



Observatorio Europeo de las  
Drogas y las Toxicomanías

ES

ISSN 2314-9094

# Informe Europeo sobre Drogas

Tendencias y novedades

2015





Observatorio Europeo de las  
Drogas y las Toxicomanías

# Informe Europeo sobre Drogas

Tendencias y novedades

2015

## Advertencia legal

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

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

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

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

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

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

Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2015

ISBN 978-92-9168-781-7

doi:10.2810/871615

© Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2015  
Reproducción autorizada, con indicación de la fuente bibliográfica.

*Printed in Spain*

IMPRESO EN PAPEL BLANQUEADO SIN CLORO ELEMENTAL (ECF)



Observatorio Europeo de las  
Drogas y las Toxicomanías

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

Tel. +351 211210200

[info@emcdda.europa.eu](mailto:info@emcdda.europa.eu) | [www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu)

[twitter.com/emcdda](https://twitter.com/emcdda) | [facebook.com/emcdda](https://facebook.com/emcdda)

## | Índice

5	Prefacio
9	Nota introductoria y reconocimientos
11	RESUMEN <b>Dinámica del mercado de la droga en Europa: influencias mundiales y diferencias locales</b>
19	CAPÍTULO 1 <b>Oferta de drogas y mercado</b>
39	CAPÍTULO 2 <b>Consumo de drogas y problemas relacionados con las drogas</b>
61	CAPÍTULO 3 <b>Respuestas sanitarias y sociales a los problemas de las drogas</b>
75	ANEXO Tablas de datos nacionales



## | Prefacio

Nos enorgullece presentar el vigésimo análisis anual de la situación de las drogas en Europa, el Informe Europeo sobre Drogas 2015.

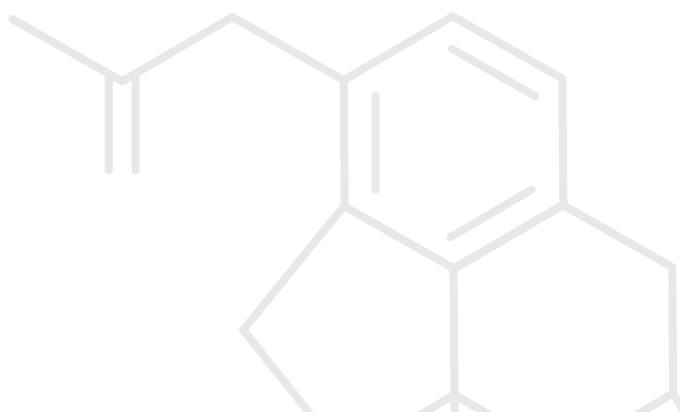
El informe de este año ofrece una amplia visión del problema de las drogas en Europa y las medidas adoptadas para afrontarlo. El conjunto interrelacionado de elementos que lo constituyen tiene como núcleo el presente informe sobre Tendencias y novedades. Este informe, basado en datos tanto europeos como nacionales, ofrece una perspectiva de alto nivel de las tendencias, respuestas y políticas clave, junto con un análisis pormenorizado de temas de interés. Comprende nuevos análisis sobre las intervenciones psicosociales, los centros de consumo de drogas, el consumo excesivo de benzodiazepinas y las rutas de tráfico de heroína.

En todo caso, el conjunto de elementos de información multimedia integrada que componen actualmente el Informe Europeo sobre Drogas contrasta vivamente con el informe anual del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA) sobre la situación de las drogas que se publicó en 1996. Hace veinte años, el reto de establecer unos sistemas de vigilancia armonizados entre 15 Estados miembros de la UE debía parecer abrumador. Por ello, el hecho de que los incipientes mecanismos de supervisión establecidos en 1995 hayan madurado hasta convertirse en un sistema europeo que abarca 30 países representa un impresionante logro, reconocido a escala mundial.

Tras afirmar la valiosa aportación del EMCDDA para alcanzar ese logro, hemos de reconocer también que nuestro trabajo depende de la estrecha colaboración con nuestros asociados. En esencia, es la inversión realizada por los Estados miembros en el desarrollo de sólidos sistemas nacionales de información sobre drogas la que hace posible el análisis europeo que se ofrece aquí.

Este informe se basa en los datos recopilados por la red Reitox de puntos focales nacionales, que trabaja en estrecha colaboración con los expertos nacionales. El análisis se beneficia además de la continua colaboración con nuestros asociados europeos: la Comisión Europea, Europol, la Agencia Europea de Medicamentos y el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades. Deseamos asimismo expresar nuestro agradecimiento a las aportaciones de numerosas iniciativas y grupos de investigación europeos, sin cuyo trabajo este informe no habría sido tan completo.

No es solo nuestro informe el que ha cambiado, hasta resultar casi irreconocible, en los últimos 20 años, también han variado el alcance y la naturaleza del problema de las drogas en Europa. Cuando se estableció la agencia, Europa estaba en plena epidemia de heroína y la necesidad de reducir la transmisión del VIH y las muertes relacionadas con el SIDA eran los principales motores de la política en materia de drogas. En la actualidad, el consumo de heroína y los problemas del VIH siguen siendo fundamentales en nuestro informe, aunque se encuadran en un contexto más optimista en lo que respecta a las



novedades y más informado en cuanto a lo que deben entenderse como respuestas eficaces de salud pública. La complejidad del problema es, en cambio, mucho mayor. Así se advierte al observar que muchas de las sustancias identificadas en este informe eran prácticamente desconocidas en Europa cuando se estableció la agencia.

En la actualidad, los mercados europeos de droga siguen cambiando y se encuentran en rápida evolución. En 2014, por ejemplo, se detectaron más de cien nuevas sustancias psicotrópicas y se realizaron evaluaciones de riesgos en seis nuevas drogas, cifras que en ambos casos superan todos los precedentes. Para seguir el ritmo de estos cambios y garantizar que el análisis que ofrecemos se basa en las novedades que se producen, el EMCDDA sigue trabajando en estrecha colaboración con investigadores y profesionales. Como agencia, siempre hemos reconocido la importancia de ofrecer información rigurosa y relevante para la adopción de políticas en el momento oportuno. Seguimos comprometidos con este objetivo, así como con la garantía de que, cualquiera que sea el problema de drogas al que nos enfrentemos, las respuestas de Europa se apoyarán en un sistema de información que siga siendo viable, relevante y adecuado.

**João Goulão**

Presidente del Consejo de Administración del EMCDDA

**Wolfgang Götz**

Director del EMCDDA







## Nota introductoria y reconocimientos

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

Su finalidad es ofrecer una visión de conjunto y un resumen de la situación europea en materia de drogas y de las respuestas a esta situación. Los datos estadísticos que se presentan se refieren a 2013 (o al año más reciente disponible). El análisis de tendencias únicamente se basa en los países que facilitan información suficiente para describir los cambios durante el período especificado. El lector debe tener en cuenta además que la supervisión de las pautas y tendencias de una conducta oculta y estigmatizada como es el consumo de drogas supone un reto tanto desde el punto de vista práctico como metodológico. Por este motivo, en este informe se utilizan variadas fuentes de datos a efectos de análisis. Por mucho que quepa observar mejoras considerables tanto a escala nacional como en cuanto a los resultados que pueden obtenerse en un análisis a escala europea, hay que reconocer las dificultades metodológicas que existen en este ámbito. Se impone, pues, cierta precaución en la interpretación, sobre todo cuando se comparan países utilizando una sola unidad de medida. Para conocer las advertencias y matizaciones relativas a los datos pueden consultarse la versión en línea de este informe y el Boletín estadístico, donde se ofrece información detallada sobre la metodología, se matizan los análisis y se incluyen comentarios sobre las limitaciones de la información disponible. Se aporta asimismo información sobre los métodos y datos utilizados para las estimaciones a escala europea, en las que en ocasiones se hace uso de recursos de interpolación.

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

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

### Puntos focales nacionales de la red Reitox

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

# Resumen

**En el análisis de este año,  
es evidente la importancia  
de los factores mundiales  
en la oferta de drogas  
y los debates sobre las políticas**

# Dinámica del mercado de la droga en Europa: influencias mundiales y diferencias locales

Las conclusiones principales del nuevo análisis del EMCDDA sobre el problema de la drogodependencia en Europa apuntan a una situación en la que se mantienen las pautas y tendencias a largo plazo pero aparecen novedades en las pautas de consumo y en las respuestas. En el análisis de este año, es evidente la importancia de los factores mundiales en la oferta de drogas y los debates sobre las políticas, mientras que en cuanto a las nuevas tendencias las pautas de consumo y las respuestas a los problemas ocupan el primer plano. En el mercado de las drogas, cada vez resulta más difícil definir la frontera entre las «viejas» y las nuevas drogas, puesto que estas últimas imitan cada vez más distintos tipos de sustancias establecidas, con lo que las respuestas a ellas pueden reproducir respuestas ya acreditadas por pruebas contrastadas.

## El cannabis, objeto de atención

Aunque las iniciativas emprendidas en América sobre la venta regulada de cannabis y productos de cannabis han generado interés y debate internacional, en Europa las reflexiones sobre esta droga siguen centradas principalmente en los posibles gastos sanitarios asociados a ella. Los nuevos datos destacan el importante papel que desempeña el cannabis en las estadísticas de delincuencia por drogas, ya que representa el 80 % de las incautaciones y el consumo y la posesión de cannabis para consumo personal supone más del 60 % de las infracciones de la legislación sobre drogas notificadas en Europa (véase el gráfico). Además, la producción y el tráfico de cannabis son cada vez más importantes desde el punto de vista de la actuación de los cuerpos y fuerzas de seguridad, dada la creciente implicación de la delincuencia organizada. No obstante, existen amplias diferencias entre unos países y otros en cuanto a la sanción de las infracciones relacionadas con la oferta de cannabis: los expertos nacionales indican que las penas por un primer delito de suministro de un kilogramo de cannabis pueden oscilar desde menos de un año hasta 10 años de privación de libertad.

Los nuevos datos muestran asimismo una importancia creciente del cannabis en los sistemas de tratamiento de la drogodependencia en Europa, habiendo aumentado el número de demandas de tratamiento. Este aumento debe entenderse en el contexto de la prestación de servicios y de las prácticas de derivación. Por ejemplo, en algunos países las derivaciones ordenadas por el sistema de justicia penal representan una alta proporción de los nuevos

tratamientos. Por otro lado, los datos dependen de las diferentes definiciones y prácticas nacionales en materia de tratamiento de los trastornos relacionados con el cannabis, que pueden abarcar desde una breve sesión de intervención a través de Internet hasta la asistencia en régimen de internamiento. También la disponibilidad de tratamientos para los consumidores de cannabis parece estar cambiando, probablemente en respuesta a una mayor conciencia de la necesidad de servicios y, en algunos países, a la mayor capacidad de tratamiento disponible tras la reducción en la demanda de servicios para otros tipos de consumo de drogas. Independientemente del tipo de tratamiento, en los problemas relacionados con el cannabis las pruebas existentes apoyan las intervenciones psicosociales (enfoques que se estudian en el análisis complementario de este informe). Además, estudios realizados en entornos de accidentes y de urgencias indican un aumento de los casos de problemas graves de salud asociados al consumo de productos de cannabis de alta potencia. En el contexto de la mayor disponibilidad de este tipo de productos, es evidente la necesidad de mejorar la supervisión de los problemas graves asociados a su consumo.

**¿Favorece la competencia en el mercado la aparición de productos de mayor potencia?**

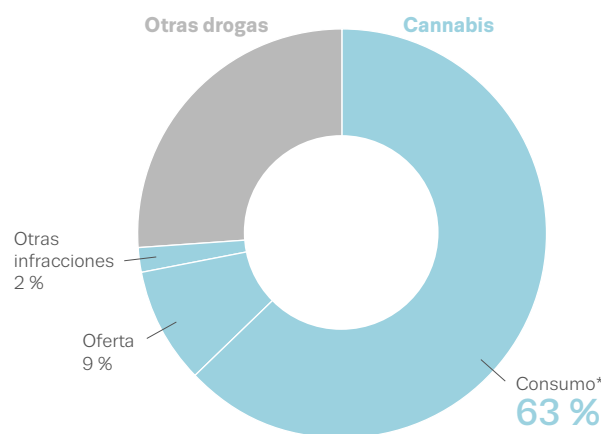
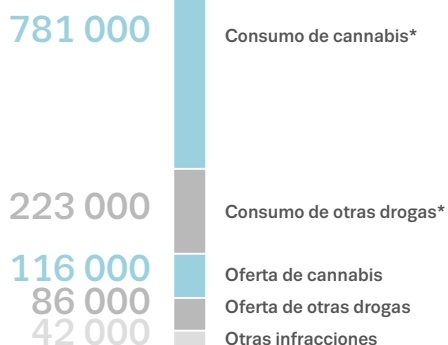
Los datos recopilados durante este año dan pruebas de un aumento de la pureza o la potencia a medio o corto plazo en las drogas de mayor consumo en Europa. Es probable que

los motivos de este cambio sean complejos, pero dos de ellos son la innovación técnica y la competencia en el mercado. En el caso del cannabis de producción nacional, los productos de hierba de alta potencia han aumentado su cuota de mercado en los últimos años. En cuanto a la resina, los datos apuntan ahora a un aumento de la potencia de los productos importados, asociado probablemente a cambios en las prácticas de producción. La innovación en el mercado y el aumento de la pureza son evidentes también en el caso de la MDMA. Tras un periodo durante el cual las pastillas vendidas como «éxtasis» tuvieron entre los consumidores una reputación de baja calidad y de producto adulterado, respaldada por pruebas forenses, en la actualidad existe mayor disponibilidad de una MDMA de gran pureza en polvo y pastillas. La introducción de esta MDMA en polvo o forma cristalina de gran pureza parece ser una estrategia deliberada para diferenciarla y hacerla más atractiva para los consumidores. Asimismo, están apareciendo pastillas en dosis altas con formas y logotipos distintivos, supuestamente con el mismo objetivo de comercialización. Durante este último año, el EMCDDA y Europol han advertido sobre los riesgos para la salud vinculados al consumo de productos de MDMA de alta pureza. Además, se ha advertido acerca de las pastillas vendidas como éxtasis pero que contienen PMMA, a veces en combinación con MDMA. La farmacología de esta droga la convierte en motivo de especial preocupación desde el punto de vista de la salud pública.

En el caso de la MDMA, y de las sustancias sintéticas en general, la calidad y la oferta del producto están

**LA MAYORÍA DE LAS INFRACCIONES DE LA LEGISLACIÓN SOBRE DROGAS ESTÁN LIGADAS AL CANNABIS**

**1,25 millones**  
de infracciones de la legislación sobre drogas



\* En «consumo» se incluyen las infracciones por consumo y por posesión para consumo personal.

especialmente impulsadas por la disponibilidad de los productos químicos precursores. La innovación en esta área también es evidente, sobre todo en lo que respecta a las prácticas de producción. Así se advierte en las rutas de síntesis química y en la alta capacidad de algunos de los lugares de producción detectados recientemente. Se ha señalado también el importante papel que puede estar desempeñando en algunos países la disponibilidad de nuevas sustancias psicotrópicas. Por ejemplo, en algunos casos se ha notificado que la disponibilidad de catinonas y cannabinoides sintéticos de alta calidad supone una competencia directa para drogas establecidas de baja calidad y relativamente más caras.

### Cambios en el mercado europeo de heroína

Los problemas relacionados con la heroína siguen absorbiendo una parte importante de los costes sociales y sanitarios relacionados con las drogas en Europa, aunque se advierten recientes tendencias relativamente positivas. Los últimos datos continúan mostrando una reducción en la demanda de tratamiento y en los daños relacionados con la heroína, aunque preocupan varios indicadores del mercado. La ONU estima un aumento sustancial en la producción de opio en Afganistán, el país que suministra la mayor parte de la heroína consumida en Europa. Por tanto, es posible que se produzca un efecto dominó y es motivo de preocupación el aumento de las estimaciones de pureza de la heroína disponible en Europa. Según los últimos datos, en algunos países en los que se ha observado tal aumento, ha crecido también el número de muertes por sobredosis. No está claro si ambos fenómenos están relacionados, pero la cuestión ha de ser investigada. La naturaleza clandestina del mercado de la droga obliga a proceder con precaución en cualquier análisis de su dinámica. En todo caso, hay pruebas de innovación en la oferta de heroína en los mercados europeos y cabe la posibilidad de un resurgimiento de esta droga. Entre los signos de cambio en la oferta se encuentran la detección de nuevos laboratorios de elaboración de esta droga en Europa y las pruebas de una adaptación en las rutas de tráfico y en el modus operandi de los grupos delincuentes. Continúa preocupando el tránsito de heroína de Pakistán y Afganistán hasta Europa a través de África. Los datos sobre incautaciones también apuntan de manera contundente al papel de Turquía como pasarela geográfica en la entrada y salida de drogas de la Unión Europea, y las incautaciones de heroína en ese país se han recuperado parcialmente desde su punto más bajo registrado en 2011. Estos problemas se abordan en un análisis sobre el tráfico de heroína complementario del presente informe.

### Nuevos retos para los servicios como consecuencia de la mayor edad de los consumidores

Cualquier posible aumento en la disponibilidad de heroína debe analizarse en el contexto del estancamiento general en la demanda de esta droga, impulsado en gran medida por una reducción en la iniciación de su consumo y por la participación de muchos de los consumidores en servicios de tratamiento. Además de los beneficios terapéuticos de la actuación de estos servicios, es posible que el alto índice general europeo de cobertura del tratamiento, estimado en más de un 50 % de los casos, convierta a la Unión Europea en un mercado más pequeño y potencialmente menos atractivo para los grupos que ofrecen esta droga. La dependencia de heroína es un trastorno crónico y las predicciones previas que indicaban la necesidad de una adaptación de los servicios a las necesidades de una cohorte de edad avanzada se confirman en el análisis presentado en este informe. Por tanto, la oferta de una respuesta apropiada de servicios sociales y sanitarios para este grupo es un reto cada vez mayor para los servicios de drogodependencia. Las respuestas se complican además por los problemas que plantea esta cohorte, relacionados con el consumo a largo plazo de otras sustancias, como el tabaco y el alcohol. El consumo excesivo de benzodiazepinas entre los drogodependientes de alto riesgo está menos documentado, pero se examina en un nuevo análisis complementario de este informe. El consumo excesivo de benzodiazepinas en combinación con opioides se asocia a un riesgo elevado de sobredosis. La formulación de respuestas eficaces para reducir las muertes por sobredosis sigue siendo el principal reto en materia de políticas en Europa. Entre las novedades en esta área se incluyen la adopción de estrategias específicas, la implantación de programas de naloxona y las iniciativas de prevención dirigidas a grupos de alto riesgo. Algunos países cuentan con una práctica sólidamente implantada de oferta de «salas supervisadas para el consumo de drogas», con la intención de interactuar con drogodependientes marginales y reducir los daños relacionados con las drogas, como las muertes por sobredosis. Una revisión de los servicios ofrecidos en estas instalaciones acompaña a este informe.

Históricamente, uno de los principales factores de impulso en la política sobre drogas y en las respuestas a los problemas de la heroína, en particular en caso de administración por vía parenteral, fue la necesidad de reducir las conductas de riesgo y la transmisión del VIH. A la vista de recientes brotes y la situación en algunos países europeos, es necesario continuar la vigilancia, así como velar por la idoneidad de los niveles de prestación de servicios. En todo caso, la evaluación a largo plazo muestra

una clara mejora general e ilustra el impacto que puede tener la prestación de los servicios apropiados. Este mensaje es relevante para abordar la cuestión de las tasas relativamente altas de infección de hepatitis C entre los consumidores de drogas por vía parenteral. En estos casos, existen tratamientos cada vez más nuevos y eficaces, aunque sus costes son altos. A este respecto, el EMCDDA señala los esfuerzos que están desplegándose en algunos países, con apoyo a escala europea, para mejorar la situación.

### **La combinación de conductas de riesgo en las prácticas sexuales y en el consumo de drogas: una cuestión cada vez más preocupante**

Los análisis de situación que se ofrecen se centran, en general, en la comparación de las diferencias entre países. Sin embargo, es importante recordar que algunas conductas de consumo de drogas tienen vinculación con factores socioculturales que no son necesariamente específicos de un determinado país. Tenemos un ejemplo en algunas grandes ciudades europeas, en las que preocupa la difusión de la administración por vía parenteral de estimulantes entre pequeños grupos de hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres. Las prácticas que implican la administración por vía parenteral de metanfetamina, catinonas y otras sustancias en fiestas de sexo y drogas tienen consecuencias para la transmisión del VIH y los servicios de salud sexual, y ponen de manifiesto la necesidad de respuestas concertadas en esta área. Este fenómeno se opone a la tendencia europea general en el consumo de drogas por vía parenteral, que va en disminución en la mayoría de las poblaciones, y subraya la necesidad general de aumentar la atención prestada a la relación entre las conductas de riesgo en el plano de las prácticas sexuales y en materia de consumo de drogas.

### **Internet y aplicaciones: aparición de mercados de droga virtuales**

Como reflejo de las novedades en diferentes ámbitos, existe una tendencia cada vez mayor en los servicios de salud sexual y de drogodependencia al uso de Internet y de aplicaciones como plataformas para la prestación de servicios. El suministro de información sobre drogas, los programas de prevención y los servicios de divulgación están pasando, a diferentes niveles, del plano físico al plano virtual. Siguiendo su ejemplo, muchos programas de tratamiento de la drogodependencia ya tienen presencia en Internet, lo que aumenta su accesibilidad para grupos objetivo tanto nuevos como existentes.

Asimismo, cada vez se tiene una mayor conciencia del papel que puede desempeñar Internet en la oferta y la comercialización de drogas. Tanto las nuevas sustancias psicotrópicas como las drogas establecidas se venden en la web visible y la invisible, aunque se desconoce el alcance de la cuestión. Si se recuerda que en la mayoría de los demás campos del comercio se observa un desplazamiento de la actividad del consumidor de los mercados físicos a Internet, es posible que los cibermercados de droga se conviertan en un eje importante de nuestra actividad de supervisión en el futuro. Es muy probable que esto suponga un reto para las políticas de control de drogas, dada la rapidez con que aparecen novedades tales como nuevos mercados y criptomonedas. Los modelos legislativos existentes deberán adaptarse para actuar en un contexto mundial y virtual.

### **Prevalencia de nuevas sustancias psicotrópicas: la necesidad de mejorar nuestros conocimientos**

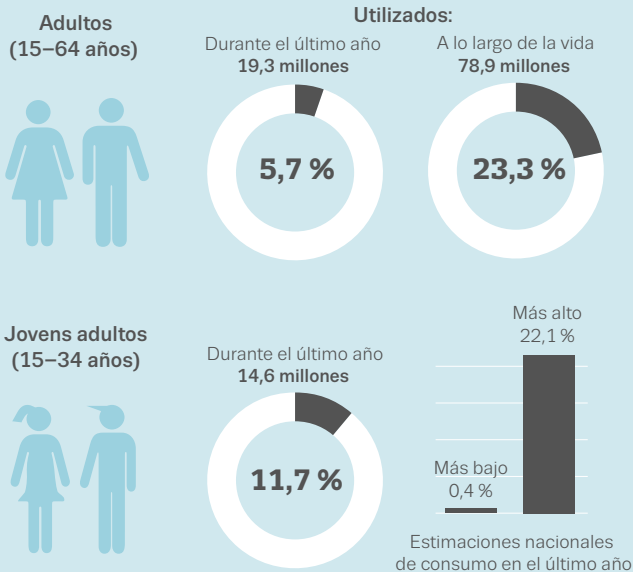
Internet también ha sido un motor importante para el desarrollo del mercado de nuevas sustancias psicotrópicas, tanto de forma directa (cibertiendas) como indirecta, al facilitar a los productores el acceso a datos farmacéuticos y estudios y al ofrecer a los posibles consumidores un foro de intercambio de información. La preocupación pública y política por el consumo de nuevas sustancias psicotrópicas ha aumentado considerablemente en poco tiempo. Sin embargo, nuestro conocimiento sobre el volumen de consumo y los daños asociados no ha seguido el ritmo de los avances. La situación está comenzando a cambiar y aumenta el número de países que intentan estimar la prevalencia de consumo de estas sustancias. La estimación en este ámbito supone un reto por motivos metodológicos; hasta la fecha, ha sido difícil comparar estimaciones nacionales. No obstante, se dispone de algunos datos comparables. Aunque reconocemos que la reciente encuesta Flash Eurobarómetro sobre jóvenes y drogas presenta limitaciones metodológicas como herramienta de estimación de la prevalencia, proporciona datos de todos los Estados miembros de la UE, mediante un cuestionario normalizado. Los resultados del estudio indican que el consumo a lo largo de la vida de nuevas sustancias psicotrópicas sigue siendo bajo entre los jóvenes en la mayoría de los países.

Otros estudios de aparición reciente ofrecen información sobre determinadas formas de consumo de nuevas sustancias psicotrópicas. Aunque no pueden considerarse representativos, muestran que el consumo de tales sustancias se da entre grupos tan variados como

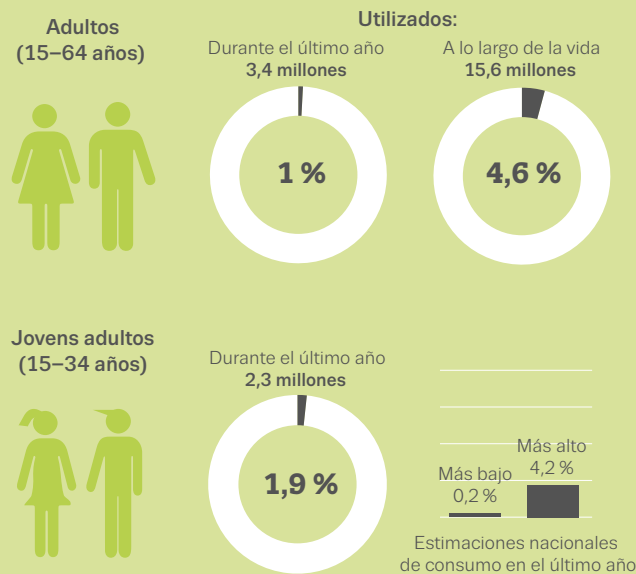


DE UN VISTAZO: ESTIMACIONES DEL CONSUMO DE DROGAS EN LA UNIÓN EUROPEA

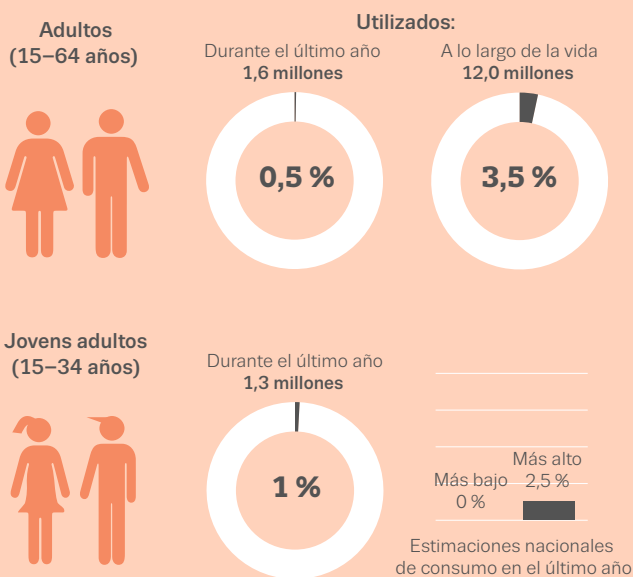
### Cannabis



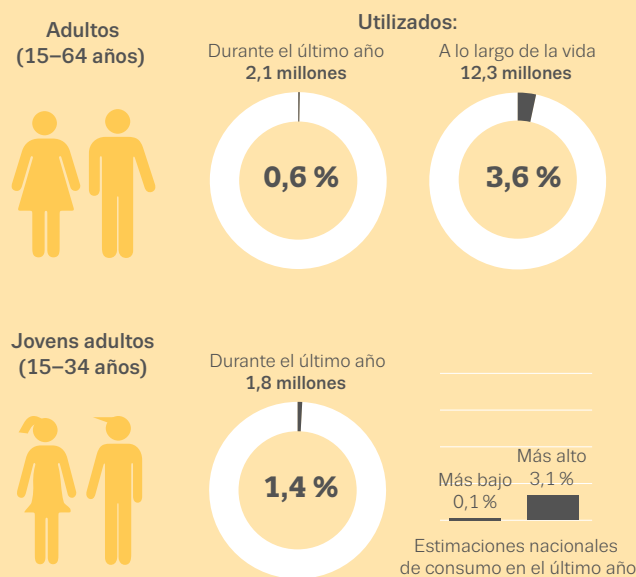
### Cocaína



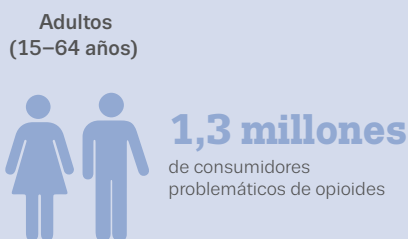
### Anfetaminas



### Éxtasis

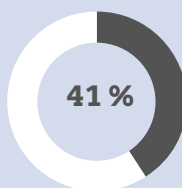


### Opioides



#### Solicitudes de tratamiento de la drogodependencia

Droga principal en el **41%** de las solicitudes de tratamiento por drogodependencia en la Unión Europea

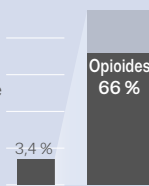


#### Tratamiento

**700 000** consumidores de opioides recibieron tratamiento de sustitución en 2013

#### Muertes

El **3,4%** de todas las muertes de europeos de 15 a 39 años de edad se produjeron por sobredosis; los opioides aparecen en el **66%** de las sobredosis mortales



Nota: Para el conjunto completo de datos e información sobre la metodología, véase el Boletín estadístico en línea.

escolares, asistentes a fiestas, psiconautas, reclusos y consumidores de drogas por vía parenteral. Cada vez se conocen mejor las motivaciones de consumo, que también son muy variadas y que incluyen aspectos como la situación jurídica, la disponibilidad y el coste, así como el deseo de evitar la detección y las preferencias del consumidor sobre determinadas propiedades farmacológicas. Asimismo, hay pruebas de que las nuevas sustancias psicotrópicas han funcionado como sustitutivos comerciales en momentos de baja disponibilidad y calidad de drogas ilegales establecidas. Por ejemplo, la popularidad de la mefedrona en algunos países al inicio de esta década se ha atribuido en parte a la baja calidad de estimulantes ilegales como la MDMA y la cocaína. Será interesante analizar si el aumento que se observa en la potencia y la pureza de drogas establecidas afectará al consumo de nuevas sustancias psicotrópicas.

### **El número de nuevas sustancias psicotrópicas identificadas en el mercado de la droga continúa aumentando**

Aunque el consumo de nuevas sustancias psicotrópicas parece estar limitado en general, su ritmo de aparición no ha disminuido. Los informes al Sistema de alerta rápida de la UE indican un aumento tanto de la variedad como de la cantidad de estas sustancias en el mercado europeo. En 2014, se detectaron 101 nuevas sustancias psicotrópicas y es interesante observar cómo las que entran en el mercado, sobre todo cannabinoides, estimulantes, alucinógenos y opioides sintéticos, imitan las sustancias establecidas. En este informe, el EMCDDA presenta además nuevos datos sobre incautaciones. Es importante aclarar aquí que el método de recopilación de datos es diferente al utilizado para la supervisión habitual de las incautaciones de droga y que las dos bases de datos no pueden compararse directamente.

En 2014 se llevó a cabo una evaluación de riesgos sin precedentes de seis drogas, un recordatorio de la importancia de mantener la atención sobre las sustancias que causan determinados daños. Este éxito se debió a la mejora en la disponibilidad de información de los servicios de urgencias y toxicología hospitalarios. A pesar de las mejoras en la supervisión de los daños graves relacionados con las drogas, la limitada capacidad en este ámbito continúa restringiendo nuestra visión de las consecuencias de salud pública relacionadas, no solo con las nuevas sustancias psicotrópicas, sino, de manera más general, con las pautas actuales de consumo de drogas.

Las respuestas sanitarias y sociales a los retos establecidos por las nuevas drogas se han fragmentado y ralentizado, aunque se observa que empiezan a ganar impulso. Abarcan una amplia variedad de esfuerzos para reproducir el espectro completo de respuestas ante las sustancias ilegales establecidas, desde las actividades educativas sobre las drogas hasta las intervenciones de protección del consumidor impulsadas por los propios usuarios en Internet o los programas de intercambio de agujas y jeringas basados en servicios de umbral bajo.



# 1

**Europa es un mercado importante  
para las drogas, respaldado  
por la producción local  
y el tráfico de drogas procedente  
de otras regiones**

# Oferta de drogas y mercado

En el contexto global, Europa es un mercado importante para las drogas, respaldado por la producción local y el tráfico de drogas procedente de otras regiones. América Latina, Asia Occidental y África del Norte son importantes zonas de origen de drogas que entran en Europa y algunas drogas y precursores pasan por aquí hacia otros continentes. Europa es también una zona de producción de cannabis y de drogas sintéticas, aunque el cannabis se produce mayoritariamente para consumo local mientras que algunas de las drogas sintéticas se fabrican para exportación a otras partes del mundo.

## Supervisión de los mercados, de la oferta y de la legislación sobre drogas

El análisis presentado en este capítulo se basa en los datos recopilados sobre incautaciones de drogas, desmantelamientos de instalaciones de producción de droga, infracciones de la legislación sobre drogas, precios de droga al por menor, pureza y potencia de las drogas. En algunos ámbitos, la ausencia de datos de incautación de determinados países dificulta el análisis de tendencias. Los conjuntos completos de datos, junto con notas metodológicas, pueden encontrarse en el Boletín estadístico *on line*. Debe señalarse que las tendencias pueden estar influidas en parte por distintos factores, como el nivel de actividad de los cuerpos y fuerzas de seguridad y la eficacia de las medidas de prohibición.

También se presentan datos sobre incautación de nuevas sustancias psicotrópicas notificados al Sistema de alerta rápida de la UE por los socios nacionales del EMCDDA y Europol. Puesto que se basan en casos concretos, no en los sistemas de supervisión habituales, las estimaciones correspondientes representan volúmenes de incautación mínimos. Se basan en factores tales como el conocimiento cada vez mayor de estas sustancias, su cambiante situación jurídica y las prácticas de presentación de informes de las autoridades competentes. Puede verse una descripción detallada del Sistema de alerta rápida en el sitio web del EMCDDA, en el apartado Action on new drugs.

En la Base de Datos Jurídica Europea sobre Drogas, disponible *on line*, se ofrece información completa sobre la legislación europea sobre drogas. Su aplicación se supervisa a través de informes sobre las infracciones de la legislación sobre drogas.

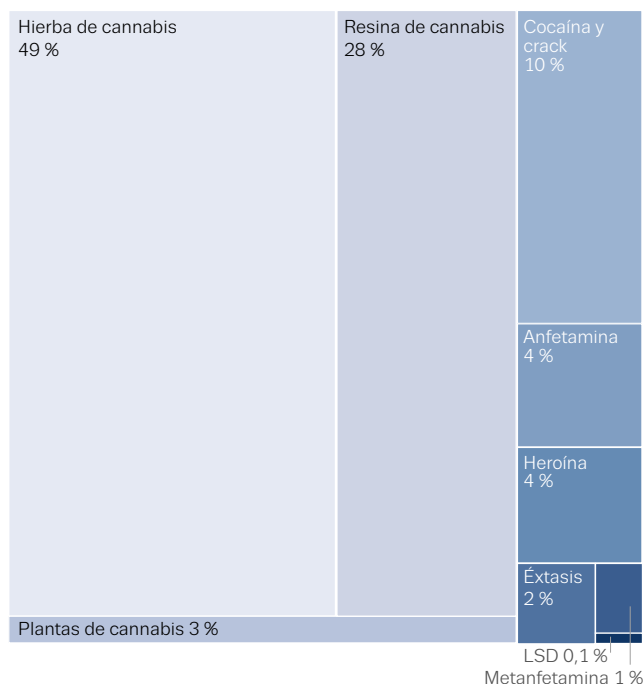
Entre los años 70 y 80 hubo extensos mercados de cannabis, heroína y anfetaminas en muchos países europeos. Con el tiempo, también se establecieron otras sustancias, como la MDMA en los años 90 y la cocaína a partir del año 2000. El mercado continúa desarrollándose y en la última década ha surgido una amplia gama de nuevas sustancias psicotrópicas. También la naturaleza del mercado de las drogas ilegales ha cambiado como resultado de la globalización, la tecnología e Internet. La innovación en los métodos de producción y tráfico de drogas y la creación de nuevas rutas de tráfico presentan retos adicionales.

