demandas de tratamiento por consumo de cannabis dirigido por el sistema de información en materia de drogas y alcohol de los Países Bajos (LADIS) señaló que el 29 % de los nuevos pacientes que empezaron a recibir tratamiento en 2002 tenía problemas con el cannabis y que el número de estos pacientes seguía siendo reducido, pero que aumentaba todos los años. El estudio indicó igualmente que, dada la magnitud del consumo de cannabis en los Países Bajos, si bien el porcentaje de solicitantes de tratamiento iba en aumento, éste seguía siendo relativamente reducido.

([156]) Grecia, España, Francia, Irlanda, Italia, Letonia, los Países Bajos y Portugal. Los datos de Finlandia no se presentan debido al reducido número de consumidores que participaron en su encuesta del mes pasado (35). El número de casos y de porcentajes por país se presentan en el cuadro 1 sobre tratamientos, en el boletín estadístico.

([157]) No hay datos disponibles sobre los nuevos pacientes del Reino Unido y se ofrece información en los informes nacionales.

**Gráfico 27.** Nuevos pacientes que solicitaron tratamiento por consumo de cannabis como droga principal en 2002, por país




*N.B.:* Número total de casos: 42 421.
*Fuentes:* Informes nacionales de la red Reitox de 2003.

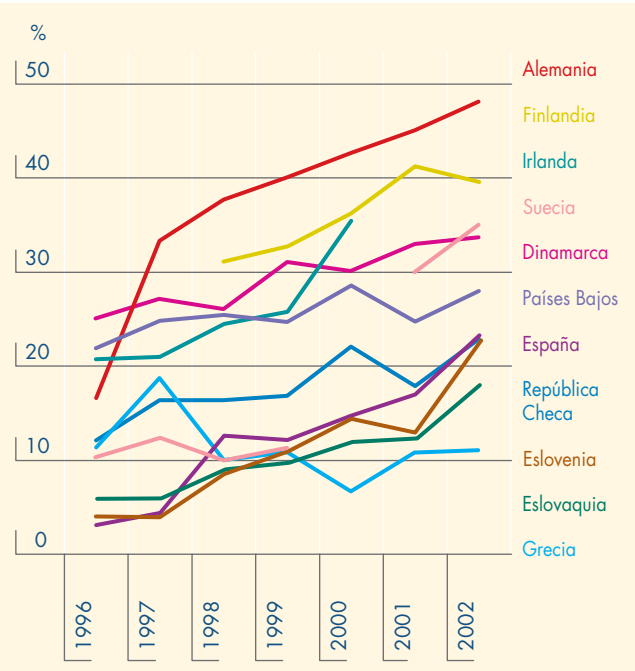
Se debe actuar con cautela a la hora de generalizar a partir de los datos consolidados a escala europea. Sólo existen datos longitudinales sobre las nuevas demandas de tratamiento en 11 países. A este respecto, cabe señalar que los datos facilitados por España y Alemania, países que han experimentado aumentos significativos de los casos de problemas relacionados con el consumo de cannabis, propician considerablemente el aumento de las demandas de tratamiento por consumo de cannabis que se desprende de los datos del TDI; asimismo, en cuanto a las cifras globales, España representa cerca del 50 % de todas las demandas de tratamiento comunicadas.

El aumento de las demandas de tratamiento por consumo de cannabis no se limita a Europa. En los Estados Unidos, donde se emplea un sistema distinto para el registro de los tratamientos por consumo de drogas ([158]), las admisiones a tratamiento por consumo de marihuana aumentaron de 20 000 en 1992 a casi 90 000 en 2000 (SAMHSA, 2001; OEDT, 2003d).

A la hora de examinar las implicaciones del aumento de las demandas de tratamiento por consumo de cannabis se plantean las siguientes cuestiones fundamentales:

- ¿Representa este resultado un aumento del número de personas con problemas físicos y psicológicos relacionados con el consumo de cannabis? En caso afirmativo,
  - — ¿se deriva de un aumento del consumo regular e intensivo de cannabis?;
  - — ¿refleja otros factores tales como un posible aumento de la potencia del cannabis?
- ¿Puede explicarse este aumento por factores independientes de una mayor necesidad de ayuda, como por ejemplo:
  - — mejoras en la cobertura del sistema de notificación de tratamientos;
  - — la expansión de los tipos de servicios de tratamiento disponibles, y en particular, de servicios específicos para adolescentes y jóvenes (red Reitox, Informes nacionales, 2003);
  - — cambios en el modo en que los sistemas penales, las escuelas o los centros que trabajan con jóvenes abordan el consumo de cannabis, con un aumento del número de envíos a tratamiento de personas que de otro modo no hubieran buscado tratamiento de forma espontánea?

**Gráfico 28.** Tendencias entre los nuevos pacientes admitidos a tratamiento por consumo de cannabis (1996-2002)




*N.B.:* Tratamiento en cifras generales (% del total de pacientes).
Tendencias medias (%) de cada país.
Países que proporcionan datos: República Checa, Dinamarca, Alemania, Grecia, España, Países Bajos, Eslovenia, Eslovaquia, Finlandia y Suecia.
En Suecia, los datos entre 1996 y 1999 proceden de tratamientos hospitalarios, razón por la cual el número de casos de cannabis es relativamente bajo en comparación con otros años.
*Fuentes:* Informes nacionales de la red Reitox de 2003.

([158]) En los Estados Unidos se registran las admisiones a tratamiento y no los pacientes. Asimismo, a diferencia de Europa, el alcohol se incluye entre las sustancias de abuso. Véase la página web de SAMHSA (http://www.samhsa.gov). Nota: en los Estados Unidos, Canadá y Australia se emplea el término «marihuana», ya que el término «hachís» (resina de cannabis) no es común.

Es importante entender la medida en que cada uno de estos factores influye en la asistencia a tratamientos. Un primer paso consiste en examinar las características de las personas que empiezan a ser tratadas y que tienen problemas por consumo de cannabis como droga principal. Este análisis se basa en los consumidores que reciben tratamiento ambulatorio.

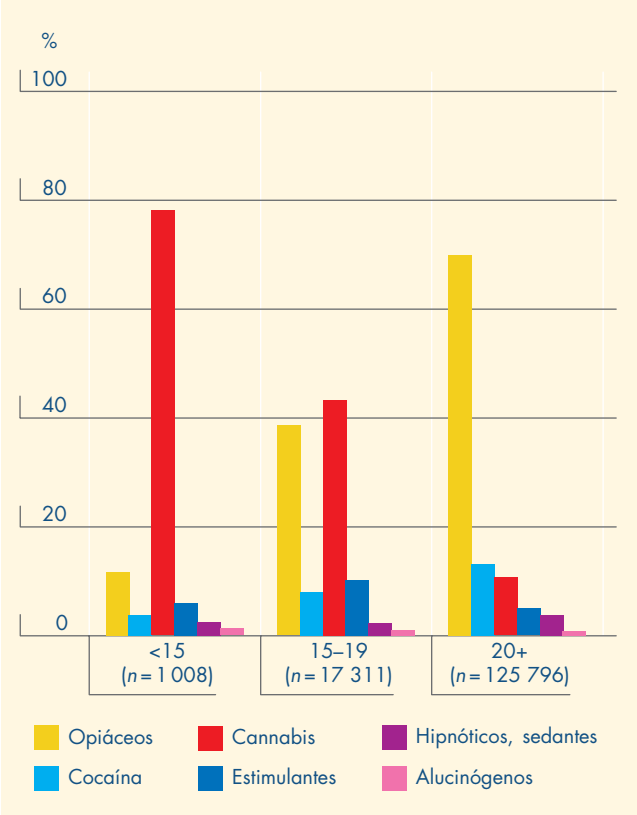
## Consumidores de cannabis: características y pautas de consumo

Existe una serie de opciones estándar que permiten registrar la fuente de envío de los consumidores que inician un tratamiento. Éstas distinguen entre los consumidores que se someten voluntariamente a un tratamiento y los que son enviados por terceras partes, como los organismos de justicia penal o los centros sociales. La mayor parte de los consumidores de cannabis acuden a tratamiento presionados por sus familiares o amigos, los servicios sociales o el sistema penal. En comparación con los consumidores de otras drogas, un porcentaje más pequeño de consumidores de cannabis se somete voluntariamente a tratamiento ([159]). Los Estados Unidos y Canadá cuentan con un programa similar, donde la demanda de tratamiento por marihuana como sustancia principal no suele proceder en gran medida del propio consumidor (OEDT, 2003d).

Una diferencia importante entre los canales de envío radica en que los que son enviados por familiares o los servicios sociales (con frecuencia las escuelas) son generalmente más jóvenes, probablemente no consumen otras drogas distintas del cannabis y están más integrados en la sociedad, mientras que los pacientes enviados por las autoridades judiciales o los que acceden a acudir voluntariamente suelen ser mayores y con frecuencia consumen otras drogas además del cannabis (red Reitox, Informes nacionales, 2003). En Alemania y Finlandia, países que presentan los porcentajes más elevados de pacientes que consumen cannabis como sustancia principal, las autoridades judiciales y las escuelas desempeñan un papel importante en el envío de pacientes consumidores de cannabis a tratamiento.

Los consumidores de cannabis que reciben tratamiento por primera vez suelen ser en gran medida jóvenes, de sexo masculino (83 %) con una edad media de 22 y 23 años, mientras que, en el caso de otras drogas, el porcentaje de pacientes de sexo masculino es marginalmente inferior y la edad media es superior. En el caso de casi el 80 % de los nuevos pacientes clasificados como «muy jóvenes» (menores de 15 años) y el 40 % con edades comprendidas entre los 15 y los 19 años, la droga principal por la que se solicita tratamiento es el cannabis (gráfico 29) ([160]). Estos grupos suelen ser principalmente de sexo masculino, pero incluyen un mayor porcentaje de mujeres que el grupo de pacientes en su conjunto. Las diferencias en la distribución por edad y sexo reflejan generalmente las mismas pautas encontradas entre todos los pacientes.

**Gráfico 29.** Distribución de la droga principal comunicada por pacientes admitidos a tratamiento ambulatorio y por grupos de edades (2002)




*N.B.:* Total de pacientes. Países que proporcionan datos: Dinamarca, Alemania, Grecia, España, Luxemburgo, Hungría, Suecia, Finlandia, Reino Unido. Los consumidores masculinos de Dinamarca y el Reino Unido suponen el 56 % de todos los pacientes sometidos a tratamiento por cannabis menores de 20 años; en España suponen más del 17 %.

*Fuentes:* Informes nacionales de la red Reitox de 2003; los datos sobre el TDI proceden de los centros de tratamiento ambulatorios.

La edad relativamente joven de los pacientes que consumen cannabis se refleja en el elevado porcentaje de estudiantes (45 %), frente al porcentaje de pacientes que reciben tratamiento por problemas relacionados con otras drogas (8 %). El 24 % de los que reciben tratamiento por problemas con el cannabis tiene un empleo regular, porcentaje equivalente al número de personas en tratamiento que están desempleadas ([161]), lo que contrasta visiblemente con los pacientes que consumen otras drogas como la heroína. Asimismo, los pacientes que experimentan problemas relacionados con el cannabis suelen tener una vivienda estable, a diferencia de los que tienen problemas con otras drogas ([162]), lo que refleja el hecho de que muchos son jóvenes o estudiantes que viven con sus padres.

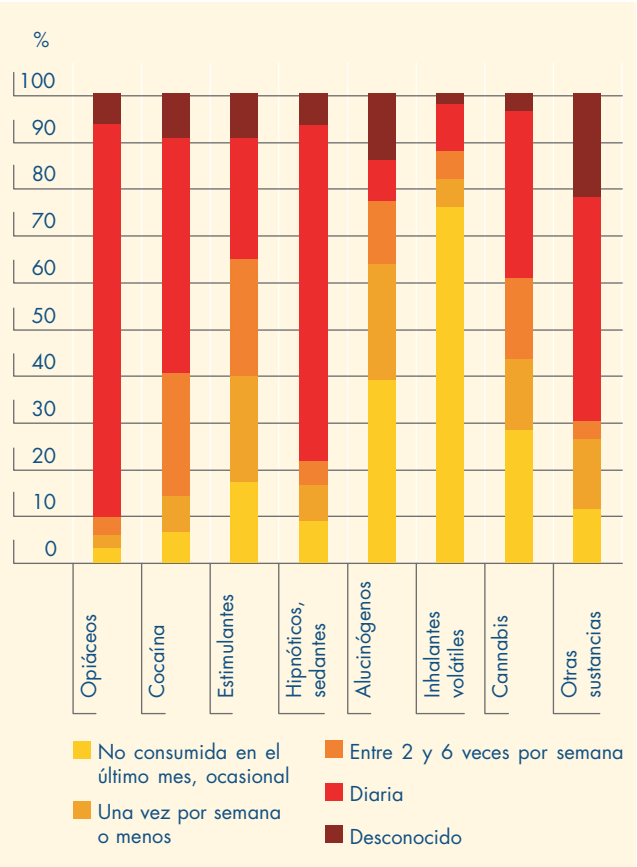
Las pautas de consumo entre los pacientes que reciben tratamiento ambulatorio por consumo de cannabis como sustancia principal varían considerablemente y son muy

([159]) Véase el gráfico 22 OL: Fuente de envío entre todos los consumidores: para todas las drogas y para el cannabis.
([160]) Véase también el cuadro TDI 4, en el boletín estadístico de 2004.
([161]) Véase el gráfico 23 OL: Situación laboral entre los pacientes que consumen cannabis y todos los pacientes.
([162]) Véase el gráfico 24 OL: Condiciones de vida entre los pacientes que consumen cannabis y todos los pacientes.

distintas de las observadas por lo que respecta a otros tipos de drogas, particularmente los opiáceos (gráfico 30). En 2002, entre los pacientes en tratamiento por problemas con el cannabis como sustancia principal, sólo el 36 % se caracterizaba por un consumo diario y únicamente el 17 % consumía cannabis más de una vez a la semana (2-6 veces por semana); el 15 % consumía cannabis una vez por semana o menos; y el 28 % consumía de forma ocasional o casi no había consumido cannabis en el último mes. Por su parte, el porcentaje de consumidores de opiáceos en tratamiento que consumen diariamente es del 84 %.

El porcentaje de pacientes en tratamiento ambulatorio que consumen cannabis diariamente varía de un país a otro. Los porcentajes más elevados de consumidores diarios de cannabis se observan en los Países Bajos (80 %) y Dinamarca (76 %), mientras que el porcentaje más elevado de consumidores ocasionales se registra en Alemania (41 %) ([163]).

**Gráfico 30.** Distribución de la frecuencia de consumo de la droga principal comunicada entre todos los pacientes sometidos a tratamiento ambulatorio (2002)




*N.B.:* *n* = 109 699 (todos los pacientes). Países que proporcionan datos: República Checa, Dinamarca, Alemania, Grecia, Luxemburgo, Hungría, Finlandia, Suecia y Reino Unido (República Checa: todo tipo de centros de tratamiento).
*Fuentes:* Informes nacionales de la red Reitox de 2003; los datos sobre el TDI proceden de los centros de tratamiento ambulatorios.

Cuanto antes se empieza a consumir cannabis, mayor es el riesgo de desarrollar problemas con las drogas en el futuro (Kraus et al., 2003). En Europa, el 28 % de todos los pacientes en tratamiento por consumo de cannabis en 2002 empezó a consumir antes de los 15 años, y la mayoría (80 %), antes de los 20. Las cifras correspondientes a los opiáceos son el 9 % y el 42,8 %, y para la cocaína, el 6 % y el 26,5 %.

La mayoría de los países señala que los pacientes en tratamiento por problemas con el cannabis como sustancia principal a menudo reflejan unas pautas de consumo de diversas drogas. Este dato podría deberse a un artificio estadístico, por ejemplo, en caso de que, por comodidad, se hubiese incluido a los pacientes con un patrón de policonsumo de drogas en la categoría de consumidores de cannabis como droga principal. No obstante, no están disponibles los datos cuantitativos sobre el porcentaje de consumidores de diversas drogas entre los pacientes en general. Se observan diferencias entre los pacientes que sólo consumen cannabis y los que lo consumen en combinación con otras drogas (red Reitox, Informes nacionales, 2003): los primeros suelen ser más jóvenes y están mejor integrados en la sociedad (es más probable que tengan un empleo y un mayor nivel educativo, y menos probable que abandonen los estudios o que lo hayan hecho) que los segundos. Las sustancias secundarias más comunes utilizadas por los que consumen cannabis como sustancia principal son el alcohol (32,9 %) y los estimulantes (25 %) ([164]), aunque la distribución varía en función del país.