Las medidas de prevención de la oferta de drogas suponen la intervención de numerosos actores de la administración pública y de los cuerpos y fuerzas de seguridad, y a menudo dependen de la cooperación internacional. La postura que toman los países también se refleja en sus leyes nacionales sobre drogas. Los datos sobre detenciones e incautaciones son los indicadores mejor documentados de los esfuerzos por luchar contra la oferta de drogas.

**El cannabis es la droga que se incauta con más frecuencia, ya que supone 8 de cada 10 incautaciones en Europa**

GRÁFICO 1.1

Proporción del número notificado de incautaciones correspondiente a las principales drogas ilegales, 2013



### Incautaciones de droga en Europa: predominio del cannabis

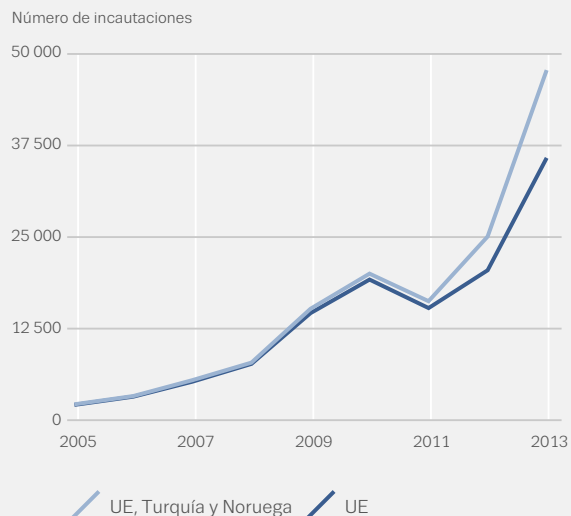
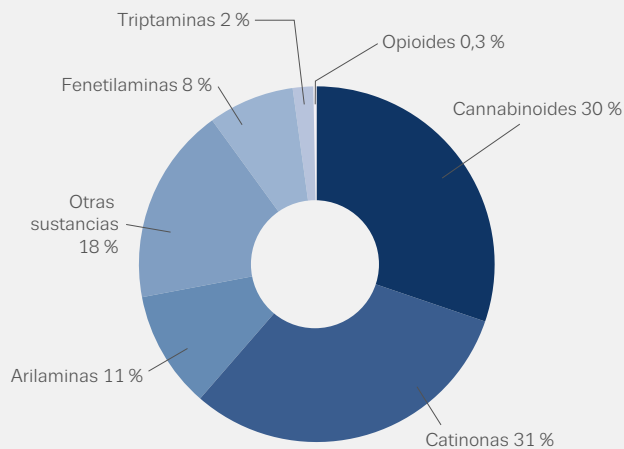
Se producen anualmente cerca de un millón de incautaciones de drogas ilegales. En su mayor parte corresponden a pequeñas cantidades decomisadas a los consumidores, aunque las incautaciones de varios kilogramos a traficantes y productores representan una amplia proporción de la cantidad total de drogas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

El cannabis es la droga que se incauta con más frecuencia, ya que supone 8 de cada 10 incautaciones en Europa (gráfico 1.1), lo que refleja la prevalencia relativamente alta del consumo de esta droga. El segundo lugar corresponde a la cocaína, cuyas incautaciones equivalen a más del doble de las de las anfetaminas o la heroína. El número de incautaciones de éxtasis es relativamente bajo.

En 2013, cerca de dos tercios de todas las incautaciones realizadas en la Unión Europea se concentraron en solo dos países, España y el Reino Unido, aunque también se alcanzaron cifras considerables en Bélgica, Alemania, Italia y los cuatro países nórdicos. Cabe señalar que no se dispone de datos recientes sobre el número de incautaciones en Francia y los Países Bajos (países que notificaron altas cifras de incautaciones en el pasado), así como en Polonia. La ausencia de estos datos aporta

GRÁFICO 1.2

Número de incautaciones de nuevas sustancias psicotrópicas notificado al Sistema de alerta rápida de la UE: desglose por clases principales de sustancias de incautaciones en 2013 (izquierda) y tendencias (derecha)



incertidumbre al análisis realizado aquí. Otro país importante desde el punto de vista de las incautaciones es Turquía, en el que algunas de las drogas aprehendidas estaban destinadas al consumo en otros países, tanto de Europa como de Oriente Próximo.

Se presentan también datos sobre el número cada vez más alto de incautaciones de nuevas sustancias psicotrópicas notificadas al Sistema de alerta rápida de la UE. En 2013, se notificaron aproximadamente 35 000 incautaciones, principalmente de cannabinoides sintéticos y catinonas (gráfico 1.2). Tal cifra debe considerarse como una estimación mínima, debido a la falta de informes habituales en este ámbito. Cabe destacar que estos datos no pueden compararse directamente con los de drogas establecidas como el cannabis.

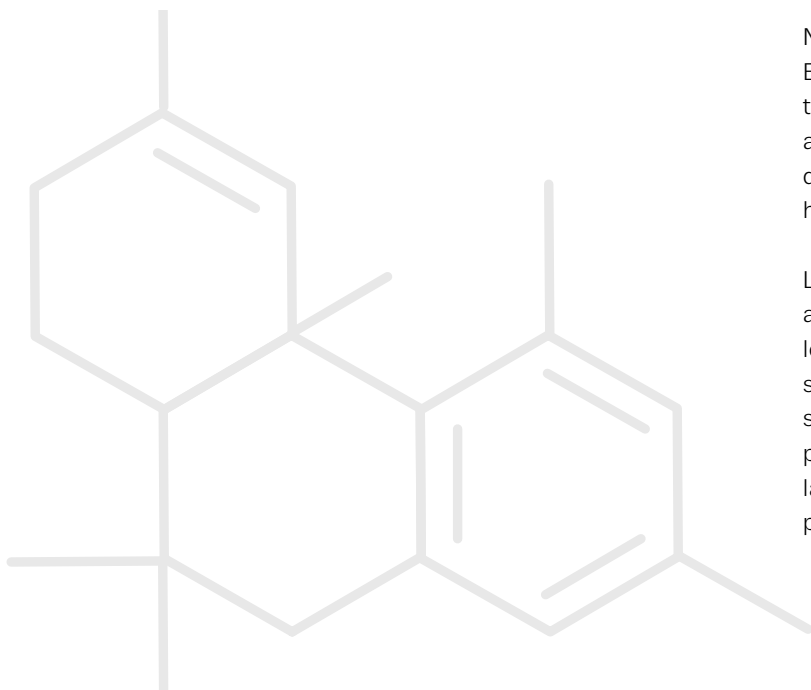
Productos de cannabis: un mercado variado

En los mercados de droga europeos se encuentran dos productos de cannabis principales: la hierba de cannabis (marihuana) y la resina de cannabis (hachís). La hierba de cannabis que se consume en Europa es tanto de cultivo interior como procedente de otros países. La resina se importa en su mayor parte de Marruecos, por vía marítima o aérea.

En 2009, el número de incautaciones de hierba de cannabis superó al de resina de cannabis en Europa y esa diferencia ha continuado aumentando (gráfico 1.3). Hasta cierto punto, esta circunstancia se debe probablemente al paulatino incremento de la disponibilidad de hierba de cannabis producida localmente en muchos países europeos y se refleja en el aumento cada vez mayor de incautaciones de plantas de cannabis.

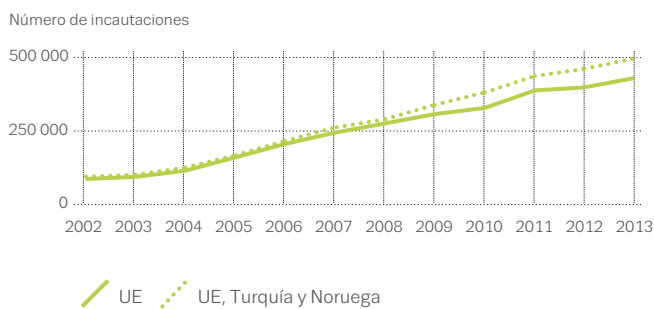
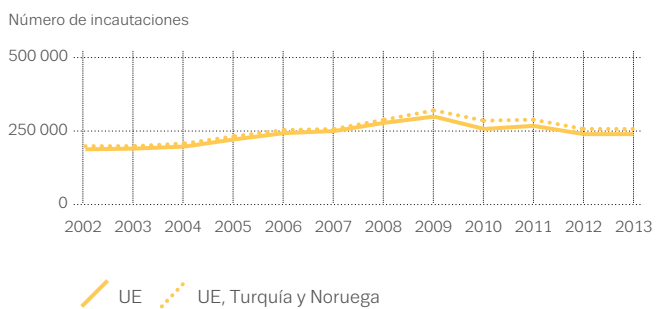
No obstante, la cantidad de resina incautada en la Unión Europea sigue siendo muy superior a la de hierba (460 toneladas frente a 130 toneladas). En parte, esto se debe al tráfico de grandes volúmenes de resina a grandes distancias y a través de las fronteras nacionales, lo que hace este producto más vulnerable a la interceptación.

La reciente aparición de cannabinoides sintéticos ha añadido una nueva dimensión al mercado de cannabis. En los últimos años, se han detectado 130 cannabinoides sintéticos. Se sospecha que la mayor parte de estas sustancias se han fabricado en China. Tras enviarse en polvo a Europa, los productos químicos se suelen añadir a la materia vegetal y se envasan para su venta como productos «euforizantes legales».

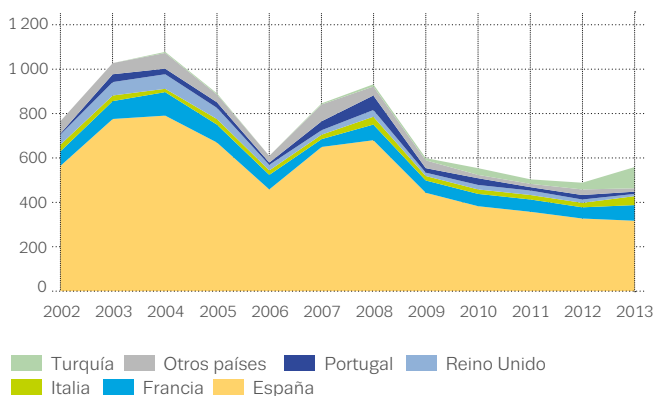


## GRÁFICO 1.3

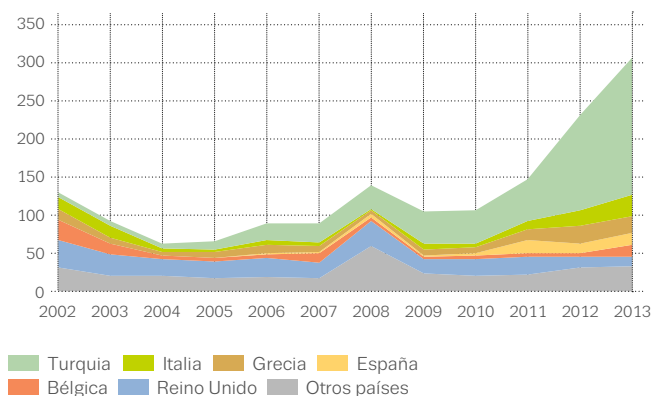
Tendencias en el número de incautaciones de cannabis y cantidad incautada: resina (izquierda) y hierba (derecha)



Resina (toneladas)



Hierba (toneladas)



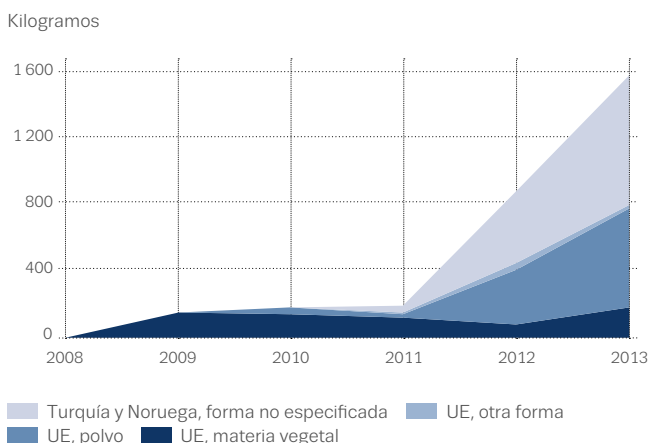
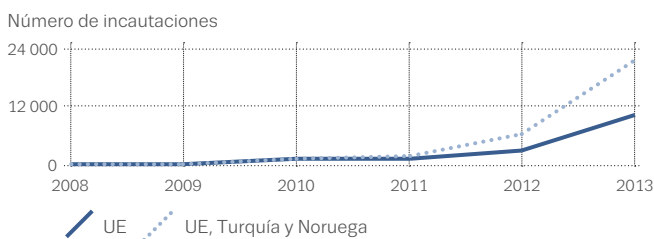
En 2013, se notificaron 671 000 incautaciones de cannabis en la Unión Europea (431 000 de hierba y 240 000 de resina). Se produjeron más de 30 000 incautaciones de plantas de cannabis. Además, se notificaron más de 10 000 incautaciones de cannabinoides sintéticos por parte de países de la UE al Sistema de alerta rápida en 2013, lo que supone un aumento considerable desde 2011, y Turquía notificó más de 11 000 incautaciones (véase el gráfico 1.4).

En el análisis de las cantidades de cannabis incautadas, estas son desproporcionadamente altas en un pequeño número de países, en parte debido a su ubicación en las principales rutas de tráfico. España, por ejemplo, como principal punto de entrada del cannabis producido en Marruecos, notificó más de dos tercios de la cantidad total de resina incautada en Europa en 2013 (gráfico 1.5). En lo que respecta a la hierba, Grecia, España e Italia han notificado recientemente grandes incrementos de las incautaciones. En los últimos años, Turquía ha estado incautando mayores cantidades de hierba que ningún otro país europeo y la cantidad notificada en 2013 (180 toneladas) fue mayor que la de todos los Estados miembros de la UE juntos.

Las incautaciones de plantas de cannabis pueden considerarse un indicador de la producción de esta droga en un determinado país. Los problemas metodológicos

## GRÁFICO 1.4

Incautaciones de cannabinoides sintéticos notificadas al Sistema de alerta rápida de la UE: número de incautaciones y cantidad incautada, 2013





indican que los datos sobre las incautaciones de plantas de cannabis deben considerarse con precaución; no obstante, el número de plantas incautadas aumentó de 1,5 millones en 2002 a 3,7 millones en 2013.

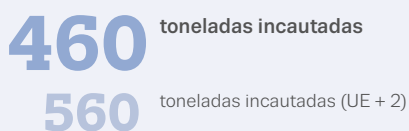
Las tendencias indexadas de las infracciones de la legislación sobre drogas relacionadas con el cannabis en la Unión Europea también muestran marcados incrementos entre 2006 y 2013.

El análisis de las tendencias indexadas en los países que presentan datos de forma sistemática demostró un considerable aumento de la potencia (contenido de tetrahidrocannabinol, THC) tanto de la hierba como de la resina entre 2006 y 2013. Este aumento de la potencia puede imputarse a la introducción de técnicas de producción intensivas dentro de Europa y, más recientemente, a la introducción de plantas de alta potencia en Marruecos.

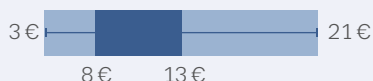
## CANNABIS

### Resina

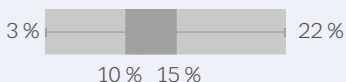
#### Incautaciones



#### Precio (EUR/g)



#### Potencia (% THC)



#### Tendencias indexadas: precio y potencia

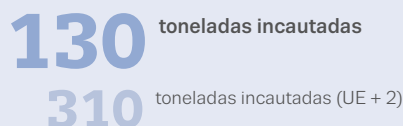


#### Plantas de cannabis

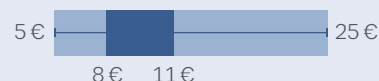
**30 000** incautaciones    **3,7** millones de plantas incautadas

### Hierba

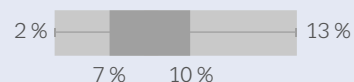
#### Incautaciones



#### Precio (EUR/g)



#### Potencia (% THC)



#### Tendencias indexadas: precio y potencia



### Infracciones de la legislación sobre drogas

**782 000** infracciones relacionadas con el consumo o la posesión para consumo personal de cannabis    **116 000** de las infracciones relacionadas con el consumo o la posesión para consumo personal

**78 %** de las infracciones relacionadas con el consumo o la posesión para consumo personal    **57 %** de las infracciones relacionadas con la oferta

Tendencias indexadas: infracciones relacionadas con el consumo o la posesión para consumo personal y la oferta

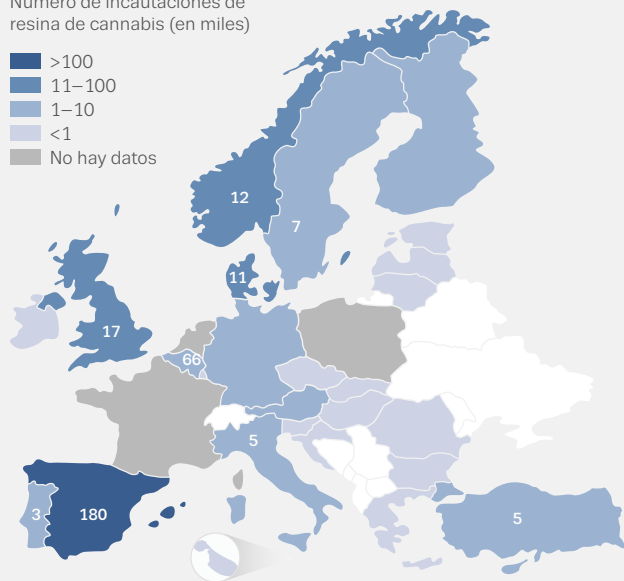
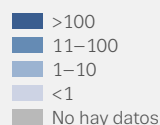


UE + 2 designa a los Estados miembros de la UE, Turquía y Noruega. Las tendencias indexadas de infracciones se refieren a casos en los que interviene cualquier producto de cannabis. Precio y potencia de los productos de cannabis: valores medios nacionales (rango mínimo, máximo e intercuartílico). Los países comprendidos varían en función del indicador.

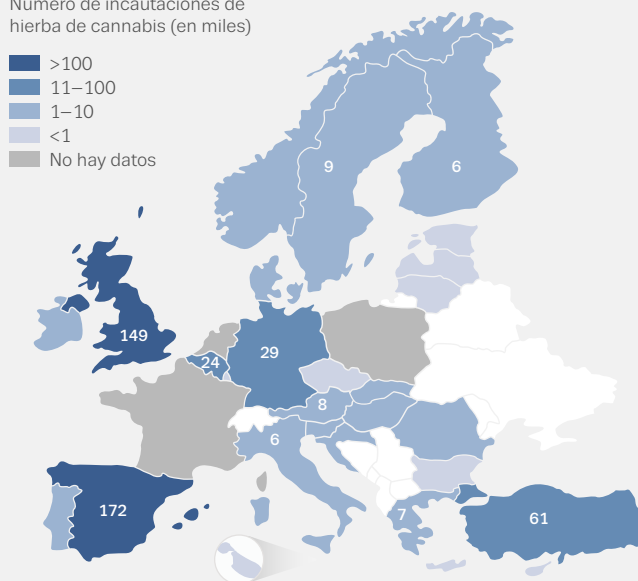
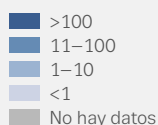
## GRÁFICO 1.5

## Incautaciones de resina de cannabis y hierba de cannabis, 2013

Número de incautaciones de resina de cannabis (en miles)

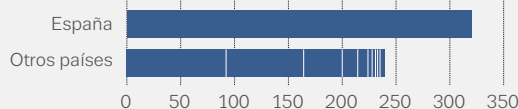


Número de incautaciones de hierba de cannabis (en miles)

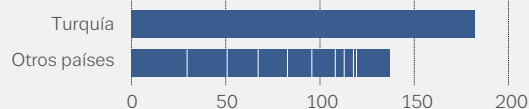


Nota: Número de incautaciones (en miles) en los diez países con los valores más altos.

Cantidad de resina de cannabis incautada (en toneladas)



Cantidad de hierba de cannabis incautada (en toneladas)



## Opioides: ¿un mercado cambiante?

La heroína es el opioide más común en el mercado de la droga europeo. Tradicionalmente, en Europa ha habido dos tipos de heroína: la más común es la marrón (forma química de base), procedente en su mayor parte de Afganistán. Mucho menos común es la heroína blanca (en forma de sal), que llegó históricamente de Asia sudoriental pero que ahora también puede producirse en Afganistán o países vecinos. Otros opioides incautados por las autoridades competentes en los países europeos en 2013 fueron el opio y medicamentos como la morfina, metadona, buprenorfina, fentanilo y tramadol. Algunos opioides de uso médico pueden haberse desviado de suministros farmacéuticos, mientras que otros se han elaborado de manera específica para el mercado ilegal. Resulta preocupante que se hayan notificado 14 opioides sintéticos nuevos al Sistema de alerta rápida de la UE desde 2005, entre los que se encuentran varios fentanilos sin control muy potentes.

Afganistán sigue siendo el primer productor ilegal mundial de opio y la mayor parte de la heroína de Europa se piensa que se fabrica en ese país o en los vecinos Irán o Pakistán. Existen signos de que las últimas fases de fabricación de heroína pueden estar llevándose a cabo en Europa, como indicó el descubrimiento de dos laboratorios que

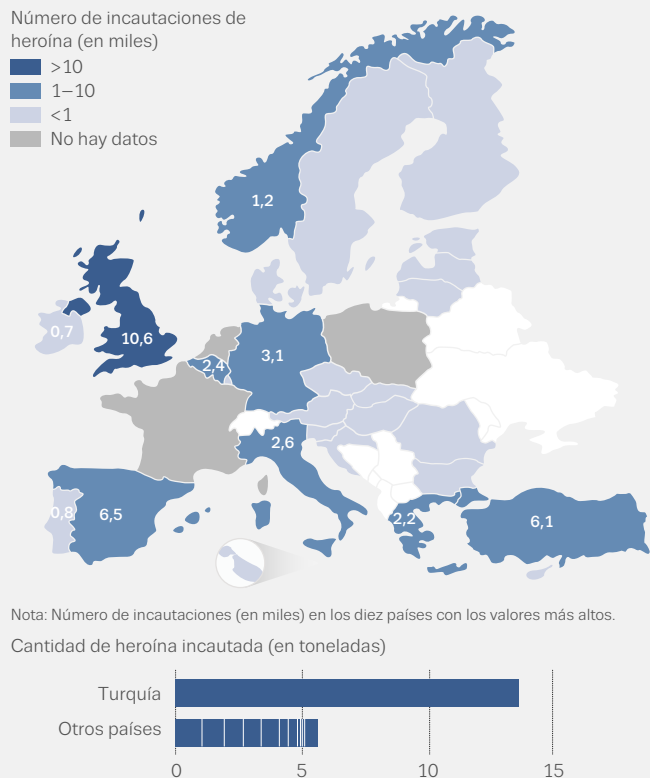
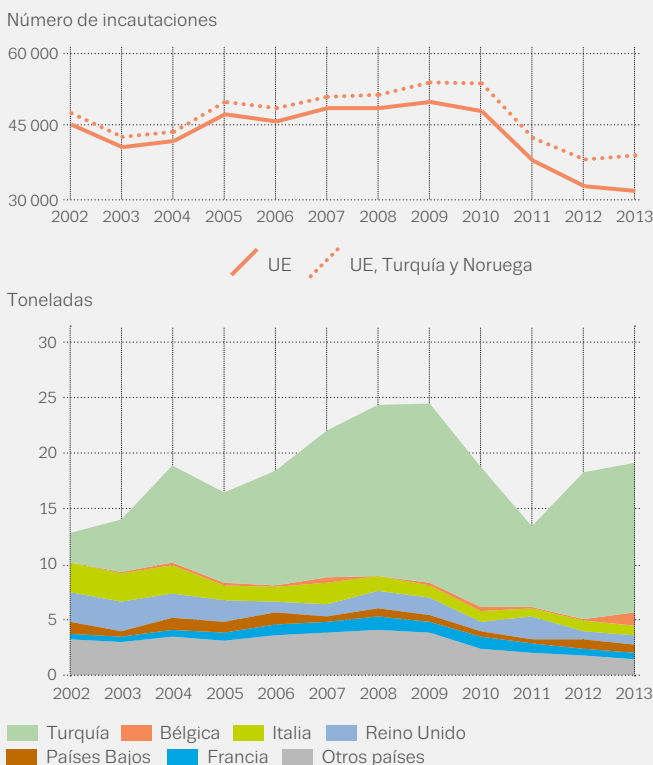
convertían morfina en heroína en España en 2013–2014. Tradicionalmente, los informes sobre opioides ilegales originarios de Europa se han limitado a la producción doméstica de productos de adormidera en algunas partes de Europa oriental.

La heroína entra en Europa por cuatro rutas de tráfico. Las dos más importantes son la «ruta de los Balcanes» y la «ruta meridional». La primera atraviesa Turquía y llega a los países de los Balcanes (Bulgaria, Rumanía y Albania) y a la Europa central, meridional y occidental. También puede entrar heroína procedente de Irán y Pakistán por vía aérea o marítima, ya sea directamente o haciendo escala en países de África occidental, meridional y oriental. La ruta meridional parece haber cobrado importancia en los últimos años.

Europa ha observado una considerable reducción en las incautaciones de heroína desde el año 2010, después de casi una década de relativa estabilidad. Tanto el número de incautaciones (32 000) como la cantidad incautada en 2013 (5,6 toneladas) se encuentran entre los niveles más bajos notificados en la última década. Esa disminución ha coincidido con un creciente aumento en Turquía (13,5 toneladas en 2013), donde desde 2006 las incautaciones han superado todos los años las cifras combinadas de la UE (gráfico 1.6).

## GRÁFICO 1.6

Número de incautaciones de heroína y cantidad incautada: tendencias (izquierda) y en 2013 (derecha)



Junto con la reciente disminución del número de incautaciones, se observó una reducción en las tendencias indexadas del precio y de las infracciones relacionadas con la oferta (véase la infografía sobre heroína). Los mercados de varios países han sufrido importantes escaseces de heroína entre 2010 y 2011, de las que pocos

parecen haberse recuperado plenamente. No obstante, entre los países que presentan datos de forma sistemática, las tendencias indexadas señala que la pureza de la heroína aumentó en Europa en 2013, y algunos países han expresado su preocupación por un posible aumento de la disponibilidad. En Turquía, el

## HEROÍNA

### Incautaciones

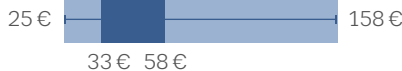
**32 000**  
incautaciones

**39 000**  
incautaciones (UE + 2)

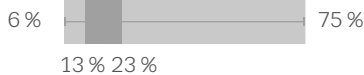
**5,6**  
toneladas incautadas

**19,1**  
toneladas incautadas (UE + 2)

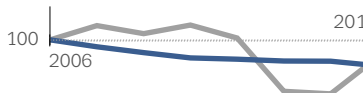
### Precio (EUR/g)



### Pureza (%)



### Tendencias indexadas: precio y pureza



### Infracciones de la legislación sobre drogas

**37 800** infracciones relacionadas con el consumo o la posesión para consumo personal de heroína

**17 000** infracciones relacionadas con la oferta de heroína



### Tendencias indexadas: infracciones relacionadas con el consumo o la posesión para consumo personal y la oferta



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

número de incautaciones aumentó en 2013 y la cantidad incautada continuó aumentando con relación a 2012. Las Naciones Unidas informan de un sustancial aumento en la producción de opio en Afganistán. En conjunto, hay indicios de un posible aumento de la disponibilidad de esta droga.

### Cocaína: incautaciones estables y aumento de pureza

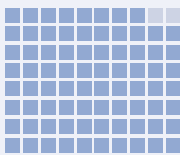
Hay dos formas de cocaína disponibles en Europa. La más común es el polvo de cocaína (una sal clorhidrato, HCl). Menos frecuente es el crack, una forma en la que se inhala el humo (base libre). La cocaína se produce a partir de las hojas del arbusto de coca. Se obtiene casi exclusivamente en Bolivia, Colombia y Perú y se transporta a Europa por vía marítima y aérea. Los datos disponibles indican que el tráfico de cocaína a Europa parece producirse principalmente a través de los países de Europa occidental y del sur, ya que España, Bélgica, Países Bajos, Francia e Italia totalizaron el 86 % de las 62,6 toneladas incautadas en 2013 (gráfico 1.7).

En 2013 se notificaron en la Unión Europea unas 78 000 incautaciones de cocaína, con un total de 63 toneladas de droga. La situación ha estado relativamente estable desde 2010, aunque tanto el número de incautaciones como el volumen incautado se encuentran a niveles considerablemente inferiores a los valores máximos alcanzados en 2006 y 2008 (gráfico 1.7). Aunque España continúa siendo el país en el que más cocaína se incauta de Europa, existen signos de una constante diversificación de las rutas de tráfico en Europa, habiéndose notificado incautaciones de droga recientemente en puertos del mar Mediterráneo oriental, el mar Báltico y el mar Negro. En general, las tendencias indexadas indican que la pureza de la cocaína ha aumentado en los últimos años, mientras que el precio ha permanecido relativamente estable. Las tendencias indexadas de las infracciones relacionadas con la cocaína muestran un aumento desde 2006.

## COCAÍNA

### Infracciones

**78 000**  
Incautaciones



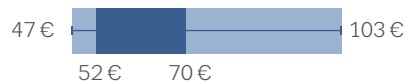
**80 000**  
Incautaciones  
(UE + 2)

**62,6**  
toneladas incautadas

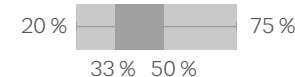


**63,2**  
toneladas incautadas (UE + 2)

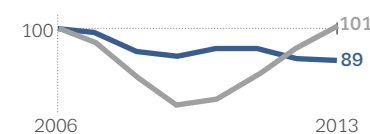
### Precio (EUR/g)



### Pureza (%)



### Tendencias indexadas: precio y pureza



### Infracciones de la legislación sobre drogas

**72 300**

infracciones relacionadas con el consumo o la posesión para consumo personal de cocaína

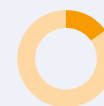
**29 900**

infracciones relacionadas con la oferta de cocaína



**7 %**

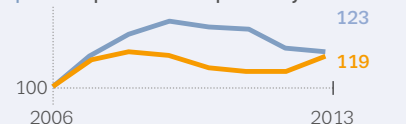
de las infracciones relacionadas con el consumo o la posesión para consumo personal



**15 %**

de las infracciones relacionadas con la oferta

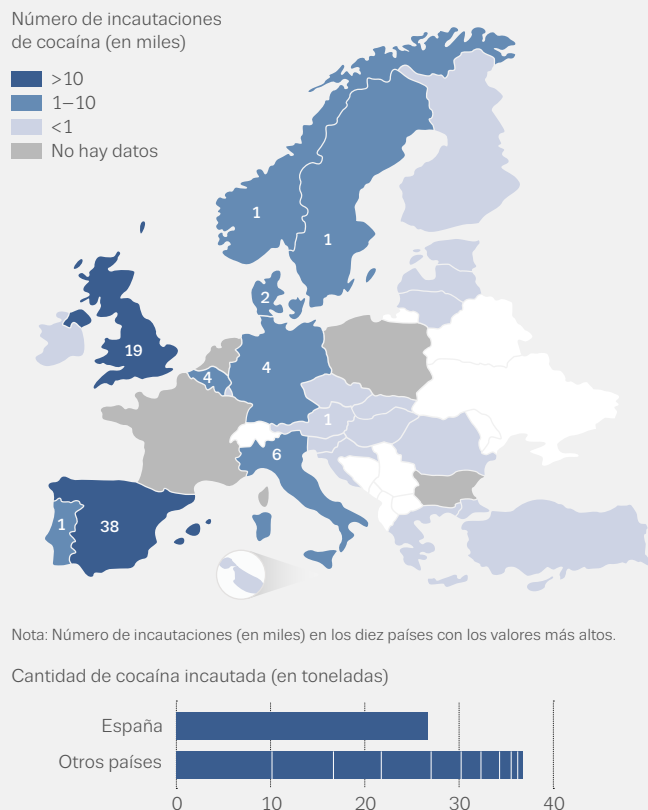
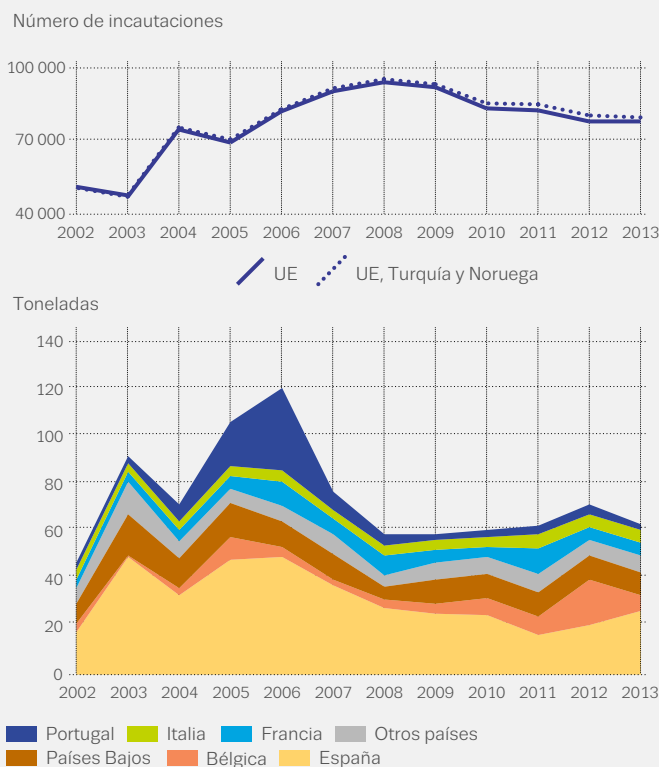
### Tendencias indexadas: infracciones relacionadas con el consumo o la posesión para consumo personal y la oferta



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

GRÁFICO 1.7

Número de incautaciones de cocaína y cantidad incautada: tendencias (izquierda) y en 2013 o último año (derecha)



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

**Anfetaminas: aumento de las incautaciones de anfetamina y metanfetamina**

La anfetamina y la metanfetamina son estimulantes sintéticos estrechamente relacionados, conocidos genéricamente como anfetaminas, y resulta difícil diferenciarlas en algunas bases de datos. De las dos, la anfetamina ha sido siempre la más común en Europa, pero en los últimos años ha habido cada vez más notificaciones de la disponibilidad de metanfetamina en el mercado.

Ambas drogas se elaboran en Europa para consumo interior, aunque parte de la anfetamina y metanfetamina se produce también para su exportación, principalmente a Oriente Próximo y Extremo Oriente respectivamente. Europa también es lugar de tránsito de la metanfetamina que pasa de África e Irán a Extremo Oriente. Los datos disponibles indican que la producción de anfetamina tiene lugar principalmente en Bélgica, Países Bajos, Polonia, Estados Bálticos y, en menor medida, Alemania, mientras que la de metanfetamina se concentra en los Estados Bálticos y Europa Central.

La producción de metanfetamina en Europa parece estar cambiando, en parte impulsada por la disponibilidad de precursores. La producción de metanfetamina con BMK (bencil metil cetona) como precursor principal se centra en Lituania; la droga se exporta principalmente a los países del norte de Europa, donde ha afectado al mercado de las anfetaminas; de ahí el número relativamente alto de incautaciones notificado en Noruega. La producción basada en efedrina y pseudoefedrina se centra en la República Checa, aunque una parte también se produce en Eslovaquia y ahora en Alemania. Tradicionalmente, en la República Checa, se ha producido metanfetamina sobre todo en instalaciones a pequeña escala por parte de consumidores para su propio consumo o consumo local, lo que se refleja en el alto número de lugares de producción detectados en este país (261 desmantelados en 2013, de un total de 294 en Europa). Sin embargo, recientemente han aparecido signos de producción a mayor escala, con informes de grupos vietnamitas de delincuencia organizada que producen grandes volúmenes de esta droga tanto para el mercado nacional como exterior.

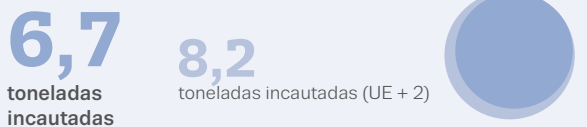
En 2013 fueron notificadas 34 000 incautaciones de anfetamina por los Estados miembros de la UE, con un total de 6,7 toneladas. Más de la mitad de la cantidad total correspondió a Alemania, los Países Bajos y el Reino Unido. Tras un periodo de relativa estabilidad, se produjo un incremento en la cantidad de anfetamina incautada en 2013 (gráfico 1.8). El número de incautaciones de metanfetamina es mucho menor, ya que representa una sexta parte de todas las incautaciones de anfetaminas realizadas en 2013, habiéndose notificado 7 000 incautaciones en la Unión Europea, con un volumen total de 0,5 toneladas (gráfico 1.9). Ha habido una tendencia al alza en el número y el volumen de las incautaciones de metanfetamina desde 2002.

Por lo general, el promedio de pureza notificado es superior en las muestras de metanfetamina que en las de anfetamina. Además, aunque las tendencias indexadas en los países que presentan datos de forma sistemática indican que la pureza de la anfetamina ha aumentado en los últimos datos, el promedio de pureza de esta droga continúa siendo relativamente bajo.

## ANFETAMINAS

### Anfetamina

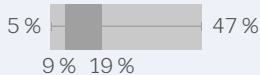
#### Incautaciones



#### Precio (EUR/g)



#### Pureza (%)



#### Tendencias indexadas: precio y pureza

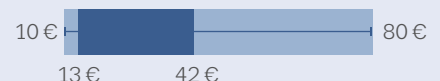


### Metanfetamina

#### Incautaciones



#### Precio (EUR/g)



#### Pureza (%)



### Infracciones de la legislación sobre drogas

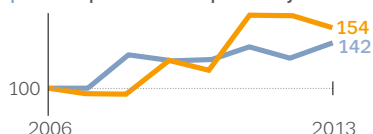
**55 000** infracciones relacionadas con el consumo o la posesión para consumo personal de anfetamina

**1 900** infracciones relacionadas con el consumo o la posesión para consumo personal de metanfetamina

**5 %** de las infracciones relacionadas con el consumo o la posesión para consumo personal

**<1 %** de las infracciones relacionadas con el consumo o la posesión para consumo personal

Tendencias indexadas: infracciones relacionadas con el consumo o la posesión para consumo personal y la oferta



**16 000** infracciones relacionadas con la oferta de anfetamina

**2 700** infracciones relacionadas con la oferta de metanfetamina

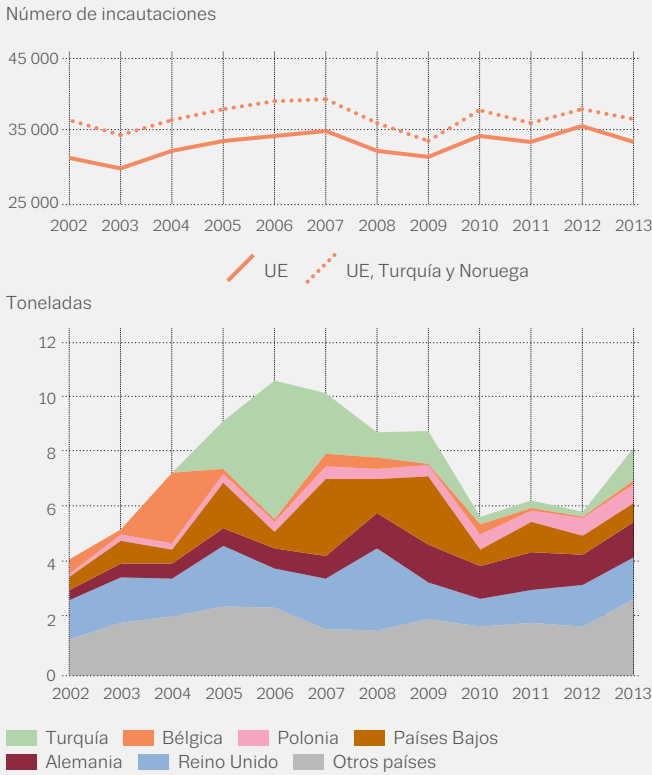
**8 %** de las infracciones relacionadas con la oferta

**1 %** de las infracciones relacionadas con la oferta

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

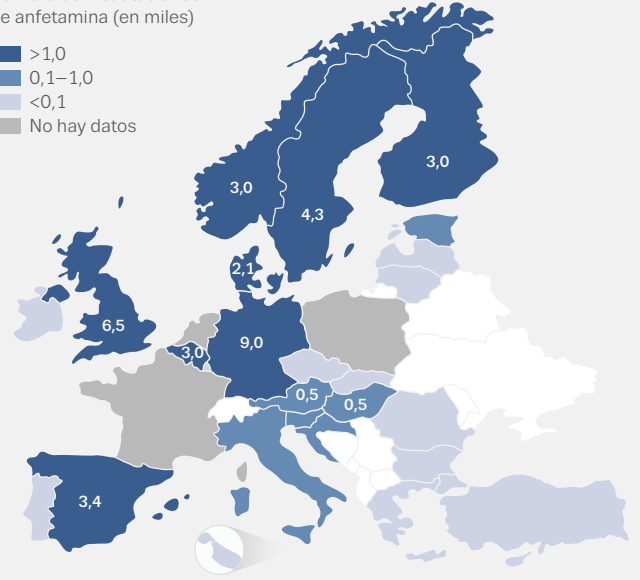
### GRÁFICO 1.8

Número de incautaciones de anfetamina y cantidad incautada: tendencias (izquierda) y en 2013 o último año (derecha)



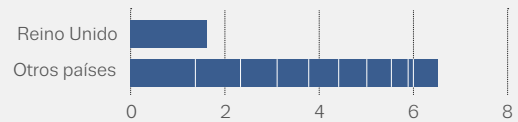
Número de incautaciones de anfetamina (en miles)

- >1,0
- 0,1–1,0
- <0,1
- No hay datos



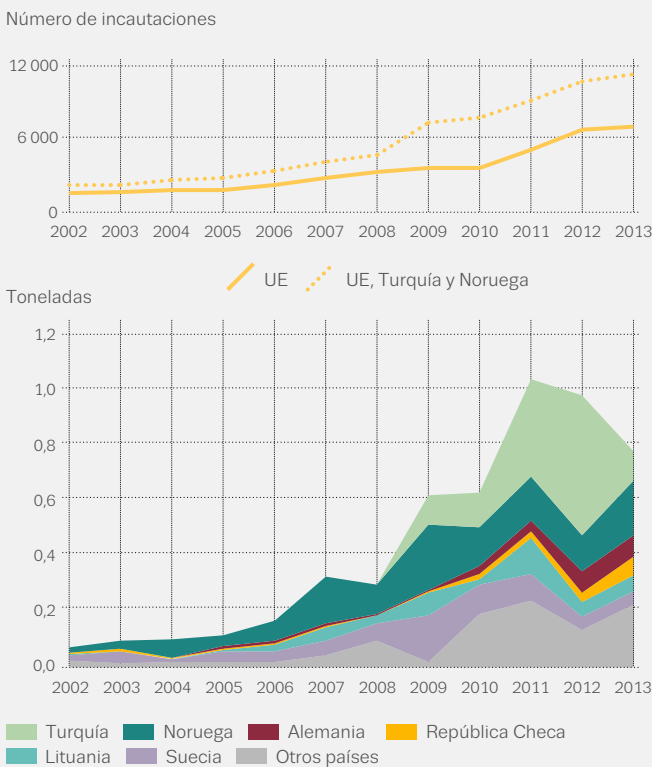
Nota: Número de incautaciones (en miles) en los diez países con los valores más altos.

Cantidad de anfetamina incautada (en toneladas)



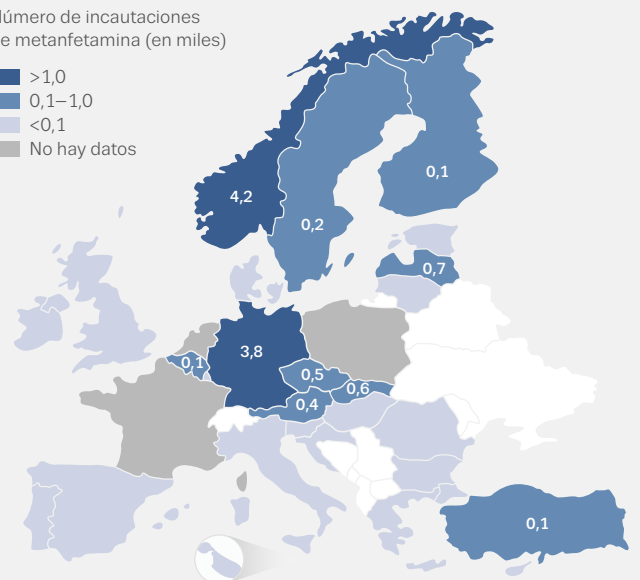
### GRÁFICO 1.9

Número de incautaciones de metanfetamina y cantidad incautada: tendencias (izquierda) y en 2013 o último año (derecha)



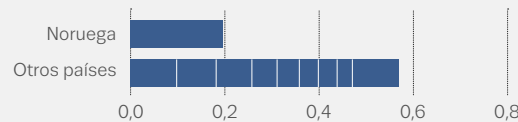
Número de incautaciones de metanfetamina (en miles)

- >1,0
- 0,1–1,0
- <0,1
- No hay datos



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

Cantidad de metanfetamina incautada (en toneladas)



## MDMA/éxtasis: aumento en productos de alta pureza

La sustancia sintética MDMA (3,4-metilendioxi-metanfetamina) está relacionada químicamente con las anfetaminas, pero se diferencia en alguna medida en sus efectos. Las pastillas de éxtasis han sido tradicionalmente el principal producto de MDMA del mercado, aunque suelen contener una amplia gama de sustancias similares a la MDMA y otros productos químicos. Tras un periodo en el que los informes indicaban que la mayoría de las pastillas vendidas como éxtasis en Europa contenían dosis bajas de MDMA o no la contenían en absoluto, según pruebas recientes la situación puede estar cambiando. Nuevos datos señalan un aumento de la disponibilidad de pastillas con alto contenido de MDMA y de MDMA en polvo y forma cristalina.

La producción de MDMA en Europa parece estar concentrada en torno a los Países Bajos y Bélgica, los países que tradicionalmente han notificado el mayor número de centros de producción de estas drogas. Tras las pruebas de una reducción en la producción de MDMA a finales de la última década, han aparecido signos de resurgimiento, ilustrados por los informes recientes de desmantelamiento de instalaciones de producción a gran escala en Bélgica y los Países Bajos.

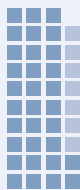
Resulta difícil realizar una evaluación de las últimas tendencias en las incautaciones de MDMA, ya que faltan datos procedentes de algunos países que supondrían una contribución importante al total. Para el año 2013, no existen datos disponibles de los Países Bajos y se desconoce el número de incautaciones de Francia y Polonia. Los Países Bajos notificaron la incautación de 2,4 millones de pastillas de MDMA en 2012 y, si pudiera suponerse una cifra similar para 2013, podrían estimarse en 4,8 millones de pastillas las incautaciones de MDMA en la Unión Europea en ese año. Esta cantidad casi doblaría a la de 2009. Cabe señalar que la cantidad de MDMA incautada ahora en Turquía (4,4 millones de pastillas de MDMA) es igual al total acumulado de todos los Estados miembros de la UE. Se plantea así la cuestión de si estas drogas eran para consumo nacional o para exportación a la Unión Europea o algún otro lugar (gráfico 1.10).

También se observa un reciente aumento en las tendencias indexadas de las infracciones relacionadas con la MDMA. Entre los países que presentan datos de forma sistemática, las tendencias indexadas también señalan un aumento del contenido de MDMA desde 2010 y la disponibilidad de productos con alto contenido de MDMA ha dado lugar a la emisión de advertencias conjuntas de Europol y el EMCDDA en 2014. En conjunto, todos estos indicadores del mercado de la MDMA apuntan a una recuperación desde un mínimo alcanzado hace 5 años aproximadamente.

## ÉXTASIS

### Incautaciones

**13 400**  
incautaciones



**18 000**  
incautaciones (UE + 2)

**4,8**  
millones de pastillas  
incautadas

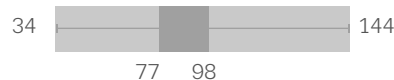


**9,3**  
millones de pastillas  
incautadas (UE + 2)

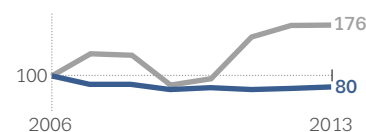
### Precio (EUR/pastilla)



### Pureza (MDMA mg/pastilla)



### Tendencias indexadas: precio y pureza



### Infracciones de la legislación sobre drogas

**11 000**

infracciones relacionadas con el consumo o la posesión para consumo personal de éxtasis

**3 700**

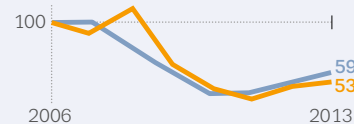
infracciones relacionadas con la oferta de éxtasis



**1 %**  
de las infracciones relacionadas con el consumo o la posesión para consumo personal

**2 %**  
de las infracciones relacionadas con la oferta

### Tendencias indexadas: infracciones relacionadas con el consumo o la posesión para consumo personal y la oferta

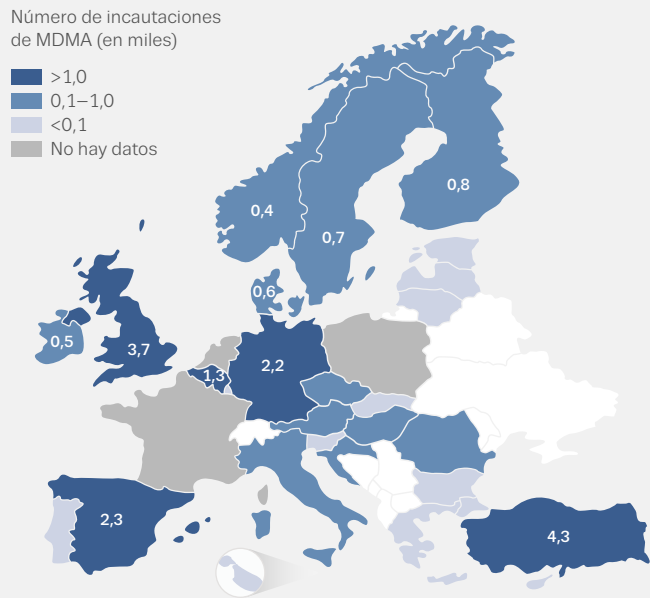
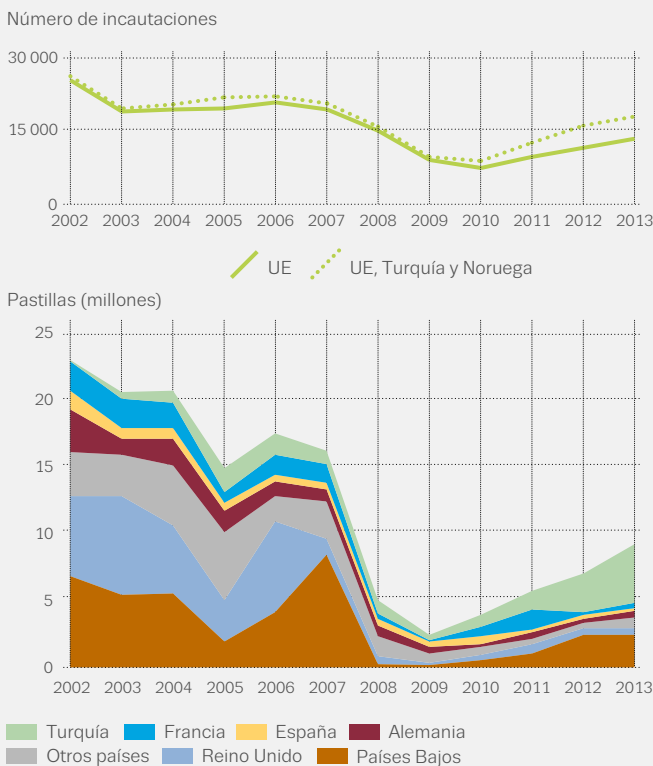


UE + 2 designa los Estados miembros de la UE, Turquía y Noruega. Precio y pureza de éxtasis: valores medios nacionales (rango mínimo, máximo e intercuartílico). Los países comprendidos varían en función del indicador.

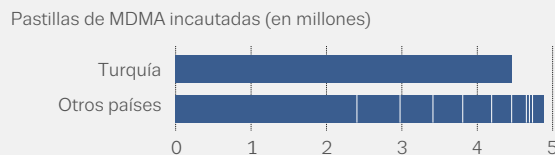


GRÁFICO 1.10

Número de incautaciones de MDMA y cantidad incautada: tendencias (izquierda) y en 2013 o último año (derecha)



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

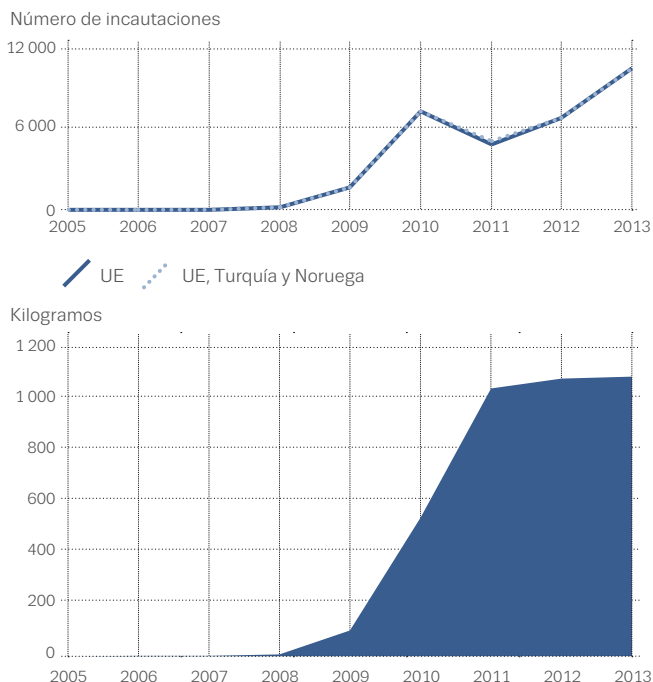


Nuevos estimulantes en el mercado ilegal

Introducidas en primer lugar como nuevas sustancias psicotrópicas, sin control por parte de la legislación sobre drogas, las catinonas sintéticas como la mefedrona, la pentedrona y la MDPV (3,4-metilendioxi-pirovalerona) se han convertido en un elemento fijo en el mercado de las drogas ilegales en algunos países europeos. Las catinonas se utilizan de manera similar a otros estimulantes (y suelen consumirse indistintamente), como la anfetamina y la MDMA. La mayoría de las veces se ofrecen en polvo o pastillas. Su producción parece tener lugar principalmente en China y la India. A continuación se importan a Europa, donde son envasadas y comercializadas como «euforizantes legales» o se venden en el mercado ilegal. El Sistema de alerta rápida ha identificado más de 70 nuevas catinonas en Europa. En 2013 se notificaron más de 10 000 incautaciones de catinonas sintéticas al Sistema de alerta rápida (gráfico 1.11).

**Las catinonas se utilizan de manera similar a otros estimulantes (y suelen consumirse indistintamente), como la anfetamina y la MDMA**

## GRÁFICO 1.11

**Incautaciones de catinonas sintéticas notificadas al Sistema de alerta rápida de la UE: número de incautaciones y cantidad incautada, 2013****Nuevas sustancias psicotrópicas:  
un mercado cada vez más variado**

La disponibilidad de nuevas sustancias psicotrópicas en el mercado de la droga de Europa ha aumentado rápidamente durante la última década, como prueban las cifras cada vez mayores de incautaciones notificadas tanto al Sistema de alerta rápida como a través de los mecanismos de supervisión habituales. Entre estas nuevas drogas se incluyen sustancias, tanto sintéticas como naturales, que no están bajo el control de la legislación internacional y que suelen producirse con la intención de imitar los efectos de sustancias controladas. Por lo general, los productos químicos se importan a través de proveedores fuera de Europa y, a continuación, se preparan, envasan y comercializan en Europa. Sin embargo, cada vez se elaboran más productos en Europa en laboratorios clandestinos y se venden directamente en el mercado.

Para evitar los controles, se etiquetan a menudo de forma equívoca, indicando por ejemplo que se trata de «compuestos químicos en investigación» y agregando en las cláusulas de exención de responsabilidad que no están destinadas al consumo humano. Estas sustancias se comercializan a través de minoristas y tiendas especializadas en Internet y, cada vez más a menudo, se ofrecen a través de los mismos canales utilizados para la oferta de sustancias ilegales. Este mercado, así como su

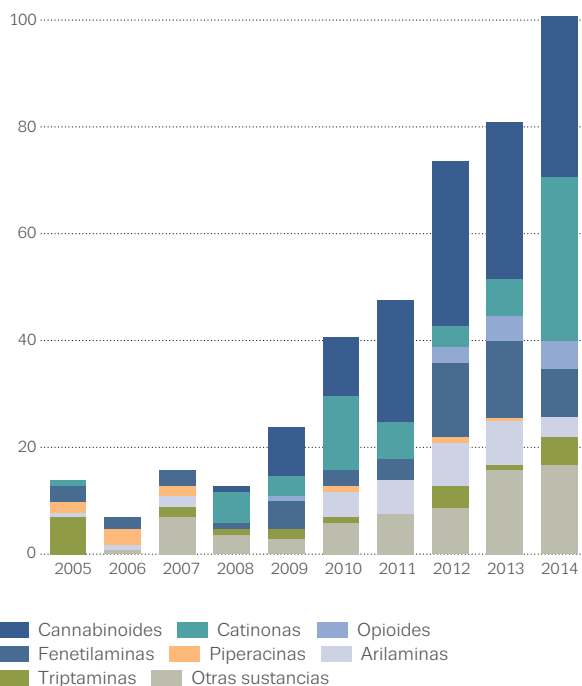
relación con el mercado ilegal, es dinámico y se caracteriza por la introducción continua de nuevos productos y medidas de control. Los cannabinoides sintéticos y las catinonas sintéticas son los grupos de nuevas sustancias psicotrópicas que se incautan con más frecuencia, lo que refleja la demanda relativamente alta de cannabis y estimulantes del mercado de drogas ilegales.

Además de las notificaciones anuales de incautaciones de nuevas drogas en Europa, sigue creciendo el número de nuevas sustancias detectadas. En 2014, los Estados miembros notificaron al Sistema de alerta rápida de la UE 101 nuevas sustancias psicotrópicas. Esto representa un incremento del 25 % frente a 2013 (gráfico 1.12). De estas sustancias, 31 son catinonas sintéticas, lo que las convierte en la mayor categoría de drogas nuevas identificadas en Europa en 2014, seguidas de 30 cannabinoides sintéticos. Sin embargo, otros 13 compuestos no encajan fácilmente en ninguno de los grupos de sustancias bajo control. Cuatro de las nuevas sustancias psicotrópicas notificadas en 2014 se utilizan como sustancias activas en medicamentos. El Sistema de alerta rápida de la UE controla actualmente más de 450 nuevas sustancias psicotrópicas.

**En 2014, los Estados miembros notificaron al Sistema de alerta rápida de la UE 101 nuevas sustancias psicotrópicas**

GRÁFICO 1.12

Número y categorías de nuevas sustancias psicotrópicas notificadas al Sistema de alerta rápida de la UE, 2005–14



**Nuevas sustancias en las que se realizaron evaluaciones de riesgo en Europa en 2014**

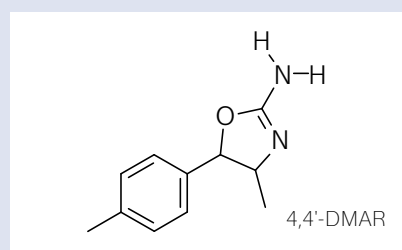
Existe un mecanismo de la UE para la identificación, evaluación y posible control de nuevas sustancias psicotrópicas en Europa. En 2014, se realizaron evaluaciones de riesgo en seis nuevas sustancias psicotrópicas (véase la tabla 1.1). Estas nuevas drogas aparecieron en Europa en los últimos años y se han vinculado al aumento en las notificaciones de daños, como hospitalizaciones y muertes. A partir de febrero de 2015, cuatro de las seis sustancias se han sometido a medidas de control en toda Europa.

**En 2014, se realizaron evaluaciones de riesgo en seis nuevas sustancias psicotrópicas**

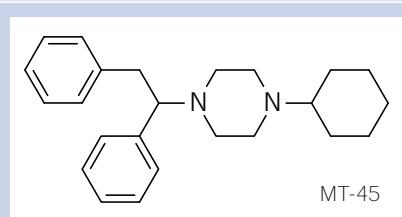
TABLA 1.1

**Riesgo de nuevas sustancias psicotrópicas evaluado en 2014**

En septiembre de 2014, se realizaron evaluaciones de riesgos a escala europea en los compuestos 4,4'-DMAR y MT-45. Estas se sumaron a las cuatro evaluaciones de riesgos realizadas en abril de 2014 en los compuestos 25I-NBOMe (feniletilamina sustituida con efectos alucinógenos, vendida como alternativa «legal» al LSD), AH-7921 (opioides sintético), MDPV (derivado de la catinona sintética) y metoxetamina (arilciclohexilamina estrechamente relacionada con la ketamina, comercializada como su alternativa «legal»).



El 4,4'-DMAR es un psicoestimulante que está disponible en el mercado de drogas de la UE al menos desde diciembre de 2012 y se ha detectado en nueve Estados miembros. En cerca del 20 % de las detecciones, se encontró 4,4'-DMAR en combinación con otras drogas (sobre todo estimulantes). Se ha detectado en 31 muertes en Hungría, Polonia y el Reino Unido, en un periodo de 12 meses.



El MT-45 es un opioide sintético con potencia analgésica similar a la morfina; se detectó por primera vez en octubre de 2013. Se ha detectado en 28 muertes y 12 intoxicaciones no mortales en Suecia, en un periodo de nueve meses. En 19 de las muertes, se notificó el MT-45 como causa de la muerte o que contribuyó a ella.

## Respuestas de índole jurídica para unos mercados de la droga en evolución

La rápida aparición de nuevas sustancias psicotrópicas y la diversidad de productos disponibles han supuesto un reto para los responsables europeos de la formulación de políticas. A escala de la UE, desde 1997 existe un sistema de vigilancia vinculado a un mecanismo jurídico de control: el Sistema de alerta rápida de la UE, que se reforzó en 2005. El sistema actual se ha revisado y se debate en la actualidad una propuesta para un nuevo marco jurídico.

A escala nacional, se han tomado diferentes medidas para controlar nuevas sustancias y pueden identificarse tres grandes tipos de respuestas jurídicas. En algunos países, se han utilizado leyes existentes que regulan problemas no relacionados con drogas controladas, como la legislación de seguridad del consumidor; en otros, se han ampliado o adaptado leyes existentes sobre drogas o procesos; y en algunos países, se ha elaborado legislación nueva. Aunque existe una amplia variación en las definiciones de infracciones y sanciones, las respuestas tienden a centrarse en la oferta, en lugar de la posesión de estas sustancias.

## Internet, un mercado para drogas nuevas y establecidas

Desde hace algún tiempo se reconoce que Internet es un mercado importante para la venta de nuevas sustancias psicotrópicas a los consumidores europeos. En 2013, una instantánea del EMCDDA identificó 651 sitios web que vendían «euforizantes legales» a consumidores europeos e instantáneas de Internet realizadas en 2014 identificaron sitios web que vendían drogas específicas como el opiode sintético MT-45, a veces en cantidades de varios kilogramos.

Internet y las redes sociales han ido adquiriendo además cada vez más importancia en el mercado de las drogas ilegales. Hay pruebas de la existencia de los denominados mercados grises, sitios de Internet que venden nueva sustancias psicotrópicas que operan tanto en la web visible como la invisible. La web invisible es la parte de Internet a la que no se puede acceder mediante motores de búsqueda tradicionales. En ella puede tener lugar la venta de droga en los cibermercados, en redes descentralizadas y entre individuos. La mayor parte de la atención se ha centrado en criptomercados de drogas como Silk Road, Evolution y Agora. Solo es posible acceder a ellos mediante el uso de un software de cifrado, que ofrece un alto grado de anonimidad. Los criptomercados, al igual que los cibermercados como eBay, ofrecen a los

vendedores y compradores una infraestructura para la realización de transacciones y la prestación de servicios, como la calificación de los vendedores y los compradores y el alojamiento de foros de debate. Se utilizan criptomonedas, como Bitcoin, para facilitar las transacciones anónimas y se usan envases camuflados para facilitar el transporte de pequeñas cantidades de drogas a través de los canales comerciales establecidos. Entre los distintos productos publicitados en los criptomercados, los que presentan mayor disponibilidad son drogas ilegales establecidas y medicamentos con receta. Las pruebas existentes indican que numerosas compras de drogas ilegales realizadas en la web invisible son para reventa.

Otra novedad es la vinculada a la oferta de drogas y al hecho de compartir drogas o experiencias sobre drogas a través de las redes sociales, incluidas las aplicaciones móviles. Este ámbito sigue sin conocerse bien y es difícil de controlar. En conjunto, el crecimiento de los cibermercados y de los mercados virtuales de droga suponen grandes retos para las autoridades competentes y las políticas de control de drogas. El hecho de que fabricantes, proveedores, minoristas, puntos de alojamiento de los sitios web y servicios de pago se repartan en diferentes países hace particularmente difícil el control de estos cibermercados.

**Internet es un mercado importante para la venta de nuevas sustancias psicotrópicas a los consumidores europeos**

### Respuesta a la oferta de droga: principios comunes pero diferencias en la práctica

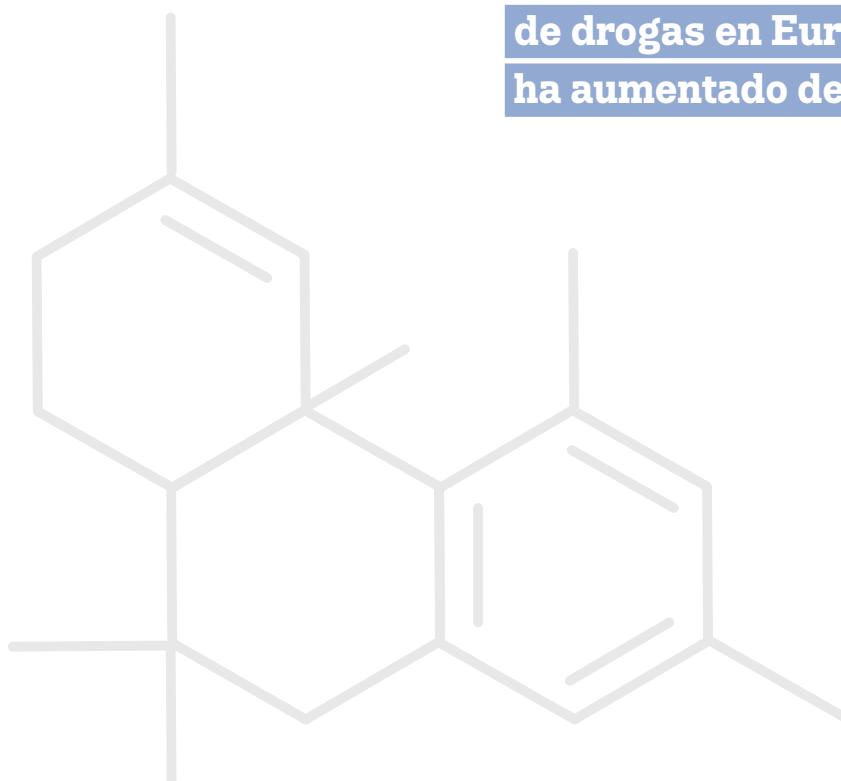
Los Estados miembros toman medidas para prevenir la oferta de drogas ilegales amparándose en tres Convenios de las Naciones Unidas, que ofrecen un marco internacional para el control de la producción, el comercio y la posesión de más de 240 sustancias psicotrópicas. Cada país está obligado a tratar la oferta no autorizada como infracción penal. Lo mismo ocurre con la posesión de drogas para consumo personal, aunque con sujeción a los «principios constitucionales y las concepciones básicas del sistema jurídico» de cada país. Esta cláusula no ha sido interpretada uniformemente por los países europeos, y ello se refleja en los diferentes enfoques jurídicos adoptados al respecto.

La aplicación de leyes para frenar la oferta y el consumo de drogas se supervisa a través de datos sobre las infracciones de la legislación sobre drogas notificadas. En general, el número de infracciones notificadas relativas a la oferta de drogas en Europa ha aumentado desde 2006. En 2013 se notificaron aproximadamente 230 000 infracciones de oferta, la mayoría (57 %) relacionadas con el cannabis. En el mismo año, de los 1,1 millones de infracciones notificados por consumo o posesión para consumo de drogas, tres cuartas partes (76 %) estuvieron relacionadas con el cannabis.

### Amplia variación en la aplicación de sanciones en Europa

La oferta de drogas no autorizadas es una infracción penal en todos los países europeos, pero las sanciones previstas varían de un Estado a otro. En algunos de ellos se distingue un único tipo de infracción, que puede castigarse con una amplia gama de penas (hasta la cadena perpetua). En otros se distingue entre falta y delito, en función de factores como la cantidad o el tipo de droga aprehendida, con las correspondientes penas máxima y mínima. Un reciente análisis de caso del EMCDDA no halló una relación clara entre las penas máximas previstas la ley y las sentencias dictadas por los tribunales. Además, observó que las penas previstas para las infracciones por tráfico de drogas variaban de un país a otro. Por ejemplo, un delincuente que delinque por primera vez traficando con 1 kg de cannabis puede ser condenado a una pena de privación de libertad de menos de un año en algunos países y de hasta 10 años en otros. Igualmente, en función del país, traficar con 1 kg de heroína puede suponer una pena de 2 a 15 años.

**En general, el número de infracciones notificadas relativas a la oferta de drogas en Europa ha aumentado desde 2006**



## Incautaciones y control de productos químicos precursores

Los precursores de las drogas son productos químicos que pueden utilizarse en la elaboración de drogas ilegales, y la evitación del desvío de su uso legítimo es un aspecto importante en las actividades internacionales de lucha contra la producción de drogas ilegales. La mayoría de los precursores de las drogas tienen usos industriales legítimos, como la producción de plásticos, medicamentos y cosméticos. Por ejemplo, la efedrina (ingrediente en medicamentos para resfriados y en descongestivos) se puede utilizar para fabricar metanfetamina. Debido a sus usos legítimos, la producción y comercialización de los productos químicos precursores no puede prohibirse. En su lugar, los precursores de las drogas se controlan mediante la supervisión de su producción y comercialización lícitas.