Algunos pacientes que consumen cannabis y que están en tratamiento admiten asimismo consumir otras drogas por vía parenteral, y algunos manifiestan haber consumido drogas en algún momento de su vida por esta vía, a pesar de que en la actualidad sólo consumen cannabis. Por ejemplo, en cuanto a la información facilitada por Grecia correspondiente a 2002, aunque el 14,7 % de los consumidores de cannabis que afirmaba consumir una droga secundaria había consumido droga en los últimos 30 días por vía parenteral, el 25,4 % de todos los pacientes que únicamente consumían cannabis notificó haber consumido otra sustancia en algún momento de su vida por vía parenteral, lo que sugiere una coincidencia con una población que consume droga de forma crónica (Informe nacional de Grecia, 2003). De forma similar, los datos procedentes del Informe nacional de la República Checa sugieren que, en algunos entornos de tratamiento, aproximadamente la mitad de los pacientes con problemas con el cannabis también consume por vía parenteral.

## Tendencias en la demanda de tratamiento: factores cambiantes

El aumento de la demanda de tratamiento para problemas relacionados con el cannabis como droga principal debería contemplarse en el marco de los cambios que han

([163]) Véase el gráfico 25 OL: Frecuencia de consumo de cannabis por país.
([164]) Véase el gráfico 26 OL: Droga secundaria más consumida entre todos los consumidores de cannabis, por país y el cuadro TDI 9, en el boletín estadístico de 2004.

experimentando las características y las pautas de consumo. Entre 2000 y 2002, en los países que han notificado datos, el número total de envíos a tratamiento por parte de las autoridades judiciales, familiares y amigos o los servicios sociales aumentó de forma excepcional, en un 103 %, 81 % y 136 % respectivamente ([165]). No se observaron diferencias relevantes entre países, salvo que en Alemania el porcentaje de envíos a tratamiento por parte del sistema penal también aumentó (del 21,7 % al 26,7 %).

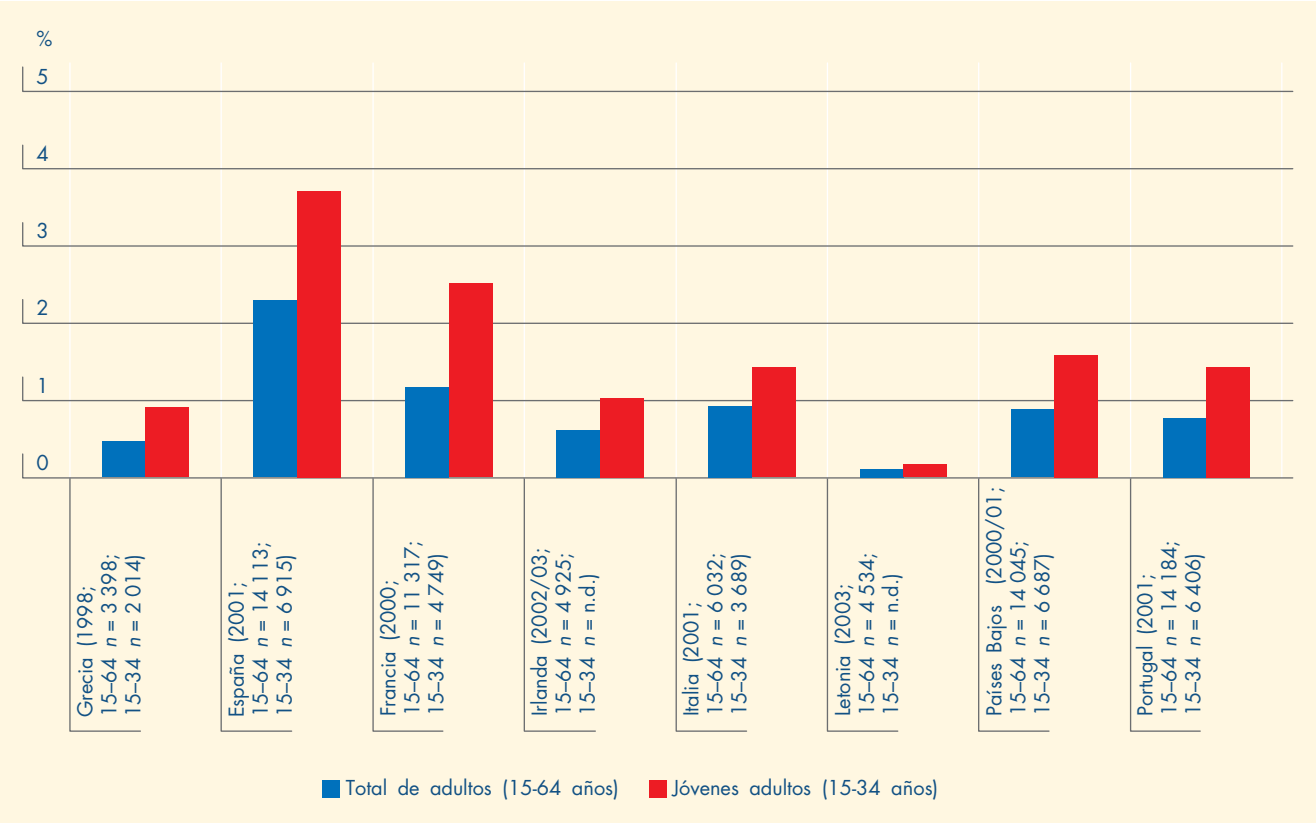
No existen datos sólidos sobre las tendencias en las características sociodemográficas de los pacientes con problemas relacionados con el cannabis, si bien algunos informes nacionales (República Checa, Francia y Luxemburgo) señalan un aumento del número de pacientes con problemas educativos, sociales y psicosociales. Entre 2001 y 2002, el porcentaje de consumidores diarios entre los pacientes con problemas con el cannabis aumentó del 31,7 % al 39,2 % ([166]); algunos países indican que el porcentaje de consumidores diarios es mayor entre los pacientes de más edad (mayores de 20 años).

## El consumo de cannabis entre la población en general: del consumo experimental al consumo diario

Tal como se ha descrito anteriormente, pese al importante aumento del consumo de cannabis en casi todos los países en la década de 1990 y a que es la droga más consumida, el consumo sigue siendo en su mayor parte ocasional o de corta duración. Es probable que los que presentan más riesgo de desarrollar problemas o dependencias son los que la consumen de forma intensiva, pero es en este ámbito donde las fuentes de información son más escasas, aunque se sabe que los consumidores recientes (en los últimos 30 días) son generalmente jóvenes de sexo masculino que viven en zonas urbanas.

El «consumo en los últimos 30 días» constituye un indicador del consumo actual e incluye a los que consumen de forma intensiva. En varias encuestas recientes, si se excluye a Suecia (0,1 %), entre el 1 % y el 7 % de todos los adultos y entre el 3 % y el 12 % de los jóvenes adultos

**Gráfico 31.** Porcentaje de consumidores diarios (o casi diarios) entre adultos y adultos jóvenes en algunos países de la UE, medido por las encuestas nacionales de población




n.d.: no disponible.
*N.B.:* Consumidores diarios o casi diarios = consumo 20 días o más durante el mes previo a la encuesta.
Los datos proceden de las encuestas nacionales más recientes disponibles en cada país.
El tramo de edad para todos los adultos es de 15 a 64 años (Italia, 44 años), y para los jóvenes adultos, de 15 a 34 años. Las variaciones entre los tramos de edad pueden traducirse en pequeñas disparidades entre países.
*Fuentes:* Informes nacionales de la red Reitox de 2003, extraídos de informes de encuestas y artículos científicos. Véanse asimismo los cuadros de estándares epidemiológicos en el boletín estadístico de 2004.

([165]) Véase el gráfico 27 OL: Fuentes de envío a tratamiento entre todos los pacientes, 2000-2002.

([166]) Véase el gráfico 28 OL: Frecuencia de consumo entre todos los consumidores de cannabis y el cuadro TDI 8, en el boletín estadístico de 2004.

afirman haber consumido en los últimos 30 días. Sin embargo, existen diferencias entre países y el consumo actual de esta droga es más común en la República Checa, España, Francia, Irlanda y el Reino Unido. En países donde es posible analizar tendencias del consumo reciente a lo largo del tiempo no se han observado cambios notables.

Sólo nueve países han facilitado datos que permiten examinar detenidamente la frecuencia del consumo de cannabis en los últimos 30 días: Grecia, España, Francia, Irlanda, Italia, Letonia, los Países Bajos, Portugal y Finlandia (no presentados). A excepción de Letonia, aproximadamente una cuarta parte (del 19 % al 33 %) de los que han consumido cannabis en el último mes lo venían haciendo de forma diaria o casi diaria ([167]) ([168]). En estos países, los consumidores diarios representaban entre el 0,5 % y el 2,3 % del total de la población ([169]) y entre el 0,9 % y el 3,7 % de los jóvenes adultos (de 15 a 34 años) (gráfico 31). La mayoría (entre el 76 % y el 92 %) de los que admitieron haber consumido cannabis en el último mes tenía edades comprendidas entre los 15 y los 34 años y, por tanto, los consumidores diarios se concentraban en esta franja de edad. Asimismo, los consumidores diarios suelen ser de sexo masculino, aunque la proporción varía del 62 % en los Países Bajos al 92 % en Grecia.

De estos datos se puede extraer una valoración básica del número de personas que consumen cannabis de forma intensiva en Europa. Si asumimos que aproximadamente el 1 % de la población consume cannabis diariamente, entonces, en un país con 25 millones de habitantes (de entre 15 y 64 años), habría 250 000 consumidores diarios de cannabis. En la UE en su conjunto, cuya población total es de 302 millones de personas de entre 15 y 64 años, la prevalencia rondaría los 3 millones.

Incluso entre adultos jóvenes, el consumo intensivo de cannabis varía entre las cohortes de edad, siendo generalmente más elevado entre los grupos más jóvenes. En la encuesta anual de 2002 realizada en las escuelas españolas, el 3,6 % de los estudiantes de entre 14 y 18 años de edad notificó un consumo diario o casi diario (es decir, en los niveles más elevados del margen de edad observado en adultos jóvenes de 15 a 34 años). En la encuesta anual francesa de jóvenes entre 17 y 19 años (Escapad), el consumo diario de cannabis en los últimos 30 días seguía aumentando, con un 9,2 % entre los chicos y un 3,3 % entre las chicas (Beck y Legleye, 2003).

Los efectos de la dependencia o del consumo abusivo del cannabis parecen ser menos graves que los de otras drogas. La mayoría de los consumidores intensivos de cannabis son jóvenes relativamente bien integrados, que corren un mayor riesgo de sufrir otros problemas sociales (accidentes de tráfico, fracaso en los estudios o ruptura familiar) antes que cualquier actividad delictiva, por lo que las intervenciones deberían adecuarse en consecuencia y no crear más problemas ni ser fuente de exclusión.

## Potencia del cannabis y dosis

Se ha especulado con que el incremento de problemas y, por tanto, el aumento de las admisiones a tratamiento, se debe en parte a un aumento de la potencia del cannabis. La comprensión de las cuestiones relacionadas con la potencia del cannabis, la dosis que cada consumidor recibe y sus posibles efectos agudos y crónicos plantea una serie de problemas complejos. El OEDT llevó a cabo un estudio especial para examinar las pruebas científicas existentes en relación con la potencia del cannabis. Los resultados de este estudio pueden encontrarse en el recuadro de la p. 90.

La potencia del cannabis es sólo uno de los factores necesarios para calcular la dosis que recibirá un consumidor durante un período de tiempo determinado (Hall et al., 2001). La vía de administración, la técnica de fumar, la cantidad de cannabis consumido en cualquier sesión y el número de sesiones en las que un consumidor fuma constituyen elementos igualmente o incluso más importantes a la hora de calcular los niveles de exposición individuales. Siempre ha habido, hasta cierto punto, cannabis de alta potencia, y esta preocupación no es nueva. También es importante señalar que no se entiende si los consumidores de cannabis modifican su conducta para lograr el efecto de dosificación deseado. Por lo tanto, es preciso seguir investigando en qué medida el cannabis de alta potencia produce necesariamente dosis elevadas.

## Respuestas a las necesidades de los afectados por problemas relacionados con el cannabis

Para dar respuestas eficaces a los problemas con el cannabis, es fundamental entender las necesidades de los que solicitan ayuda. El análisis de la demanda de tratamientos y otros indicadores sugieren que tanto los consumidores de cannabis enviados a tratamiento como los consumidores en su conjunto constituyen una población heterogénea, con sus correspondientes necesidades igualmente heterogéneas. Esto hace patente la necesidad de encontrar respuestas que vayan desde la prevención hasta los tratamientos formales, pasando por las actividades de reducción del riesgo. Una posible preocupación es saber si resulta adecuado enviar a jóvenes consumidores que sólo consumen cannabis de forma ocasional a centros especializados de atención a drogodependientes. La respuesta a esta pregunta depende

([167]) En esta sección, la información se referirá al «consumo en 20 días o más durante los últimos 30 días», expresado como «consumo diario o casi diario». El cuestionario modelo europeo prevé la recopilación de datos relativos al número exacto de días de consumo, pero a la hora de notificar las cifras nacionales, la frecuencia de consumo se agrupó en cuatro categorías discretas, siendo la más elevada «20 días o más».

([168]) Véase el gráfico 29 OL: Proporción de consumidores cotidianos (o casi cotidianos) entre los adultos (15-64 años) que consumieron cannabis en el mes precedente.

([169]) Porcentaje de «consumidores en el último mes» multiplicado por el porcentaje de «consumidores diarios o casi diarios», es decir, el 6 % (prevalencia del último mes) × 25 % (porcentaje de los que consumen «20 veces o más») = 1,5 %.