Los datos de los Estados miembros de la UE sobre incautaciones y evitación de envíos de precursores de drogas confirman el uso continuo de sustancias controladas y no controladas para la producción de drogas ilegales en la Unión Europea (tabla 1.2). En 2013, se incautaron más de 48 000 kg del pre-precursor APAAN (alfa-fenilacetoonitrilo) en virtud de las distintas

legislaciones nacionales, cantidad suficiente para producir más de 22 toneladas de anfetamina o de metanfetamina. Para reforzar las facultades de las autoridades competentes en relación con esta sustancia, APAAN pasó a controlarse como producto químico precursor según la legislación de la UE en diciembre de 2013 y a escala internacional en octubre de 2014. Importantes incautaciones de precursores para la producción de MDMA confirman el retorno de la producción de éxtasis a gran escala a la Unión Europea. En 2013, se incautaron 5 061 kg de PMK (3,4-metilenedioxifenil-2-propanona) y 13 836 litros de safrol, que combinados podrían producir aproximadamente 170 millones de pastillas de éxtasis.

En 2013 se modificó la legislación de la UE para reforzar los controles sobre el comercio de determinados precursores de drogas en la Unión Europea y entre los Estados miembros y otros países. Entre las medidas introducidas, se estrecharon los controles en el comercio del anhídrido acético, un producto químico necesario para producir heroína, y de la efedrina y pseudoefedrina, precursores de la metanfetamina. La nueva legislación también introdujo un mecanismo de respuesta rápida al desvío de sustancias no controladas.

TABLA 1.2

Resumen de incautaciones y envíos detenidos de precursores utilizados para la producción de determinadas drogas sintéticas en Europa, 2013

Precursor/pre-precursor	Incautaciones		Envíos detenidos <sup>(1)</sup>		TOTALES	
	Casos	Cantidad	Casos	Cantidad	Casos	Cantidad
<b>MDMA o sustancias relacionadas</b>						
PMK (litros)	12	5 061	0	0	12	5 061
Safrol (litros)	4	13 837	1	574	5	14 411
Isosafrol (litros)	1	10	0	0	1	10
Piperonal (kg)	5	5	5	1 400	10	1 404
PMK glicídico/glicidato (kg)	5	2 077	0	0	5	2 077
<b>Anfetamina y metanfetamina</b>						
BMK (litros)	5	32	0	0	5	32
PAA, ácido fenilacético (kg)	1	97	6	225	7	322
Efedrina, a granel (kg)	15	13	0	0	15	13
Pseudoefedrina, a granel (kg)	11	64	0	0	11	64
APAAN (kg)	71	48 802	0	0	71	48 802

(1) Se denomina envío «detenido» aquel que se ha denegado, suspendido o retirado voluntariamente por el exportador debido a sospecha de desviación para fines ilegales.

Fuente: Comisión Europea.

PARA SABER MÁS

**Publicaciones del EMCDDA**

**2015**

Heroin trafficking routes, Perspectives on Drugs.

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

The Internet and drug markets, Technical reports.

**2014**

Cannabis markets in Europe: a shift towards domestic herbal cannabis, Perspectives on Drugs.

Exploring methamphetamine trends in Europe, EMCDDA Papers.

Risk assessment report of a new psychoactive substance: 1-cyclohexyl-4-(1, 2-diphenylethyl) piperazine (MT-45), Risk assessments.

Risk assessment of 4-methyl-5-(4-methylphenyl)-4, 5-dihydrooxazol-2-amine (4, 4'-dimethylaminorex, 4, 4'-DMAR), Risk assessments.

Report on the risk assessment of 1-(1, 3-benzodioxol-5-yl)-2-(pyrrolidin-1-yl)pentan-1-one (MDPV) in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances, Risk assessments.

Report on the risk assessment of 2-(3-methoxyphenyl)-2-(ethylamino)cyclohexanone (methoxetamine) in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances, Risk assessments.

Report on the risk assessment of 2-(4-iodo-2, 5-dimethoxyphenyl)-N-(2-methoxybenzyl)ethanamine (25I-NBOMe) in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances, Risk assessments.

Report on the risk assessment of 3, 4-dichloro-N-[[1-(dimethylamino)cyclohexyl]methyl]benzamide (AH-7921) in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances, Risk assessments.

Report on the risk assessment of 4-methylamphetamine in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances, Risk assessments.

Report on the risk assessment of 5-(2-aminopropyl) indole in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances, Risk assessments.

**2013**

Synthetic cannabinoids in Europe, Perspectives on Drugs.

Synthetic drug production in Europe, Perspectives on Drugs.

**2012**

Cannabis production and markets in Europe, Insights.

**2011**

Recent shocks in the European heroin market: explanations and ramifications, Trendspotter meeting reports.

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

Responding to new psychoactive substances, Drugs in focus.

**2010**

Risk assessment of new psychoactive substances — operating guidelines.

**Publicaciones conjuntas del EMCDDA y Europol**

**2014**

Annual Report on the implementation of Council Decision 2005/387/JHA.

**2013**

EU Drug markets report: a strategic analysis.

Amphetamine: a European Union perspective in the global context.

**2010**

Cocaine: a European Union perspective in the global context.

**2009**

Methamphetamine: a European Union perspective in the global context.

Todas las publicaciones están disponibles en [www.emcdda.europa.eu/publications](http://www.emcdda.europa.eu/publications)

# 2

**La prevalencia del consumo  
de cannabis es aproximadamente  
cinco veces superior  
a la de otras sustancias**



# Consumo de drogas y problemas relacionados con las drogas

En un análisis de alto nivel de las pautas y tendencias en el consumo de drogas y los daños relacionados, resulta útil distinguir entre tres grandes grupos de sustancias: productos de cannabis, diversos estimulantes y drogas opioides. La prevalencia del consumo de cannabis es aproximadamente cinco veces superior a la de otras sustancias y el número de consumidores que se ponen en tratamiento por problemas de cannabis ha aumentado en los últimos años. Aunque el consumo de heroína y otros opioides sigue siendo relativamente escaso, estas siguen siendo las drogas asociadas a la mayoría de los casos de morbilidad, mortalidad y coste del tratamiento relacionado con el consumo de drogas en Europa.

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

Para la supervisión del consumo y los problemas de las drogas en Europa se usan los cinco indicadores epidemiológicos clave del EMCDDA. Estos indicadores comprenden conjuntos de datos referidos a la estimación del consumo con fines recreativos (basado principalmente en encuestas), la estimación del consumo de alto riesgo, las muertes relacionadas con las drogas, las enfermedades infecciosas y el inicio de un tratamiento de drogodependencia. En conjunto, son los pilares que respaldan el análisis europeo de las tendencias y novedades en el consumo de drogas y daños relacionados. Puede obtenerse en línea información técnica sobre los indicadores en la pasarela Key indicators y en el Boletín estadístico. En este capítulo, los datos de los indicadores clave se complementan con datos adicionales suministrados por los puntos focales de Reitox y otras fuentes.

El consumo de drogas se caracteriza, por otra parte, por diferentes pautas de consumo, que oscilan de un único consumo experimental hasta el consumo regular y dependiente. El consumo de todas las drogas es generalmente más elevado entre los hombres, acentuándose esta diferencia en las pautas de consumo más intensas o regulares. Las diferentes pautas de consumo también se asocian a diferentes niveles y tipos de daños. Un consumo más frecuente, dosis altas, el consumo simultáneo de varias sustancias y la administración por vía parenteral se asocian a riesgos de salud elevados.

## Casi uno de cada cuatro europeos ha probado drogas ilegales

Se estima que casi una cuarta parte de la población adulta la Unión Europea, más de 80 millones de personas, han probado drogas ilegales en algún momento de su vida. La droga consumida con más frecuencia es el cannabis (75,1 millones), siendo más bajas las estimaciones referentes a la cocaína (14,9 millones), las anfetaminas (11,7 millones) y la MDMA (11,5 millones). Los niveles de consumo a lo largo de la vida varían considerablemente de unos países a otros, desde un tercio de los adultos en Dinamarca, Francia y el Reino Unido hasta un 8 % o menos de uno de cada 10 en Bulgaria, Rumanía y Turquía.

## Consumo de cannabis: aumento en los países nórdicos

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

Se estima que 14,6 millones de europeos jóvenes (de 15 a 34 años) (el 11,7 % de este grupo de edad) consumieron cannabis en el último año, siendo la cifra correspondiente de 8,8 millones entre los de 15 a 24 años (15,2 % de este grupo de edad).

Varios países cuentan con datos suficientes de encuestas para hacer un análisis estadístico de las tendencias a largo plazo del consumo en el último año de cannabis entre adultos jóvenes (de 15 a 34 años). Las encuestas de población de Alemania, España y el Reino Unido muestran una reducción o prevalencia estable del cannabis en la última década. En contraste, se observa un aumento de la prevalencia en Bulgaria, Francia y en tres países nórdicos (Dinamarca, Finlandia y Suecia). Además, Noruega notificó un aumento de hasta el 12 % en su última encuesta, aunque la serie cronológica actual no es suficiente para un análisis estadístico de tendencias.

Tomados en conjunto, los resultados de las últimas encuestas continúan mostrando pautas divergentes en el consumo de cannabis en el último año (gráfico 2.1). De los países que han realizado encuestas desde 2012, cuatro notificaron estimaciones más bajas, dos estimaciones estables y ocho estimaciones más altas que en las anteriores encuestas comparables. En pocas encuestas nacionales se informa actualmente sobre el consumo de cannabinoides sintéticos; en las que se hace, los niveles de prevalencia del último año son generalmente bajos.

GRÁFICO 2.1

Prevalencia en el último año del consumo de cannabis entre adultos jóvenes (15–34): datos más recientes (superior); países con tendencias estadísticamente significativas (centro e inferior)

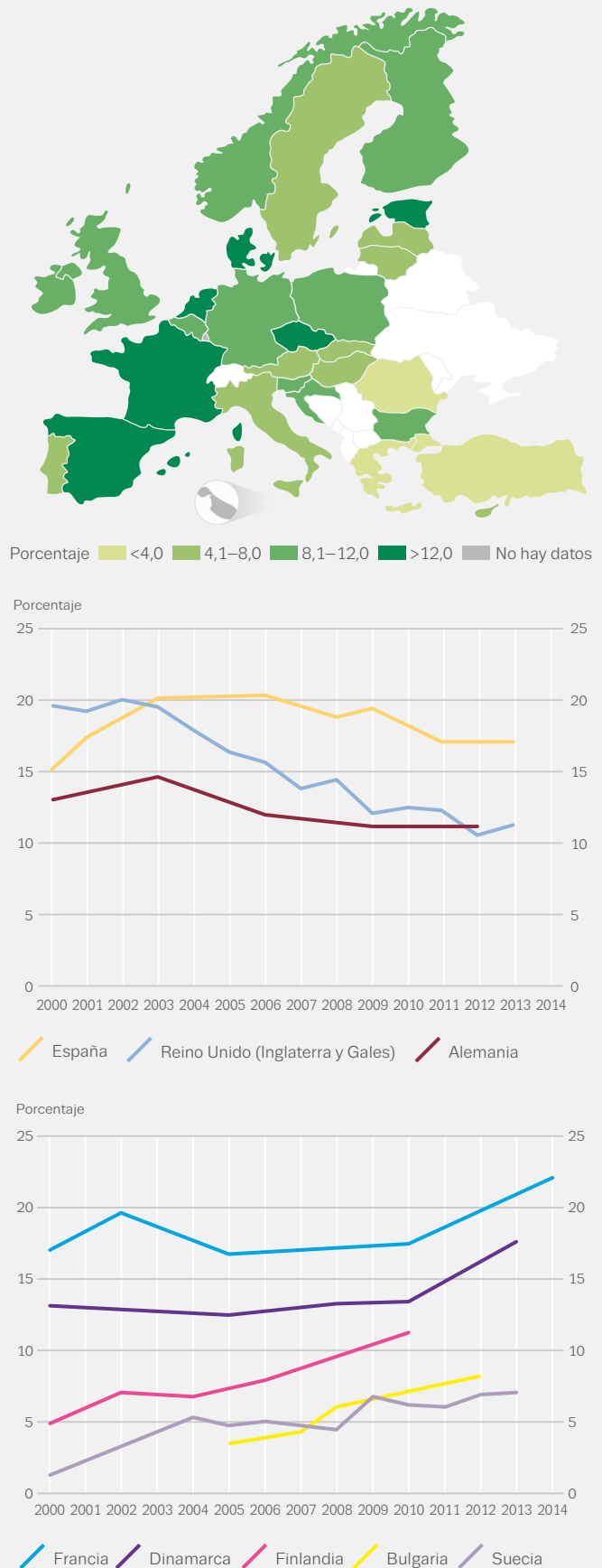
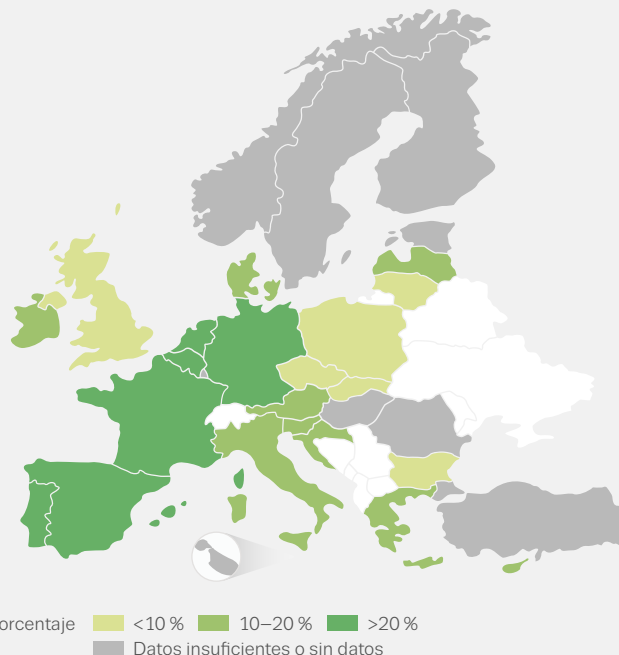


GRÁFICO 2.2

Proporción de consumidores de cannabis (15–64) en el último mes que consumieron la sustancia a diario o casi a diario



**Consumo de cannabis entre estudiantes**

La supervisión del consumo de sustancias entre estudiantes ofrece una instantánea importante de las conductas de riesgo de la juventud actual. En Europa, el estudio Proyecto europeo de encuestas escolares sobre el alcohol y otras drogas (ESPAD) arroja alguna información sobre las tendencias temporales del consumo de sustancias entre estudiantes de 15 a 16 años de edad. En los últimos datos recopilados (2011), el cannabis representó la droga ilegal más consumida en este grupo, en el que aproximadamente el 24 % de sus miembros indicaron haberla consumido alguna vez (desde un 5 % en Noruega hasta un 42 % en la República Checa). La prevalencia de consumo de drogas ilegales diferentes al cannabis fue mucho más baja.

En los siete países que han realizado encuestas escolares nacionales tras el estudio ESPAD (2011), las tendencias en la prevalencia del consumo de cannabis entre estudiantes mostró una variación considerable.

**Motivos de preocupación acerca de los consumidores de cannabis**

Una minoría de consumidores de cannabis lo hacen de forma intensiva. Se define como consumo diario o casi diario de cannabis el realizado durante 20 días o más del último mes. En función de los estudios de la población general, se estima que casi el 1 % de los adultos europeos son consumidores a diario o casi a diario de cannabis. Cerca de tres cuartas partes de ellos tienen de 15 a 34 años de edad y más de tres cuartas partes son hombres.

Aunque el consumo diario de cannabis es escaso en la población general, entre casi el 3 % de los adultos (entre 15 y 64 años) que consumieron cannabis en el último mes aproximadamente un cuarto consumió la sustancia a diario o casi a diario. Esta proporción varía sustancialmente de un país a otro (véase el gráfico 2.2). En el caso de los países con un número de encuestas suficiente para identificar tendencias, la proporción de consumidores a diario o casi a diario entre todos los adultos ha permanecido estable durante la última década.

El cannabis es la droga que se notifica con más frecuencia como la razón principal para iniciar un tratamiento de drogodependencia por primera vez en Europa, aunque lo que debe entenderse como respuesta al tratamiento de los consumidores de cannabis varía considerablemente. El número general notificado de consumidores que inician un tratamiento por primera vez aumentó de 45 000 a 61 000 entre 2006 y 2013. Teniendo en cuenta los consumidores

que repiten el tratamiento, el cannabis fue la segunda droga principal entre quienes iniciaron tratamiento en 2013 (123 000, 29 %). Sin embargo, existe una variación considerable de un país a otro, ya que las cifras de consumo de cannabis como droga principal van desde un 3 % de todos los consumidores que inician un tratamiento en Lituania hasta más del 60 % en Dinamarca y Hungría. Varios factores pueden contribuir a esta heterogeneidad. Por ejemplo, cerca de una cuarta parte de todos los que iniciaron tratamiento en Europa por consumo de cannabis como droga principal fueron derivados por el sistema de justicia penal (23 000); esta cifra oscila desde menos del 5 % en Bulgaria, Estonia, Letonia y los Países Bajos hasta más del 80 % en Hungría.

**El cannabis es la droga que se notifica con más frecuencia como la razón principal para iniciar un tratamiento de drogodependencia por primera vez en Europa**



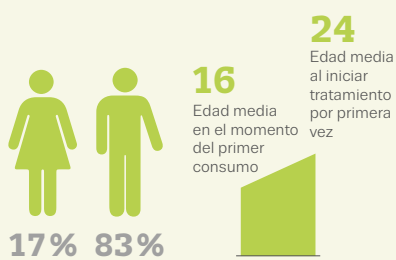
## Urgencias hospitalarias asociadas al cannabis

Aunque raras, pueden producirse urgencias agudas por consumo de cannabis, especialmente a dosis elevadas. En los países con los niveles más elevados de prevalencia, el cannabis representa una parte considerable de las urgencias relacionadas con drogas. Un estudio reciente identificó un aumento en el número de estas urgencias entre 2008 y 2012 en 11 de los 13 países europeos analizados. En España, por ejemplo, el número de urgencias relacionadas con el cannabis aumentó de 1 589 (25 % de todas las urgencias relacionadas con drogas) en 2008 a 1 980 (33 %) en 2011.

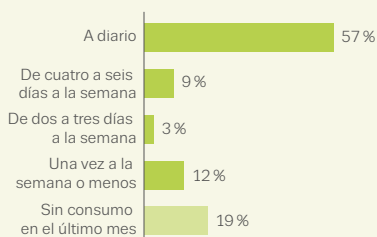
La European Drug Emergencies Network (Euro-DEN), que supervisa los cuadros clínicos iniciales de urgencias relacionados con drogas en 16 centros de 10 países europeos, notificó que entre el 10 % y el 48 % (16 % de media) de todos esos cuadros clínicos incluían el consumo de cannabis, aunque había además otras sustancias en el 90 % de estos casos. La combinación más común era cannabis con alcohol, benzodiazepinas y estimulantes. Los problemas notificados con mayor frecuencia fueron neurocomportamentales (agitación, agresión, psicosis y ansiedad) y vómitos. En la mayoría de los casos, los pacientes fueron dados de alta sin necesidad de ingreso.

## CONSUMIDORES DE CANNABIS QUE INICIAN TRATAMIENTO

### Características



### Frecuencia de consumo en el último mes



Consumidores que inician tratamiento por primera vez

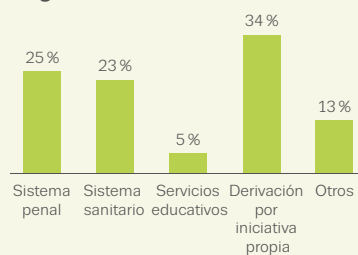
69%



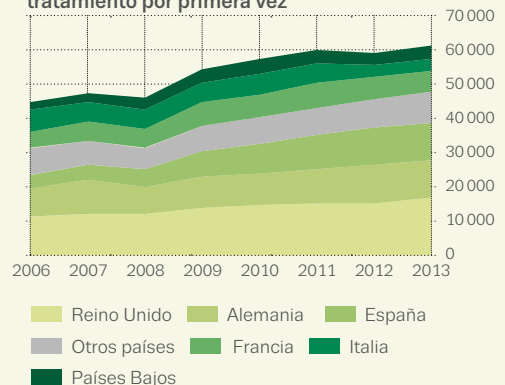
Consumidores que inician tratamiento tratados previamente

31%

### Origen de la derivación



### Tendencias en los consumidores que inician tratamiento por primera vez



Nota: Las características se refieren al conjunto de los consumidores que iniciaron tratamiento siendo el cannabis la droga principal. Las tendencias se refieren a los consumidores que iniciaron tratamiento por primera vez siendo el cannabis la droga principal. Los países comprendidos varían en función del indicador. Origen de derivación: el «sistema penal» incluye los tribunales, la policía y el servicio de libertad condicional; el «sistema sanitario» incluye los médicos de medicina general, otros centros de tratamiento de drogodependencia y los servicios sanitarios, médicos y sociales; la «derivación por iniciativa propia» incluye el consumidor, sus familiares y amigos.

### Cocaína: el estimulante consumido con más frecuencia en Europa

El polvo de cocaína suele esnifarse, aunque a veces se administra por vía parenteral, mientras que el crack habitualmente se fuma. Entre los consumidores habituales, puede hacerse una clara distinción entre los consumidores más integrados en la sociedad, que suelen esnifar cocaína en polvo en contextos recreativos, y los consumidores marginados, que se administran cocaína por vía parenteral o fuman crack, a menudo junto con opioides. El consumo habitual de cocaína se ha asociado a dependencia, problemas de salud cardiovasculares, neurológicos y mentales y un elevado riesgo de accidentes. La administración de cocaína por vía parenteral y el consumo de crack se asocian a los riesgos sanitarios más altos, incluida la transmisión de enfermedades infecciosas.

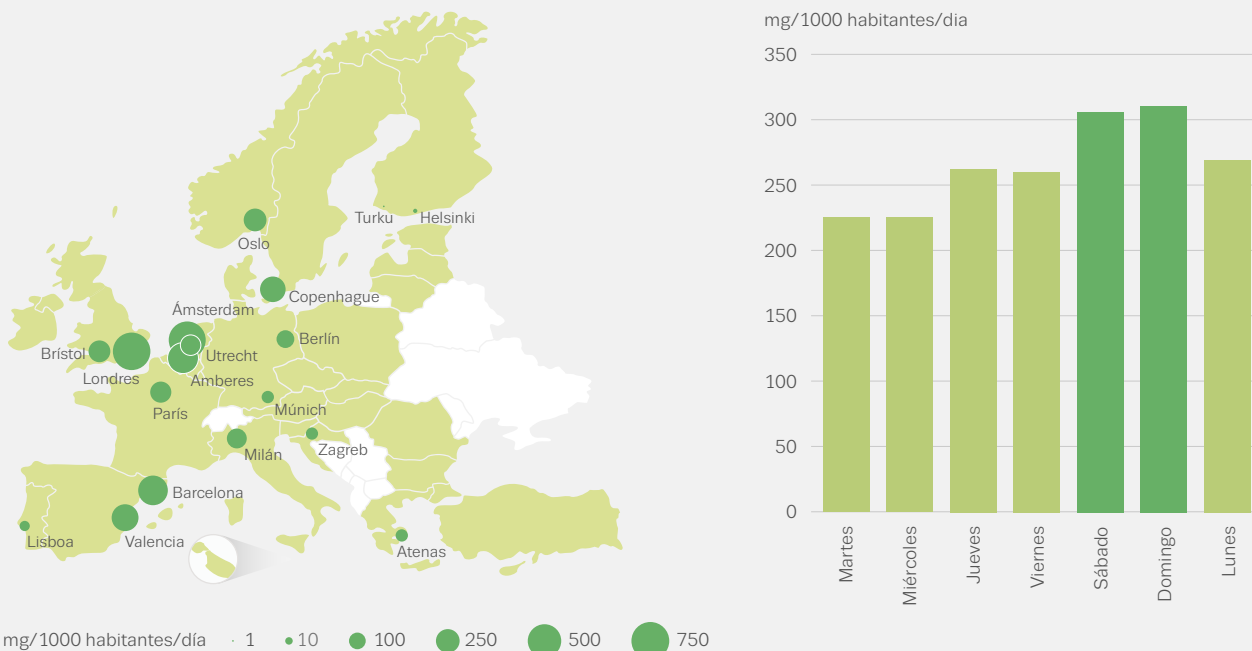
La cocaína es la droga estimulante ilegal más consumida en Europa, aunque la mayoría de los consumidores se concentran en un número restringido de países, como ilustran los datos de una encuesta que muestran que su consumo es más prevalente en el sur y el oeste de Europa.

Se estima que unos 2,3 millones de adultos jóvenes de 15 a 34 años (el 1,9 % de este grupo de edad) consumieron cocaína en el último año. Muchos consumidores de cocaína toman esta droga en contextos recreativos, aumentando el consumo en los fines de semana y las vacaciones. Los datos de un análisis de las aguas residuales realizado en 2014 en varias ciudades europeas confirma las diferencias diarias de consumo. En muestras recogidas durante el fin de semana se encontraron concentraciones más altas de benzoilecgonina, el principal metabolito de la cocaína (gráfico 2.3).

Solo unos cuantos países notificaron una prevalencia en el último año del consumo de cocaína entre adultos jóvenes de más del 3 % (gráfico 2.4). Entre estos países, España y el Reino Unido observaron una tendencia estadísticamente significativa de aumento en la prevalencia hasta 2008, mientras que luego esa tendencia cambió para quedar estable o disminuir. Por debajo del 3 %, Irlanda y Dinamarca notifican reducciones en los últimos datos, todavía no discernibles desde el punto de vista estadístico, mientras que las encuestas francesas hasta 2014 muestran una tendencia de incremento del consumo.

## GRÁFICO 2.3

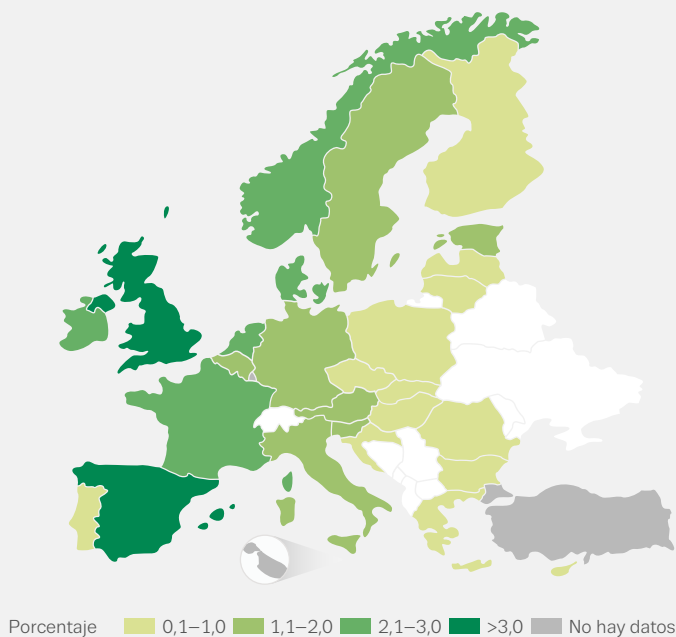
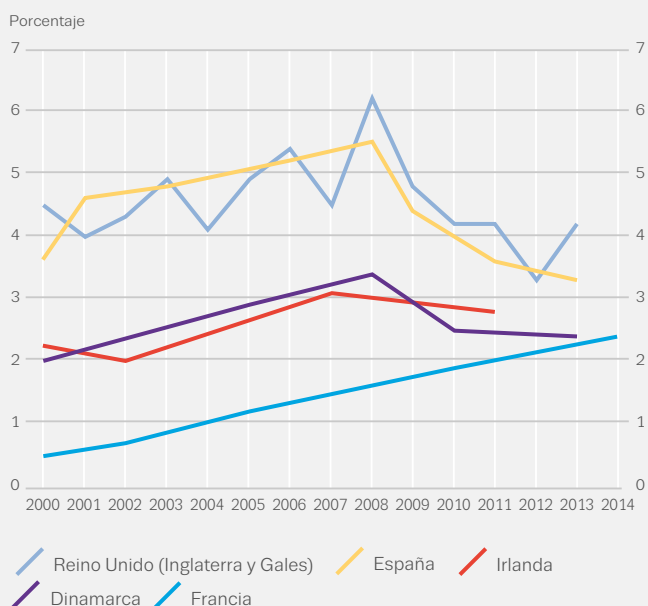
Residuos de cocaína en aguas residuales: en determinadas ciudades europeas (izquierda) y promedios diarios (derecha)



Nota: Cantidades diarias medias de cocaína en miligramos por 1 000 habitantes. Se tomaron muestras en determinadas ciudades europeas durante una semana en 2014. Fuente: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE)

## GRÁFICO 2.4

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



En los últimos datos se puede observar una disminución del consumo de cocaína; de los países que realizaron encuestas desde 2012, nueve notificaron estimaciones más bajas y cuatro estimaciones más altas que en la encuesta comparable anterior.

### Disminución continua de la demanda de tratamiento por dependencia de la cocaína

Resulta difícil calcular la prevalencia de formas problemáticas de consumo de cocaína en Europa, ya que solo cuatro países tienen estimaciones recientes y, por motivos metodológicos, no es fácil realizar una comparación entre ellas. En 2012, Alemania estimó que el 0,20 % de la población adulta presentaba «dependencia de la cocaína». En 2013, Italia cifró en un 0,23 % los que «que necesitaban tratamiento por consumo de cocaína» y España estimó en un 0,29 % el «consumo de cocaína de alto riesgo». En 2011/2012, el Reino Unido estimó el consumo de crack entre la población adulta de Inglaterra en un 0,48 %, en su mayor parte consumidores también de opioides.

La cocaína fue citada como droga principal por el 13 % de los consumidores que iniciaron tratamiento especializado en 2013 (55 000) y por el 16 % de los que iniciaron tratamiento por primera vez (25 000). Existen amplias diferencias entre los países, concentrándose más del 70 % de los consumidores de cocaína en solo tres de ellos (España, Italia y el Reino Unido). En los últimos datos, el número de consumidores de cocaína que inician tratamiento por primera vez se ha establecido en torno al 24 000; este número se ha reducido desde un máximo de 38 000 en 2008. En 2013, 6 000 consumidores que iniciaron el tratamiento en Europa notificaron que consumían principalmente crack. Más de la mitad de estos consumidores (3 500) se encuentran en el Reino Unido, y una gran parte del resto (2 200) en España, Francia y los Países Bajos.

La interpretación de los datos disponibles sobre mortalidad asociada a la cocaína supone un reto, en parte debido a que esta droga puede ser un factor en algunas muertes que se atribuyen a problemas cardiovasculares.

No obstante, en 2013 se notificaron más de 800 muertes asociadas al consumo de cocaína (datos de 27 países). La mayoría se atribuyeron a una sobredosis de drogas, detectándose también otras sustancias en muchos casos, sobre todo opioides. A escala europea, los problemas de calidad de los datos impiden establecer tendencias. Con todo, algunos países disponen de información limitada. Por ejemplo, entre 2012 y 2013, el número de muertes en las que se registró la presencia de cocaína aumentó de 174 a 215 en el Reino Unido y de 19 a 29 en Turquía.

**En 2013 se notificaron más de 800 muertes asociadas al consumo de cocaína**

**Anfetaminas: consumo estable en numerosos países**

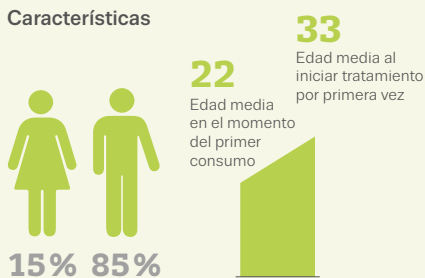
En Europa se consumen anfetamina y metanfetamina, dos estimulantes estrechamente relacionados, aunque es mucho mayor el consumo de la primera de ellas. El consumo de metanfetamina ha estado históricamente restringido a la República Checa y, más recientemente, a Eslovaquia, aunque ahora existen signos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

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

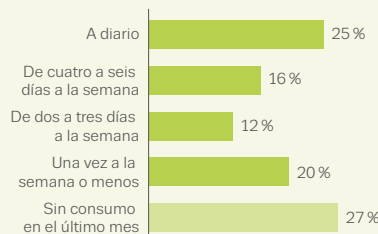
El consumo de anfetaminas tiene efectos adversos para la salud en las áreas cardiovascular, pulmonar, neurológica y

**CONSUMIDORES DE COCAÍNA QUE INICIAN TRATAMIENTO**

**Características**



**Frecuencia de consumo en el último mes**



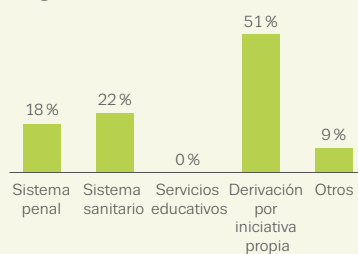
Consumidores que inician tratamiento por primera vez

**49%**

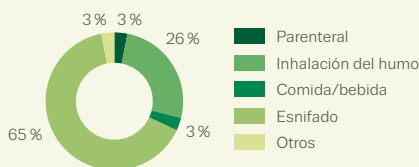
Consumidores que inician tratamiento tratados previamente

**51%**

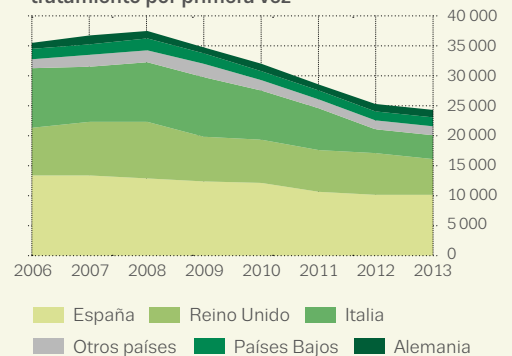
**Origen de la derivación**



**Vía de administración**



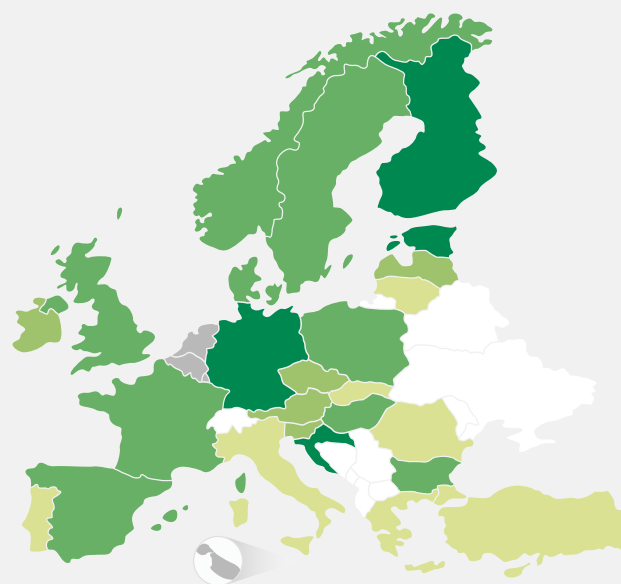
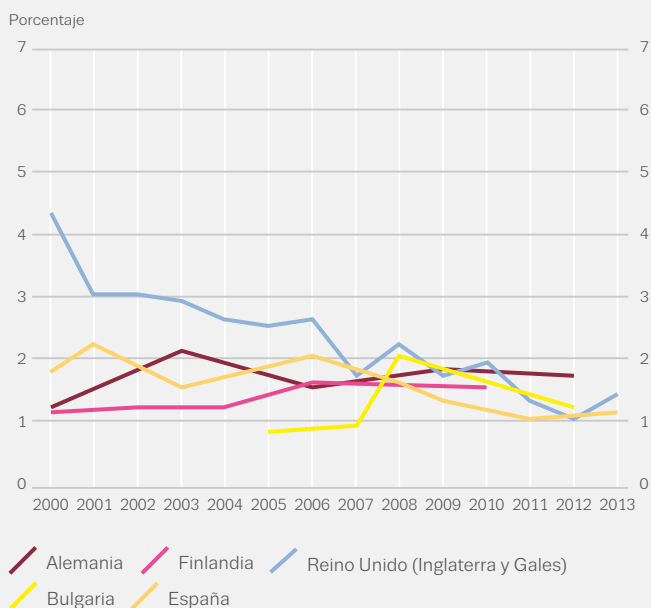
**Tendencias en los consumidores que inician tratamiento por primera vez**



Nota: Las características se refieren al conjunto de los consumidores que iniciaron tratamiento siendo la cocaína/crack la droga principal. Las tendencias se refieren a los que iniciaron tratamiento por primera vez siendo la cocaína/crack la droga principal. Los países comprendidos varían en función del indicador. Origen de la derivación: el «sistema penal» incluye los tribunales, la policía y el servicio de libertad condicional; el «sistema sanitario» incluye los médicos de medicina general, otros centros de tratamiento de drogodependencia y los servicios sanitarios, médicos y sociales; la «derivación por iniciativa propia» incluye el consumidor, sus familiares y amigos.