**Potencia del cannabis (*Fuente*: OEDT, 2004c).**

1. Los países de la UE pueden dividirse en dos grupos distintos dependiendo de cuál sea el producto más consumido: la hierba del cannabis o la resina de cannabis. De los países de los que se dispone de información, la resina de cannabis es más común en Alemania, Irlanda, Portugal y el Reino Unido, mientras que se consume más hierba de cannabis en Bélgica, la República Checa, Estonia, los Países Bajos y Austria.
2. No se ha producido una tendencia al alza señalada en la potencia de la hierba del cannabis ni de la resina importadas a Europa. En todos los países de la UE, con la posible excepción de los Países Bajos, la mayoría del cannabis consumido es de importación, aunque faltan datos sistemáticos sobre la disponibilidad de la cantidad de hierba de cannabis producida a escala nacional.
3. El cultivo en interiores de cannabis es común hasta cierto punto en todos los países europeos. En los Países Bajos, se calcula que este producto representa más de la mitad del cannabis consumido, pero en la mayoría de los países tienen más importancia los productos importados.
4. La hierba de cannabis cultivada en interiores mediante métodos intensivos (por ejemplo, sistemas hidropónicos con luz artificial, propagación por esquejes y control de la duración del día) suele tener un contenido en Δ-9-tetrahidrocannabinol (THC) mayor que la droga importada. Aunque la potencia de la hierba de cannabis cultivada en interiores puede «cortarse» con la del cannabis importado, la potencia media del cannabis producido localmente puede ser dos o tres veces mayor que la del cannabis importado.
5. Los aumentos de la potencia en general notificados por algunos países pueden atribuirse casi en su totalidad a un incremento del porcentaje de cannabis de producción local que se consume.
6. Teniendo en cuenta la información disponible sobre la cuota de mercado de los distintos productos del cannabis, la potencia efectiva se ha mantenido relativamente estable en casi todos los países durante muchos años, en torno al 6 %-8 %. La única excepción son los Países Bajos, donde en 2001 se registró una potencia del cannabis del 16 %.
7. En los Países Bajos, la resina de cannabis producida a escala local tiene un contenido de THC relativamente alto, pero este material sigue siendo poco común en ese país y casi desconocido en el resto de países.
8. Las declaraciones en los medios de comunicación según las cuales la potencia del cannabis ha aumentado diez veces o más en los últimos años no se basan en los escasos datos procedentes de los Estados Unidos o Europa. Los mayores aumentos de potencia duraderos parecen haberse registrado en los Estados Unidos, si bien cabe tener en cuenta que antes de 1980 la potencia del cannabis en los Estados Unidos se situaba por debajo de la media europea.
9. La conclusión general del estudio es que se han producido algunos pequeños cambios en el contenido de THC en algunos países, que se deben a la relativamente reciente aparición en el mercado de cannabis cultivado domésticamente en grandes cantidades en la UE. Asimismo, cabe señalar que el contenido de THC de los productos derivados del cannabis es extremadamente variable. Existe una necesidad manifiesta de información para desarrollar sistemas de control que permitan realizar una valoración de la cuota de mercado de los distintos productos del cannabis y llevar a cabo un seguimiento de los cambios a lo largo del tiempo. En la actualidad, faltan numerosos datos a este respecto.
10. El estudio señala una serie de ámbitos importantes que requieren una atención especial si se desea evaluar adecuadamente la potencia del cannabis. Entre éstos se incluyen: consenso en la nomenclatura de los productos del cannabis, un mayor control de la información relativa al mercado, la mejora de los estándares analíticos de los laboratorios y de recogida y presentación de datos en el ámbito europeo, estudios para explorar la relación entre la potencia, el comportamiento del fumador, y los niveles en sangre de THC/metabolitos en Europa, y la necesidad de investigar hasta qué punto el cannabis de alta potencia influye en la exposición a dosis mayores y cualquier posible relación con problemas de salud. Cabe señalar que los costes y beneficios de las distintas respuestas dadas a los diferentes productos derivados del cannabis merecen una atención especial.

en gran medida de cómo estén estructurados los servicios y de hasta qué punto los pacientes se mezclan con consumidores crónicos de otras sustancias. No obstante, es preciso seguir profundizando en la búsqueda de las vías apropiadas de envío a tratamiento para los pacientes que presentan unas pautas de consumo de cannabis divergentes.

Desde el punto de vista de la prevención, existen pocas iniciativas concebidas específicamente para responder al aumento del consumo de cannabis entre los jóvenes, ya que la prevención no suele orientarse hacia una sustancia en concreto. No obstante, algunos Estados miembros señalan avances en este sentido, a través de dos estrategias principales consistentes en: 1) hacer hincapié en el peligro de que los jóvenes que consumen cannabis acaben teniendo contacto con el sistema penal; 2) tratar de cambiar la percepción social del consumo de cannabis como comportamiento normativo mediante el lanzamiento de campañas específicas en los medios de comunicación.

En Alemania, Grecia, Irlanda, Finlandia y el Reino Unido se han puesto en marcha medidas destinadas a reducir las consecuencias psicosociales de los primeros delitos relacionados con el consumo de cannabis entre adolescentes. Un ejemplo reciente de ello (de 2000 en adelante) es el programa FRED en Alemania, que funciona actualmente en ocho Estados federados y que ofrece a los consumidores jóvenes una intervención precoz de corta duración de carácter voluntario ([170]). En el Reino Unido, los llamados «equipos de jóvenes delincuentes» *(youth offending teams)* funcionan de forma similar. A raíz de los cambios introducidos en la forma en que se abordaban algunos aspectos relacionados con el consumo de cannabis por parte del sistema penal y de la reclasificación de la droga (de la categoría B a la C), la posesión constituye el delito, no el consumo; la posesión recibe una amonestación. Existe un proceso específico para amonestar formalmente a los jóvenes (en concreto, a los menores de 18 años). El Reino Unido ha lanzado asimismo una campaña en los medios de comunicación con vistas a reafirmar la naturaleza negativa e ilegal del cannabis.

Otra iniciativa reciente consiste en llevar la campaña de prevención a los *coffee shops,* donde pueden encontrarse pequeñas cantidades de cannabis. Esta intervención se organiza en forma de curso y manual dirigidos a sus propietarios, al objeto de evitar los problemas relacionados con las drogas en estos establecimientos. En el manual se ofrece información sobre el cannabis, la legislación en materia de drogas, trastornos psiquiátricos, primeros auxilios, el espíritu empresarial y aptitudes educativas. En los Países Bajos existe una tradición de enfoques personalizados y directos con respecto al consumo de cannabis, tal como queda reflejado en el programa «Hash and Weed Week» ([171]), a través del cual se organizan reuniones con consumidores habituales de cannabis en las que se debaten las consecuencias del consumo intenso y los posibles cambios de comportamiento.

Hasta cierto punto, estos enfoques se centran en la reducción de los daños al tiempo que se orientan hacia la prevención. No obstante, a pesar del conocido vínculo que existe entre el hábito de fumar y los problemas respiratorios y de la creciente preocupación por el impacto negativo del consumo habitual de cannabis sobre la salud, las intervenciones dirigidas a reducir los daños asociados al consumo de cannabis siguen siendo escasas en comparación con las existentes para otros consumidores de drogas.

Las opciones de tratamiento disponibles para los consumidores con problemas derivados del cannabis se encuentran principalmente en centros de tratamiento que ofrecen sus servicios de asistencia a pacientes adictos a drogas legales o ilegales o con otro tipo de comportamientos adictivos. Algunos países señalan la existencia de servicios específicamente concebidos para los consumidores de cannabis (Dinamarca, Alemania, Grecia, Francia, los Países Bajos, Austria, Suecia y Noruega), pero, en general, la asistencia especializada de este tipo parece extremadamente limitada. En muchos países, los servicios de tratamiento para los problemas relacionados con el cannabis están integrados en centros para el tratamiento de los problemas con las drogas en general (Bélgica, la República Checa, Dinamarca, Alemania, España, Francia, Irlanda, Italia, Luxemburgo, los Países Bajos, Austria, Portugal, Eslovenia y Noruega).

En la mayoría de los casos, los consumidores con problemas relacionados con el cannabis reciben tratamiento junto con los que tienen problemas derivados del consumo de otras drogas ilegales, normalmente opiáceos. Dado que muchos de estos centros de tratamiento especializados han sido concebidos para satisfacer las necesidades de una población a menudo caótica y marginalizada, su idoneidad para aquellos con necesidades menos severas, como la mayor parte de los consumidores de cannabis, es discutible. Los servicios de tratamiento disponibles en los Estados miembros son conscientes de estas cuestiones, y varios países han señalado en sus informes nacionales de la red Reitox que podría ser contraproducente y perjudicial mezclar a los consumidores que experimentan problemas con el cannabis con aquellos que tienen problemas con la heroína u otros pacientes que consumen diversas drogas, y que éste constituye un motivo por el que los consumidores de cannabis no deberían recibir tratamiento hospitalario. Resulta más fácil diseñar programas específicos basados en tratamientos ambulatorios para los consumidores de cannabis. El Informe nacional de Austria indica que la asistencia hospitalaria, si es necesaria, debería prestarse preferentemente en un departamento psiquiátrico genérico para adolescentes y no en una unidad especializada en materia de drogas. Algunas innovaciones recientes notificadas por los Estados miembros en relación con las respuestas ofrecidas a las necesidades de los consumidores de cannabis incluyen un «manual de tratamiento cognitivo» para consumidores crónicos de cannabis elaborado en Suecia, una página en Internet de autoayuda para el consumo problemático de cannabis creada en los Países Bajos y la introducción del tratamiento con acupuntura en Finlandia.

## Conclusiones

El objetivo de este análisis es situar en un contexto analítico más amplio el aumento observado en las demandas notificadas de tratamiento por consumo de cannabis. De este modo, se refleja la falta de respuestas a muchas de las cuestiones importantes y necesarias para entablar un debate político fundamentado sobre esta cuestión controvertida. Lo que resulta igualmente obvio es que las pruebas científicas disponibles no justifican una posición alarmista, pero tampoco resultan satisfactorias.

Las personas con problemas relacionados con el consumo de cannabis representan un porcentaje nada desdeñable de las demandas de tratamiento en centros especializados

([170]) Para más información sobre éste y otros programas de prevención, consúltese la base de datos EDDRA del OEDT (http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2091).

([171]) Véase EDDRA: http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=385

de algunos países y forman un importante subgrupo en el conjunto de la población en tratamiento. La mayoría son jóvenes de sexo masculino, generalmente en torno a los 20 años, que empezaron a consumir esta droga principalmente a los 16 o 17 años.

Los pacientes con problemas con el cannabis presentan pautas de consumo distintas a las de los que consumen otras sustancias; asimismo existen importantes diferencias entre los consumidores de cannabis. Es probable que los perfiles de los distintos subgrupos de consumidores de cannabis en tratamiento sean relevantes a la hora de comprender sus necesidades y, por ende, a la hora de ofrecer respuestas adecuadas. A este respecto, la frecuencia del consumo, el consumo actual y pasado de otras drogas y la fuente de envío a tratamiento son factores importantes. En términos generales, resumiendo los informes nacionales y los datos del TDI, se pueden distinguir claramente dos perfiles de pacientes:

- consumidores más jóvenes, generalmente estudiantes, enviados a los servicios de tratamiento por la familia o la escuela y que consumen cannabis únicamente o, en ocasiones, en combinación con alcohol o estimulantes;
- consumidores de diversas drogas que, por lo general, son mayores y están menos integrados en la sociedad, enviados a tratamiento por las autoridades judiciales o por los servicios sanitarios y sociales, coincidiendo con la población que consume drogas de forma crónica.

Asimismo existen pruebas de otro grupo enviado a tratamiento por parte de las autoridades judiciales que no consume drogas y que aparentemente consume cannabis de forma ocasional.

Si se toman en consideración los cambios experimentados en las características de las demandas de tratamiento por consumo de cannabis como sustancia principal a lo largo del tiempo, se pueden extraer las siguientes conclusiones:

- mayor número de envíos a tratamiento por parte del sistema penal en algunos países;
- mayor número de envíos a tratamiento por parte de la familia y otras redes de apoyo social (familiares, amigos, servicios sociales, escuela);
- mayor porcentaje de consumo intensivo de cannabis (diario), aunque los consumidores diarios siguen siendo minoritarios;
- mayores niveles de problemas sociales y educativos en algunos países, aunque escasean los datos a este respecto.

A la hora de considerar el aumento de las demandas de tratamiento, parece evidente que los cambios en las prácticas de envío a tratamiento tienen cierta influencia, y un porcentaje notable de los que son enviados a tratamiento no parecen ser consumidores habituales de drogas. Sin embargo, al menos en algunos países, un número significativo de demandas de tratamiento procede de personas que consumen cannabis de forma habitual. Los problemas experimentados por este grupo siguen siendo poco conocidos y urge investigar en profundidad en este ámbito. El hecho de que la mayoría de las demandas de tratamiento realizadas por los más jóvenes son por problemas relacionados con el cannabis refleja la importancia de prestar especial atención a las necesidades, a los canales de envío y a las respuestas de este grupo.

Resulta asimismo importante reconocer que la demanda de tratamiento no constituye un indicador directo de la magnitud y la naturaleza de los problemas relacionados con el cannabis. Los datos extraídos de una encuesta de población en general indican que el consumo habitual de cannabis, en comparación con el consumo ocasional, es relativamente poco frecuente. Sin embargo, el consumo general de cannabis significa que un porcentaje considerable de personas consume esta droga de forma intensiva, al menos en algún momento de su vida.

Según las estimaciones, entre el 0,5 % y el 2 % de la población adulta y entre el 1 % y el 3 % de los adultos jóvenes podrían ser consumidores habituales. Es probable que la prevalencia entre los jóvenes de sexo masculino sea notablemente superior. Resulta complicado obtener, a partir de los datos de la encuesta, una visión clara del número de consumidores que tienen problemas con el cannabis o que empiezan a depender de esta droga. Aunque los efectos de la dependencia o del consumo abusivo de cannabis son menos graves que los de otras drogas, esta sustancia podría tener, no obstante, un impacto considerable en la salud pública debido a la magnitud del consumo y al hecho de que los más afectados son jóvenes que podrían estar consumiendo esta droga de forma habitual en fases del desarrollo importantes o en momentos en los que son particularmente vulnerables. En familias o comunidades socialmente desfavorecidas, la dependencia o el consumo abusivo podrían derivar en problemas individuales al menoscabar las oportunidades de educación y empleo.

A modo de resumen, siguen existiendo necesidades básicas en el ámbito de la investigación para poder comprender la relación entre las distintas pautas de consumo de cannabis y el desarrollo de problemas. La magnitud de los problemas experimentados por los consumidores de cannabis y la naturaleza de los mismos apenas se conocen. Es preciso recurrir a herramientas metodológicas para evaluar los problemas de la población. Esta información constituye un requisito fundamental para el desarrollo, la orientación y la puesta en marcha de respuestas eficaces en materia de salud pública al consumo de cannabis en Europa.

# Cuestión particular 3
# Comorbilidad

## Introducción

La coexistencia de enfermedades psiquiátricas y de trastornos inducidos por sustancias, comúnmente denominada «comorbilidad» o «diagnóstico dual», no constituye un fenómeno nuevo. No obstante, en los últimos años esta cuestión ha ido ganando terreno en el debate político y profesional y se ha hecho patente que un gran (y probablemente creciente) número de personas se ve afectado por este fenómeno. El eje de este capítulo será la coexistencia de los trastornos psiquiátricos y de personalidad y el consumo de drogas ilegales. De hecho, con frecuencia resulta apropiado hablar de «multimorbilidad», ya que las personas afectadas suelen sufrir además enfermedades somáticas, por ejemplo están infectadas con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o el virus de la hepatitis C, así como trastornos sociales tales como problemas familiares, desempleo, encarcelación o falta de hogar. Los servicios de asistencia y tratamiento no suelen estar preparados para satisfacer debidamente las necesidades de diagnóstico y tratamiento de este grupo de pacientes, al no prestar atención y/o ser incapaces de hacer frente a la totalidad de los problemas de los pacientes. El resultado suele ser una situación de «puerta giratoria», en la que los pacientes que necesitan urgentemente un tratamiento son enviados de un servicio a otro, mientras su situación se va deteriorando paulatinamente.

Cabe señalar que la relación específica entre el consumo de cannabis y los trastornos psiquiátricos se aborda con más detalle en la cuestión particular dedicada al cannabis (p. 82).

## Definición

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la comorbilidad o diagnóstico dual como la coexistencia en el mismo individuo de un trastorno inducido por el consumo de una sustancia psicoactiva y de un trastorno psiquiátrico (OMS, 1995). De conformidad con la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), una persona con diagnóstico dual es una persona a la que se le ha diagnosticado un problema por el consumo abusivo de alcohol o drogas además de otro tipo de diagnóstico, normalmente de carácter psiquiátrico, por ejemplo, trastornos anímicos o esquizofrenia (PINUCD, 2000). En otras palabras, la comorbilidad en este contexto se refiere a la coexistencia temporal de dos o más trastornos psiquiátricos o de personalidad, uno de los cuales se deriva del consumo problemático de sustancias.

## Etiología

Determinar la etiología de la comorbilidad es como saber qué fue primero, si el huevo o la gallina. Los estudios actuales sobre las relaciones causales entre los trastornos psiquiátricos y los inducidos por sustancias no son concluyentes. Los síntomas de los trastornos mentales y de los problemas de adicción interactúan y se condicionan mutuamente.

Las pruebas obtenidas en las investigaciones indican que los trastornos psiquiátricos y de la personalidad suelen presentarse antes que los trastornos inducidos por el consumo de sustancias, es decir, aumentan la susceptibilidad del individuo frente a estos problemas (Kessler et al., 2001; Bakken et al., 2003); sin embargo, los trastornos psiquiátricos también pueden verse agravados por el consumo de drogas (por ejemplo, depresión: McIntosh y Ritson, 2001) u ocurrir de forma paralela.

Asimismo, el consumo de drogas puede percibirse como un componente o un síntoma de un trastorno psiquiátrico o de personalidad y como un intento de automedicarse (Williams et al., 1990; Murray et al., 2003). El hecho de que el consumo de la sustancia alivie los síntomas de angustia fomenta el desarrollo de la adicción. Una vez que se cesa el consumo de la droga, por ejemplo mediante abstinencia o con un programa de sustitución, los síntomas pueden volver a aparecer. Las psicosis agudas inducidas por el consumo de drogas se producen particularmente en consumidores de cocaína, anfetaminas y alucinógenos y suelen disminuir de una forma relativamente rápida. Sin embargo, puede resultar muy difícil diferenciar los síntomas provocados por una intoxicación con sustancias de los episodios psicóticos no relacionados.

Krausz (1996) propone cuatro categorías de diagnóstico dual:

- un diagnóstico primario de un trastorno mental, con un diagnóstico (dual) posterior de consumo abusivo de sustancias con efectos perjudiciales para la salud mental;
- un diagnóstico primario de dependencia a las drogas con complicaciones psiquiátricas que conducen a una enfermedad mental;
- diagnósticos concurrentes de consumo abusivo de sustancias y de trastornos psiquiátricos;
- un diagnóstico dual de consumo abusivo de sustancias y de trastornos anímicos, resultado de una experiencia traumática subyacente, por ejemplo de un trastorno de estrés postraumático.

De igual modo, el Informe nacional sueco distingue entre pacientes psiquiátricos que sufren comorbilidad y pacientes drogodependientes con trastornos de la personalidad que se ven agravados por el consumo de drogas y que no siempre reciben un diagnóstico adecuado.

Morel (1999) distingue los trastornos psiquiátricos no específicos observados entre los consumidores de drogas de las complicaciones específicamente relacionadas con el consumo de drogas. Los trastornos observados con frecuencia entre los consumidores de drogas incluyen:

- ansiedad y trastornos depresivos;
- trastornos del sueño, resultado de la depresión, y trastornos de ansiedad o psicosis;
- comportamiento agresivo y violento que indica trastornos de personalidad antisociales, psicopáticos, esquizofrénicos o paranoides.

Entre los problemas específicamente vinculados al consumo de drogas se incluyen:

- farmacopsicosis inducidas por drogas alucinógenas o anfetaminas;
- síndromes de confusión.

Recientes estudios neuropsicológicos y neurobiológicos y la aparición de técnicas que permiten visualizar los procesos mentales han permitido formular hipótesis sobre las interacciones entre los traumas mentales y físicos, el desarrollo del cerebro, los efectos de las drogas, el estrés y el desarrollo mental. El sistema de compensación es esencial en el desarrollo de la adicción, síntoma que está relacionado con cambios estructurales y de adaptación del cerebro tanto a macro como a microniveles (Nestler, 2001).

Otras teorías vinculan algunas drogas concretas a trastornos mentales específicos, por ejemplo se ha dado por supuesto que la heroína puede reducir el estrés, aliviar el dolor y hacer desaparecer las voces amenazantes en pacientes esquizofrénicos o con esquizofrenia limítrofe *(borderline);* sin embargo, los pacientes con enfermedades mentales graves no consumen heroína. La cocaína puede aliviar los estados de depresión, favorecer la desinhibición del comportamiento y permitir a las personalidades narcisistas actuar con desmesura. El cannabis puede aliviar la tensión, y el éxtasis puede reducir las inhibiciones sociales (Verheul, 2001; Berthel, 2003).

El Informe nacional de Irlanda de 2002 se centró en la depresión entre los consumidores de drogas, basándose en los resultados de varios estudios, y concluyó que existe una sólida relación entre el consumo problemático de drogas, en particular el consumo de opiáceos y benzodiazepinas, y unos niveles altos de depresión. Una investigación realizada en Alemania sobre la relación entre desórdenes inducidos por sustancias, depresión y suicidio concluyeron que el riesgo de suicidio es notablemente mayor en los pacientes que presentan un trastorno depresivo (Bronisch y Wittchen, 1998). Es posible que algunas personas con depresión se automediquen con opiáceos y benzodiazepinas: los pacientes que están en programas de tratamiento presentan niveles de depresión más bajos que los pacientes que recurren a los servicios de bajo umbral (Rooney et al., 1999) o que se encuentran en la fase inicial del tratamiento (McIntosh y Ritson, 2001).

Una encuesta realizada en Noruega ($n$ = 2 359) concluyó que un alto porcentaje de consumidores de drogas ha tenido serios problemas familiares durante la infancia o juventud. El 70 % había experimentado problemas de comportamiento o de aprendizaje en la escuela, el 38 % había sido víctima de abusos en el colegio y el 21 % había recibido tratamiento psiquiátrico durante la infancia y la adolescencia (Lauritzen et al., 1997). Los consumidores de drogas de sexo femenino con comorbilidad psiquiátrica con frecuencia han sido víctimas de abusos sexuales traumáticos (véase, por ejemplo, Beutel, 1999).

## Diagnóstico

La evaluación rutinaria de los trastornos psiquiátricos y de la personalidad no siempre forma parte de los procedimientos estándar de diagnóstico aplicados al comienzo del tratamiento en los servicios especializados en materia de drogas. Salvo en algunos servicios particularmente sensibilizados y/o especializados, rara vez se examinan los síntomas y trastornos mentales en los servicios de tratamiento.

En cualquier caso, la comorbilidad es muy difícil de diagnosticar. La drogodependencia y el comportamiento negativo que genera suelen dominar el cuadro clínico y pueden enmascarar los síntomas psiquiátricos. Asimismo, el consumo abusivo de sustancias puede provocar síntomas psiquiátricos que apenas pueden distinguirse de los síntomas asociados a trastornos psiquiátricos (Berthel, 2003), mientras que el síndrome de abstinencia característico de una sustancia o una intoxicación aguda puede parecerse prácticamente a cualquier trastorno (Liappas, 2001). Además, la depresión y la ansiedad pueden considerarse síntomas inherentes a la intoxicación o ciclo de abstinencia; en el curso de la abstinencia o del tratamiento de sustitución empiezan a manifestarse síntomas que antes se aliviaban con las drogas.

Los avances metodológicos han mejorado de igual modo el diagnóstico de los trastornos psiquiátricos y de los inducidos por el consumo de sustancias. En la actualidad existe un amplio abanico de instrumentos normalizados y validados que permiten determinar los síntomas psiquiátricos y los trastornos de personalidad, así como varias herramientas desarrolladas para evaluar las pautas de consumo y el grado de adicción. El Índice de Gravedad de la Dependencia (ASI, según sus siglas en inglés) es un instrumento multifuncional que puede emplearse en el diagnóstico, la planificación y el seguimiento del tratamiento así como en la investigación. El ASI tiene la ventaja de ser multidimensional, ya que determina los problemas pasados y actuales en siete áreas: estado de salud, empleo e independencia económica, consumo de

alcohol, consumo de drogas, situación jurídica, relaciones familiares y sociales y síntomas psiquiátricos (Krausz, 1999a; Öjehagen y Schaar, 2003). Se trata de un instrumento normalizado y ha sido traducido del inglés a la mayoría de las lenguas europeas (EuroASI) ([172]). El Instituto Trimbos ha desarrollado y probado protocolos para el diagnóstico y tratamiento de pacientes adictos con trastorno por deficiencia de atención e hiperactividad (TDAH) (Eland y Van de Glint, 2001).

## Prevalencia

Se han llevado a cabo numerosos estudios para medir la prevalencia de los trastornos psiquiátricos y de la personalidad, así como las pautas de consumo de drogas en la población en general y entre los pacientes psiquiátricos y los consumidores de drogas en los servicios de tratamiento hospitalario y ambulatorio. Los resultados, tanto por lo que respecta a las cifras como a los diagnósticos, varían considerablemente, dependiendo de la disponibilidad y la selección de la población, los métodos de muestreo, las técnicas y la competencia de diagnóstico, la validez y la fiabilidad de los instrumentos de diagnóstico empleados y el período de estudio.

En una serie de estudios, Uchtenhagen y Zeiglgänsberger (2000) concluyeron que el diagnóstico psiquiátrico más común entre los consumidores de drogas es el trastorno de la personalidad, que afecta a un porcentaje de población situado entre el 50 % y el 90 %, seguido de un trastorno afectivo (del 20 % al 60 %) y de trastornos psicóticos (20 %). Entre el 10 % y el 50 % de los pacientes presentan más de un trastorno comórbido de carácter psiquiátrico o de la personalidad.

En una publicación de estudios internacionales sobre psicopatología en sujetos drogodependientes, Fridell (1991, 1996) esbozó un cuadro clínico de comorbilidad en el ámbito de la drogodependencia que ha sido confirmado por sus propias investigaciones en Lund (Suecia). Pueden distinguirse tres grupos principales de trastornos: trastornos de la personalidad (del 65 % al 85 %), estados de depresión y ansiedad (del 30 % al 50 %), y psicosis (15 %). Verheul (2001), en su sinopsis de seis estudios de drogodependientes en tratamiento, demostró la prevalencia de trastornos de la personalidad antisociales (23 %), *borderline* (18 %) y paranoides (10 %).

Muchos profesionales en esta materia consideran que la prevalencia de la drogodependencia en combinación con trastornos mentales está aumentando, aunque algunos argumentan que esto se debe a una mayor concienciación sobre este tema y/o a los cambios en el diagnóstico y en la clasificación de los trastornos psiquiátricos y/o a la reestructuración de los sistemas sanitarios. En Finlandia, según el registro de bajas hospitalarias, el número de períodos de tratamiento asociados con problemas concurrentes relacionados con las drogas y otros problemas mentales aumentó de 441 en 1987 a 2 130 en 2001. Los períodos de tratamiento para el consumo de opiáceos combinado con trastornos psiquiátricos se han triplicado desde 1996. Esto es coherente con el aumento del consumo de drogas, aunque no hay indicios de una causalidad directa. En Irlanda, la tasa de primeras admisiones de consumidores de drogas en los servicios psiquiátricos hospitalarios casi se cuadriplicó entre 1990 y 2001.

El Informe nacional de España señala que el aumento observado en la comorbilidad podría deberse en parte al incremento de la dependencia de psicoestimulantes.

### Prevalencia de la comorbilidad en los entornos de tratamiento

El cuadro 7 ofrece detalles de algunos estudios sobre comorbilidad en distintos entornos psiquiátricos y de tratamiento en los Estados miembros, tal como se presentan en los informes nacionales. Los datos sobre los trastornos inducidos por el consumo de sustancias en los entornos psiquiátricos no pueden obtenerse tan fácilmente como los datos sobre trastornos psiquiátricos en los entornos de tratamiento. Aunque los estudios presentados en este análisis no son comparables, ofrecen datos indicativos sobre la situación en los Estados miembros de la UE. Existen considerables divergencias en las poblaciones estudiadas, los criterios de diagnóstico seleccionados, los instrumentos utilizados y el tiempo de diagnóstico.

Un estudio comparativo realizado en Grecia y Francia demostró que, si bien las tasas generales de psicopatología en los consumidores de opiáceos en tratamiento eran bastante similares en ambos países, las pautas psicopatológicas variaban: la prevalencia de los trastornos afectivos era mayor en los consumidores de drogas franceses que en los griegos (19 % frente al 7 %), mientras que las pautas de personalidad antisocial prevalecían en la muestra griega (20 % frente al 7 %). Los autores atribuyeron estas diferencias a una menor prevalencia del consumo de drogas en Grecia: «cuanto más limitado sea el alcance del comportamiento socialmente inaceptable, más probable será que los individuos que se apartan de las normas sociales presenten este comportamiento» (Kokkevi y Facy, 1995).

Un estudio noruego analizó las diferencias por sexos entre los politoxicómanos (de los que el 85 % consumía heroína) y los alcohólicos puros. La muestra incluía un elevado porcentaje de sujetos con trastornos psiquiátricos y de la personalidad (93 %). En general, las mujeres presentaban niveles bastante más altos de depresión, fobia simple y trastorno límite de la personalidad que los hombres. La coexistencia de un trastorno de personalidad antisocial era mayor entre los politoxicómanos de sexo masculino (Landheim et al., 2003).

### Prevalencia: prisiones y tratamiento obligatorio

La población penitenciaria merece especial atención. La prevalencia de desórdenes psiquiátricos, al igual que la prevalencia del consumo de drogas, es mucho más elevada

([172]) Véase el Banco de Instrumentos del OEDT (http://eib.emcdda.eu.int).

## Cuadro 7. Prevalencia de la comorbilidad en los entornos de tratamiento en varios países de la UE

| País | Entorno | Población | Tamaño de la muestra | Prevalencia de comorbilidad (%) | Diagnóstico | Fuente |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Bélgica | Hospitales psiquiátricos y servicios psiquiátricos en hospitales generales | Admisiones por problemas con las drogas (1996-1999) | 18 920 | 86 | Esquizoides, paranoides y esquizotípicos: 86 %<br>Depresión: 50 %<br>Trastornos de la personalidad: 43 % | Base de datos mínima sobre psiquiatría ([1]) |
| República Checa | Comunidades terapéuticas | Pacientes residenciales (2001-2002) | 200 | 35 | Trastornos de la personalidad: 14 %<br>Depresión: 7 %<br>Trastornos neuróticos: 6 %<br>Trastornos de la alimentación: 5 % | Informe nacional checo ([1]) |
| Alemania | Centros de tratamiento | Adictos a los opiáceos | 272 | 55 | Estrés y trastornos somatoformes: 43 %<br>Trastornos afectivos: 32 %<br>Fobias: 32 %<br>Episodios depresivos: 16 % | Krausz (1999 b) ([1]) |
| Grecia | Servicios penitenciarios y de tratamiento | Hombres con dependencia de los opiáceos | 176 | 86 | Ansiedad: 32 %<br>Trastornos afectivos: 25 %<br>Esquizofrenia: 6 % | Kokkevi y Stefanis (1995) ([1]) |
| España | Servicio de suministro de metadona | Personas con dependencia de los opiáceos | 150 | n.d. | *Borderline*: 7 %<br>Trastorno antisocial: 6 %<br>Fobia social: 6 %<br>Depresión: 5 % | Informe nacional español ([1]) |
| Francia | Servicio de suministro de metadona | Personas con dependencia de los opiáceos | 3 936 | n.d. | Ansiedad 4 %<br>Depresión: 3 %<br>Trastornos del comportamiento: 3 %<br>Trastornos de la alimentación: 2 % | Facy (1999) ([1]) |
| Irlanda | Servicios hospitalarios psiquiátricos para agudos | Primeras admisiones por diagnóstico de drogodependencia (1996-2001) | 1 874 | 26 | Depresión: 21 %<br>Esquizofrenia y otras psicosis: 11 %<br>Trastornos de la personalidad: 19 % | Sistema nacional de notificación para casos psiquiátricos de atención hospitalaria ([1]) |
| Italia | Servicios de salud mental | Consumidores crónicos | 58 | > 22 | Trastornos del humor: 22 %<br>Ansiedad 21 %<br>Esquizofrenia: 16 % | Siliquini et al. (2002) |
| Luxemburgo | Servicios especializados para el tratamiento de la drogodependencia | Pacientes que anteriormente han estado en contacto con servicios psiquiátricos, excluidos los de desintoxicación (1996-2002) | 380 | 32 | n.d. | AST/RELIS (2002) ([1]) |
| Países Bajos | Población neerlandesa | Drogodependientes de entre 18 y 64 años (1996) | n.d. | n.d. | Depresión: 29 %<br>Fobia social: 29 %<br>Trastorno bipolar: 24 %<br>Distimia: 22 % | Ravelli et al. (1998) ([1]) |
| Austria | Diferentes servicios de tratamiento (revisión) | Pacientes drogodependientes | n.d. | 41-96 | Trastornos de la personalidad, trastornos antisociales, *borderline* y narcisismo | Informe nacional austríaco ([1]) |
| Portugal | Centro de tratamiento CAT de Xabregas | Pacientes drogodependientes | 596 | > 73 | Trastorno compulsivo-obsesivo: 73 %<br>Depresión: 72 %<br>Somatización: 60 %<br>Formación de ideas paranoides: 58 % | Informe nacional portugués |
| Finlandia | Hospitales | Períodos de tratamiento hospitalario relacionado con las drogas (2002) | 2 180 | 29 | Ideaciones paranoides: 58 %<br>Trastornos psicóticos: 32 %<br>Trastornos del temperamento: 28 %<br>Trastornos neuróticos: 10 %<br>Trastornos de la personalidad: 29 % | Registro de bajas hospitalarias |
| Suecia | Hospital universitario de Lund | Pacientes en plantas de desintoxicación (1977-1995) | 1 052 | 83 | Trastorno antisocial: 23 %<br>Cualquier tipo de psicosis: 14 %<br>Trastorno depresivo: 11 % | Fridell (1996) ([1]) |
| Reino Unido | Servicios de tratamiento en comunidad o residenciales | Pacientes drogodependientes, 90 % adictos a los opiáceos | 1 075 | > 33 | Psicoticismo<br>Ansiedad<br>Depresión<br>Paranoia | Marsden et al. (2000) ([1]) |

n.d.: Datos no disponibles.
([1]) Puede encontrar más detalles sobre este estudio en la versión en línea del Informe Anual, en el cuadro 12 OL: Cuadros de comorbilidad por países.
*N.B.*: Los datos de este cuadro se refieren a diferentes períodos de tiempo (es decir, diagnósticos a lo largo de la vida o en el año pasado).

en la población penitenciaria que entre la población en general. Los datos notificados por Irlanda indican que el 48 % de los hombres presos y el 75 % de las mujeres presas sufren trastornos mentales, mientras que el 72 % de los hombres y el 83 % de las mujeres en prisión afirman haber tenido alguna experiencia con las drogas en algún momento de la vida (Hannon et al., 2000). En 1999, el 23 % de los consumidores problemáticos de drogas en el centro de detención policial de Viena presentaba problemas psiquiátricos (Dialog, 2000). La tasa de recaída entre los consumidores de drogas que habían cumplido sus penas de prisión es elevada, y se reconoce cada vez más que la encarcelación puede contribuir a agravar los problemas de salud mental. La situación es incluso más dramática en las prisiones para penas de larga duración y en las de alta seguridad.