## GRÁFICO 2.5

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



Porcentaje 0–0,5 0,6–1,0 1,1–1,5 >1,5 No hay datos

mental, aparte del riesgo de enfermedades infecciosas, como en el caso de otras drogas, ligado a la administración parenteral. Al igual que con otros estimulantes, las muertes por consumo de anfetaminas pueden ser difíciles de identificar. Sin embargo, anualmente se notifica un pequeño número de casos.

Se estima que 1,3 millones (1,0 %) de adultos jóvenes (de 15 a 34 años) consumieron anfetaminas en el último año. Las últimas estimaciones de prevalencia nacionales varían entre un 0,1 % y un 1,8 % (gráfico 2.5). Los datos disponibles indican que desde aproximadamente el año 2000, la mayoría de los países europeos han experimentado una situación relativamente estable con respecto a las tendencias en el consumo. Las excepciones son España y el Reino Unido, donde puede observarse una reducción estadísticamente significativa en la prevalencia desde el año 2000.

### Nuevas pautas en el consumo problemático de anfetaminas

En una perspectiva a largo plazo, históricamente se han observado problemas con el consumo crónico de anfetamina por vía parenteral sobre todo en países del norte de Europa. En contraste, los problemas a largo plazo con la metanfetamina han sido más evidentes en la República Checa y Eslovaquia. En estos países se calcula un consumo problemático entre los adultos (de 15 a 64 años de edad) de cerca de un 0,48 % en la República Checa (2013) y del 0,21 % en Eslovaquia (2007). En la República Checa, entre 2007 y 2013 se ha observado un marcado aumento del consumo problemático o de alto riesgo de metanfetamina, principalmente por vía parenteral (de 20 000 a más de 34 000). Existen indicios recientes de que el consumo de metanfetamina se está difundiendo a otros países y nuevas poblaciones, y se ha



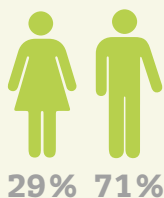
notificado el consumo de esta droga en países vecinos de la República Checa (Alemania y Austria), en partes de Europa meridional (Grecia, Chipre y Turquía) y en países del norte de Europa (Letonia y Noruega). Sigue habiendo informes de una nueva pauta de consumo de metanfetamina en varios países europeos, donde la droga se administra por vía parenteral, a menudo con otros estimulantes, durante las prácticas sexuales de pequeños grupos de hombres que mantienen relaciones con otros hombres. Estas fiestas de sexo y drogas son motivo de preocupación debido a la combinación de conductas de riesgo tanto en el consumo de drogas como en las prácticas sexuales.

tratamiento por primera vez únicamente en Alemania, Letonia y Polonia. Los consumidores que inician tratamiento por consumo de metanfetamina como droga principal se concentran en la República Checa y Eslovaquia y en total representan el 95 % de los 8 000 consumidores de esta droga en Europa. El aumento de consumidores que iniciaron tratamiento por primera vez por consumo de anfetaminas se debe principalmente a los datos de Alemania, la República Checa y Eslovaquia.

Cerca del 7 % de los consumidores que iniciaron tratamiento de drogodependencia especializado en Europa en 2013 notificaron las anfetaminas (anfetamina y metanfetamina) como droga principal. Resultan así 29 000 consumidores, de los cuales 12 000 iniciaron el tratamiento por primera vez en su vida. Los consumidores de anfetamina como droga principal representan una proporción considerable de los pacientes que inician

## CONSUMIDORES DE ANFETAMINAS QUE INICIAN TRATAMIENTO

### Características



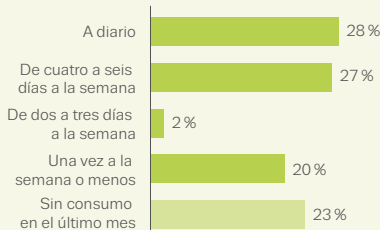
20  
Edad media en el momento del primer consumo



29

Edad media al iniciar tratamiento por primera vez

### Frecuencia de consumo en el último mes



Consumidores que inician tratamiento por primera vez

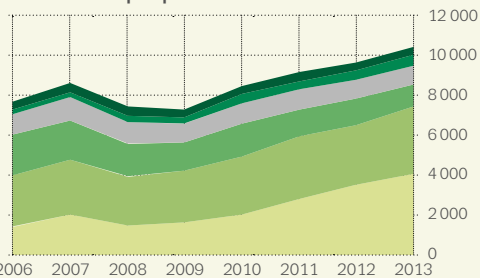
48%



Consumidores que inician tratamiento tratados previamente

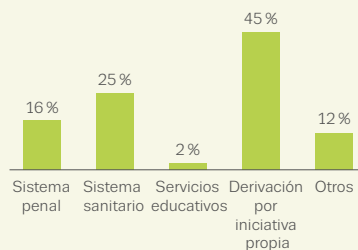
52%

### Tendencias en los consumidores que inician tratamiento por primera vez

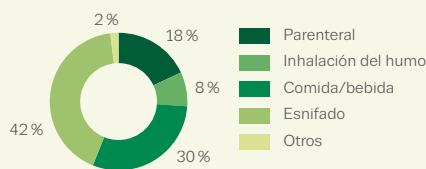


Alemania República Checa Reino Unido Otros países Eslovaquia Países Bajos

### Origen de la derivación



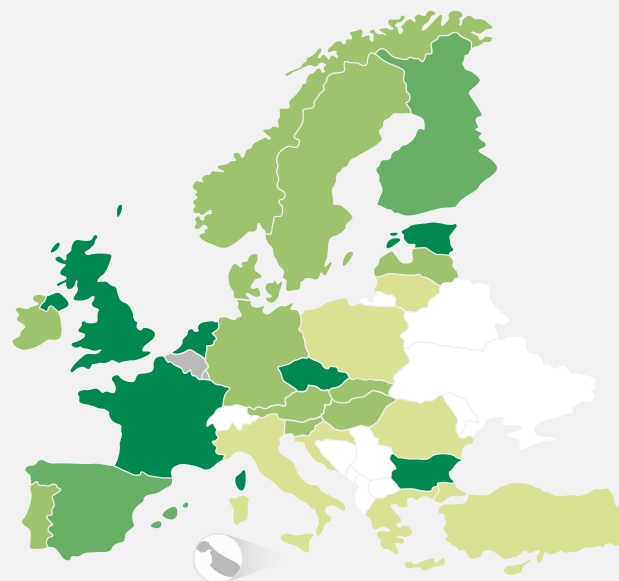
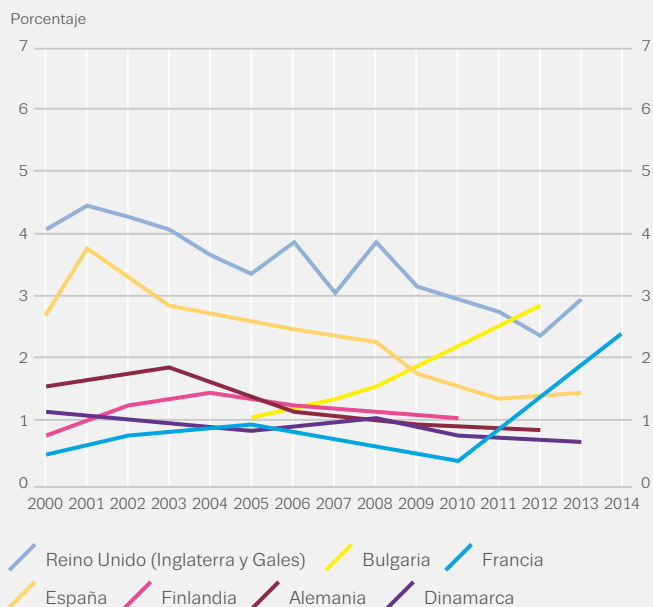
### Vía de administración



Nota: Las características se refieren al conjunto de los consumidores que iniciaron tratamiento siendo las anfetaminas la droga principal. Las tendencias se refieren a los consumidores que iniciaron tratamiento por primera vez siendo la anfetamina la droga principal. Los países comprendidos varían en función del indicador. Origen de la derivación: el «sistema penal» incluye los tribunales, la policía y el servicio de libertad condicional; el «sistema sanitario» incluye los médicos de medicina general, otros centros de tratamiento de drogodependencia y los servicios sanitarios, médicos y sociales; la «derivación por iniciativa propia» incluye el consumidor, sus familiares y amigos.

## GRÁFICO 2.6

Prevalencia en el último año del consumo de éxtasis entre adultos jóvenes (15–34): tendencias seleccionadas (izquierda) y datos más recientes (derecha)



Porcentaje 0–0,5 0,6–1,0 1,1–2,0 >2,0 No hay datos

### Consumo de MDMA/éxtasis

La MDMA (3,4-metilendioxi-metanfetamina) se consume habitualmente en forma de pastillas de éxtasis, pero ahora ha aumentado su disponibilidad en polvo y forma cristalina; las pastillas suelen tragarse, pero en forma de polvo la droga también se esnifa (insuflación nasal). Entre los problemas asociados se encuentran hipertermia aguda, aumento de la frecuencia cardíaca y fallo multiorgánico, y un consumo a largo plazo se ha relacionado con problemas hepáticos y cardíacos. Las muertes asociadas siguen siendo relativamente escasas y, a veces, son causadas por sustancias distintas vendidas como MDMA. Recientemente se ha manifestado cierta preocupación por los problemas agudos asociados a los polvos y las pastillas de MDMA en dosis elevadas. Asimismo, en 2014 se han emitido advertencias sobre las pastillas de éxtasis con altas concentraciones de PMMA, una droga con un perfil de seguridad preocupante.

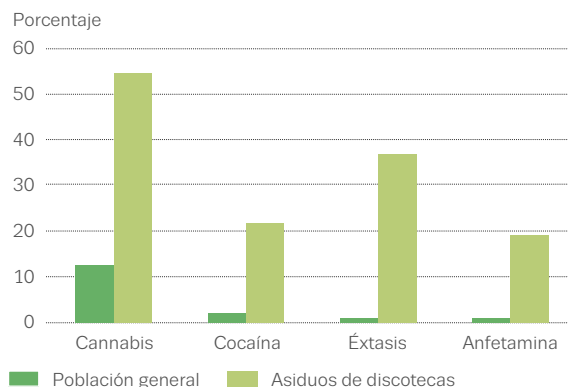
La mayoría de las encuestas europeas tradicionalmente han recopilado datos sobre el consumo de éxtasis, no de MDMA. Se estima que consumieron éxtasis en el último año 1,8 millones de adultos jóvenes (de 15 a 34 años) (el 1,4 % de este grupo de edad), oscilando las estimaciones nacionales entre menos del 0,1% y el 3,1%. Entre los países con datos suficientes para explorar tendencias desde el punto de vista estadístico, puede observarse una reducción de la prevalencia desde el año 2000 en Alemania, España y el Reino Unido. Dinamarca presenta

una pauta similar de reducción de la prevalencia, pero con un grado inferior de seguridad estadística (gráfico 2.6). En contraste, en Bulgaria se mantiene una pauta de aumento de la prevalencia. Los resultados difieren entre los países que han realizado nuevas encuestas desde 2012: seis notificaron estimaciones de prevalencia más bajas y siete más altas que en las anteriores encuestas comparables. El consumo de éxtasis rara vez se notifica como motivo para iniciar un tratamiento de drogodependencia, siendo responsable de menos del 1 % (alrededor de 600 casos) de los casos notificados de inicio de tratamiento por primera vez en 2013.

**La mayoría de las encuestas europeas tradicionalmente han recopilado datos sobre el consumo de éxtasis en lugar de MDMA**

## GRÁFICO 2.7

Prevalencia en el último año del consumo entre adultos jóvenes (15–34): población general y asiduos de discotecas (10 países)



Fuentes: Global Drug Survey 2014 y las últimas encuestas de población general correspondientes a los siguientes países: Bélgica, Alemania, Irlanda, España, Francia, Hungría, Países Bajos, Austria, Portugal y Reino Unido. Anfetaminas: menos Bélgica y los Países Bajos. Éxtasis: menos los Países Bajos.

### GHB, ketamina y alucinógenos: persisten los motivos de preocupación en determinados países

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

El consumo recreativo de ketamina y de GHB (incluido su precursor GBL, gamma-butirolactona) se ha notificado entre subgrupos de consumidores de drogas en Europa durante las dos últimas décadas. Por otra parte, se reconocen cada vez más los problemas de salud relacionados con estas sustancias, en particular la lesión de la vejiga urinaria por consumo crónico de ketamina. Se asocian al consumo de GHB pérdida de la conciencia, síndrome de abstinencia y dependencia. Se han notificado solicitudes de tratamiento relacionados con el GHB en Bélgica, los Países Bajos y el Reino Unido.

Las estimaciones nacionales de prevalencia del consumo de estas sustancias, cuando las hay, en la población adulta y en la población escolar se mantienen bajas. En las últimas encuestas, Noruega notificó una prevalencia en el último año del consumo de GHB del 0,1 % en adultos (entre 15 y 64 años), mientras que Dinamarca y España notificaron una prevalencia en el último año del consumo de ketamina del 0,3 % entre adultos jóvenes (de 15 a 34 años) y el Reino Unido notificó un consumo en el último año de ketamina del 1,8 % entre adultos de 16 a 24 años de edad, una tendencia estable desde 2008.

Los niveles de prevalencia general del consumo de hongos alucinógenos y de LSD en Europa son generalmente bajos y estables desde hace varios años. Entre los adultos jóvenes (entre 15 y 34 años), las encuestas nacionales informan de una prevalencia en el último año del consumo inferior al 1 % en ambas sustancias.

### Niveles más altos de consumo de drogas entre asiduos de discotecas

Se sabe que determinados entornos sociales están particularmente asociados a niveles elevados de consumo de drogas y alcohol. Generalmente, las encuestas de jóvenes que suelen acudir a eventos nocturnos indican niveles superiores de consumo de drogas en comparación con la población general. Así puede observarse en la información del Global Drug Survey en Internet, a partir de la cual el EMCDDA realizó un análisis especial de consumo de drogas entre adultos jóvenes que se identifican a sí mismos como asiduos a discotecas (es decir, acuden a estos locales al menos una vez cada tres meses). Este

análisis se realizó en una muestra de 25 790 jóvenes de 15 a 34 años, de 10 países europeos. Cabe destacar que no se trata de una muestra representativa y que la selección fue realizada por los propios usuarios, que respondieron a una encuesta *on line* sobre drogas, por lo que los resultados deben interpretarse con precaución. En esta muestra, en función de la sustancia, la prevalencia en el último año del consumo fue entre 4 y casi 25 veces superior a la observada en el mismo grupo de edad en la población general de la Unión Europea. Si agrupamos los países disponibles y los comparamos con la media ponderada de encuestas de la población general (EPG), cerca del 55 % de los asiduos de discotecas notificaron el consumo de cannabis en el último año (media ponderada del país de la EPG del 12,9 %), registrándose también cifras altas de otras drogas: cocaína 22 % (EPG 2,4 %), anfetaminas 19 % (EPG 1,2 %), éxtasis 37 % (EPG 1,5 %) (gráfico 2.7). También se indicaron en esos mismos grupos los niveles de prevalencia en el último año del consumo de otras drogas, como ketamina (11 %), mefedrona (3 %), cannabinoides sintéticos (3 %) y GHB (2 %).

Un pequeño número de asiduos de discotecas notificó problemas con su consumo, siendo el cannabis y el éxtasis las drogas que más frecuentemente se asociaron a cuadros clínicos agudos de urgencias.

### Consumo de «euforizantes legales» entre jóvenes

Resulta difícil determinar la prevalencia del consumo de nuevas sustancias psicotrópicas en Europa. Aun en los casos en que estas sustancias se incluyen en las encuestas nacionales, la falta de una metodología común supone que los datos rara vez pueden compararse y los problemas de definición complican aún más las cosas,

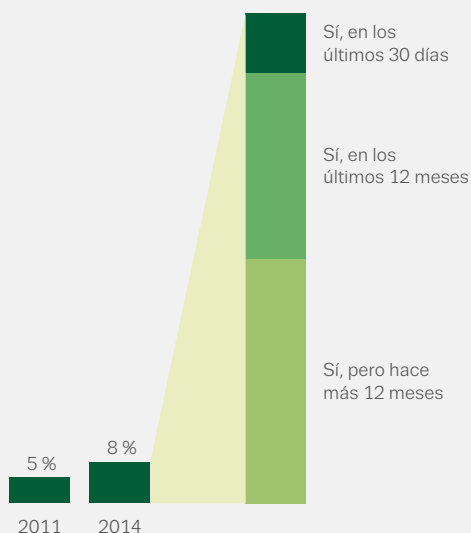
## GRÁFICO 2.8

## Disponibilidad y consumo de «euforizantes legales», definidos como nuevas sustancias que imitan los efectos de drogas ilegales

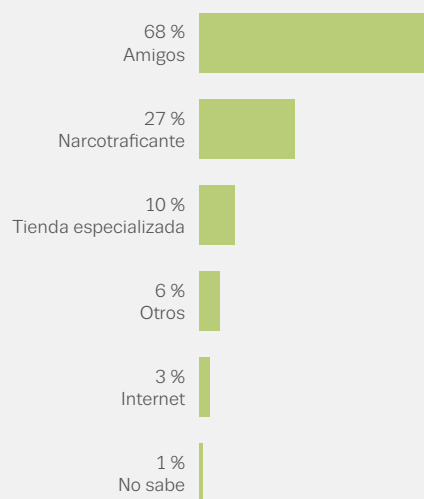
¿Con qué facilidad o dificultad puede conseguirlos en 24 horas?



¿Los ha consumido alguna vez?



Teniendo en cuenta su consumo de estas sustancias en los últimos 12 meses, ¿dónde los consiguió?



(Se permiten varias respuestas)

Fuente: Flash Eurobarómetro 401.

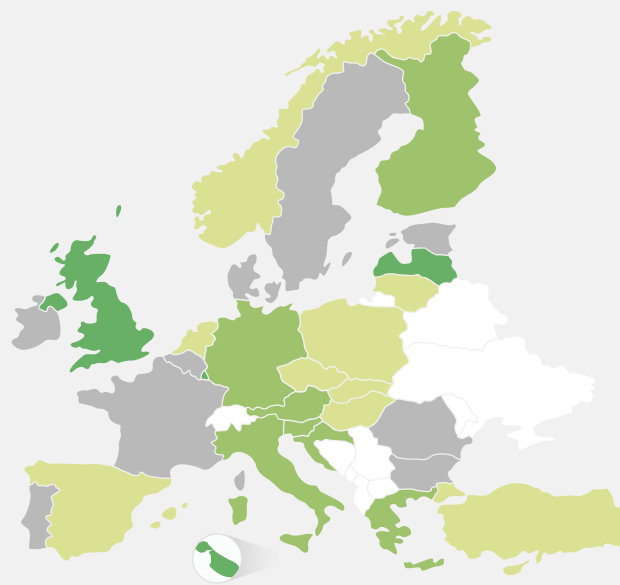
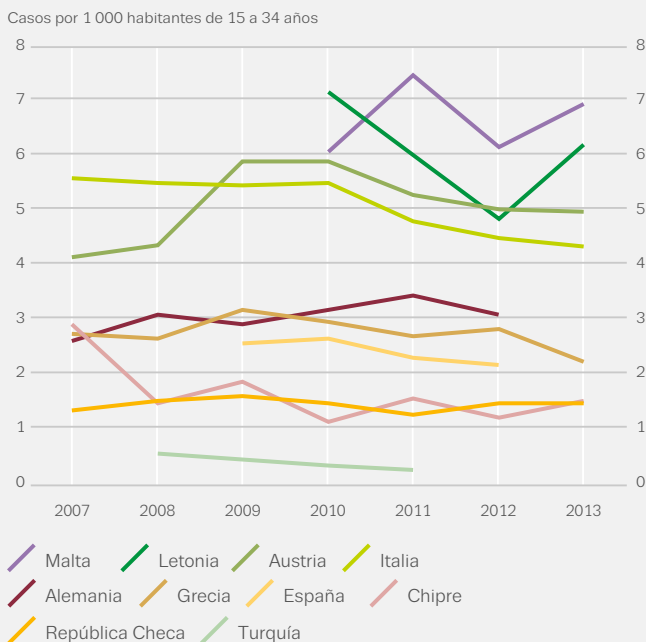
sobre todo dada la fluidez de los cambios en la situación jurídica de las sustancias. Con todo, la encuesta Flash Eurobarómetro sobre jóvenes y drogas de 2014, una encuesta telefónica de 13 128 adultos jóvenes de 15 a 24 años de edad de los 28 Estados miembros, arroja algo de luz al consumo de estas sustancias. En respuesta a una pregunta sobre percepción de la disponibilidad, más de dos tercios de los encuestados pensaba que sería difícil o imposible conseguir «euforizantes legales» (definidos como sustancias nuevas que imitan los efectos de las drogas ilegales). Aunque se trataba principalmente de una encuesta de actitudes, el Eurobarómetro incluyó una pregunta sobre el consumo de tales «euforizantes legales». En la actualidad, estos datos representan la única fuente de información de toda la UE al respecto, aunque por motivos metodológicos se requiere precaución en la interpretación de los resultados. En general, el 8 % de los encuestados indicaron que, en algún momento de su vida, habían consumido «euforizantes legales», y un 3 % afirmaron haberlos tomado en el último año (gráfico 2.8). Esto representa un aumento con respecto al 5 % que afirmó haberlos consumido en algún momento de su vida en una encuesta similar en 2011. Los niveles más altos de consumo en el último año correspondieron a jóvenes de Irlanda (9 %), mientras que no se notificó el consumo de «euforizantes legales» en el último año en las muestras de Chipre y Malta. De los que confirmaron su consumo en el último año, el 68 % habían conseguido la sustancia a través de un amigo.

Es interesante considerar los resultados del Eurobarómetro junto con los de otras encuestas, aunque hay que aclarar que se emplean diferentes métodos y preguntas. Nueve países europeos han notificado estimaciones nacionales de consumo de nuevas sustancias psicotrópicas o «euforizantes legales» (sin incluir la ketamina ni el GHB), desde 2011. La prevalencia en el último año del consumo de estas sustancias entre adultos jóvenes (de 15 a 24 años) oscila del 9,7 % en Irlanda al 0,2 % en Portugal. Cabe destacar que en estos dos países se han introducido medidas para restringir la disponibilidad directa de «euforizantes legales» mediante el cierre de las tiendas que vendían estos productos. Se dispone de datos de la encuesta del Reino Unido (Inglaterra y Gales) sobre el consumo de mefedrona. En la última encuesta (2013/2014), se estimó un consumo en el último año de esta droga entre jóvenes de 16 a 24 años del 1,9 %; esta cifra era estable en comparación con la del año anterior, pero había bajado respecto al 4,4 % de 2010/2011, antes de que se introdujeran las medidas de control.

La administración por vía parenteral de catinonas sintéticas, aunque no es un fenómeno muy extendido, continúa notificándose en determinadas poblaciones, como los consumidores de opioides inyectables, los pacientes en tratamiento de drogodependencia en determinados países y pequeñas poblaciones de hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres. Se

GRÁFICO 2.9

Estimaciones nacionales de la prevalencia en el último año del consumo de opioides de alto riesgo: tendencias (izquierda) y últimos datos (derecha)



Tasa por 1 000 0,0–2,5 2,51–5,0 >5,0 No hay datos

ha notificado un aumento de la demanda de tratamiento asociada a los problemas del consumo de catinonas sintéticas en Hungría, Rumanía y el Reino Unido. En el Reino Unido (Inglaterra), el número de consumidores que iniciaron el tratamiento por primera vez que notificaron algún tipo de consumo de mefedrona aumentó de 900 a 1 630 entre 2011/2012 y 2012/2013, estabilizándose en 1 641 en 2013/2014.

**Opioides: 1,3 millones de consumidores problemáticos**

El consumo ilegal de opioides sigue siendo responsable de unas tasas desproporcionadamente elevadas de mortalidad y de morbilidad por consumo de drogas en Europa. El opioide más consumido en Europa es la heroína, que puede fumarse, esnifarse o administrarse por vía parenteral. Se realiza un consumo abusivo también de otros opioides sintéticos, como buprenorfina, metadona y fentanilo.

La prevalencia media del consumo de alto riesgo de opioides entre adultos (de 15 a 64 años) se estima en el 0,4 % (4 por cada 1 000 habitantes), lo que supone 1,3 millones de consumidores problemáticos en Europa en 2013. La estimación de la prevalencia del consumo de opioides de alto riesgo varía de un país a otro de menos de uno a casi ocho casos por 1 000 habitantes de 15 a 64 años. Diez países presentan estimaciones repetidas de consumo de opioides de alto riesgo entre 2006 y 2013, y muestran tendencias relativamente estables (gráfico 2.9).

Los consumidores de opioides, sobre todo heroína, como droga principal representan el 46 % de todos los consumidores de drogas que iniciaron tratamiento especializado en 2013 en Europa (175 000) y el 20 % de los que iniciaron tratamiento por primera vez (31 000). El número de los nuevos consumidores de heroína se ha reducido a menos de la mitad, desde el máximo de 59 000 en 2007 se pasó a 23 000 en 2013. En general, parece que se ha reducido la iniciación en el consumo de heroína y que esto repercute ahora en la demanda de tratamiento.

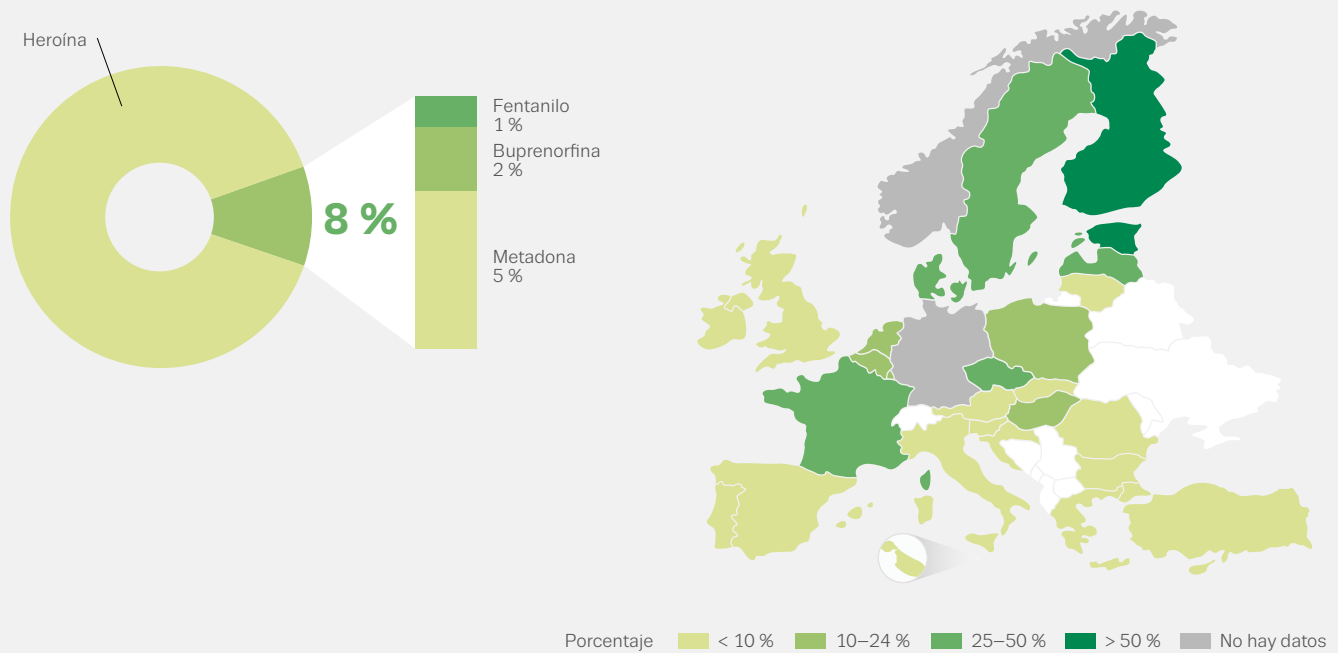
**Opioides distintos de la heroína: un motivo de preocupación cada vez mayor**

En poco más de un tercio (11) de los países europeos, más del 10 % de todos los consumidores de opioides que iniciaron servicios especializados de tratamiento en 2013 fueron tratados por problemas relacionados principalmente con opioides diferentes a la heroína (gráfico 2.10). Entre estas sustancias se encuentran la metadona, la buprenorfina y el fentanilo. En general, la metadona es el opioide aparte de la heroína cuyo consumo más se notifica, seguida de la buprenorfina; estas drogas suponen el 60 % y el 30 % respectivamente de todas las

**El opioide más consumido en Europa es la heroína**

## GRÁFICO 2.10

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



demandas de tratamiento de consumidores cuyo principal problema con las drogas guarda relación con opioides diferentes a la heroína. En algunos países, otros opioides representan ahora la forma más común de consumo problemático de opioides. En Estonia, por ejemplo, la mayoría de quienes iniciaron tratamiento por un opioide como droga principal tomaban fentanilo ilegal, mientras que en Finlandia, la mayoría de los consumidores de opioides indican que consumen buprenorfina como droga principal.

### Consumidores de opioides de alto riesgo: una población que envejece

Son evidentes dos tendencias entre los consumidores de opioides que inician tratamiento: su número se reduce y la edad media aumenta (gráfico 2.11). Entre 2006 y 2013, la edad media de consumidores que iniciaron tratamiento por problemas relacionados con el consumo de opioides aumentó en 5 años. Durante el mismo periodo, la edad media de muertes inducidas por drogas (principalmente relacionadas con opioides) aumentó de 33 a 37 años. Un número significativo de consumidores problemáticos en Europa con antecedentes de consumo de varias drogas a largo plazo tienen ahora entre 40 y 50 años de edad. Un historial de mala salud, unas malas condiciones de vida, el consumo de tabaco y alcohol y el deterioro relacionado con la edad del sistema inmunitario exponen a estos

## GRÁFICO 2.11

Tendencias en la estructura de edad de los consumidores que inician tratamiento, por drogas principales, 2006 y 2013

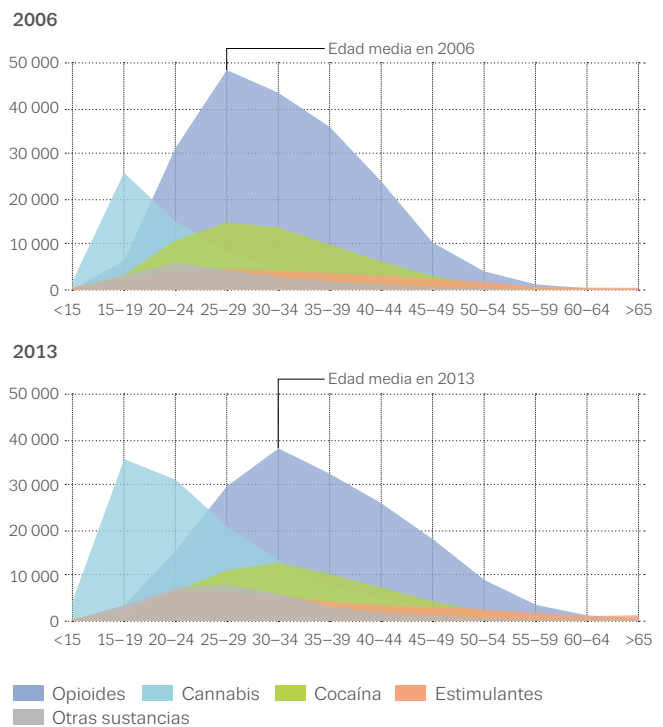


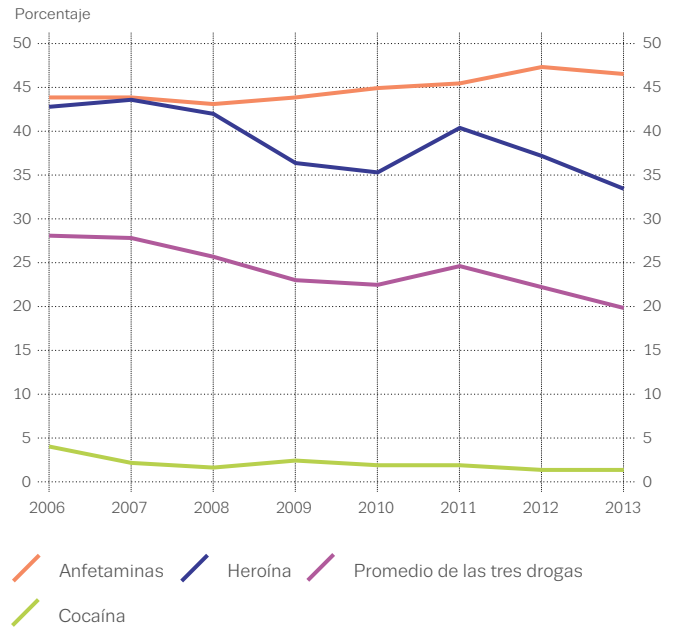
GRÁFICO 2.12

consumidores a un amplio abanico de problemas crónicos de salud, por ejemplo, problemas cardiovasculares y pulmonares por el consumo continuo de tabaco y drogas por vía parenteral. Los consumidores de heroína a largo plazo informan asimismo de dolor crónico, al tiempo que la infección por el virus de la hepatitis puede aumentar el riesgo de cirrosis u otros problemas hepáticos. Los efectos acumulativos del consumo de varias drogas, la sobredosis y las infecciones durante muchos años aceleran el envejecimiento físico entre estos consumidores, con la consiguiente necesidad de una mayor actuación de los servicios de tratamiento y apoyo social.

**Consumo de drogas por vía parenteral: disminución a largo plazo**

Los consumidores de drogas por vía parenteral se cuentan entre los colectivos con mayor riesgo de sufrir daños por esta causa, como infecciones transmitidas por la sangre o sobredosis. La vía parenteral se asocia generalmente al consumo de opioides, aunque en algunos países constituye un problema importante la administración de anfetaminas por esta vía. Se dispone de estimaciones recientes de la prevalencia de la administración de drogas por vía parenteral en 14 países, en los que las cifras oscilan desde menos de uno hasta más de nueve casos por 1 000 habitantes de 15 a 64 años.