En Suecia, entre el 72 % y el 84 % de los adultos en tratamiento obligatorio sufría problemas psiquiátricos además de sus problemas con las drogas (Gerdner, 2004). De 46 chicas drogodependientes que recibían asistencia obligatoria para niños y jóvenes, dos tercios tenían trastornos psiquiátricos o de la personalidad (Jansson y Fridell, 2003).

## Obstáculos al tratamiento de la comorbilidad

Uno de los principales obstáculos al diagnóstico y al tratamiento de la comorbilidad es el hecho de que el personal psiquiátrico generalmente tiene pocos conocimientos de los tratamientos en materia de drogas, mientras que los conocimientos de psiquiatría del personal especializado en dichos tratamientos suelen ser reducidos. Los paradigmas de las dos especialidades son bastante diferentes: uno se basa en las disciplinas médica y científica; el otro, en los métodos y las teorías psicosociales. Asimismo, la filosofía de los servicios de salud mental se centra principalmente en la preservación de la seguridad pública, mientras que los servicios de tratamiento de la adicción esperan de sus pacientes motivación, hasta cierto punto, para asistir a los tratamientos. Estos puntos de partida diferentes a menudo imposibilitan una percepción global e integrada.

Tal como se ha manifestado anteriormente, los equipos psiquiátricos y los servicios de tratamiento suelen fracasar a la hora de identificar un número significativo de pacientes con comorbilidad. Cuando los pacientes con diagnóstico dual buscan tratamiento, sus síndromes psiquiátricos agudos suelen confundirse con síntomas inducidos por el consumo de sustancias o, por el contrario, los síntomas de la abstinencia o de una intoxicación se malinterpretan y se consideran enfermedades psiquiátricas. Los profesionales de la salud mental tienden demasiado a menudo a enviar a las personas que sufren comorbilidad a los centros de tratamiento de adicciones y el personal de estos centros los envía inmediatamente de vuelta o viceversa. La continuidad de la asistencia resulta imposible en estas circunstancias. Incluso cuando el diagnóstico es de comorbilidad, esto se suele pasar por alto en las intervenciones de tratamiento posteriores (Krausz et al., 1999). Lo mismo ocurre con los pacientes a los que se les diagnostican problemas con las drogas y que reciben tratamiento psiquiátrico, que no suelen ser objeto de intervenciones relacionadas con el consumo de sustancias (Weaver et al., 2003). Estas generalizaciones no excluyen, por supuesto, el hecho de que algunos servicios psiquiátricos y de tratamiento logran muy buenos resultados con pacientes comórbidos.

Asimismo, una vez identificados, los consumidores de drogas son recibidos con cierta suspicacia en los servicios psiquiátricos y quizás se les niegue la admisión, como puede ser el caso de los pacientes en tratamiento de sustitución que se mantienen estables. De forma similar, los pacientes pueden quedar excluidos de los tratamientos de drogadicción debido a sus problemas mentales. En España, por ejemplo, la mayoría de los servicios psiquiátricos excluye a los pacientes con trastornos inducidos por el consumo de sustancias y el personal de estos centros carece de formación adecuada. Una encuesta realizada entre psicoterapeutas austríacos reveló que sólo unos pocos están dispuestos a admitir a drogodependientes como pacientes (Springer, 2003). Desde Italia se notifica que no existen normas claras relativas al envío de pacientes de los servicios de tratamiento a los servicios psiquiátricos y que los centros de salud mental se muestran reticentes a admitir a estos pacientes por falta de experiencia. En Noruega, la remisión desde los servicios de bajo umbral a los centros de tratamiento psiquiátrico resulta complicada.

En Grecia, el 54 % de los programas de tratamiento en materia de drogas no admiten a pacientes drogodependientes con trastornos psiquiátricos. En los tratamientos residenciales libres de drogas llevados a cabo en Eslovenia, y también en algunos países, los programas de tratamiento exigen de los pacientes que estén limpios de drogas como condición previa a su admisión. En el caso de los pacientes con diagnóstico dual, esto representa un serio obstáculo, ya que la abstinencia absoluta requeriría el cese de otros tratamientos, lo que no siempre es posible.

## Estructuras de tratamiento

Los estudios internacionales describen tres modelos de prestación de servicios para el tratamiento de la comorbilidad:

1. *Tratamiento secuencial o en serie.* Los trastornos psiquiátricos y los inducidos por el consumo de sustancias se tratan de forma consecutiva y existe muy poca comunicación entre los servicios. Los pacientes suelen recibir tratamiento para los problemas más graves y, una vez que se ha completado el tratamiento, reciben tratamiento para sus otros problemas. No obstante, este modelo podría conducir a una situación en la que se envía al paciente de un servicio a otro sin que ninguno de los servicios sea capaz de atender sus necesidades.
2. *Tratamiento paralelo.* Se recibe simultáneamente ambos tratamientos. Para ello, los servicios especializados en

drogodependencia y los servicios de salud mental se ponen de acuerdo para prestar sus servicios de forma paralela. Las necesidades de ambos tratamientos a menudo se cubren mediante enfoques terapéuticos distintos y el modelo médico de psiquiatría podría entrar en conflicto con la orientación psicosocial de los servicios especializados en drogodependencia.

3. *Tratamiento integrado*. El tratamiento se sigue en un servicio psiquiátrico o de tratamiento contra la droga o en un programa o servicio específico para la comorbilidad. Se evita la remisión a otros organismos. Los tratamientos incluyen intervenciones de motivación y de comportamiento, prevención de las recaídas, farmacoterapia y enfoques sociales (Abdulrahim, 2001).

Tal como se describe en los informes nacionales, la realidad del tratamiento de la comorbilidad en la UE no puede agruparse fácilmente en estas tres categorías. El tratamiento integrado se considera como el modelo de excelencia, pero es difícil de lograr. Los estudios relevantes suelen realizarse fuera de Europa. El proyecto nacional australiano sobre comorbilidad (Commonwealth Department for Health and Ageing, 2003) concluyó, a partir de un examen de la literatura especializada, que los enfoques relativos a la gestión y la asistencia de los pacientes con comorbilidad no se han analizado de forma sistemática ni se han evaluado con rigor, en parte debido a la dificultad de someter a examen a personas con trastornos mentales coexistentes con otro tipo de trastornos inducidos por el consumo abusivo de sustancias, entre otras razones, por su estilo de vida irregular. Otro estudio concluyó que existen pruebas de que el tratamiento integrado dirigido a personas con diagnóstico dual ayuda a obtener buenos resultados tanto en el caso de trastornos mentales como de los inducidos por consumo de drogas (Drake et al., 1998). Sólo un estudio comparó los enfoques paralelo e integrado, si bien no se encontraron diferencias significativas, y ningún estudio ha comparado los enfoques integrado y secuencial.

### Tratamiento secuencial

Algunos expertos, por ejemplo en Dinamarca (Andreason, 2002), el Reino Unido (Department of Health, 2002a) y Noruega (Sosial- og helsedepartementet, 1999), consideran que los servicios de tratamiento, al menos para los que sufren graves trastornos mentales a los que se suman problemas con las drogas, deberían basarse en la psiquiatría, con la posible participación de terapeutas externos especializados en cuestiones de drogodependencia. En Dinamarca se han establecido canales de cooperación formales entre los hospitales psiquiátricos y los servicios locales de lucha contra la droga. En Luxemburgo y Noruega, los servicios psiquiátricos han adoptado medidas específicas para llegar a aquellas personas que se encuentran en las primeras fases del proceso esquizofrénico, muchas de las cuales tienen serios problemas de consumo abusivo de drogas, dado que los estudios revelan que el tratamiento precoz mejora la prognosis del paciente.

El Informe nacional de la República Checa indica que los problemas de adicción deberían tratarse con mayor urgencia que los problemas mentales, ya que resulta más complicado tratar los trastornos psiquiátricos cuando la adicción distorsiona el cuadro clínico. Sin embargo, actualmente, entre el 10 % y el 20 % de los pacientes checos en tratamiento por consumo de drogas toman medicación prescrita por un psiquiatra, algo que hubiera sido inimaginable hace algunos años. En Grecia, asimismo, la medicación para el tratamiento de los síntomas psiquiátricos es extremadamente poco usual en el caso de los pacientes que están tratando su drogodependencia. No obstante, en el sistema penal griego se considera que los trastornos mentales prevalecen sobre el comportamiento adictivo, y los delincuentes comórbidos ingresan en hospitales psiquiátricos, ya sea en una prisión o en la comunidad (K. Matsa, comunicación personal, 2004). En España, los consumidores de drogas suelen recibir tratamiento en el marco del sistema de tratamiento para la lucha contra la drogodependencia y la remisión a los servicios psiquiátricos sólo se lleva a cabo cuando los trastornos son de tal magnitud que es necesaria la hospitalización.

Algunos profesionales llevan tiempo considerando la conveniencia de evitar cualquier tipo de farmacoterapia en los drogodependientes, teniendo en cuenta el riesgo que supone una adicción combinada, por ejemplo, a la heroína y las benzodiazepinas, pero esta posición está siendo reconsiderada (Popov, 2003). En algunos casos, existe una tendencia a recetar medicamentos psicofarmacológicos de forma indiscriminada a los consumidores de drogas, debido en parte a la falta de tiempo para realizar las investigaciones pertinentes. El Informe nacional de Austria señala que el bajo cumplimento del tratamiento por parte de los consumidores de drogas complica la terapia farmacológica de las condiciones psiquiátricas y, además, que el consumo combinado de narcóticos y medicamentos, si no se supervisa adecuadamente, puede provocar interacciones entre los medicamentos recetados por el facultativo y los ilegales o bien la neutralización del medicamento prescrito.

### Tratamiento paralelo

La responsabilidad compartida, con respecto a un paciente, entre un servicio de salud mental y otro de lucha contra la drogodependencia en un tratamiento paralelo no suele ser frecuente en la práctica. Sin embargo, los grupos de trabajo locales en los que participan representantes de ambos servicios constituyen a menudo un importante medio de intercambio, cooperación e interconexión. En Francia, Italia y los Países Bajos, las normativas oficiales o protocolos obligan a los servicios de lucha contra las drogas a mantener un contacto estrecho, y preferiblemente a llegar a acuerdos regionales formales, con los servicios psiquiátricos en relación con los procedimientos de envío

**Cuadro 8. Servicios de tratamiento integrado en varios países europeos**

| País | Servicios de tratamiento integrado |
|---|---|
| Bélgica | Desarrollo de servicios integrados en fase de viabilidad. |
| Alemania | Primeras iniciativas hace 20 años. La disponibilidad del tratamiento integrado sigue siendo inadecuada. |
| Grecia | Un programa integrado desde 1995 que ofrece dos opciones de tratamiento distintas, según la severidad del trastorno psiquiátrico. Los resultados han sido positivos. |
| España | En 2002, 185 centros atendieron a 4 803 pacientes comórbidos. Una unidad especializada integrada en Cataluña y una comunidad terapéutica en Cantabria para pacientes comórbidos que necesitan tratamiento residencial. |
| Países Bajos | Dos plantas de tratamiento hospitalario integrado. En la actualidad, evaluación del proceso para desarrollar mejores prácticas. |
| Austria | Cooperación entre los servicios de lucha contra las drogas y un hospital psiquiátrico cercano; algunos de los psicólogos del hospital trabajan en la unidad de tratamiento de drogas. Los pacientes siguen el tratamiento y sólo son enviados al hospital si los síntomas psiquiátricos son muy graves. |
| Reino Unido | Varios servicios integrados en distintos entornos comunitarios. Varios médicos especialistas en diagnóstico dual que trabajan en servicios de adicción o en equipos de salud mental. |
| Noruega | Un proyecto integrado adscrito al centro psiquiátrico de Oslo. Seguimiento y evaluación hasta dos años, centrándose en las necesidades básicas, como el alojamiento, el empleo, las prestaciones sociales y las relaciones sociales. |

de pacientes a tratamiento e intercambio de información clínica (Olin y Plaisait, 2003). Sin embargo, más de la mitad de los pacientes neerlandeses con diagnóstico dual considera que estos acuerdos no se traducen en una mejora de la asistencia (Van Rooijen, 2001).

En Luxemburgo y Austria, el personal encargado de los tratamientos por consumo de drogas puede realizar un seguimiento de aquellos de sus pacientes que han sido enviados a hospitales psiquiátricos. Las directrices del Reino Unido destacan que los profesionales de ambos servicios deberían participar en la planificación de la asistencia de un paciente con diagnóstico dual, a fin de conceder prioridad a las vías de asistencia (Department of Health, 2002a).

### Tratamiento integrado

En virtud de este modelo, un único equipo lleva a cabo el tratamiento de ambos trastornos. La ventaja de ello radica en que el paciente no se enfrenta a dos mensajes contradictorios. En algunos países, la existencia de sistemas administrativos distintos (España) o de sistemas financieros diferentes (Alemania) complica esta integración.

La mayoría de los países cuentan con escasos programas o unidades integrados especializados en pacientes comórbidos y la oferta no suple las necesidades de la demanda, como se refleja en el cuadro 8, que muestra la información disponible.

La aplicación más común de un modelo de tratamiento integrado es la contratación de psiquiatras en los servicios de tratamiento de lucha contra la droga y/o de profesionales en esta materia en los servicios de salud mental. Ésta podría ser la solución más práctica en regiones más pequeñas donde las clínicas integradas especializadas no son una solución viable. En España, desde 2002, los médicos generalistas que trabajan en tratamientos de lucha contra la drogadicción pueden obtener el título de «especialista en psiquiatría» si logran aprobar un examen y tienen experiencia documentada en el tratamiento de pacientes que sufren trastornos mentales. En Portugal, para que un centro de tratamiento pueda obtener la acreditación y la certificación necesarias debe contar con al menos un psiquiatra en plantilla. Sin embargo, no todos los psiquiatras que trabajan en servicios de tratamiento para la lucha contra la drogodependencia tienen la formación y los conocimientos especializados requeridos para tratar a consumidores de droga, y podrían necesitar una formación específica.

## Gestión de casos

La gestión de casos como método de coordinación del tratamiento de los pacientes para garantizar la asistencia individualizada secuencial o simultánea, así como ayudar a los pacientes a entender el sistema de tratamientos, parece ser una práctica poco frecuente en la UE. Desde Francia se notifica que la cooperación entre los servicios de lucha contra la drogodependencia y los servicios psiquiátricos está en marcha, con vistas a organizar ingresos conjuntos y procedimientos de gestión de casos para pacientes con trastornos psiquiátricos y adicciones; sin embargo, esta colaboración suele limitarse a casos concretos. En Luxemburgo, al igual que en los Países Bajos, los profesionales han acabado reconociendo que la gestión de casos es el método más eficaz para tratar a los pacientes con diagnóstico dual, pero para ello hay que invertir mucho tiempo y dinero, y se requieren unas aptitudes profesionales específicas. No obstante, en algunos países se está aplicando un tipo de gestión de casos conocido como «tratamiento asertivo comunitario» (véase más abajo).

## Métodos de tratamiento y mejores prácticas

El tratamiento de los pacientes con comorbilidad se caracteriza por presentar numerosos problemas, exige una gran dotación de personal y suele ser poco gratificante. A menudo resulta complicado gestionar los casos debido al

comportamiento social perturbador y agresivo de los pacientes, especialmente de los que padecen el tipo más «extremo» de trastornos de la personalidad, y su inestabilidad emocional. La resistencia o el incumplimiento de las normas y los requisitos del tratamiento, por ejemplo las citas con el médico o las tomas de medicación, es común y la decepción causada se acentúa como consecuencia de unas relaciones personales insatisfactorias. El éxito suele ser reducido y las tasas de abandono elevadas, lo que hace que los tratamientos sean costosos en tiempo y dinero y frustrantes para el personal involucrado, y ello se refleja en un comportamiento de impaciencia, agresión reprimida y síntomas de hastío nada sorprendentes. La falta de procedimientos de seguimiento y de asistencia postratamiento se traducen en altas tasas de recaída, y tanto los trastornos mentales como los inducidos por el consumo de sustancias llegan a ser crónicos en muchos casos. Por otro lado, los pacientes suelen tener numerosas experiencias negativas con los servicios de asistencia y, por tanto, pueden mostrarse reticentes o poco dispuestos a someterse a tratamiento.

A pesar de esta difícil situación, los profesionales investigan y desarrollan constantemente nuevos enfoques más eficaces. Una forma de suplir la falta de entendimiento mutuo entre el personal es fomentar la consulta regular e interdisciplinar de los casos e intensificar la cooperación. Estos esfuerzos permiten a las personas que participan en el tratamiento contar con información más detallada sobre los pacientes y facilitan el desarrollo de mejores prácticas o de estrategias de asistencia. La calidad del tratamiento es el factor más importante a la hora de lograr resultados positivos.

Tal como ocurre en muchos ámbitos relacionados con las drogas, la documentación, la evaluación y la investigación sobre el tratamiento de la comorbilidad es deplorable. Las pruebas científicas distan mucho de ser claras en lo que respecta al tipo de tratamiento que ofrece mejores resultados. La organización Cochrane Collaboration ha realizado un estudio sobre los programas de tratamiento psicosociales (Ley et al., 2003). El material del estudio fue limitado: seis estudios, cuatro de los cuales eran pequeños y, en general, todos de escasa calidad en lo que respecta al diseño y al procedimiento de notificación. La principal conclusión fue que no existen pruebas evidentes que respalden la primacía de algún tipo de programa de tratamiento del consumo abusivo de drogas orientado a los que sufren trastornos mentales sobre la asistencia estándar. La conclusión a la que se llegó fue que la puesta en marcha de nuevos servicios especializados dirigidos al tratamiento de la drogodependencia para los que sufren graves trastornos mentales debería inscribirse en el contexto de ensayos clínicos sencillos, bien diseñados y controlados.

Al realizar una búsqueda exhaustiva de los proyectos internacionales de investigación relacionados con el tratamiento del consumo de alcohol y drogas, sólo se encontraron ocho estudios aleatorios sobre el tratamiento de drogodependientes con trastornos psiquiátricos agudos (Jansson y Fridell, 2003). La tasa de abandono era extremadamente alta, incluso antes de comenzar el tratamiento. El seguimiento a corto plazo demostró que el tratamiento residencial, especialmente en comunidades terapéuticas, ofrecía mejores resultados en cuanto a las condiciones de vida y al consumo de sustancias, pero no en lo que respecta a los síntomas psiquiátricos.

Algunas características son relevantes en todas las situaciones de tratamiento. Las recomendaciones que se presentan a continuación se han extraído de los estudios y metanálisis de los estudios aleatorios controlados sobre el tratamiento de la drogodependencia que se han publicado a escala internacional (Berglund et al., 2003):

— los esfuerzos deberían orientarse hacia el cambio de las pautas de consumo de droga;

— las intervenciones deberían tener un alto nivel estructural;

— las intervenciones deberían prolongarse hasta obtener resultados;

— la duración de la intervención debería ser de un mínimo de 3 meses o, preferiblemente, más.

En el Reino Unido, las directrices del Departamento de Salud (Department of Health, 2002b), los proyectos de investigación y el examen de la literatura especializada (Crawford, 2001) han incluido como prioridad la cuestión del diagnóstico dual. Sin embargo, las pruebas científicas proceden principalmente de Norteamérica y, por lo que respecta a los resúmenes de Crawford, menos del 10 % procede de estudios realizados en el Reino Unido.

Según un análisis neerlandés de estudios internacionales, un posible modelo eficaz de gestión de casos es el tratamiento asertivo comunitario, que incluye aspectos estructurales (número de casos, trabajo en equipo, cooperación con otros profesionales de la salud), organizativos (criterios de inclusión explícitos, admisión limitada de nuevos pacientes, intervención en situaciones de crisis las 24 horas) y de contenido (apoyo y asistencia proporcionados en situaciones diarias, un enfoque activo, contactos frecuentes) (Wolf et al., 2002). En Birmingham (Reino Unido), los equipos encargados de los tratamientos asertivos comunitarios reciben un manual de formación sobre el tratamiento integrado del comportamiento cognitivo. Asimismo, los equipos reciben apoyo constante a la hora de realizar la intervención y se les evalúa según el proceso y los resultados (Joint Meeting of the Faculty of Substance Misuse of the Royal College of Psychiatrists and the World Psychiatric Association, 2003). En Noruega, se están probando varios equipos integrados tomando como base el tratamiento asertivo comunitario.

A continuación se exponen algunos ejemplos de las mejores prácticas notificadas por los puntos focales de la red Reitox:

- Un estudio de seguimiento de 219 adictos a los opiáceos en tratamiento en los servicios de lucha contra

la drogodependencia de Hamburgo reveló un descenso del consumo de heroína y cocaína en dos años. Un 47 % mostró una evolución positiva de sus trastornos psiquiátricos (Krausz et al., 1999).

- Un estudio italiano demostró que los resultados del tratamiento de mantenimiento con metadona no eran tan distintos en pacientes con síntomas psiquiátricos agudos o moderados, en cuanto a la retención o al consumo de heroína. Sin embargo, parece que los pacientes con trastornos psiquiátricos agudos necesitaban dosis medias de metadona más altas (Pani et al., 2003).
- La terapia de conducta dialéctica ([173]) es una opción de tratamiento especialmente adecuada para consumidores de drogas de sexo femenino con trastornos límite de la personalidad agudos y/o tendencias suicidas. Sin embargo, las pruebas científicas se limitan a unos pocos estudios. Un ensayo controlado de la terapia de conducta dialéctica llevado a cabo en los Países Bajos reveló que tanto el grupo experimental como el que seguía con su tratamiento habitual registraron mejoras que se reflejaban en una reducción del comportamiento autodestructivo. El grupo experimental registró reducciones más significativas del consumo de alcohol, pero no se encontraron diferencias en cuanto al consumo de drogas (Van den Bosch et al., 2001).
- En un estudio sueco, la realización reiterada del cuestionario ASI (índice de gravedad de la dependencia) a lo largo del período de tratamiento en el marco de un modelo sostenible de gestión de la calidad reveló que, tras un seguimiento realizado a los dos años de haber recibido el alta, el 46 % de los pacientes había mantenido la abstinencia. En relación con dicho índice, los pacientes con diagnóstico dual mostraron un perfil de problemas más agudo que el de los pacientes que no sufrían psicosis. En general, se observaron pequeños cambios en los perfiles de personalidad y en los síntomas, pero en el caso de muchos pacientes la calidad de vida era mayor y gozaban de más estabilidad en la vida en el momento del seguimiento (Jonsson, 2001).
- En el Reino Unido, Barrowclough et al. (2001) demostraron que la combinación de entrevistas de motivación, terapias cognitivas del comportamiento e intervenciones familiares producía mejoras en pacientes con esquizofrenia y trastornos por consumo abusivo de sustancias.
- Un análisis de los estudios sobre los tratamientos en Noruega para los pacientes con comorbilidad concluyó que la mejor forma de tratar un comportamiento agresivo e impulsivo era a través de las terapias de confrontación con grupos estructurados y las terapias familiares. Para los pacientes con depresión o ansiedad resultó más beneficioso la psicoterapia individual y la terapia de grupo de apoyo (Vaglum, 1996).

## Investigación

Recientemente ha dado comienzo un proyecto de investigación sobre diagnóstico dual inscrito en el Quinto Programa Marco de investigación y desarrollo tecnológico de la Comisión Europea. Este estudio prospectivo llevado a cabo en distintos centros, entre ellos en Dinamarca, Francia, Polonia, Escocia, Inglaterra y Finlandia, está concebido para describir la prestación de servicios en el caso de pacientes con diagnóstico dual en siete entornos psiquiátricos en Europa y comparar, durante un período de 12 meses, la morbilidad y el uso de los servicios entre los pacientes con diagnóstico dual y los pacientes con diagnóstico único. Los resultados analizados incluirán la gravedad de la adicción, los síntomas psiquiátricos, el cumplimiento del tratamiento, el funcionamiento psicosocial, la red social, las recaídas y la mortalidad. Los resultados se esperan para 2005 ([174]).

## Formación

En la mayoría de los países, la formación que reciben los médicos y las enfermeras sobre el fenómeno de la drogodependencia es escasa y menor aún sobre la comorbilidad. En Italia ha aumentado la formación conjunta del personal de ambos servicios. En los Países Bajos, el Instituto Trimbos organiza cursos de formación para los profesionales en materia de adicciones y de salud mental que participan en el tratamiento de pacientes con diagnóstico dual. Otros países notifican la existencia de cursos y de formación en plantilla, pero su aplicación es aleatoria e irregular.

En el Reino Unido, el Colegio de Psiquiatría llevó a cabo un análisis de las necesidades de formación (Mears et al., 2001) con varios grupos de profesionales, tanto para los servicios de salud mental como para los de lucha contra la drogodependencia. El 55 % de la muestra indicó que no se sentía suficientemente preparado para trabajar con pacientes comórbidos y destacó la necesidad de recibir más formación.

([173]) La terapia de conducta dialéctica consiste en la aplicación de una amplia gama de estrategias terapéuticas cognitivas y del comportamiento a los problemas de trastorno límite de la personalidad (TLP), incluido el comportamiento suicida.

([174]) Véase http://www.entermentalhealth.net/papers/kbm02.pdf

# Referencias


Abdulrahim, D. (2001): *Substance misuse and mental health co-morbidity (dual diagnosis). Standards for mental health services*, The Health Advisory Service: Londres.

Andreasen, J. (2002): «Ansvaret for de psykotiske stofmisbrugere skal vara psykiatriens», *Ugeskrift for læger*, 51.

AST/RELIS (2002): Point Focal OEDT Luxembourg – Direction de la santé. Réseau national d'information sur les drogues et les toxicomanies – RELIS – Rapport national, PFN: Luxemburgo.

Bakken, K., Landheim, S., y Vaglum, P. (2003): «Primary and secondary substance misusers: do they differ in substance-induced and substance-independent mental disorders?», *Alcohol and Alcoholism* 38, pp. 54-59.

Barrowclough, C., Haddock, G., Tarrier, N., et al. (2001): «Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behaviour therapy, and family intervention for patients with co-morbidity schizophrenia», *American Journal of Psychiatry* 158, pp. 1706-1713.

Baudis, R. (2004): «A drug court type project for juvenile drug-related offenders in Germany», Conference's Acts: Substance Abuse, Drug Courts and Mental Health Treatment Services, Servizi Area Penale Carceri, Milán, 5 a 7 febrero de 2004.

Beck, F. (2003): *Dépistage de l'usage problématique de cannabis: échelle et référence* (proyecto de informe), Escapad, París: OFDT.

Beck, F., y Legleye, S. (2003): *Drogues et adolescence: usages de drogues et contextes d'usage entre 17 et 19 ans. Évolutions récentes,* Escapad 2002, París: OFDT.

Benschop, A., Rabes, M., y Korf, D. (2002): *Pill testing – Ecstasy and prevention. A scientific evaluation in three European cities*, Rozenberg Publishers: Amsterdam.

Berglund, M., et al. (ed.) (2003): *Treating alcohol and drug abuse. An evidence-based review*, Wiley: Londres.

Berthel, T. (2003): «Psychiatrische Komorbidität». En: Beubler, E., Haltmayer, H., y Springer, A. (eds.): *Opiatabhängigkeit. Interdisciplinäre Aspekte für die Praxis*, Springer: Viena.

Best, D., Lan-Ho, M., Zador, D., et al. (2000): «Overdosing on opiates. Thematic review. Part I – Causes», *Drug and Alcohol Findings*, n° 4, pp. 4-20.

Best, D., Lan-Ho, M., Zador, D., et al. (2001): «Overdosing on opiates. Thematic review. Part II – Prevention», *Drug and Alcohol Findings*, n° 5, pp. 4-18.

Beutel, M. (1999): «Sucht und sexueller Missbrauch», *Psychotherapeut* 44, pp. 313-319.

Bird, S., y Rotily, M. (2002): «Inside methodologies for counting blood-borne viruses and injector-inmates' behavioural risks – Results from European prisons», *Howard Journal* 41 (2).

Bovenkerk, F., y Hogewind, W. I. M. (2002): *Hennepteelt in Nederland: het probleem van criminaliteit en haar bestrijding.* Willem Pompe Instituut voor Strafrechtswetenschappen: Utrecht.

Bronisch, T., y Wittchen, H.-U. (1998): «Komorbidität von suizidalem Verhalten, Sucht, Depression und Angststörungen», *Suizidprophylaxe* 1, pp. 2-26.

Chinman, M., Imm, P., y Wandersmann, A. (2004): *Getting to outcomes 2004. Promoting accountability through methods and tools for planning, implementation, and evaluation*, RAND Corporation: Santa Monica.

CND [Comisión de Estupefacientes] (2004): *World drug situation with regard to drug trafficking: report to the Secretariat*, Naciones Unidas, Consejo Económico y Social: Viena.

Comisión Europea (1999): *Evaluating socio-economic programmes: glossary of 300 concepts and technical terms*, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas: Luxemburgo.

Comisión Europea (2003): *Evaluating EU activities – A practical guide for Commission Services*, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas: Luxemburgo.

Commonwealth Department for Health and Ageing (2003): «National Co-morbidity Project. Current practice in the management of clients with co-morbidity mental disorders and substance use disorders in tertiary care settings», Commonwealth de Australia: Canberra.

Crawford, V. (2001): *Co-existing problems of mental health and substance misuse («dual diagnosis»): a review of relevant literature*, Royal College of Psychiatrists: Londres.

Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., et al. (2004): «Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study. International report from the 2001/2002 survey», *Health Policy for Children and Adolescents*, n° 4, Ginebra: WHO Europe.

Deehan, A., y Saville, E. (2003): «Calculating the risk: recreational drug use among clubbers in the South East of England», Informe en línea del Ministerio del Interior 43/03.

Department of Health (2002a): *Mental health policy implementation guide: dual diagnosis good practice guide*, Departamento de Salud: Londres.