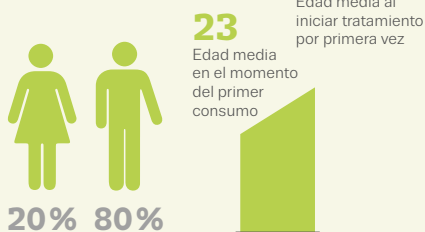
**Consumidores que inician tratamiento por primera vez y notifican la vía parenteral como principal vía de administración de su droga principal**



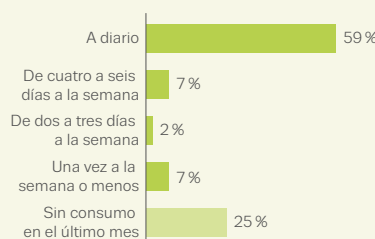
Entre los consumidores que iniciaron tratamiento especializado por primera vez siendo las anfetaminas la droga principal, el 46 % señaló la vía parenteral como principal vía de administración, observándose una tendencia general estable (gráfico 2.12). Cada año, más

CONSUMIDORES DE HEROÍNA QUE INICIAN TRATAMIENTO

Características



Frecuencia de consumo en el último mes



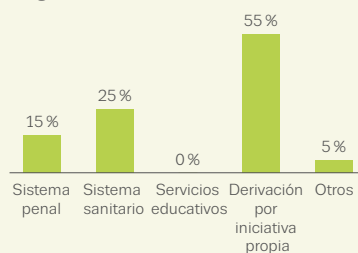
Consumidores que inician tratamiento por primera vez

18%

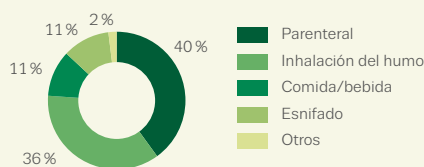


Consumidores que inician tratamiento tratados previamente 82%

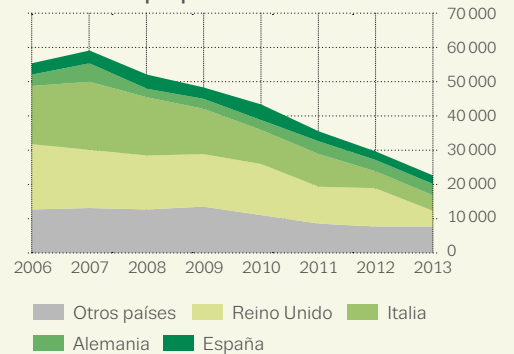
Origen de la derivación



Vía de administración



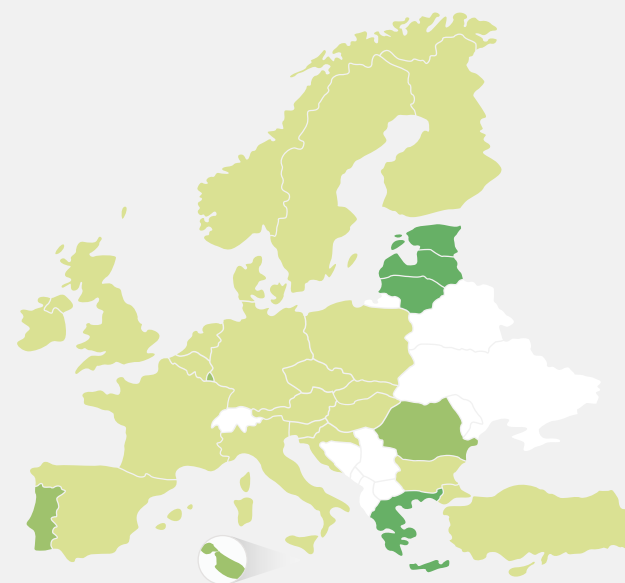
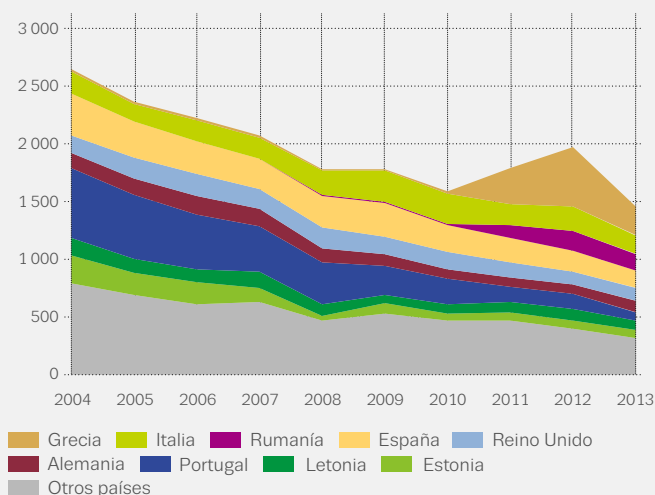
Tendencias en los consumidores que inician tratamiento por primera vez



Nota: Las características se refieren al conjunto de los consumidores que iniciaron tratamiento siendo la heroína la droga principal. Las tendencias se refieren a los consumidores que iniciaron tratamiento por primera vez siendo la heroína la droga principal. Los países comprendidos varían en función del indicador. Origen de la derivación: el «sistema penal» incluye los tribunales, la policía y el servicio de libertad condicional; el «sistema sanitario» incluye los médicos de medicina general, otros centros de tratamiento de drogodependencia y los servicios sanitarios, médicos y sociales; la «derivación por iniciativa propia» incluye el consumidor, sus familiares y amigos.

## GRÁFICO 2.13

Nuevos casos diagnosticados de VIH relacionados con el consumo de drogas por vía parenteral: tendencias en número de casos (izquierda) y últimos datos (derecha)



Casos por millón de habitantes <5,0 5,1-10,0 >10,0

Nota: Datos correspondientes a 2013 (fuente: ECDC).

del 70 % de estos casos se notifican en la República Checa, donde la tendencia muestra un aumento. En el resto de los países europeos, la vía parenteral como principal vía de administración en los nuevos consumidores de anfetaminas es cada vez menos frecuente. Entre los consumidores que inician tratamiento por primera vez que indican la heroína como droga principal, el 33 % señaló la vía parenteral como principal vía de administración, lo que supuso una reducción desde el 43 % de 2006. Las cifras varían de unos países a otros, desde menos del 8 % en los Países Bajos hasta el 100 % en Lituania. Si tomamos las tres principales drogas administradas por vía parenteral, entre los consumidores que inician tratamiento por primera vez en Europa, la vía parenteral como principal vía de administración se redujo del 28 % en 2006 al 20 % en 2013.

### Disminuyen los nuevos casos de VIH entre consumidores por vía parenteral al frenarse el brote de Grecia

La administración de drogas por vía parenteral continúa desempeñando un papel esencial en la transmisión de infecciones transmitidas por la sangre, como el virus de la hepatitis C (VHC) y, en algunos países, el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Entre todos los casos de VIH notificados en Europa en los que se conoce la vía de

transmisión, el porcentaje atribuible al consumo de drogas por vía parenteral ha permanecido bajo y estable (menos del 8 % durante la última década).

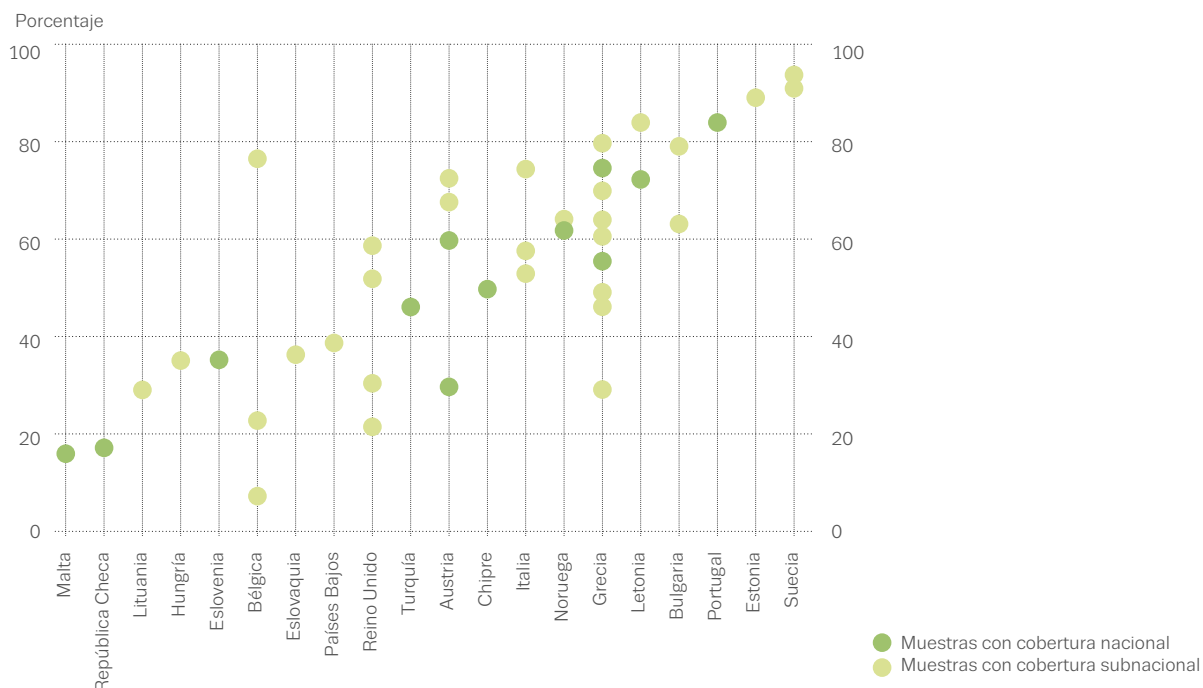
Las últimas cifras muestran que el aumento del número de nuevos diagnósticos de VIH en Europa, debido a los brotes en Grecia y Rumanía, se ha interrumpido y que el total de la UE ha descendido hasta los niveles anteriores a esos brotes (gráfico 2.13). Las cifras provisionales correspondientes a 2013 muestran 1 458 nuevos casos notificados, en comparación con los 1 974 casos en 2012, invirtiéndose así la tendencia al alza observada desde 2010. Esta caída se explica en gran parte por las reducciones en Grecia, donde el número de casos nuevos ha descendido a menos de la mitad de 2012 a 2013, y en menor medida, en Rumanía. Aunque los brotes parecen haber alcanzado un nivel máximo en estos dos países, el número de nuevos diagnósticos en 2013 es al menos 10 veces superior al nivel previo al brote de 2010.

En 2013, la tasa media de nuevos diagnósticos de VIH notificados atribuidos a la administración de drogas por vía parenteral fue de 2,5 por millón de habitantes, observándose en tres Estados Bálticos tasas de 8 a 22 veces superiores a la media de la UE. En otros países que en el pasado tuvieron períodos con elevadas tasas de infección, como España y Portugal, las tasas de nuevos diagnósticos siguen descendiendo.



GRÁFICO 2.14

Prevalencia de anticuerpos del VHC entre los consumidores de drogas por vía parenteral, 2012/2013



El diagnóstico precoz y un tratamiento apropiado y oportuno son factores importantes para evitar que la infección por VIH evolucione a SIDA. En 2013, se notificaron 769 casos nuevos de SIDA en Europa atribuibles al consumo de drogas por vía parenteral. Las cifras relativamente altas de nuevos diagnósticos procedentes de Bulgaria, Letonia, Grecia y Rumanía indican la necesidad de reforzar la prevención del SIDA y las respuestas al tratamiento del VIH en estos países.

La mortalidad relacionada con la infección por el VIH es la causa indirecta mejor documentada de muerte entre los consumidores de drogas. La estimación más reciente indica que en 2010 murieron en Europa cerca de 1 700 personas por infección por el VIH/SIDA atribuible a la administración de drogas por vía parenteral, y la tendencia es descendente.

**Hepatitis y otras infecciones asociadas al consumo de drogas**

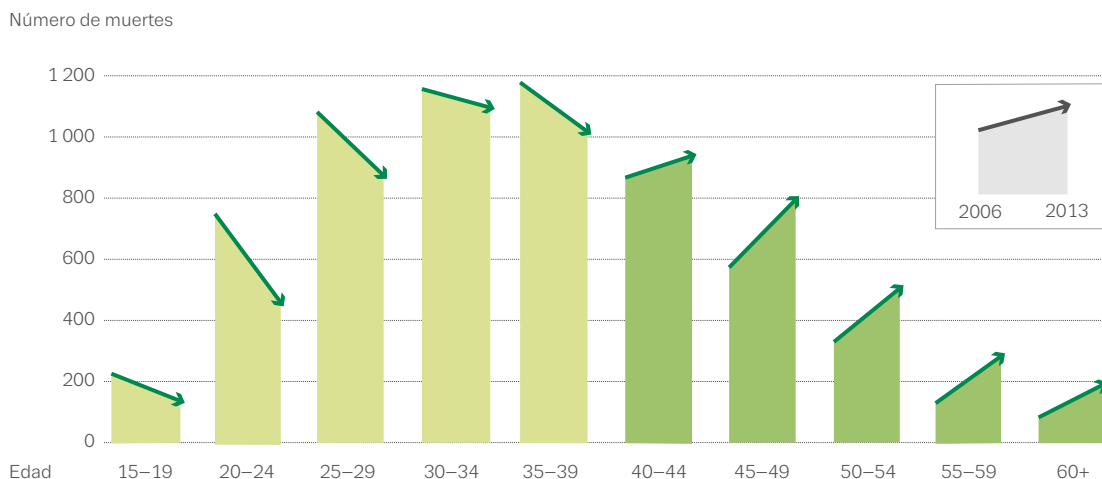
La hepatitis vírica, en particular la causada por el virus de la hepatitis C (VHC), tiene una elevada prevalencia entre los consumidores de drogas por vía parenteral en Europa. Este hecho puede tener importantes consecuencias a largo plazo, ya que la infección por el VHC, que a menudo empeora por el consumo excesivo de alcohol, presenta una alta probabilidad de aumentar el número de casos de cirrosis, cáncer de hígado y muerte entre los consumidores de drogas por vía parenteral.

Los niveles de anticuerpos del VHC en las muestras nacionales de consumidores de drogas por vía parenteral en 2012–2013 variaban entre el 14 % y el 84 %, aunque cinco de los 10 países que disponían de datos nacionales notificaron niveles superiores al 50 % (gráfico 2.14). Entre los países que disponían de datos de tendencias nacionales durante el período 2006–2013, solo en Noruega se observó una disminución de la prevalencia del VHC entre los consumidores de drogas por vía parenteral, mientras que en otros seis se apreció un aumento.

El consumo de drogas puede ser un factor de riesgo de otras enfermedades infecciosas, como hepatitis A y B, enfermedades de transmisión sexual, tuberculosis, tétanos y botulismo. En Europa se han notificados casos esporádicos de botulismo por heridas entre consumidores de drogas por vía parenteral. En Noruega se notificaron seis casos confirmados entre septiembre y noviembre de 2013. En diciembre de 2014 se identificaron dos grupos de casos (en Noruega y Escocia), que comenzaron a investigarse en 2015.

## GRÁFICO 2.15

## Número de muertes inducidas por drogas por grupos de edad en 2006 y en 2013



### Muertes relacionadas con las drogas

El consumo de drogas es una de las principales causas de mortalidad entre los jóvenes en Europa, tanto directamente por sobredosis (muertes inducidas por drogas) como indirectamente por enfermedades y accidentes relacionados con las drogas, actos de violencia y suicidios. La mayoría de los estudios de cohortes de consumidores problemáticos de drogas muestran tasas de mortalidad en el intervalo del 1—2 % por año y se ha estimado que anualmente mueren en Europa entre 10 000 y 20 000 consumidores de opioides. En términos generales, los consumidores de opioides tienen una probabilidad al menos 10 veces mayor de morir que las demás personas de su edad y sexo. Un estudio multicéntrico reciente del EMCDDA, con datos procedentes de nueve países europeos, observó que la mayoría de las muertes entre consumidores problemáticos de drogas son prematuras y evitables. Se registraron 2 886 muertes en una muestra de más de 31 000 participantes, con una tasa de mortalidad anual general del 14,2 por 1 000. Se identificó la causa de la muerte en el 71 % de los casos. La mitad de las muertes se debieron a causas externas, la mayoría por sobredosis y, en menor medida, a suicidio, y la otra mitad a causas somáticas, como VIH/SIDA y enfermedades circulatorias y respiratorias.

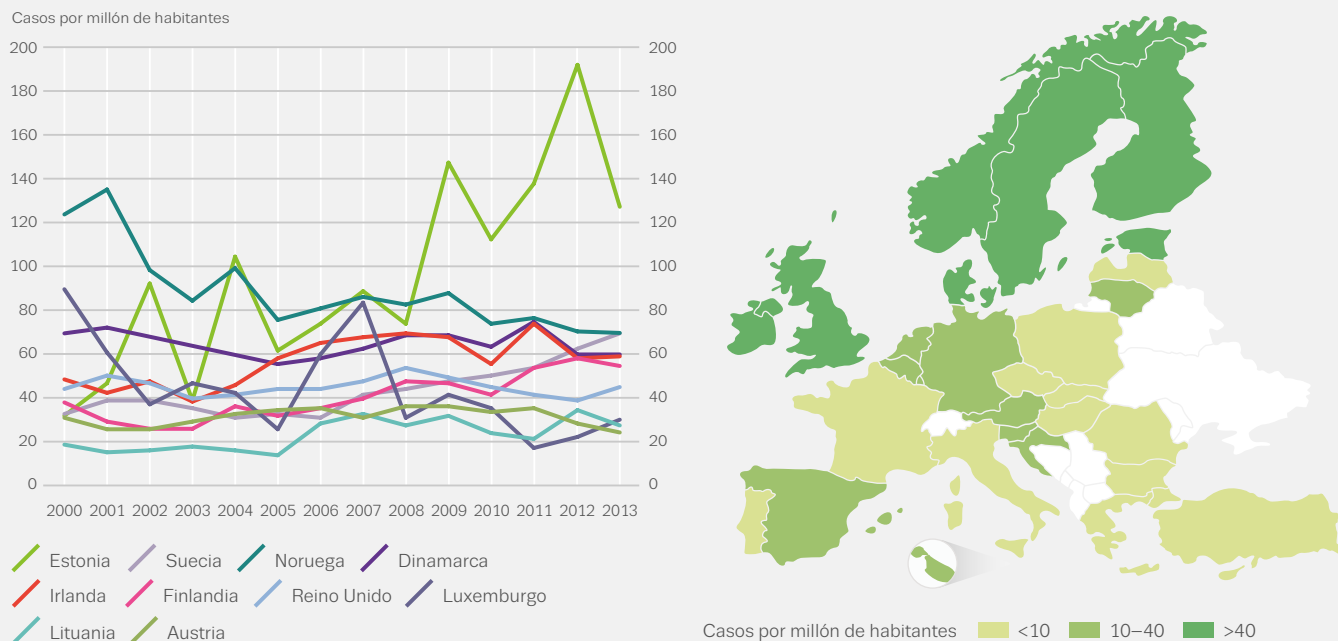
### Muertes por sobredosis: aumento reciente en algunos países

En general, la sobredosis de drogas continúa siendo la principal causa de muerte entre los consumidores problemáticos de drogas y más de tres cuartas partes de las víctimas de sobredosis son hombres (78 %). Aunque las muertes entre personas muy jóvenes suelen ser motivo de preocupación, solo el 8 % de las muertes por sobredosis que se notificaron en Europa en 2013 se produjeron en menores de 25 años. Entre 2006 y 2013 puede observarse una pauta de reducción del número de muertes por sobredosis entre consumidores jóvenes de drogas y un aumento entre consumidores de mayor edad (gráfico 2.15). Se refleja así el envejecimiento de la población europea que consume opioides, que es la que se encuentra en mayor riesgo de muerte por sobredosis de drogas.

La mayoría de los países notificaron una tendencia al alza de las muertes por sobredosis desde 2003 hasta aproximadamente 2008/2009, cuando los niveles se estabilizaron primero y luego comenzaron a disminuir. Es necesaria cierta precaución al interpretar los datos de sobredosis, sobre todo el total acumulado de la UE, por diferentes motivos, como la infranotificación sistemática en algunos países y la aplicación de procedimientos de registro que provocan retrasos de la información, tanto en lo que respecta a los totales nacionales como al número de casos. Debido a estos retrasos, el total de la UE correspondiente al año actual debe considerarse como un valor provisional, sujeto a la revisión de los nuevos datos de que se disponga. La estimación de la UE para 2013 es un mínimo de 6 100 muertes, lo que supone un ligero aumento desde las cifras revisadas de 2012. Preocupa

GRÁFICO 2.16

Tasas de mortalidad inducida por drogas entre adultos (15–34): tendencias seleccionadas (izquierda) y datos más recientes (derecha)



Nota: Tendencias en diez países que notificaron las tasas más elevadas en 2013.

especialmente el aumento que se observa en la mayoría de los datos recientes procedentes de varios países con sistemas de información relativamente sólidos, como Alemania, Suecia y el Reino Unido. También en Turquía se advierte un aumento, pero es posible que, en parte, se deba a una mejora en la información.

La heroína o sus metabolitos aparecen en la mayoría de las sobredosis mortales notificadas en Europa, a menudo en combinación con otras sustancias. En el Reino Unido (Inglaterra) y Turquía, el aumento en las muertes notificadas se debe en gran parte a muertes relacionadas con la heroína. Además de la heroína, otros opioides, como metadona, buprenorfina, fentanilos y tramadol, suelen aparecer en los informes toxicológicos, y estas sustancias están relacionadas con una parte sustancial de muertes por sobredosis en algunos países.

Para 2013, la tasa de mortalidad media por sobredosis en Europa se estimó en 16 casos por un millón de habitantes de 15 a 64 años de edad. Las tasas nacionales varían considerablemente y dependen de factores como la prevalencia y las pautas de consumo de drogas, en particular la administración por vía parenteral y el consumo de opioides, las características de la población consumidora de drogas, la disponibilidad y pureza de las drogas, las prácticas de notificación y la prestación de servicios. Se notificaron tasas de más de 40 muertes por un millón de habitantes en siete países, siendo las más

altas las correspondientes a Estonia (127 por millón), Noruega (70 por millón) y Suecia (70 por millón) (gráfico 2.13). Aun cuando las diferencias nacionales en las prácticas de codificación y notificación, así como la posible infranotificación, dificultan la comparación entre países, resulta muy útil realizar un análisis de tendencias a lo largo del tiempo en los países concretos. Se han observado mejoras recientes en la tasa de mortalidad por sobredosis en Estonia, aunque esta continúa siendo ocho veces más elevada que la media de la UE. En ese país, las muertes por sobredosis están relacionadas en su mayoría con la administración por vía parenteral de fentanilos (opioides muy potentes).

**La heroína o sus metabolitos aparecen en la mayoría de las sobredosis mortales notificadas en Europa**

### Nuevas drogas: cada vez más vinculadas con daños y muertes relacionadas con drogas

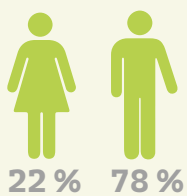
En general, existen cada vez más pruebas del papel que desempeñan las nuevas sustancias psicotrópicas en las urgencias hospitalarias y en algunas muertes inducidas por drogas en Europa. En 2014, el Sistema de alerta rápida de la UE emitió 16 advertencias relacionadas con nuevas sustancias sometidas a su supervisión, muchas de ellas preocupantes por causar acontecimientos adversos graves, como muertes. Un análisis reciente realizado por la European Drug Emergencies Network, que controla los cuadros clínicos de urgencias en centros de 10 países europeos, observó que el 9 % de todas las urgencias relacionadas con drogas tenían que ver con sustancias psicotrópicas, principalmente catinonas. Además, el 12 % de todos los cuadros clínicos se debieron a GHB o GBL y el 2 % a la ketamina.

Informes recientes de efectos adversos graves para la salud asociados a cannabinoides sintéticos indican que el consumo de estas sustancias produce en algunos casos tales efectos, incluida la muerte. Una revisión de 2015 notificó que los efectos adversos para la salud más comunes asociados a cannabinoides sintéticos son taquicardia, agitación extrema y alucinaciones.

A menudo, resulta complicado evaluar la importancia toxicológica de una sustancia concreta en una muerte, tanto más cuanto que en la mayoría de las muertes inducidas por drogas se han consumido varias sustancias. Estos problemas se acentúan en el caso de drogas nuevas, cuya detección puede resultar difícil y es posible que no estén incluidas en las herramientas de detección utilizadas habitualmente. A pesar de estas limitaciones, disponemos de algunos datos. En Hungría, por ejemplo, se detectaron nuevas sustancias psicotrópicas en cerca de la mitad de las muertes inducidas por drogas notificadas en 2013 (14 de 31 casos), todas combinadas con otras sustancias. El Sistema de alerta rápida también recopiló informes de casos en el marco de la evaluación de riesgo de nuevas drogas. Estos datos indican el papel que algunas sustancias psicotrópicas nuevas pueden desempeñar en la morbilidad relacionada con drogas: por ejemplo, se observó la presencia de la catinona sintética MDPV, la primera que se detectó en 2008, en 99 muertes en la evaluación de riesgos que se hizo de ella en 2014.

## MUERTES INDUCIDAS POR DROGAS

### Características



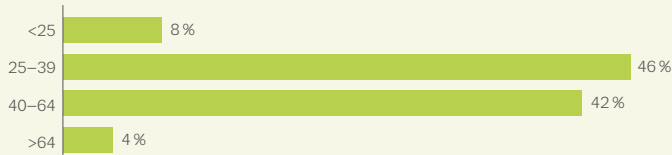
Edad media en el momento de la muerte

37

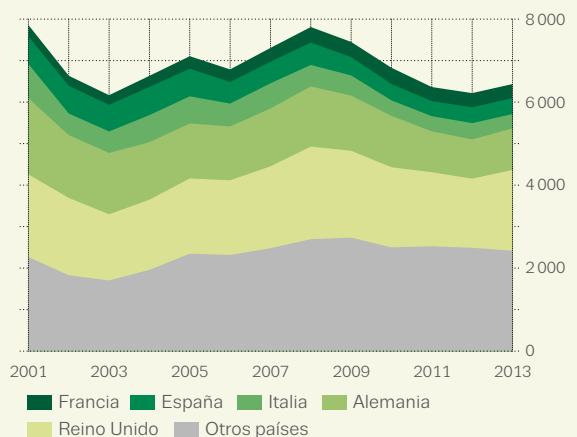
Muertes con opioides presentes



### Edad en el momento de la muerte



### Tendencias en las muertes por sobredosis



**PARA SABER MÁS**

**Publicaciones del EMCDDA**

**2015**

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

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

**2014**

Injection of cathinones, Perspectives on Drugs.

**2013**

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

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

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

**2012**

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

Fentanyl in Europe. EMCDDAOEDT Trendspotter study.

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

**2011**

Mortality related to drug use in Europe, Selected issue.

**2010**

Problem amphetamine and methamphetamine use in Europe, Selected issue.

Trends in injecting drug use in Europe, Selected issue.

**2009**

Polydrug use: patterns and responses, Selected issue.

**2008**

A cannabis reader: global issues and local experiences, volume 2, part I: Epidemiology, and Part II: Health effects of cannabis use, Monographs.

**Publicaciones conjuntas del EMCDDA y ESPAD**

**2012**

Summary of the 2011 ESPAD report.

**Publicaciones conjuntas del EMCDDA y el ECDC**

**2012**

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

**Todas las publicaciones están disponibles en [www.emcdda.europa.eu/publications](http://www.emcdda.europa.eu/publications)**

# 3

**En este capítulo se exponen  
las políticas e intervenciones  
destinadas a prevenir,  
tratar y reducir los daños relacionados  
con el consumo de drogas**

# Respuestas sanitarias y sociales a los problemas de las drogas

En este capítulo se exponen las políticas e intervenciones destinadas a prevenir, tratar y reducir los daños relacionados con el consumo de drogas. Se trata de conocer qué países han adoptado enfoques comunes, cuáles de estos se basan en datos reales y si la prestación de servicios coincide con la necesidad estimada. Los principales ámbitos de las políticas que se supervisan a escala europea son los relativos a las estrategias y planes de acción nacionales en materia de drogadicción, los presupuestos relacionados con las drogas y las estimaciones de gasto público.

## Supervisión de las respuestas sanitarias y sociales

Los datos utilizados proceden de los puntos focales del Reitox y su grupo de expertos, junto con informes sobre la demanda de tratamiento, el tratamiento de sustitución de opioides y el suministro de agujas y jeringas. Evaluaciones de expertos aportan información complementaria sobre la disponibilidad de servicios, tema sobre el que no se dispone de conjuntos más formalizados de datos. Se tienen en cuenta también distintas revisiones de las pruebas científicas disponibles sobre la eficacia de las intervenciones de salud pública.

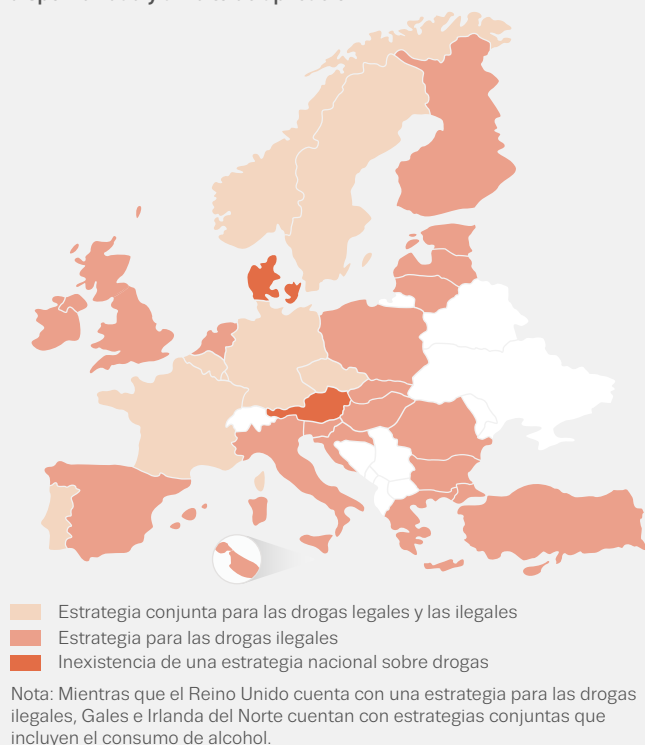
Puede encontrarse información de apoyo en el sitio web del EMCDDA en Health and social responses profiles, el Boletín estadístico, el Best practice portal y European drug policy and law.

## Estrategias sobre drogas a escala nacional y municipal

La Estrategia europea sobre drogas de 2013–2020 y sus correspondientes planes de acción ofrecen un marco para la adopción de respuestas coordinadas ante los problemas de drogas en Europa. A escala nacional, se refleja en las correspondientes estrategias sobre drogas, marcos presupuestarios y planes nacionales. Los documentos correspondientes, de duración limitada, suelen contener un conjunto de principios generales, objetivos y

## GRÁFICO 3.1

## Estrategias y planes de acción nacionales sobre drogas: disponibilidad y ámbito de aplicación



prioridades, y especifican las medidas y los responsables de su aplicación. Todos los países cuentan ahora con una política nacional sobre drogas que, excepto en dos casos, se recoge en un documento nacional de estrategia. Las excepciones son Austria, donde la estrategia sobre drogas está recogida en planes regionales, y Dinamarca, donde la cuestión se aborda en diferentes medidas y documentos normativos. Ocho países han adoptado estrategias nacionales y planes de acción que abarcan las drogas legales e ilegales (gráfico 3.1). En varios países, se ha llevado a cabo una evaluación de las estrategias sobre drogas y los planes de acción. El objetivo que se persigue con ella es, por lo general, evaluar los cambios en la situación general de las drogas, así como el nivel de implantación logrado.

Corresponde a las autoridades municipales de Europa, en general, la tarea de coordinar la política local sobre drogas, en algunos casos con presupuestos específicos. En muchos países, existen además documentos de planificación estratégicos para apoyar la aplicación de las políticas. Un estudio reciente del EMCDDA informó sobre la existencia de 10 capitales con estrategias especiales sobre drogas y, en algunos casos, el plan de acción correspondiente. Algunas de estas estrategias contaban con una amplia cobertura, mientras que otras se centraban en un problema específico, como las muertes por sobredosis, el consumo de GHB o problemas vinculados con el consumo de drogas en lugares públicos. En algunas

ciudades sin una estrategia específica sobre drogas, los objetivos de la política en esta materia figuraban en estrategias locales más amplias de reducción de la delincuencia o de sanidad. En otras, las cuestiones relativas a las drogas se abordaban en documentos más generales de política nacional o regional.

### La austeridad afecta a la financiación de las intervenciones sanitarias

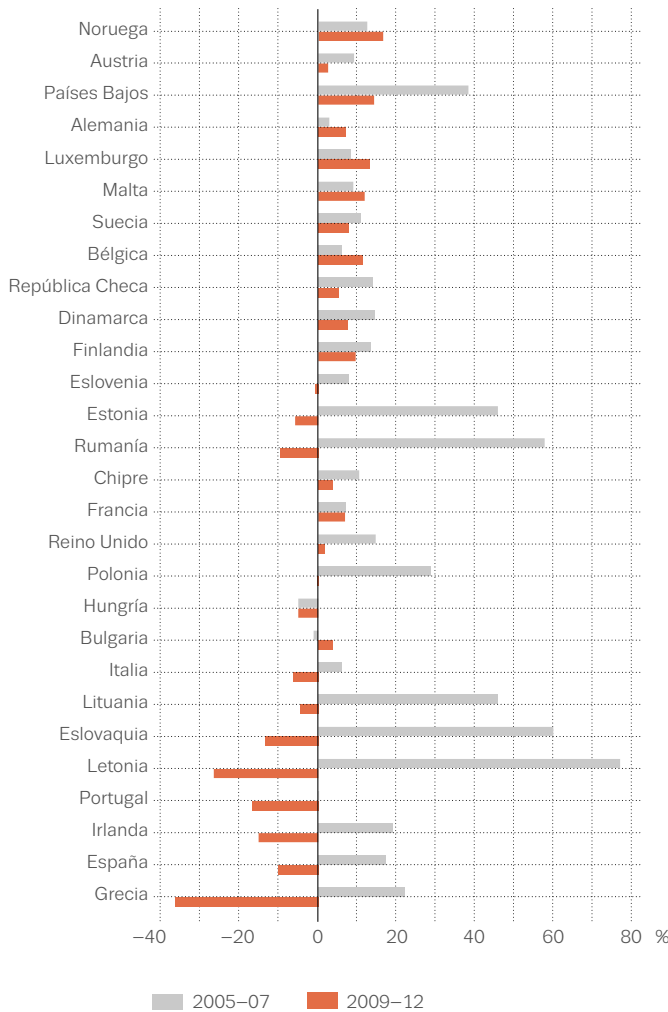
La información disponible sobre el gasto público relacionado con las drogas en Europa, tanto a escala local como nacional, sigue siendo escasa y heterogénea. En los 18 países que han elaborado estimaciones en los últimos 10 años, el gasto público relacionado con las drogas se estima entre el 0,01 % y el 0,5 % del producto interior bruto, suponiendo las intervenciones sanitarias entre el 24 % y el 73 % de esa cifra. Las diferencias en el alcance y la calidad de las estimaciones dificulta la comparación del gasto público relacionado con las drogas entre diferentes países.

Tras la recesión económica de 2008, muchos gobiernos europeos aplicaron medidas de saneamiento presupuestario, a las que se suele hacer referencia como medidas de austeridad. El alcance de la desaceleración de la economía, su impacto y el ritmo y escala de las medidas fiscales adoptadas variaron notablemente de un país a otro. En muchos países, las medidas de austeridad dieron lugar a reducciones en el gasto público en las categorías de actividades gubernamentales que incluyen la mayor parte de las iniciativas relacionadas con las drogas. El análisis realizado por el EMCDDA indica que, en general, los mayores recortes se registraron más frecuentemente en el sector de la salud que en otros ámbitos, como el orden público y la seguridad o la protección social. Los datos correspondientes al periodo de 2009 a 2012 muestran una reducción en el gasto público en salud en la mayoría de los países en comparación con el periodo anterior a la recesión de 2005 a 2007, con reducciones superiores a 10 puntos porcentuales en muchos casos, a precios constantes (gráfico 3.2). Puesto que el gasto sanitario relacionado con las drogas representa una pequeña parte del gasto en salud pública total (a menudo menos del 1 %), las tendencias en la financiación relacionada con las drogas no pueden deducirse directamente de estos datos. Sin embargo, es probable que las reducciones en los fondos asignados a sanidad afecten negativamente a las iniciativas relacionadas con las drogas y el informe del EMCDDA indica que los fondos para investigación relacionada con las drogas y actividades de prevención pueden verse especialmente afectados.



GRÁFICO 3.2

Crecimiento acumulado estimado del gasto público en sanidad (2005–2007 y 2009–2012), a precios constantes



Fuente: Eurostat

Prevenición del consumo de drogas entre jóvenes

La prevención del consumo de drogas entre jóvenes y los problemas relacionados es un objetivo clave de las políticas y uno de los pilares de la Estrategia europea sobre drogas 2013–2020. La prevención de las drogas incluye una amplia gama de enfoques. Las estrategias ambientales y universales se dirigen a poblaciones enteras, la prevención selectiva atiende a grupos vulnerables que pueden estar en riesgo mayor de presentar problemas de consumo de drogas, y la prevención específica se centra en personas en situación de riesgo. Durante la última década ha aumentado el número de normas de calidad que pueden respaldar la realización de intervenciones y la aplicación de buenas prácticas. El European Drug Prevention Quality Standards Project ofrece herramientas para apoyar la aplicación de normas en este ámbito.

La aplicación de algunos métodos de prevención en entornos escolares está respaldada por pruebas relativamente sólidas. Aunque los países informan de una amplia aplicación de la prohibición de fumar en escuelas y de la adopción de políticas escolares sobre drogas, enfoques para los que existen pruebas contrastadas, también se ha notificado la amplia disponibilidad de enfoques de prevención basados únicamente en el suministro de información (gráfico 3.3). Suministrar información relacionada con la salud puede ser importante en términos educativos, pero hay pocas pruebas de que esta forma de prevención afecte a la conducta futura de consumo de drogas.

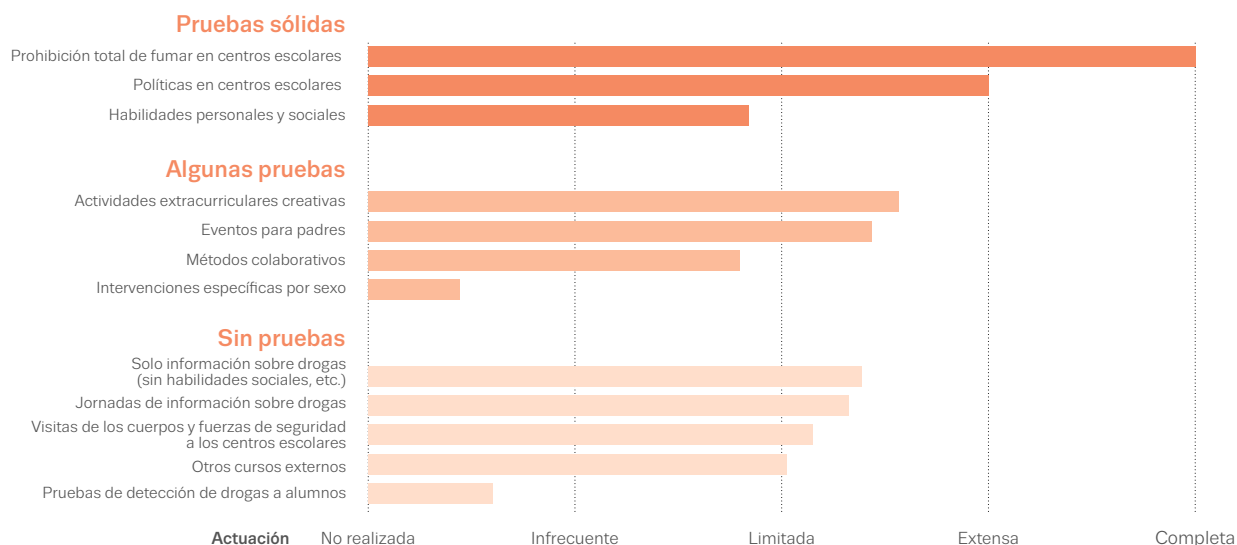
En algunas escuelas se utilizan enfoques de detección precoz e intervención, a menudo basados en el asesoramiento a consumidores jóvenes de sustancias. Un programa canadiense (Preventure), cuyo objetivo son los bebedores jóvenes en busca de sensaciones, ha recibido una evaluación positiva y se ha adaptado para su uso en la República Checa, los Países Bajos y el Reino Unido.

En lo que respecta a la realización de intervenciones de prevención para grupos vulnerables específicos, los enfoques más difundidos son los dirigidos a familias con problemas de consumo de sustancias y las intervenciones para alumnos con problemas académicos y sociales y para jóvenes delincuentes. Un destacado programa en este campo es FreD, un conjunto de intervenciones con un componente manual que se ha aplicado en 15 Estados miembros de la UE. Las evaluaciones que se han hecho del mismo demuestran una reducción de las tasas de reincidencia.

**La prevención del consumo de drogas y los problemas relacionados entre jóvenes es un objetivo clave de las políticas**

## GRÁFICO 3.3

Intervenciones escolares para prevenir el consumo de sustancias: actuaciones y pruebas de su eficacia (promedios europeos basados en evaluaciones de expertos, 2013)



Nota: Las afirmaciones relativas al valor de las pruebas se basan en el Best practice portal del EMCDDA y las UNODC evidence standards.

## Nuevas drogas y nuevos retos

En los países europeos, las respuestas iniciales a la aparición de nuevas sustancias psicotrópicas ha sido fundamentalmente de carácter reglamentario, habiéndose centrado en la lucha contra la oferta mediante el uso de herramientas normativas. Sin embargo, se presta cada vez más atención al desarrollo de actividades centradas en la educación y la prevención, así como de actividades de formación y sensibilización para profesionales. Además, los servicios que trabajan en centros nocturnos y recreativos han tendido a integrar su respuesta a las nuevas sustancias en otros enfoques ya establecidos. Internet es, por otra parte, cada vez más importante como plataforma para el suministro de información y la prestación de asesoramiento. Una novedad ha sido el uso de intervenciones de divulgación por Internet para llegar a nuevos grupos objetivo. Ejemplos al respecto son las iniciativas centradas en el consumidor, como los foros y blogs, que ofrecen información y asesoramiento sobre protección. En algunos casos, estas intervenciones se han vinculado a servicios de control de pastillas y de análisis de drogas, con la difusión de resultados y de mensajes de reducción de daños por Internet.

Actualmente, las nuevas sustancias psicotrópicas no están asociadas en Europa a una demanda importante de tratamiento especializado, aunque en algunos países se está considerando el desarrollo de servicios de este tipo. La aparición de nuevas drogas se ha manifestado de diferentes formas en cada país, que se reflejan en las correspondientes respuestas nacionales. En Hungría y Rumanía, donde se ha notificado la administración de catinonas por vía parenteral, los servicios de intercambio de agujas y jeringas representan un papel importante. En el Reino Unido, donde se ha notificado un consumo importante de mefedrona, hay clínicas especializadas en «drogas de diseño» centradas en este grupo de consumidores y se están elaborando directrices de tratamiento.

**Internet es, por otra parte, cada vez más importante como plataforma para el suministro de información y la prestación de asesoramiento**

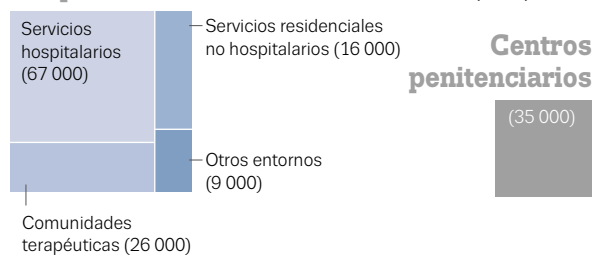
**GRÁFICO 3.4**

Número de consumidores que recibieron tratamiento de drogodependencia en Europa en 2013, por entornos

**Ambulatorio**



**Hospitalario**

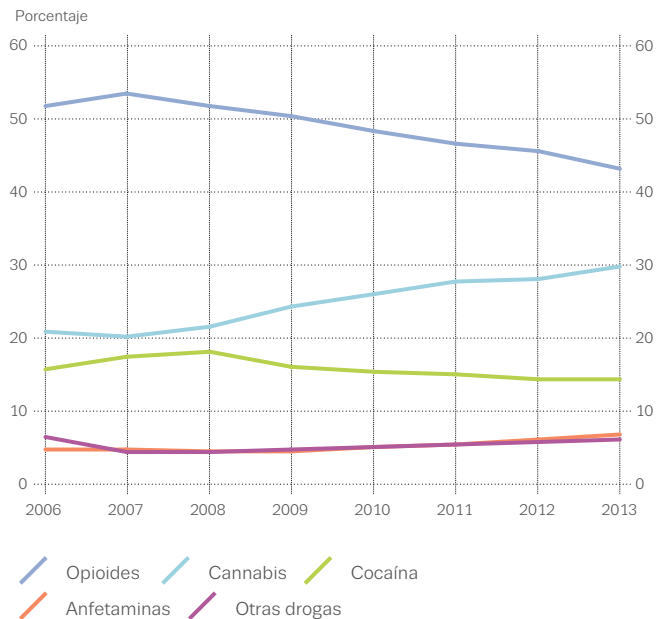


**La mayoría de los tratamientos de drogodependencia se prestan en entornos ambulatorios**

La mayoría de los tratamientos de drogodependencia de Europa se prestan en entornos ambulatorios, siendo los centros ambulatorios especializados los mayores proveedores en términos de consumidores de drogas contactados, seguidos de los centros de atención sanitaria general (gráfico 3.4). Entre estos se incluyen las consultas de médicos de medicina general, que prescriben el tratamiento de sustitución de opioides en algunos países importantes, como Alemania y Francia. Una proporción considerable del tratamiento de drogodependencia se presta, por otra parte, en entornos hospitalarios, como centros hospitalarios (por ejemplo, hospitales psiquiátricos), comunidades terapéuticas y centros de tratamiento residenciales especializados. La importancia respectiva de la prestación ambulatoria y la hospitalaria en los sistemas de tratamiento nacionales varía enormemente de un país a otro. Además, muchos países cuentan con servicios de umbral bajo y, aunque

**GRÁFICO 3.5**

Tendencias en el porcentaje de consumidores que recibieron servicios especializados de tratamiento de la drogodependencia, por drogas principales



muchos de estos no prestan tratamiento estructurado, en algunos casos, como Francia y la República Checa, se consideran parte integrante del sistema de tratamiento nacional.

Se estima que 1,6 millones de personas recibieron tratamiento por el consumo de drogas ilegales en Europa (1,4 millones en la Unión Europea) durante 2013. Este número supera en 0,3 millones a la estimación de 2012. El aumento se debe en parte a la mejora de los métodos de notificación y a la incorporación de nuevos datos, en particular la inclusión de 200 000 consumidores ambulatorios de Turquía.

Los datos sobre comienzo del tratamiento especializado muestran que, después de los consumidores de opioides, los de cannabis y cocaína representan el segundo y el tercer grupo más numerosos que comienzan a recibir estos servicios en la drogodependencia (gráfico 3.5). La principal modalidad de tratamiento utilizada en estos casos son las intervenciones psicosociales.

**La mayoría de los tratamientos de drogodependencia de Europa se prestan en entornos ambulatorios**

## GRÁFICO 3.6

### Tratamiento de sustitución de opioides: sigue siendo la modalidad más común pero descienden las cifras

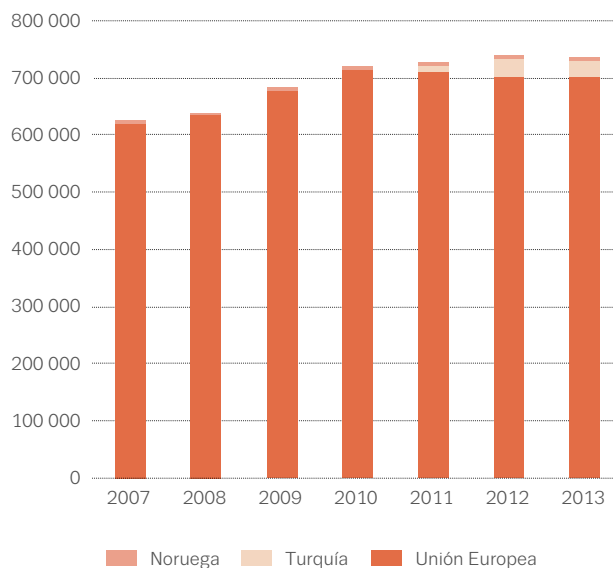
Los consumidores de opioides representan el grupo más numeroso que se somete a tratamiento especializado en Europa y consumen la mayor cantidad de los recursos de tratamiento disponibles. El tratamiento de sustitución, normalmente combinado con intervenciones psicosociales, es la modalidad terapéutica más frecuente en caso de dependencia de opioides. Este enfoque está respaldado por las pruebas disponibles, que muestran resultados positivos en lo que respecta a la continuidad del tratamiento, la reducción del consumo de opioides ilegales, la prevención de las conductas de riesgo y las reducciones en la mortalidad y los daños relacionados con las drogas.

La metadona es la medicación de sustitución prescrita con más frecuencia, ya que se administra a más de dos tercios (69 %) de los consumidores tratados. Más del 28 % de los consumidores reciben buprenorfina, que es la principal medicación de este tipo utilizada en seis países. Otras sustancias, como la diacetilmorfina (heroína) o morfina de liberación retardada, se prescriben solo ocasionalmente en Europa, y se estima que se administran al 3 % de los que reciben tratamiento de sustitución.

Se estima que 700 000 consumidores de opioides recibieron tratamiento de sustitución en la Unión Europea en 2013, observándose una ligera tendencia a la baja en esos datos desde 2011 (gráfico 3.6). Entre 2010 y 2013, los mayores descensos relativos se observaron en la República Checa (41 %, según las estimaciones) y en Chipre (39 %) y Rumanía (36 %). Los mayores aumentos relativos en el mismo periodo se observaron en Polonia (80 %), partiendo de una base muy reducida, y en Grecia (59 %). Cuando se incluyen los datos de Turquía y Noruega, la estimación de 2013 sobre los consumidores que recibieron tratamiento de sustitución aumenta a 737 000 personas.

**Los consumidores de opioides representan el grupo más numeroso que se somete a tratamiento especializado en Europa**

Tendencias en el número de consumidores en tratamiento de sustitución de opioides



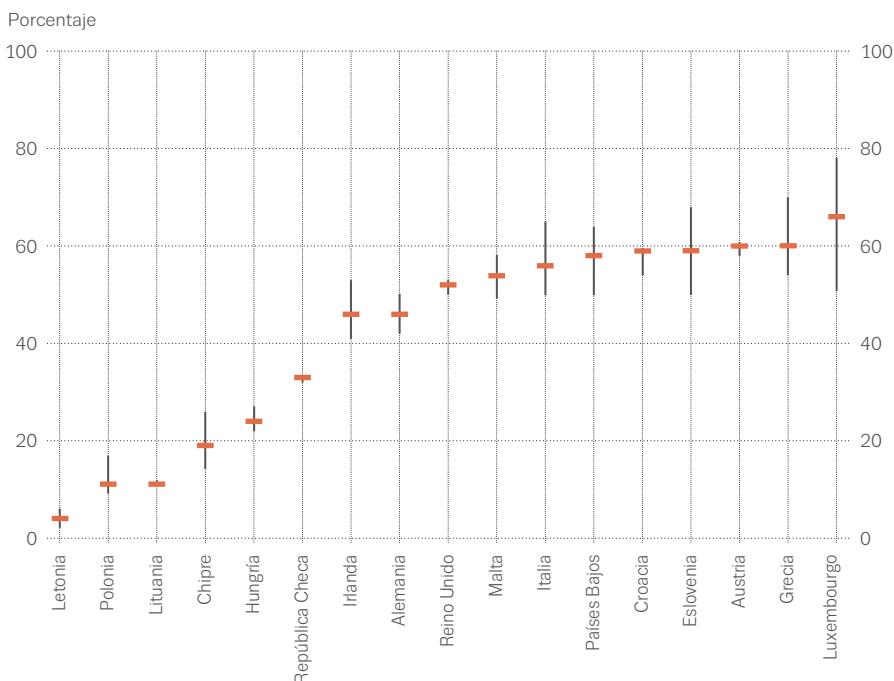
### Más de la mitad de los consumidores de opioides reciben tratamiento de sustitución

La cobertura del tratamiento de sustitución de opioides – es decir, la proporción de consumidores necesitados que se benefician de la intervención – se estima en más del 50 % en Europa. Tal estimación ha de ser tomada con precaución por razones metodológicas, pero es cierto que en muchos países la mayoría de los consumidores de opioides están o han estado en contacto con servicios de tratamiento. Sin embargo, a escala nacional, aún existen grandes diferencias en las tasas de cobertura, notificándose las estimaciones más bajas en Letonia, Polonia y Lituania (cerca del 10 % o menos) (gráfico 3.7).

Aunque sean menos comunes, hay opciones de tratamiento alternativo para consumidores de opioides en todos los países europeos. En los 10 países que ofrecen datos suficientes, la cobertura de estos tratamientos no basados en la administración de medicamentos de sustitución se mueve en general en el intervalo del 4 % al 71 % de los consumidores problemáticos de opioides.

### GRÁFICO 3.7

Porcentaje de consumidores problemáticos de opioides que reciben tratamiento de sustitución (estimación)



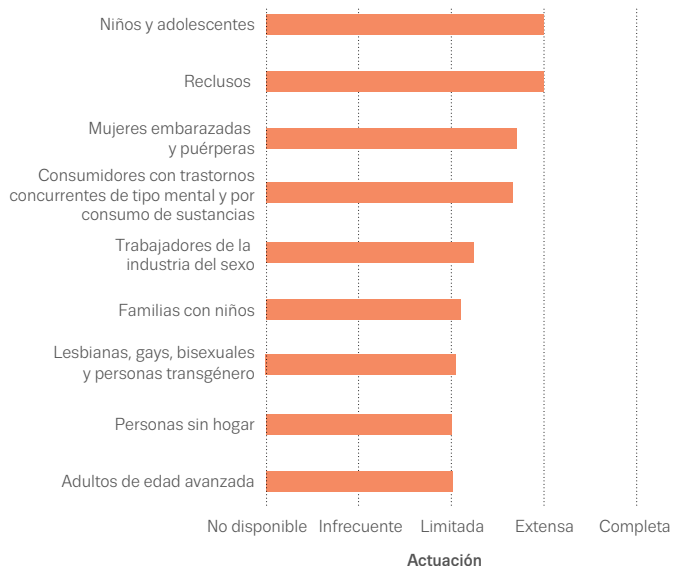
Nota: Los datos se presentan como estimaciones puntuales e intervalos de incertidumbre.

### GRÁFICO 3.8

#### Respuesta a diversas necesidades a través de intervenciones específicas

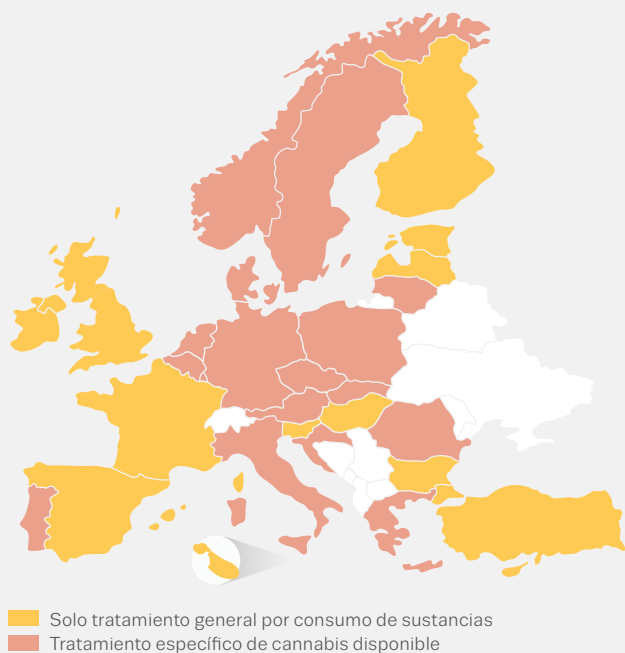
Las intervenciones específicas pueden facilitar el acceso al tratamiento y garantizar la atención de las necesidades de diferentes grupos. La información disponible indica que este tipo de enfoque es el más extendido actualmente para los consumidores jóvenes de drogas, los consumidores derivados por el sistema de justicia penal y las mujeres embarazadas (gráfico 3.8). Los programas específicos para consumidores de drogas sin hogar, los de edad avanzada, lesbianas, gays, bisexuales y personas transgénero están menos extendidos, a pesar de que muchos países notificaron la necesidad de este tipo de prestación.

Disponibilidad de programas de tratamiento de drogodependencia para grupos específicos en Europa (evaluaciones de expertos, 2013)



## GRÁFICO 3.9

## Existencia de programas de tratamiento especializados para consumidores de cannabis en países europeos



### Tratamiento específico para cannabis en la mitad de los países

La prestación de un tratamiento específico para cannabis está aumentando en Europa; la mitad de los países notifican que disponen de ella. En los demás casos, el tratamiento de cannabis se suministra con programas generales sobre consumo de sustancias (gráfico 3.9). Los servicios para consumidores de cannabis pueden ser muy diversos, desde breves intervenciones a través de Internet hasta citas terapéuticas a largo plazo en centros especializados. Aunque la mayor parte de los tratamientos de este grupo tienen lugar en centros comunitarios o ambulatorios, no siempre es así, ya que uno de cada cinco consumidores que comienzan a recibir servicios ambulatorios de tratamiento especializado de drogodependencia indica que tiene un problema relacionado con el cannabis como droga principal. Únicamente se ha notificado la existencia de programas residenciales específicos para cannabis únicamente en dos países (Países Bajos y Eslovaquia).

El tratamiento de los problemas de cannabis utiliza enfoques psicosociales; son frecuentes las intervenciones basadas en la familia para adolescentes y las intervenciones cognitivo-conductuales para adultos. Las pruebas disponibles respaldan el uso combinado de la terapia cognitivo-conductual, las entrevistas motivacionales y los métodos de gestión de contingencias. Además, algunas pruebas apoyan

el uso de la terapia familiar multidimensional para los consumidores de cannabis jóvenes.

Las intervenciones basadas en Internet han ampliado el alcance y la cobertura geográfica de los programas sobre cannabis. Estas intervenciones ofrecen una nueva vía de interactuar con las personas que sufren problemas de drogas y ofrecen la posibilidad de acceder a grupos de consumidores que no están en contacto actualmente con servicios de drogodependencia especializados.

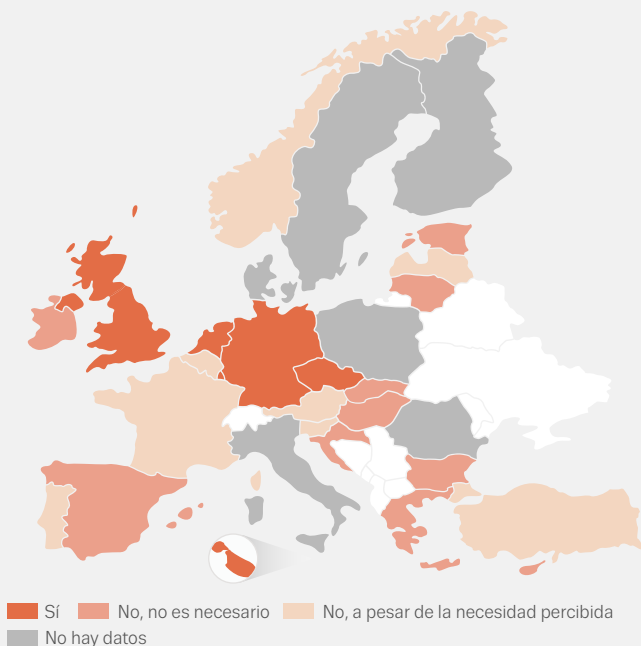
### Tratamiento personalizado para consumidores de drogas de edad avanzada

Las tendencias demográficas que se observan entre los consumidores problemáticos de drogas de Europa plantean cuestiones importantes acerca de la conveniencia de prever intervenciones de tratamiento de drogodependencia para consumidores de edad avanzada. La mayoría de los consumidores problemáticos de opioides en tratamiento tendrán pronto más de 40 años. Además de los problemas de salud relacionados con las drogas, con el tiempo los consumidores de opioides han de hacer frente al envejecimiento, a menudo exacerbado por los factores de su estilo de vida. Son necesarias directrices clínicas que tengan en cuenta el cambio demográfico en los consumidores problemáticos de opioides de Europa. Debe apoyarse así una práctica clínica eficaz, en un contexto en el que los problemas de interacción de drogas, los métodos de administración, las dosis para administrar a domicilio y el tratamiento analgésico son cada vez más complejos e importantes.

Pocos países informan sobre la disponibilidad de programas específicos para consumidores de drogas de edad avanzada. Este grupo de consumidores se integra en general en los servicios de tratamiento de drogodependencia existentes (véase el gráfico 3.10). Sin embargo, tanto Alemania como los Países Bajos han creado un servicio de restauración especial para residencias de jubilados que atiende las necesidades de los consumidores de drogas de edad avanzada. En el futuro, habrá que modificar los programas de asistencia y tratamiento de la drogodependencia para que esta cohorte de edad avanzada reciba un nivel de asistencia apropiado. Probablemente habrá que adaptar en consecuencia la formación de personal y la prestación de la asistencia. Al tratarse de un grupo de consumidores relativamente poco comprometidos con el sistema general de salud y con un bajo nivel de cumplimiento terapéutico en el caso de infecciones relacionadas con las drogas, es evidente la importancia de un enfoque multidisciplinario que se mantenga después del tratamiento de drogodependencia.

GRÁFICO 3.10

Disponibilidad de programas específicos para consumidores de drogas de edad avanzada (evaluaciones de expertos, 2013)



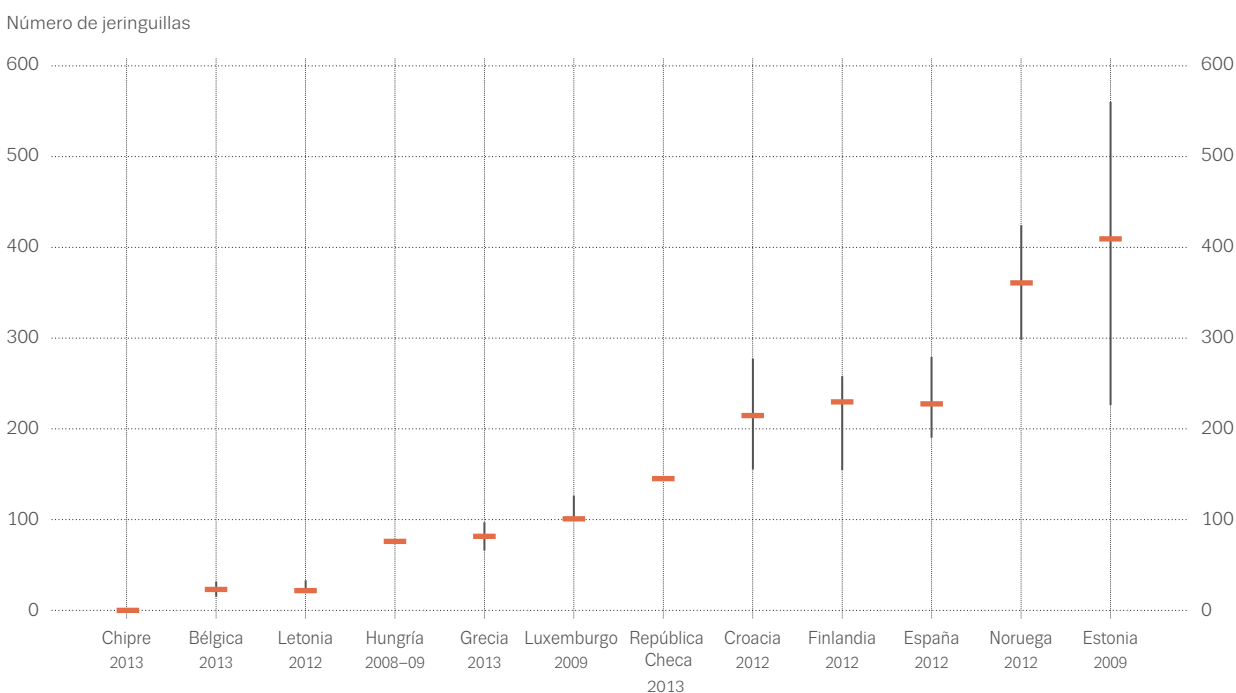
### Prevención de la propagación de enfermedades infecciosas

Los consumidores de drogas, en particular por vía parenteral, corren riesgo de contraer enfermedades infecciosas al compartir las jeringuillas o mantener relaciones sexuales sin protección. La prevención de la transmisión del VIH, de la hepatitis vírica y de otras infecciones es, por lo tanto, un importante objetivo de las políticas europeas en materia de drogas. En el caso de los consumidores de opioides por vía parenteral, el tratamiento de sustitución reduce las conductas de riesgo, habiendo estudios que demuestran que el efecto protector aumenta cuando se combina con programas de suministro de agujas y jeringuillas.

Entre 2007 y 2013, el número notificado de jeringas distribuidas a través de programas especializados aumentó de 43 millones a 49 millones en 24 países, lo que representa un 48 % de la población de la UE. A escala nacional, aparece un panorama divergente, en el que casi la mitad de los países han notificado un aumento en la distribución de jeringas y la otra mitad, una reducción. En los 12 países con estimaciones recientes de prevalencia del consumo de drogas por vía parenteral, el número de jeringuillas distribuidas en programas especializados en 2013 varió de menos de uno en Chipre a más de 300 por consumidor en Estonia y Noruega (gráfico 3.11).

GRÁFICO 3.11

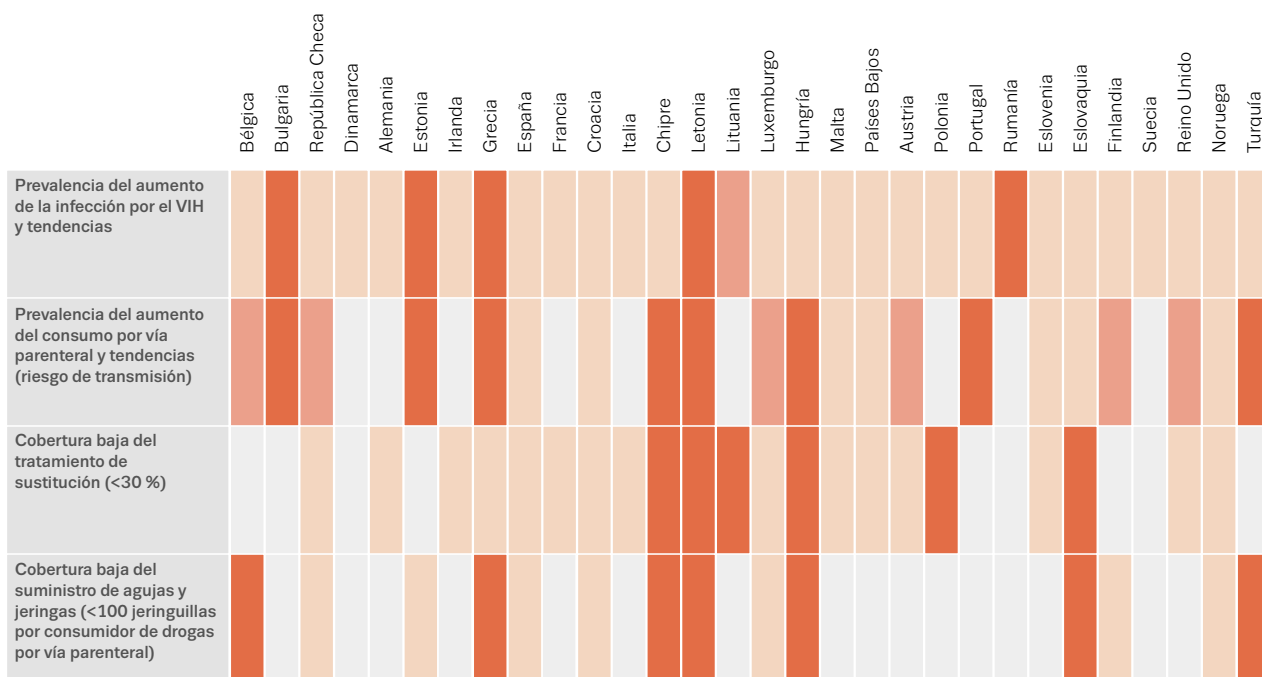
Número de jeringuillas suministradas al amparo de programas especializados a consumidores de drogas por vía parenteral (estimación)



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

### GRÁFICO 3.12

Resumen de indicadores de un posible riesgo elevado de infección por el VIH entre los consumidores de drogas por vía parenteral



- Factor de riesgo presente: aumento significativo de los casos de infección por el VIH o de la prevalencia del VIH o el VHC; aumento del riesgo de transmisión; baja cobertura de las intervenciones.
- Posible presencia de los siguientes factores de riesgo: Prevalencia del VIH o VHC o riesgo de transmisión que muestra un aumento a escala subnacional o un aumento firme pero no significativo a escala nacional.
- Ninguno de los siguientes factores de riesgo identificados: aumento de los casos de infección por el VIH o de la prevalencia del VIH o el VHC; aumento del riesgo de transmisión; baja cobertura de las intervenciones.
- No hay información a disposición del ECDC o el EMCDDA.

Para obtener más información, véase la tabla complementaria en línea.

Aunque la cobertura de las medidas de prevención del VIH ha aumentado y está generalizada en Europa, importantes poblaciones de consumidores de drogas por vía parenteral continúan teniendo acceso limitado a los servicios. En el gráfico 3.12 se ofrece una visión de conjunto de algunos indicadores de alto nivel de riesgo potencial. Sobre la base de este sencillo análisis, cerca de un tercio de los países presentan un riesgo elevado, lo que apunta a la necesidad de mantener una vigilancia continua y de ampliar la cobertura de las medidas de prevención de la infección por el VIH.

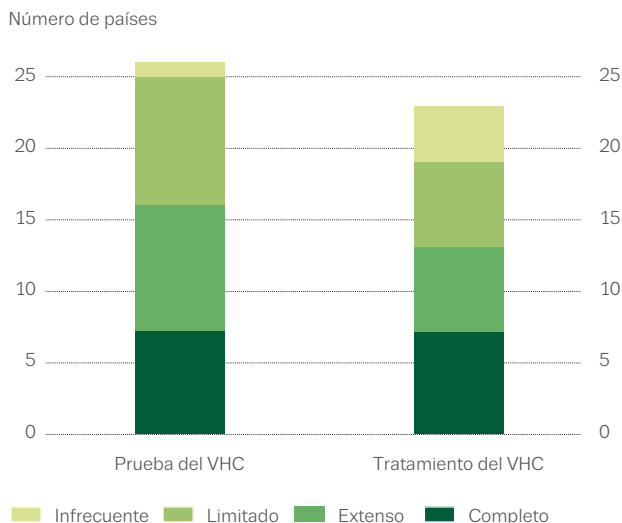
### Mejora el tratamiento de la hepatitis C

Las medidas preventivas dirigidas a la transmisión del virus de la hepatitis C son similares a las referidas al VIH. En el plano de las políticas, cada vez son más los países que han adoptado o tienen en preparación estrategias específicas para la hepatitis C. Las iniciativas de realización de análisis y de prestación de asesoramiento a los consumidores de drogas por vía parenteral han aumentado en los últimos años, pero siguen siendo limitadas. Se han introducido nuevas herramientas de diagnóstico (como Fibroscan) y los nuevos medicamentos han reducido la duración del tratamiento y los efectos secundarios negativos, lo que facilita el cumplimiento terapéutico. Sin embargo, a pesar de las pruebas crecientes de la eficacia del tratamiento con antivirales de la hepatitis C en los consumidores infectados, los niveles de prestación siguen siendo limitados en varios países (véase el gráfico 3.13). En parte, esto puede deberse a los altos costes de nuevos medicamentos.