Department of Health (2002b): *Models of care for substance misuse treatment: promoting quality, efficiency and effectiveness in drug misuse treatment services. Full report for consultation*, Departamento de Salud: Londres.

Dialog (2000): *Jahresbericht 1999*. Verein Dialog – Hilfs- und Beratungsstelle für Suchtgiftgefährdete und deren Angehörige: Viena.

Dolan, K. (1997-1998): «Evidence about VIH transmission in prisons», *Canadian VIH-AIDS Policy and Law Newsletter* 3-4, pp. 32-38.

Dolan, K., Rutter, S., y Wodak, A. D. (2003): «Prison-based syringe exchange programmes: a review of international research and development», *Addiction* 98, pp. 153-158.

Drake, R., Mercer-McFadden, C., Mueser, K., et al. (1998): «Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders», *Schizophrenia Bulletin* 24, pp. 589-608.

DrugScope (2004): *Druglink* 19 (1), enero/febrero de 2004.

Dusenbury, L., y Falco, M. (1995): «Eleven components of effective drug abuse prevention curricula», *Journal of School Health* 65, pp. 420-425.

Eland, A., y Van de Glint, G. (2001): *Diagnostiek en behandeling van ADHD binnen de intramurale verslavingszorg*, Trimbos Instituut: Utrecht.

Emmanuelli, J. (2003): «Siamois: Tendances en matière de réduction des risques chez les usagers de drogues par voie iv». En: Bello, J.-Y., Toufik, A., Gandilhon, M., et al. (eds.), *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2002, quatrième rapport national du dispositif TREND*, pp. 263-267. OFDT: París.

Estébanez, P., Russell, N. K., Aguilar, M. D., et al. (2001): «Determinants of VIH prevalence amongst female IDU in Madrid», *European Journal of Epidemiology* 17, pp. 573-580.

EuroHIV [European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS] (2004), *VIH/AIDS Surveillance in Europe, End-year report, 2003, n° 70,* Institut de Veille Sanitaire, Saint-Maurice.

Europol (2002): *Serious crime overviews: counter money laundering, a European Union perspective*, Europol: La Haya.

Europol (2003): *European Union organised crime report*, Europol: La Haya.

Facy, F. (1999): *Toxicomanes et prescription de méthadone*, EDK: París.

Farrell, M. (2002): *Final evaluation of the pilot drug court*, Courts Service: Dublín.

FATF [Grupo de Trabajo de Acción Financiera] (2003a): *Annual report 2002-2003* (http://www.fatf-gafi.org).

FATF [Grupo de Trabajo de Acción Financiera] (2003b): *Combating the abuse of alternative remittance systems: international best practices*, FATF: París.

Flay, B. (2000): «Approaches to substance use prevention utilizing school curriculum plus social environment change», *Addictive Behaviours* 25, pp. 861-866.

Fridell, M. (1991): *Personlighet och drogmissbruk. En forskningsöversikt. PM-serie 10*, Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysnings (CAN): Estocolmo.

Fridell, M. (1996): «Psykisk störning och narkotikamissbruk. Socialstyrelsen. Psykiskt störda missbrukare», *SoS-rapport* 1996: 14, Socialstyrelsen: Estocolmo.

Gerdner, A. (2004): «Utfall av LVM-vård: översikt och syntes av hittilsvarande studier», Bilaga 4 till LVM-utredningen, *SOU* 2004, 3, *Tvång och förändring – Rättssäkerhet, vårdens innehåll och eftervård,* Socialdepartementet: Estocolmo.

Giuliani, M., y Suligoi, B. (2004): Italian STI Surveillance Working Group. «Differences between nonnational and indigenous patients with sexually transmitted infections in Italy and insight into the control of sexually transmitted infections», *Sexually Transmitted Diseases* 31(2), pp. 79-84.

Gore, S. M. (1999): «Fatal uncertainty: death-rate from use of ecstasy or heroin», *Lancet* 354, pp. 1265-1266.

Hall, W., Degenhardt, L., y Lynskey, M. (2001): *The health and psychological effects of cannabis use*, Monograph Series n° 44, 2ª ed., Commonwealth de Australia: Camberra.

Hannon F., Keleher C., y Friel, S. (2000): *General healthcare study of the Irish prison population*. Stationery Office: Dublín.

Hansen, W. (1992): «School-based substance abuse prevention: a review of the state of the art in curriculum», 1980-1990. *Health Education Research* 7, pp. 403-430.

Hibell, B., Andersson, B., Ahlstrom, S., et al. (2000): *The 1999 ESPAD Report: The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs.* The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) and Council of Europe, Pompidou Group.

Hope, V., Ncube, F., De Souza, L., et al. (2004): «Shooting up: infections in injecting drug users in the United Kingdom, 2002», *Eurosurveillance Weekly:* 8(4): 22 de enero de 2004 (http://www.eurosurveillance.org/ew/2004/040122.asp).

Interpol (2002): *Activities report*, Interpol: Lyon.

Jansson, I., y Fridell, M. (2003): «Psykisk och somatisk belastning hos tvångsvårdade kvinnor, LVM och LVU-vårdade kvinnor vid Lunden», *SiS-rapport* 1/03. Statens Institutionsstyrelse: Estocolmo.

JIFE/INCB [Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes] (2004a), *Report of the International Narcotics Control Board 2003*, Naciones Unidas, JIFE: Nueva York.

JIFE/INCB [Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes] (2004b), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances*, Naciones Unidas, JIFE: Nueva York (http://www.incb.org/s/index.htm?).

Joint Meeting of the Faculty of Substance Misuse of the Royal College of Psychiatrists and the World Psychiatric Association (2003): «Innovations in the treatment of addiction», Barcelona, 1 y 2 de mayo de 2003.

Jonsson, S. (2001): «Långstorsps vård- och behandllingshem — En ufallsstudie», *Psykologexamensuppsats,* vol. III:20, Lund: Institutionen för psykologi: Lund.

Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Andrade, L., et al. (2001): «Mental-substance comorbidities in the ICPE surveys», *Psychiatrica Fennica* 32, pp. 62-79.

Kokkevi, A., y Facy, F. (1995): «Personality traits and psychopathology in drug addiction», *European Addiction Research* 1, pp. 194-198.

Kokkevi, A., y Stefanis, C. (1995): «Drug abuse and psychiatric comorbidity», *Comprehensive Psychiatry* 36, pp. 329-337.

Kraus, L., Augustin, R., Korf, D., et al. (2003): «Cannabis use in France, Germany, Greece and Spain: has age of first use experience shifted towards younger age?» (informe).

Krausz, M. (1996): «Old problems — New perspectives», *European Addiction Research* 2, pp. 1-2.

Krausz, M. (1999a): «Editorial. Addiction and mental health», *European Addiction Research* 5, pp. 53-54.

Krausz, M. (1999b): «Komorbidität — Psychische Störungen bei Schwerstabhängigen; Forschungsstand und klinische Konsequenzen». En: Bellebaum, C. Jellinek, and Westermann, B. (eds.), *Mehr als Abhängig? Versuche mit Methadon und Heroin*, pp. 100-114. Deutscher Studienverlag: Weinheim.

Krausz, M., Verthein, U., y Degkwitz, P. (1999): «Psychiatric co-morbidity in opiate addicts», *European Addiction Research* 5, pp. 55-62.

Landheim, A. S., Bakken, K., y Vaglum, P. (2003): «Gender differences in the prevalence of symptom disorders and personality disorders among poly-substance abusers and pure alcoholics», *European Addiction Research* 9, pp. 8-17.

Lauritzen, G., Waal, H., Amundsen, A., y Arner, O. (1997): «A nationwide study of Norwegian drug abusers in treatment: methods and findings», *Nordisk alkohol- & narkotikatidsskrift* 14, pp. 46-63.

Ley, A., Jeffery, D. P., McLaren, S., y Siegfried, N. (2003): «Psychosocial treatment programmes for people with both severe mental illness and substance misuse», Cochrane Review. *The Cochrane Library,* n° 4, Wiley, Chichester, Reino Unido.

Liappas, J. (2001): «Drug addiction: a multidimensional therapeutic problem», *Itaca* 6, pp. 9-22.

Lima, A. R., Lima, M. S., Soares, B. G. O., y Farrell, M. (2004a): «Carbamazepine for cocaine dependence», Cochrane Review, *The Cochrane Library*, n° 2, 2004 (http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/AB002023.htm).

Lima, M. S., Reisser, A. A. P., Soares, B. G. O., y Farrell, M. (2004b): «Antidepressants for cocaine dependence», Cochrane Review, *The Cochrane Library*, n° 2, 2004 (http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/AB002950.htm).

Long, J., Allwright, S., y Begley, C. (2004): «Prisoners' views of injecting drug use and harm reduction in Irish prisons», *International Journal of Drug Policy* (en prensa).

Marsden, J., Gossop, M., Stewart, D., et al. (2000): «Psychiatric symptoms among clients seeking treatment for drug dependence. Intake data from the national treatment outcome study», *British Journal of Psychiatry* 176, pp. 285-289.

McIntosh, C., y Ritson, B. (2001): «Treating depression complicated by substance misuse», *Advances in Psychiatric Treatment* 7, pp. 357-364.

McVeigh, J., Beynon, C., y Bellis, M. A. (2003): «New challenges for agency based exchange schemes: analysis of 11 years of data (1991-2001) in Merseyside and Cheshire, United Kingdom», *International Journal of Drug Policy* 14, pp. 399-405.

Mears, A., Clancy, C., Banerjee, S., et al. (2001): *Co-existing problems of mental disorder and substance misuse (dual diagnosis): a training needs analysis*, Royal College of Psychiatrists: Londres.

Migliori, G. B., y Centis, R. (2002): «Problems to control TB in eastern Europe and consequences in low incidence countries», *Monaldi Archive of Chest Diseases* 57, pp. 285-290.

Morel, A. (1999): «Troubles psychiatriques associés à la toxicomanie», *Interventions* 72, pp. 35-40.

Moyle, P. (2003): *International drug court developments, models and effectiveness*, Proyecto de tribunales especializados en materia de drogas del Grupo Pompidou: Estrasburgo.

Murphy-Lawless, J. (2002): *Fighting back: women and the impact of drug abuse on families and communities*, Liffey Press: Dublín.

Murray, R., Grech, A., Phillips, P., y Johnson, S. (2003): «What is the relationship between substance abuse and schizophrenia?». En: Murray, R., Jones, P., Susser, E., et al. (eds.), *The epidemiology of schizophrenia*, Cambridge University Press: Cambridge.

National Forum of Urban Affairs Professionals (2000): *Social mediation, new ways of conflict resolution in everyday life*, París: National Forum of Urban Affairs Professionals.

Neale, J., y Robertson, M. (2004): «Recent cocaine and *crack* use among new drug treatment clients in Scotland», *Drugs: Education, Prevention and Policy* 11(1), pp. 79-90.

Nestler, E. J. (2001): «Molecular basis of long-term plasticity underlying addiction», *Nature Reviews Neuroscience* 2(2):119-128

OEDT [EMCDDA] (2001): «Cocaína y *crack* (cuestión particular)». En: *Informe anual 2001 sobre el problema de la drogodependencia en los países PECO candidatos a la adhesión,* Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías: Lisboa.

OEDT [EMCDDA] (2003a): *Informe anual 2003 sobre el problema de la drogodependencia en los países PECO candidatos a la adhesión.* Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías: Lisboa.

OEDT [EMCDDA] (2003b): *Informe anual 2003: el problema de la drogodependencia en la Unión Europea y en Noruega,* Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías: Lisboa.

OEDT [EMCDDA] (2003c): «Hepatitis C: una epidemia oculta», *Drogas en el punto de mira* n° 11, Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías: Lisboa.

OEDT [EMCDDA] (2003d): *The international profile of cannabis clients, expert meeting on treatment demand — Meeting with international organisations,* Lisboa, 24 de junio de 2003 (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1881).

OEDT [EMCDDA] (2004a): *European report on drug consumption rooms,* Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías: Lisboa.

OEDT [EMCDDA] (2004b): «Muertes», *Drogas en el punto de mira* n° *13,* Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías: Lisboa.

OEDT [EMCDDA] (2004c): «An overview of cannabis potency in Europe», *EMCDDA Insights* 6, Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías: Lisboa.

OEDT [EMCDDA] (2004d): «Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options», *EMCDDA Monographs* 7, Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías: Lisboa.

Öjehagen, A., y Schaar, I. (2003): «Mentally ill substance abusers in Sweden: a 5-year follow-up of a multisite study of co-operation between psychiatric services and social authorities». En: Carrà, G., y Clerici, M. (eds.), *Dual diagnosis: filling the gap*, John Libbey Eurotext: París.

Olin, N., y Plasait, B. (2003): *Drogue: l'autre cancer. Rapport de la Commission d'enquête sur la politique nationale de lutte contre les drogues illicites*. Senado: París.

OMA [Organización Mundial de Aduanas] (2003a): *Drug routes from Central Asia to Europe* (disponible en la página web de la OMA: http://www.wcoomd.org).

OMA [Organización Mundial de Aduanas] (2003b): An integrated international response to drug smuggling, OMA: Bruselas.

OMA [Organización Mundial de Aduanas] (2003c), *World money laundering report*, vol. 4, n° 10.

OMS [Organización Mundial de la Salud] (1995), *Lexicon of alcohol and drug terms*, OMS: Ginebra.

ONUDD [Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito] (2003a),*Global illicit drug trends 2003,* United Nations Office on Drugs and Crime (2003a): Viena.

ONUDD [Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito] (2003b), *Ecstasy and amphetamines: global survey 2003,* United Nations Office on Drugs and Crime: Viena.

ONUDD [Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito] y Gobierno de Marruecos (2003), *Morocco cannabis survey 2003,* ONUDD: Viena.

Origer, A., y Delucci, H. (2002): *Étude épidémiologique et méthodologique des cas de décès liés à l'usage illicite des substances psycho-actives. Analyse comparative (1999-2000),* Séries de recherche n° 3, Point focal OEDT Luxembourg-CPR Santé: Luxemburgo.

Paglia, A., y Room, R. (1999): «Preventing substance use problems among youth: a literature review and recommendations», *Journal of Primary Prevention* 20(1), pp. 3-50.

Pani, P. P., Trogu, E., Carboni, G., et al. (2003): «Psychiatric severity and treatment response in methadone maintenance treatment programmes: new evidence», *Heroin Addiction & Related Clinical Problems* 5, pp. 23-36.

Pedersen, M. U. (2001): Substitutionsbehandling. Organiseringer, stofmisbrugere, effekter, metoder. Del 1. Center for Rusmiddelforskning, Århus Universitet: Århus.

PINUCD [Programa Internacional de las Naciones Unidas para el Control de las Drogas, de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD)] (2000): *Demand reduction: a glossary of terms*, Naciones Unidas: Nueva York.

Popov, P. (2003): «Alkohol». En: Kalina, K. a spol. (ed.) *Drogy a drogové závislosti — Mezioborový přístup*, Kapitola 3/1, Úřad vlády ČR — NMC: Praga.

Ravelli, A., Bijl, R. V., y Van Zessen, G. (1998): «Comorbiditeit van psychiatrische stoornissen in de Nederlandse bevolking; resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (Nemesis)», *Tijdschrift voor Psychiatrie* 40, pp. 531-544.

Red Reitox, Informes nacionales (2003) (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=435).

Rhodes, T., Lilly, R., Fernández, C., et al. (2003): «Risk factors associated with drug use: the importance of "risk environment"», *Drugs: Education, Prevention and Policy* 10, pp. 303-329.

Roeg, D. P. K., Van de Goor, L. A. M., y Garretsen, H. F. L. (2004): «When a push is not a shove: assertive care, Dutch-style», *Drugs and Alcohol Today,* vol. 4 (en prensa).

Rooney, S., Kelly, G., Bamford, L., et al. (1999): «Co-abuse of opiates and benzodiazepines», *Irish Journal of Medical Science* 168, pp. 36-41.

SAMHSA [Substance Abuse and Mental Health Services Administration], Office of Applied Studies (2001): *Trends in initiation of substance use,* 2001 National Household Survey on Drug Abuse (NHSDA).

SAMHSA [Substance Abuse and Mental Health Services Administration], Office of Applied Studies (2002): *Results from the 2002 national survey on drug use and health, National findings* (http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#nhsdainfo).

Schifano, F., Oyefeso, A., Corkery, J., et al. (2003): «Death rates from ecstasy (MDMA, MDA) and polydrug use in England and Wales 1996-2002», *Human Psychopharmacology and Clinical Exposure* 18, pp. 519-524.

Secretaría del Fondo Mundial (2004): *The Global Fund Grant status report* (http://www.theglobalfund.org/en/files/grantsstatusreport.xls).

Seivewright, N., Donmall, D., Douglas, J., et al. (2000): «Cocaine misuse treatment in England», *International Journal of Drug Policy* 11, pp. 203-215.

Siliquini, R., Zeppegno, P., y Faggiano, F. (2002): «Patologia psichiatrica e consumo di sostanze: descrizione preliminare dei casi di uno studio caso-controllo». En: Faggiano, F. (ed.), *OED Piemonte — Rapporto 2002*, Osservatorio Epidemiologico Dipendenze: Turín.

Sosial- og helsedepartementet (1999): *Rapportane I, II, III, frå Arbeidsgruppa for å gjennomgå hjelpe- og behandlingstilbodet for rusmiddelmisbrukarar*.

Springer, A. (2003a): *Different types of medically assisted treatment.* Treatment monitoring conference, Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías: Lisboa.

Springer, A. (2003b): Psychotherapeutische Aspekte. En: Beubler, E., Haltmayer, H., y Springer, A. (eds.), *Opiatabhängigkeit. Interdisziplinäre Aspekte für die Praxis*, Springer: Viena.

Stothard, B., y Ashton, M. (2000): «Education's uncertain saviour», *Drug and Alcohol Findings* 3, pp. 4-7 y 16-20.

Stöver, H. (2001): *Bestandsaufnahme «Crack Konsum» in Deutschland: Verbreitung, Konsummuster, Risiken und Hilfeangebote.* Endbericht, Instituto para la investigación sobre las drogas (BISDRO), Universidad de Bremen: Bremen.

Stöver, H., y Nelles, J. (2003): «Ten years of experience with needle and syringe exchange programmes in European prisons», *International Journal of Drug Policy* 14, pp. 437-444.

Ter Bogt, T., y Engels, R. C. M. E. (2004): «Party style: notice for and effects of MDMA at Rave parties», *Substance Use and Misuse* (en prensa).

Tobler, N. (2001): «Prevention is a two-way process». *Drug and Alcohol Findings*, n° 5, pp. 25-27.

Tobler, N., y Stratton H. H. (1997): «Effectiveness of school-based drug prevention programs: a meta-analysis of the research», *Journal of Primary Prevention* 18(1), pp. 71-128.

Tobler, N. S., Roona, M. R., y Ochshorn, P. (2000): «School-based adolescent prevention programs: 1998 meta-analysis», *Journal of Primary Prevention* 20, pp. 275-336.

Uchtenhagen, U., y Zeiglgänsberger, W. (2000): *Suchtmedizin — Konzepte, Strategien und therapeutisches Management*, Urban & Fischer Verlag: Múnich.

Vaglum, P. (1996): «Psychopathology and substance abuse: clinical Lessons from six Norwegian Studies», *Psychiatric Fennica* 27, pp. 55-67.

Van den Bosch, L. M., Verheul, R., y Van den Brink, W. (2001): «Substance abuse in borderline personality disorder: clinical and etiological correlates», *Journal of Personality Disorders* 15, pp. 416-424.

Van Rooijen, M. (2001): «Zendingswerk: dubbele diagnose kliniek», *Psy 5*, pp. 24-28.

Verheul, R. (2001): «Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders», *European Psychiatry* 16, pp. 274-282.

Weaver, T., Madden, P., Charles, V., et al. (2003): «Co-morbidity of substance misuse and mental illness in community mental health and substance misuse services», *British Journal of Psychiatry* 183, pp. 304-312.

Wiessing, L., y Kretzschmar, M. (2003): «Can VIH epidemics among IDUs "trigger" a generalised epidemic?», *International Journal of Drugs Policy* 14, pp. 99-102.

Williams, H., O'Connor, J. J., y Kinsella, A. (1990): «Depressive symptoms in opiate addicts on methadone maintenance», *Irish Journal of Psychological Medicine 7*, pp. 45-46.

Wolf, J., Mensink, C., y Van der Lubbe, P. (2002): *Casemanagement voor langdurig verslaafden met meervoudige problemen: een systematisch overzicht van interventie en effect*, Utrecht. Ontwikkelcentrum Sociaal Verslavingsbeleid: Utrecht.

Zuckerman, J. (2003): «The place of accelerated schedules for hepatitis A and hepatitis B vaccinations», *Drugs* 63, pp. 1779-1784.

Zurhold, H., Kreutzfeldt, N., Degkwitz, P., y Verthein, U. (2001): *Drogenkonsumräume. Gesundheitsförderung und Minderung öffentlicher Belastungen in europäischen Grossstädten*. Lambertus: Friburgo.

# Puntos focales nacionales Reitox

**Belgique/België**
Institut scientifique de la santé publique/Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid
Rue Juliette Wytsman 14/Juliette Wytsmanstraat 14
B-1050 Bruxelles/Brussel
Denise WALCKIERS
Tél. (32-2) 642 50 35 — Fax (32-2) 642 57 49
E-mail: BIRN@iph.fgov.be

**Česká republika**
Secretariat of the National Drug Commission Office of the Government of the Czech Republic
Nabř. Edvarda Beneše 4
118 01 Praha 1 — Malá Strana
CZ-Prague
Viktor MRAVČÍK
Tel. (420-29) 61 53 222/391 — Fax (420-29) 61 53 264
E-mail: mravcik.viktor@vlada.cz

**Danmark**
Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67 Postboks 1881
DK-2300 København S
Else SMITH/Kari GRASAASEN
Tlf. (45) 72 22 77 60 — Fax (45) 72 22 74 11
E-mail: esm@sst.dk, kag@sst.dk

**Deutschland**
DBDD — Deutsche Referenzstelle für die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht
Parzivalstraße 25
D-80804 München
Roland SIMON
Tel. (49) 89 36 08 04 40 — Fax (49) 89 36 08 04 49
E-Mail: Simon@ift.de

**Eesti**
National Institute for Health Development (NIHD)
Department of Epidemiology and Biostatistics
Estonian Drug Monitoring Centre (EDMC)
Hiiu 42, Room 471
EE-11619 Tallinn
Ave TALU
Tel. (372) 6593 997 — Fax (372) 6593 998
E-mail: Ave.Talu@tai.ee

**Ελλάδα/Greece**
Greek Reitox Focal Point — UMHRI
University of Mental Health Research Institute
Soranou Tou Efesiou, 2
(PO Box 66517)
GR-15 601 Papagou — Athens
Manina TERZIDOU
Tel. (302-10) 6536 902 — Fax (302-10) 6537 273
E-mail: ektepn@ektepn.gr

**España**
Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPND)
C/Recoletos, 22
E-28001 Madrid
Carmen MOYA GARCÍA/Ana ANDRÉS BALLESTEROS
Tel. (34) 915 37 27 25/26 86 — Fax (34) 915 37 26 95
E-mail: anaab@pnd.mir.es

**France**
Observatoire français des drogues et des toxicomanies
3, avenue du stade de France
F-93200 Saint-Denis
Jean-Michel COSTES
Tél. (33) 141 62 77 16 — Fax (33) 141 62 77 00
E-mail: jecos@ofdt.fr

**Ireland**
Drug Misuse Research Division
Health Research Board
73 Lower Baggot Street
Dublin 2
Ireland
Hamish SINCLAIR
Tel. (353-1) 676 11 76 ext 160 — Fax (353-1) 661 18 56
E-mail: Hsinclair@hrb.ie

**Italia**
Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, direzione generale per la Prevenzione e il recupero dalle tossicodipendenze e alcodipendenze e per l'osservatorio nazionale
Via Fornovo 8 — Pal. C
I-00192 Roma
Mariano MARTONE/Silvia ZANONE
Tel. (39) 06 36 75 48 01/06 — Fax (39) 06 36 75 48 11
E-mail: mmartone@welfare.gov.it, szanone@welfare.gov.it

**Κύπρος (Cyprus)**
Cyprus National Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
Magnolia Centre, Offices 11–12,
32, Strovolos Avenue
CY-Nicosia 2018
Neoklis GEORGIADES
Tel. (357-22) 44 29 73 — Fax (357-22) 30 50 22
E-mail: neoklis@ektepn.org.cy, info@ektepn.org.cy (general matters)

**Latvija**
The State Centre for Drug Abuse Prevention and Treatment (Narcology Centre)
Hospitalu iela 55
LV-1013 Riga
Ieva MATISONE
Tel. (371-7) 37 77 83 — Fax (371-7) 37 23 37
E-mail: ieva.matisone@latnet.lv

**Lietuva**
Ministry of Health of the Republic of Lithuania
Drug Control Department under the Government of the Republic of Lithuania
Vilniaus st. 33
LT-2001 Vilnius
Ernestas JASAITIS
Tel. (3705-2) 66 14 00 — Fax (3705-2) 66 14 02
E-mail: ernestas.jasaitis@vvspt.lt

**Luxembourg**
Direction de la santé, point focal OEDT, Luxembourg
Allée Marconi — Villa Louvigny
L-2120 Luxembourg
Alain ORIGER
Tél. (352) 47 85 625 — Fax (352) 46 79 65
E-mail: alain.origer@ms.etat.lu

**Magyarország**
National Centre for Epidemiology
Gyáli út 2-6.
H-1097 Budapest
PO Box 64
Adrienn NYIRADY
Tel. (36-1) 476 11 00 — Fax (36-1) 476 12 23
E-mail: nyiradya@oek.antsz.hu

**Malta**
Maltese National Focal Point
Ministry of Family & Social Solidarity
Palazzo Ferreria
Valletta CMR 02
Malta
Anna GIRARD
Tel. (356) 25 90 32 17/32 20
E-mail: anna.girard@gov.mt

**Nederland**
Trimbos-instituut
Netherlands Institute of Mental Health and Addiction
Da Costakade 45 — Postbus 725
3500 AS Utrecht
Franz TRAUTMANN
Tel. (31-30) 297 11 86 — Fax (31-30) 297 11 87
E-mail: ftrautmann@trimbos.nl

**Österreich**
ÖBIG — Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
Stubenring, 6
A-1010 Vienna
Sabine HAAS
Tel. (43-1) 515 61 60 — Fax (43-1) 513 84 72
E-mail: HAAS@oebig.at

**Polska**
National Bureau for Drugs Prevention
ul. Dereniowa 52/54
PL-02-776 Warszawa
Janusz SIEROSŁAWSKI
Tel. (48-22) 641 15 01 — Fax (48-22) 641 15 65
E-mail: sierosla@ipin.edu.pl

**Portugal**
Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT)
Av. João Crisóstomo, 14
P-1000 — 179 Lisboa
Nuno FREITAS/Maria MOREIRA
Tel. (351) 213 10 41 00/41 26 — Fax (351) 213 10 41 90
E-mail: Maria.Moreira@idt.min-saude.pt

**Slovenija**
Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije
Trubarjeva 2
SI-1000 Ljubljana
Mercedes LOVREČIČ
Tel. (386-1) 244 14 79 — Fax (386-1) 244 15 36
E-mail: Mercedes.lovrecic@ivz-rs.si

**Slovensko**
Central Node of the Drug Information System
General Secretariat of the Board of Ministers for Drug Dependencies and Drug Control
Námestie slobody 1
SK-81370 Bratislava
Alojz NOCIAR
Tel. (421-2) 5729 5554 — Fax (421-2) 5729 5571
E-mail: alojz.nociar@government.gov.sk, alojz.nociar@vlada.gov.sk

**Suomi/Finland**
Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus
PO Box 220
(Office: Lintulahdenkuja, 4 — 00530 Helsinki)
FIN-00531 Helsinki
Ari VIRTANEN
Tel. (358-9) 39 67 23 78 — Fax (358-9) 39 67 24 97
E-mail: ari.virtanen@stakes.fi

**Sverige**
Statens folkhälsoinstitut
(Kontor: Olof Palmes gata 17)
S-103 52 Stockholm
Bertil PETTERSSON
Tfn (46-8) 56 61 35 13 — Fax (46-8) 56 61 35 05
E-post: Bertil.Pettersson@fhi.se

**United Kingdom**
Sexual Health and Substance Misuse Policy
Department of Health, Skipton House
80 London Road
London SE1 6LH
United Kingdom
Alan LODWICK
Tel. (44-20) 79 72 51 21 — fax (44-20) 79 72 16 15
E-mail: Alan.Lodwick@doh.gsi.gov.uk

**European Commission/Commission européenne**
Directorate-General for Justice and Home Affairs — Drugs Coordination Unit/Direction générale de la justice et des affaires intérieures — Unité «Coordination de la lutte antidrogue»
Rue de la Loi/Wetstraat 200 (Lx — 46 3/186)
B-1049 Brussels/Bruxelles
Timo JETSU/Elsa MAIA
Tél. (32-2) 299 57 84 — Fax (32-2) 295 32 05
E-mail: Timo.Jetsu@cec.eu.int, Elsa.Maia@cec.eu.int

**Norge**
Statens institutt for rusmiddelforskning
PB 565 Sentrum
(Office: Øvre Slottsgate 2B)
N-0157 Oslo
Knut BROFOSS/Odd HORDVIN
Tel. (47) 22 34 04 00 — Fax (47) 22 34 04 01
E-mail: kb@sirus.no, odd@sirus.no

**Bălgarija**
National Centre for Addictions
117, Pirotska Str.
BG-1303 Sofia
Momtchil VASSILEV
Tel. (359-2) 83 13 079 — Fax (359-2) 83 21 047
E-mail: mvassilev@mbox.infotel.bg

**România**
National Anti-drug Agency
37, Unirii Bulevard, BL. A4 — Sector 3
RO-Bucharest
Angela PANTEA
Tel. (40-21) 326 47 87/323 30 30 ext. 21706
Fax (40-21) 326 47 87
E-mail: angelapantea@yahoo.com

**Türkiye**
TADOC Müdürlüðü
Necatibey Cd. No:108
TR-Anýttepe/Ankara
Ylhami HÜNER
Tel. (90-312) 412 75 00 — Fax (90-312) 412 75 05
E-mail: ihuner@tadoc.gov.tr

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2004

**Informe anual 2004. El problema de la drogodependencia en la Unión Europea y en Noruega**

Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas
2004 — 113 pp. — 21 x 29,7 cm
ISBN 92-9168-195-4

## VENTA Y SUSCRIPCIONES

Las publicaciones de pago editadas por la Oficina de Publicaciones pueden adquirirse en nuestras oficinas de venta repartidas por todo el mundo.

***¿Cómo puedo adquirir una de estas publicaciones?***

Tras conseguir la relación de oficinas de venta, seleccione la oficina que más le convenga y póngase en contacto con ella para efectuar su pedido.

***¿Cómo puedo obtener la relación de oficinas de venta?***

- Puede consultar el sitio web de la Oficina de Publicaciones:
  http://publications.eu.int/
- También puede solicitarla por fax al número (352) 29 29-42758
  y la recibirá en versión papel.

16 17 5 TD-AC-04-001-ES-C

## Acerca del OEDT

El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) es uno de los organismos descentralizados de la Unión Europea. Se creó en 1993, tiene su sede en Lisboa y es la principal fuente de información sobre drogas y toxicomanías en Europa.

El OEDT recopila, analiza y difunde información objetiva, fiable y comparable sobre las drogas y las toxicomanías, con lo que proporciona a los interesados una imagen basada en datos empíricos del fenómeno de las drogas en Europa.

Las publicaciones del Observatorio 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 y el público en general.

El Informe anual, una visión general del OEDT sobre el fenómeno de las drogas en los Estados miembros de la Unión Europea y Noruega, es un libro de referencia fundamental para quienes deseen conocer los últimos descubrimientos sobre drogas en Europa.

Oficina de Publicaciones
Publications.eu.int

ISBN 92-9168-195-4
9 789291 681952