GRÁFICO 3.13

Disponibilidad de pruebas y tratamiento de la infección por el virus de la hepatitis C (evaluaciones de expertos, 2013)



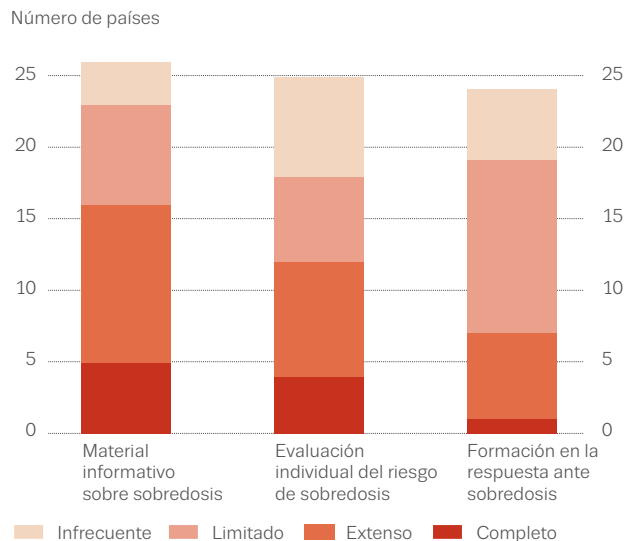
### Prevención de las sobredosis y las muertes relacionadas con las drogas

La reducción de las sobredosis y de las muertes relacionadas con las drogas sigue siendo un importante reto de salud pública en Europa. Las respuestas específicas en este campo se centran en la prevención de las sobredosis o en la mejora de las probabilidades de sobrevivir a ellas. El tratamiento de la drogodependencia, especialmente el tratamiento de sustitución de opioides, previene las sobredosis y reduce el riesgo de mortalidad de los consumidores.

Entre una serie de intervenciones centradas en la mortalidad por drogas, se ha notificado que la más extendida es el suministro de información y la entrega de materiales sobre prevención de las sobredosis (gráfico 3.14). La formación en técnicas de respuesta a las sobredosis, como la distribución del antagonista de opioides naxolona, puede salvar vidas en esas situaciones. Sin embargo, esta forma de respuesta se presta con menos frecuencia. Las nuevas directrices de la OMS recomiendan encarecidamente que las personas que tengan probabilidades de presenciar una sobredosis tengan acceso a la naloxona y que se les indique cómo deben administrarla para utilizarla como tratamiento de urgencia. Existen programas de administración de naloxona en siete países, habiéndose aprobado estrategias al respecto en los últimos años en Dinamarca, Estonia y Noruega, países con tasas altas de sobredosis. Un estudio reciente realizado en Escocia (Reino Unido) mostró que el aumento del suministro de kits de naloxona a reclusos «de riesgo» en el momento de su puesta en libertad coincidía con una importante reducción en las

GRÁFICO 3.14

Disponibilidad de respuestas a muertes inducidas por drogas (evaluaciones de expertos, 2013)



muertes relacionadas con opioides que tenían lugar en las primeras cuatro semanas tras su liberación.

Uno de los objetivos de los centros de consumo supervisado de drogas es reducir los casos de sobredosis y, en caso de que se produzcan, aumentar las posibilidades de supervivencia. En la actualidad, seis países ofrecen estos centros, con un total aproximado de 70. En los últimos años, no obstante, se han cerrado varios centros por falta de demanda.

### Salud en los centros penitenciarios: es necesaria una respuesta integral

Los reclusos tienen tasas de consumo de drogas, en algún momento de la vida, más altas que la población general y pautas de consumo más peligrosas, como ilustran recientes estudios según los cuales entre el 6 % y el 31 %

**El tratamiento de la drogodependencia, especialmente el tratamiento de sustitución de opioides, previene las sobredosis y reduce el riesgo de mortalidad de los consumidores**

de ellos han consumido en algún momento drogas por vía parenteral. Al ingresar en el centro penitenciario, la mayoría reducen o suspenden el consumo. Las drogas ilegales se abren paso, sin embargo, en muchos de estos centros y algunos reclusos prosiguen el consumo o se inician en él durante su permanencia en ellos. También se han observado tasas altas de hepatitis C y otras enfermedades infecciosas entre las poblaciones de reclusos. La alta incidencia de problemas de drogas entre los reclusos indica la importancia de la evaluación de la salud en el momento del ingreso en el centro. La OMS ha recomendado recientemente que se ofrezca un conjunto de respuestas de prevención, del que forman parte la realización de análisis gratuitos y voluntarios de enfermedades infecciosas, la distribución de preservativos y de material de inyección esterilizado, el tratamiento de las enfermedades infecciosas y el tratamiento de la drogodependencia.

Muchos países han establecido regímenes de colaboración interinstitucional entre los servicios de sanidad de los establecimientos penitenciarios y los de carácter general. Esta colaboración garantiza las intervenciones de educación sanitaria y de tratamiento en los centros penitenciarios y la continuidad de la asistencia al entrar y salir de ellos. En general, los servicios de sanidad en los centros penitenciarios siguen siendo competencia de los Ministerios de Justicia y de Interior. En algunos países, sin embargo, se han conferido esas competencias al Ministerio de Sanidad, lo que puede facilitar la integración con la prestación general de los servicios en la comunidad.

Se ha notificado la prestación de tratamiento de sustitución de opioides en centros penitenciarios en 26 de los 30 países supervisados por el EMCDDA, aunque no se notificó ninguna actividad en tres de estos países en 2013. En general, parece que el nivel de cobertura de las poblaciones de reclusos está aumentando, lo que refleja la generalización de esta intervención en la comunidad. Sin embargo, puede haber restricciones de admisibilidad; así, en la República Checa y Letonia, el tratamiento en el centro penitenciario se presta tan solo a los reclusos a los que se ha prescrito con carácter previo. La entrega de equipo de administración parenteral limpio en los centros penitenciarios es menos común y solo la han notificado cuatro países.

**La alta incidencia de problemas de drogas entre los reclusos indica la importancia de la evaluación de la salud en el momento del ingreso en el centro**

**PARA SABER MÁS**

**Publicaciones del EMCDDA**

**2015**

Preventing fatal overdoses: a systematic review of the effectiveness of take-home naloxone, EMCDDA Papers.

Drugs policy and the city in Europe, EMCDDA Papers.

Treatment of cannabis-related disorders in Europe, Insights.

Drug consumption rooms, Perspectives on Drugs.

Psychosocial interventions, Perspectives on Drugs.

**2014**

Cocaine: drugs to treat dependence?, Perspectives on Drugs.

Drug policy profiles — Austria, EMCDDA Papers.

Drug policy profiles — Poland, EMCDDA Papers.

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

Internet-based drug treatment, Perspectives on Drugs.

**2013**

Can mass media campaigns prevent young people from using drugs?, Perspectives on Drugs.

Drug policy advocacy organisations, EMCDDA Papers.

Drug policy profiles: Ireland.

Drug prevention interventions targeting minority ethnic populations, Thematic papers.

Drug supply reduction and internal security, EMCDDA Papers.

Hepatitis C treatment for injecting drug users, Perspectives on Drugs.

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

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

North American drug prevention programmes: are they feasible in European cultures and contexts?, Thematic papers.

Preventing overdose deaths in Europe, Perspectives on Drugs.

The new EU drugs strategy (2013–20), Perspectives on Drugs.

**2012**

Drug demand reduction: global evidence for local actions, Drugs in focus.

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

New heroin-assisted treatment, Insights.

Prisons and drugs in Europe: the problem and responses, Selected issues.

Social reintegration and employment: evidence and interventions for drug users in treatment, Insights.

**2011**

Drug policy profiles: Portugal.

European drug prevention quality standards, Manuals.

Guidelines for the treatment of drug dependence: a European perspective, Selected issues.

**2010**

Harm reduction: evidence, impacts and challenges, Monographs.

Treatment and care for older drug users, Selected issues.

**Publicaciones conjuntas del EMCDDA y el ECDC**

**2011**

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

**Todas las publicaciones están disponibles en [www.emcdda.europa.eu/publications](http://www.emcdda.europa.eu/publications)**

# Anexo

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

TABLA A1

## OPIOIDES

País	Estimación del consumo problemático de opioides	Indicador de la demanda de tratamiento, droga principal						Consumidores que reciben tratamiento de sustitución
		Consumidores de opioides como % del total de consumidores que inician tratamiento			% de consumidores de opioides que se administran la droga por vía parenteral (vía principal de administración)			
		Todos los consumidores	Consumidores que inician tratamiento por primera vez	Consumidores que inician tratamiento tratados previamente	Todos los consumidores	Consumidores que inician tratamiento por primera vez	Consumidores que inician tratamiento tratados previamente	
Casos por 1 000	% (recuento)	% (recuento)	% (recuento)	% (recuento)	% (recuento)	% (recuento)	recuento	
Bélgica	–	30,8 (2 816)	13 (416)	39 (2 024)	20,1 (547)	14,1 (57)	21,5 (420)	17 482
Bulgaria	–	88,8 (1 744)	79,3 (211)	95,2 (954)	73,8 (876)	68,8 (141)	74,4 (585)	3 563
República Checa	1,5–1,5	17,2 (1 681)	7,8 (362)	25,6 (1 319)	89,4 (1 493)	86,9 (312)	90,1 (1 181)	3 500
Dinamarca	–	17,5 (663)	7,1 (102)	26,3 (502)	23 (20)	33,9 (193)	–	7 600
Alemania	2,8–3,4	37,1 (29 891)	13,7 (3 217)	–	–	–	–	77 300
Estonia	–	92,9 (403)	81 (102)	98,6 (284)	84,8 (339)	90,2 (92)	83 (235)	1 166
Irlanda	–	51,3 (4 451)	29,7 (1 032)	66,8 (3 291)	41,3 (1 762)	33,7 (344)	43,6 (1 362)	9 640
Grecia	2,0–2,6	69,3 (3 367)	54,9 (1 145)	80 (2 194)	36,8 (1 227)	32,8 (372)	39,1 (850)	9 973
España	1,7–2,6	26,8 (13 333)	11,4 (2 866)	43,7 (10 050)	17,8 (2 195)	11 (295)	19,6 (1 859)	69 111
Francia	–	43,1 (15 641)	27,1 (2 690)	53,5 (11 275)	14,2 (1 836)	6,8 (172)	–	163 000
Croacia	3,2–4,0	80,4 (6 315)	24 (270)	90 (5 992)	73,7 (4 581)	42,6 (104)	75,1 (4 446)	6 357
Italia	3,8–4,9	54,7 (18 072)	37,2 (4 782)	65,7 (13 290)	57 (9 678)	44,4 (1 906)	61,3 (7 772)	94 376
Chipre	1,2–2,1	26,5 (270)	7,7 (37)	43,8 (232)	48,1 (126)	40 (14)	49,3 (112)	180
Letonia	4,1–9,7	52,1 (783)	19,7 (104)	69,6 (679)	63,7 (495)	84,6 (88)	60,5 (407)	328
Lituania	2,3–2,4	86,8 (1 918)	62,8 (214)	91,9 (1 671)	–	100 (140)	–	592
Luxemburgo	5,0–7,6	50,2 (145)	42,1 (8)	49,8 (116)	48,2 (68)	28,6 (2)	47 (54)	1 254
Hungría	0,4–0,5	5,9 (236)	2,1 (54)	13,6 (160)	70,1 (157)	60,4 (32)	71,8 (112)	786
Malta	6,5–7,7	74,8 (1 352)	33,7 (67)	79,9 (1 285)	61,8 (816)	54,2 (32)	62,2 (784)	1 078
Países Bajos	1,1–1,5	10,2 (1 195)	5,1 (343)	17 (852)	4,6 (51)	5,4 (16)	4,3 (35)	8 185
Austria	4,9–5,1	52 (1 537)	29,5 (361)	67,9 (1 176)	43,4 (536)	31,1 (100)	47,8 (436)	24 027
Polonia	0,4–0,7	26,4 (724)	8,2 (91)	39,3 (621)	58 (391)	43,4 (36)	60,3 (349)	1 725
Portugal	–	54,3 (1 634)	27,3 (380)	77,6 (1 254)	15,9 (238)	11,2 (38)	17,3 (200)	16 858
Rumanía	–	48,8 (802)	33,6 (240)	63,3 (543)	84,5 (622)	84,8 (189)	84,8 (420)	387
Eslovenia	4,3–5,8	81,5 (234)	60,6 (57)	91,7 (176)	48,7 (113)	36,8 (21)	52,3 (91)	4 065
Eslovaquia	1,0–2,5	24,7 (558)	16 (185)	34,1 (363)	66,8 (367)	48,4 (89)	76,4 (272)	408
Finlandia	3,8–4,5	64,2 (706)	40,4 (65)	69,2 (619)	81,6 (567)	73 (46)	82,5 (504)	2 439
Suecia	–	27,3 (7 760)	17,2 (2 211)	35,7 (5 549)	59,6 (140)	33,3 (11)	63,9 (129)	3 425
Reino Unido	7,9–8,4	50,3 (49 871)	19,7 (6 813)	66,6 (42 636)	34,5 (16 871)	22,5 (1 484)	36,3 (15 191)	172 513
Turquía	0,2–0,5	76,3 (5 542)	68 (2 540)	85,1 (3 002)	39,7 (2 201)	29,3 (745)	48,5 (1 456)	28 656
Noruega	1,9–3,1	26,9 (2 266)	–	–	–	–	–	7 055
Unión Europea	–	41 (168 102)	18,7 (28 425)	57,1 (109 107)	38,2 (46 285)	28,4 (6 153)	43,3 (37 806)	701 449
UE, Turquía y Noruega	–	41,3 (175 910)	19,9 (30 965)	57,6 (112 109)	30,4 (48 486)	28,5 (6 898)	43,5 (39 262)	737 160

El año y el método de estimación del consumo problemático de opioides varía de un país a otro.

El indicador de la demanda de tratamiento supervisa a los consumidores que inician tratamiento en un año dado.

TABLA A2

## COCAÍNA

País	Estimaciones de la prevalencia			Indicador de la demanda de tratamiento, droga principal					
	Población general		Población escolar	Consumidores de cocaína en % del total de consumidores que inician tratamiento			% de consumidores cocaína que se administran la droga por vía parenteral (vía principal de administración)		
	A lo largo de la vida, adultos (15-64)	En los últimos doce meses, adultos jóvenes (15-34)	A lo largo de la vida, estudiantes (15-16)	Todos los consumidores	Consumidores que inician tratamiento por primera vez	Consumidores que inician tratamiento tratados previamente	Todos los consumidores	Consumidores que inician tratamiento por primera vez	Consumidores que inician tratamiento tratados previamente
%	%	%	% (recuento)	% (recuento)	% (recuento)	% (recuento)	% (recuento)	% (recuento)	% (recuento)
Bélgica	–	2,0	2	15,6 (1 430)	15,2 (488)	15,9 (825)	6 (83)	1,3 (6)	7,1 (57)
Bulgaria	0,9	0,3	4	0 (0)	2,6 (7)	0,3 (3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
República Checa	0,4	0,3	1	0,2 (19)	0,3 (12)	0,1 (7)	11,1 (2)	16,7 (2)	0 (0)
Dinamarca	5,2	2,4	2	5,1 (193)	5,8 (84)	5,2 (99)	10,1 (17)	0 (0)	–
Alemania	3,4	1,6	3	5,9 (4 788)	5,6 (1 322)	–	–	–	–
Estonia	–	1,3	2	0 (0)	0 (0)	0 (0)	–	–	–
Irlanda	6,8	2,8	3	7,8 (680)	9,2 (320)	6,6 (324)	1,7 (11)	0,3 (1)	2,9 (9)
Grecia	0,7	0,2	1	5,1 (250)	5,9 (122)	4,6 (127)	19,8 (49)	12,4 (15)	27 (34)
España	10,3	3,3	3	39,2 (19 497)	40,2 (10 142)	38,5 (8 855)	2 (365)	1 (95)	3 (260)
Francia	5,4	2,3	4	6,4 (2 311)	4,1 (411)	7,5 (1 573)	9,9 (192)	4,1 (16)	–
Croacia	2,3	0,9	2	1,5 (119)	2,6 (29)	1,3 (84)	0,9 (1)	0 (0)	1,2 (1)
Italia	4,2	1,3	1	25,8 (8 529)	31,4 (4 037)	22,2 (4 492)	3,5 (289)	2,9 (114)	4 (175)
Chipre	1,3	0,6	4	12,2 (124)	9,3 (45)	14,7 (78)	5,8 (7)	0 (0)	9,3 (7)
Letonia	1,5	0,3	4	0,3 (5)	0,8 (4)	0,1 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Lituania	0,9	0,3	2	0,6 (14)	1,8 (6)	0,3 (5)	–	–	–
Luxemburgo	–	–	–	17,3 (50)	10,5 (2)	18 (42)	39,1 (18)	–	39 (16)
Hungría	0,9	0,4	2	2 (81)	2,4 (60)	1,4 (17)	8,9 (7)	8,3 (5)	5,9 (1)
Malta	0,5	–	4	14,4 (260)	32,2 (64)	12,2 (196)	25,6 (65)	11,3 (7)	30,2 (58)
Países Bajos	5,2	2,4	2	26,5 (3 113)	22,2 (1 494)	32,3 (1 619)	0,3 (8)	0,3 (4)	0,3 (4)
Austria	2,2	1,2	–	10,2 (301)	11,8 (145)	9 (156)	7,6 (18)	2,7 (3)	12,2 (15)
Polonia	0,9	0,3	3	2,4 (67)	1,9 (21)	2,8 (44)	6,3 (4)	4,8 (1)	7,3 (3)
Portugal	1,2	0,4	4	12,9 (388)	17,2 (239)	9,2 (149)	4,1 (14)	1,9 (4)	7,7 (10)
Rumanía	0,3	0,2	2	0,7 (11)	1,3 (9)	0,2 (2)	–	–	–
Eslovenia	2,1	1,2	3	3,5 (10)	6,4 (6)	2,1 (4)	30 (3)	16,7 (1)	50 (2)
Eslovaquia	0,6	0,4	1	0,6 (13)	0,4 (5)	0,8 (8)	8,3 (1)	0 (0)	14,3 (1)
Finlandia	1,7	0,6	1	0,1 (1)	0 (0)	0 (0)	100 (1)	–	–
Suecia	–	1,2	1	0,8 (236)	1,2 (151)	0,5 (85)	6,3 (2)	0 (0)	18,2 (2)
Reino Unido	9,5	4,2	2	12,9 (12 756)	17,1 (5 888)	10,7 (6 851)	1,7 (204)	0,5 (29)	2,6 (175)
Turquía	–	–	–	1,1 (81)	1,1 (41)	1,1 (40)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Noruega	4,2	2,2	1	0,9 (79)	–	–	–	–	–
Unión Europea	4,6	1,9	–	13,5 (55 246)	16,5 (25 113)	13,4 (25 646)	2,8 (1 361)	1,3 (303)	3,6 (830)
UE, Turquía y Noruega	–	–	–	13 (55 406)	16,2 (25 154)	13,2 (25 686)	2,8 (1 361)	1,3 (303)	3,6 (830)

Las estimaciones de la prevalencia correspondientes a la población general se obtienen a partir de encuestas nacionales representativas. El año y método de la encuesta varían de un país a otro.

Las estimaciones de la prevalencia correspondientes a la población escolar se obtienen a partir de encuestas escolares nacionales o del proyecto ESPAD.

TABLA A3

## ANFETAMINAS

País	Estimaciones de la prevalencia			Indicador de la demanda de tratamiento, droga principal					
	Población general		Población escolar	Consumidores de anfetaminas en % de los consumidores que inician tratamiento			% de consumidores de anfetaminas que se administran la droga por vía parenteral (vía principal de administración)		
	A lo largo de la vida, adultos (15-64)	En los últimos doce meses, adultos jóvenes (15-34)	A lo largo de la vida, estudiantes (15-16)	Todos los consumidores	Consumidores que inician tratamiento por primera vez	Consumidores que inician tratamiento tratados previamente	Todos los consumidores	Consumidores que inician tratamiento por primera vez	Consumidores que inician tratamiento tratados previamente
%	%	%	% (recuento)	% (recuento)	% (recuento)	% (recuento)	% (recuento)	% (recuento)	% (recuento)
Bélgica	–	–	2	10,1 (925)	9,1 (292)	11 (574)	13,3 (118)	5,3 (15)	17,7 (97)
Bulgaria	1,2	1,3	5	4,7 (93)	10,9 (29)	1,8 (18)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
República Checa	1,1	0,7	2	70,3 (6 865)	74,2 (3 431)	66,7 (3 434)	78,6 (5 365)	72,6 (2 473)	84,5 (2 892)
Dinamarca	6,6	1,4	2	9,5 (358)	10,3 (149)	8,9 (170)	3,1 (9)	0 (0)	–
Alemania	3,1	1,8	4	14,9 (12 026)	18,7 (4 365)	–	–	–	–
Estonia	–	2,5	3	3 (13)	5,6 (7)	1,4 (4)	76,9 (10)	57,1 (4)	100 (4)
Irlanda	4,5	0,8	2	0,6 (52)	0,9 (32)	0,4 (18)	5,9 (3)	9,7 (3)	0 (0)
Grecia	0,1	0,1	2	0,2 (12)	0,3 (7)	0,2 (5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
España	3,8	1,2	2	1 (512)	1,2 (307)	0,8 (186)	0,6 (3)	0,7 (2)	0,6 (1)
Francia	2,2	0,7	4	0,3 (98)	0,2 (22)	0,3 (60)	22,5 (18)	15,8 (3)	–
Croacia	2,6	1,6	1	0,9 (69)	2 (22)	0,7 (46)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Italia	1,8	0,1	1	0,2 (51)	0,3 (37)	0,1 (14)	2 (1)	2,9 (1)	0 (0)
Chipre	0,7	0,4	4	2,6 (26)	1,7 (8)	3,4 (18)	7,7 (2)	0 (0)	11,1 (2)
Letonia	2,2	0,6	4	15,1 (227)	21 (111)	11,9 (116)	68,2 (152)	64,2 (70)	71,9 (82)
Lituania	1,2	0,5	3	3,4 (76)	10 (34)	1,9 (34)	–	–	–
Luxemburgo	–	–	–	0 (0)	0 (0)	0 (0)	–	–	–
Hungría	1,8	1,2	6	11,6 (461)	11,6 (297)	11 (130)	15,3 (68)	11,3 (33)	24,2 (30)
Malta	0,3	–	3	0,2 (4)	0 (0)	0,2 (4)	25 (1)	–	25 (1)
Países Bajos	3,1	–	1	6,5 (760)	6,6 (445)	6,3 (315)	0,6 (4)	0,5 (2)	0,7 (2)
Austria	2,5	0,9	–	3,4 (102)	4,7 (58)	2,5 (44)	1,2 (1)	2 (1)	0 (0)
Polonia	2,9	1,4	4	25,9 (711)	25,8 (287)	26,5 (419)	10,8 (76)	3,9 (11)	15,7 (65)
Portugal	0,5	0,1	3	0,1 (2)	0,1 (1)	0,1 (1)	0 (0)	0 (0)	–
Rumanía	0,1	0,0	2	0,5 (8)	1 (7)	0 (0)	–	–	–
Eslovenia	0,9	0,8	2	0,7 (2)	1,1 (1)	0,5 (1)	–	–	–
Eslovaquia	0,5	0,3	1	43,2 (978)	46,4 (535)	39,9 (425)	31,8 (300)	27,1 (142)	38 (154)
Finlandia	2,3	1,6	–	11 (121)	11,8 (19)	10,8 (97)	76,7 (89)	52,6 (10)	81,9 (77)
Suecia	–	1,3	0	0,4 (112)	0 (6)	0,7 (105)	78,3 (83)	80 (4)	78 (78)
Reino Unido	11,1	1,5	1	2,7 (2 725)	3,1 (1 058)	2,6 (1 656)	24 (607)	13 (125)	31,1 (482)
Turquía	0,1	0,1	2	0 (0)	0 (0)	0 (0)	–	–	–
Noruega	3,7	1,1	1	13,1 (1 104)	–	–	–	–	–
Unión Europea	3,5	1,0	–	6,7 (27 389)	7,6 (11 567)	4,1 (7 894)	47 (6 910)	41,9 (2 899)	53,6 (3 967)
UE, Turquía y Noruega	–	–	–	6,7 (28 493)	7,4 (11 567)	4,1 (7 894)	47 (6 910)	41,9 (2 899)	53,6 (3 967)

TABLA A4

## ÉXTASIS

País	Estimaciones de la prevalencia			Indicador de la demanda de tratamiento, droga principal		
	Población general		Población escolar	Consumidores de éxtasis en % de los consumidores que inician tratamiento		
	A lo largo de la vida, adultos (15–64)	En los últimos doce meses, adultos jóvenes (15–34)	A lo largo de la vida, estudiantes (15–16)	Todos los consumidores	Consumidores que inician tratamiento por primera vez	Consumidores que inician tratamiento tratados previamente
%	%	%	% (recuento)	% (recuento)	% (recuento)	
Bélgica	–	–	2	0,5 (43)	0,7 (23)	0,4 (19)
Bulgaria	2,0	2,9	4	0,1 (1)	0 (0)	0,1 (1)
República Checa	5,1	3,0	3	0,1 (8)	0,1 (4)	0,1 (4)
Dinamarca	2,3	0,7	1	0,3 (13)	0,5 (7)	0,3 (5)
Alemania	2,7	0,9	2	–	–	–
Estonia	–	2,3	3	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Irlanda	6,9	0,9	2	0,5 (43)	0,8 (27)	0,3 (16)
Grecia	0,4	0,4	2	0,2 (8)	0,2 (5)	0,1 (3)
España	4,3	1,5	2	0,3 (134)	0,4 (103)	0,1 (29)
Francia	4,2	2,3	3	0,5 (186)	0,2 (22)	0,6 (122)
Croacia	2,5	0,5	2	0,3 (27)	0,6 (7)	0,3 (19)
Italia	1,8	0,1	1	0,2 (55)	0,2 (23)	0,2 (32)
Chipre	0,9	0,3	3	0,1 (1)	0 (0)	0,2 (1)
Letonia	2,7	0,8	4	0,2 (3)	0,4 (2)	0,1 (1)
Lituania	1,3	0,3	2	0 (1)	0 (0)	0,1 (1)
Luxemburgo	–	–	–	0,3 (1)	0 (0)	0,4 (1)
Hungría	2,4	1,0	4	1,7 (69)	1,7 (43)	2 (23)
Malta	0,7	–	3	1,2 (22)	3,5 (7)	0,9 (15)
Países Bajos	6,2	3,1	4	0,6 (67)	0,8 (55)	0,2 (12)
Austria	2,3	1,0	–	0,8 (23)	1,1 (13)	0,6 (10)
Polonia	1,1	0,3	2	0,2 (6)	0,1 (1)	0,3 (5)
Portugal	1,3	0,6	3	0,2 (5)	0,4 (5)	0 (0)
Rumanía	0,7	0,4	2	0,1 (1)	0,1 (1)	0 (0)
Eslovenia	2,1	0,8	2	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Eslovaquia	1,9	0,9	0	0,1 (2)	0,1 (1)	0,1 (1)
Finlandia	1,8	1,1	2	0,3 (3)	0,6 (1)	0,2 (2)
Suecia	–	1,0	1	0 (3)	0 (1)	0 (1)
Reino Unido	9,3	3,0	2	0,3 (325)	0,7 (232)	0,1 (92)
Turquía	0,1	0,1	2	0,8 (55)	1,1 (41)	0,4 (14)
Noruega	2,3	1,0	1	0 (0)	–	–
Unión Europea	<b>3,6</b>	<b>1,4</b>	–	<b>0,3 (1 050)</b>	<b>0,4 (583)</b>	<b>0,2 (415)</b>
UE, Turquía y Noruega	–	–	–	<b>0,3 (1 105)</b>	<b>0,4 (624)</b>	<b>0,2 (429)</b>



TABLA A5

## CANNABIS

País	Estimaciones de la prevalencia			Indicador de la demanda de tratamiento, droga principal		
	Población general		Población escolar	Consumidores de cannabis en % de los consumidores que inician tratamiento		
	A lo largo de la vida, adultos (15–64)	En los últimos doce meses, adultos jóvenes (15–34)	A lo largo de la vida, estudiantes (15–16)	Todos los consumidores	Consumidores que inician tratamiento por primera vez	Consumidores que inician tratamiento tratados previamente
	%	%	%	% (recuento)	% (recuento)	% (recuento)
Bélgica	14,3	11,2	21	33,6 (3 077)	54,3 (1 744)	23,1 (1 201)
Bulgaria	7,5	8,3	22	3,9 (77)	4,5 (12)	1,8 (18)
República Checa	22,8	21,6	42	11 (1 077)	16,5 (763)	6,1 (314)
Dinamarca	35,6	17,6	18	63,4 (2 397)	72,6 (1 048)	55,5 (1 061)
Alemania	23,1	11,1	19	36,3 (29 252)	56,1 (13 138)	–
Estonia	–	13,6	24	3,7 (16)	12,7 (16)	0 (0)
Irlanda	25,3	10,3	18	28,9 (2 511)	47 (1 631)	16 (790)
Grecia	8,9	3,2	8	21,5 (1 045)	35,4 (737)	11 (302)
España	30,4	17,0	28	29,9 (14 869)	43,6 (10 982)	14,8 (3 402)
Francia	40,9	22,1	39	44,1 (16 020)	62,5 (6 206)	32,3 (6 804)
Croacia	15,6	10,5	18	13,3 (1 047)	58,4 (658)	5,7 (381)
Italia	21,7	8,0	16	17,4 (5 766)	28 (3 593)	10,7 (2 173)
Chipre	9,9	4,2	7	56,8 (579)	80,5 (388)	35,3 (187)
Letonia	12,5	7,3	24	27,3 (411)	51,4 (272)	14,3 (139)
Lituania	10,5	5,1	20	2,9 (65)	11,7 (40)	1,3 (23)
Luxemburgo	–	–	–	31,1 (90)	47,4 (9)	30,5 (71)
Hungría	8,5	5,7	19	61 (2 429)	70 (1 787)	43,4 (511)
Malta	4,3	–	10	7,9 (142)	25,1 (50)	5,7 (92)
Países Bajos	25,7	13,7	27	47,8 (5 613)	56,7 (3 826)	35,7 (1 787)
Austria	14,2	6,6	14	30 (887)	50,6 (620)	15,4 (267)
Polonia	12,2	8,1	23	33,4 (914)	51,6 (575)	20,3 (321)
Portugal	9,4	5,1	16	26,8 (806)	48,4 (674)	8,2 (132)
Rumanía	1,6	0,6	7	17 (279)	27,3 (195)	7,9 (68)
Eslovenia	15,8	10,3	23	12,5 (36)	31,9 (30)	3,1 (6)
Eslovaquia	10,5	7,3	16	24,6 (557)	32 (369)	16,6 (177)
Finlandia	18,3	11,2	12	14,6 (161)	34,2 (55)	10,8 (97)
Suecia	–	7,1	5	13,2 (3 763)	22,4 (2 881)	5,7 (882)
Reino Unido	29,9	11,2	22	26,8 (26 618)	48,6 (16 775)	15,3 (9 771)
Turquía	0,7	0,4	4	12,7 (920)	17,5 (653)	7,6 (267)
Noruega	23,3	12,0	5	20,3 (1 705)	–	–
Unión Europea	23,3	11,7	–	29,4 (120 504)	45,5 (69 074)	16,2 (30 977)
UE, Turquía y Noruega	–	–	–	28,9 (123 129)	44,8 (69 727)	16,1 (31 244)

TABLA A6

## OTROS INDICADORES

	Muertes inducidas por drogas (edad 15–64)	Diagnósticos de VIH atribuidos a los consumidores de drogas por vía parenteral (ECDC)	Estimación del consumo de drogas por vía parenteral	Jeringas distribuidas en virtud de programas especializados
País	Casos por cada millón de habitantes	Casos por cada millón de habitantes	Casos por 1 000 habitantes	recuento
Bélgica	10,5 (77)	1,5 (17)	2,5–4,8	907 504
Bulgaria	4,3 (21)	4,5 (33)	–	431 568
República Checa	5,1 (37)	0,6 (6)	5,9–6,0	6 181 134
Dinamarca	60 (218)	2,3 (13)	–	–
Alemania	17,6 (956)	1,2 (100)	–	–
Estonia	126,8 (111)	54,5 (72)	4,3–10,8	2 183 933
Irlanda	58,5 (177)	3,9 (18)	–	360 041
Grecia	–	22,4 (248)	0,6–0,9	429 517
España	12,2 (383)	3,1 (145)	0,3–0,4	2 684 251
Francia	6,8 (283)	1 (67)	–	–
Croacia	16,8 (48)	0 (0)	0,3–0,6	273 972
Italia	8,9 (343)	2,7 (162)	–	–
Chipre	4,9 (3)	0 (0)	0,2–0,5	0
Letonia	8,1 (11)	38 (77)	7,3–11,7	341 421
Lituania	27,1 (54)	20,9 (62)	–	168 943
Luxemburgo	29,7 (11)	9,3 (5)	4,5–6,9	191 983
Hungría	4,6 (31)	0,1 (1)	0,8	435 817
Malta	10,4 (3)	7,1 (3)	–	357 691
Países Bajos	10,2 (113)	0,3 (5)	0,2–0,2	–
Austria	24,2 (138)	2,5 (21)	–	4 762 999
Polonia	7,6 (207)	1 (39)	–	–
Portugal	3,0 (21)	7,4 (78)	–	950 652
Rumanía	2,2 (30)	7,4 (149)	–	2 051 770
Eslovenia	19,9 (28)	1 (2)	–	513 272
Eslovaquia	6,5 (25)	0 (0)	–	321 339
Finlandia	54,3 (191)	0,6 (3)	4,1–6,7	3 834 262
Suecia	69,7 (426)	0,8 (8)	–	229 362
Reino Unido	44,6 (1 858)	1,8 (112)	2,9–3,2	9 457 256 (1)
Turquía	4,4 (224)	0,1 (4)	–	–
Noruega	69,6 (232)	1,6 (8)	2,2–3,0	3 011 000
Unión Europea	<b>17,3 (5 804)</b>	<b>2,9 (1 446)</b>	–	–
UE, Turquía y Noruega	<b>16 (6 260)</b>	<b>2,5 (1 458)</b>	–	–

Las estimaciones del consumo de drogas por vía parenteral se obtienen por métodos indirectos, variando el año de estimación de un país a otro.

(1) Datos de Escocia y Gales (2013) e Irlanda del Norte (2012).

TABLA A7

## INCAUTACIONES

País	Heroína		Cocaína		Anfetaminas		Éxtasis	
	Cantidad incautada	Número de incautaciones	Cantidad incautada	Número de incautaciones	Cantidad incautada	Número de incautaciones	Cantidad incautada	Número de incautaciones
	kg	recuento	kg	recuento	kg	recuento	pastillas (kg)	recuento
Bélgica	1 182	2 431	6 486	3 653	216	3 085	37 152 (-)	1 338
Bulgaria	157	32	20	-	193	8	4 169 (29)	-
República Checa	5	38	36	106	70	495	5 061 (0,04)	114
Dinamarca	14	461	681	2 286	341	2 167	7 706 (-)	590
Alemania	270	3 065	1 315	3 622	1 339	12 801	480 839 (-)	2 233
Estonia	0	2	2	47	28	290	3 341 (0,2)	92
Irlanda	61	690	66	366	23	114	465 083 (-)	464
Grecia	235	2 158	706	437	16	81	34 579 (0,4)	47
España	291	6 502	26 701	38 033	497	3 471	154 732 (-)	2 301
Francia	570	-	5 612	-	501	-	414 800 (-)	-
Croacia	10	167	9	171	13	414	0 (0,9)	170
Italia	882	2 560	4 966	6 031	103	128	4 713 (17)	136
Chipre	0,7	16	3	105	1	38	504 (0,1)	14
Letonia	0,7	288	1	34	46	744	60 (0,003)	18
Lituania	13	100	3	12	71	97	54 (0,5)	13
Luxemburgo	4	127	1	103	5	6	13 (-)	3
Hungría	6	32	8	117	75	586	17 664 (2)	181
Malta	1	51	4	115	0	3	30 375 (-)	45
Países Bajos (†)	750	-	10 000	-	681	-	-	-
Austria	80	346	25	992	29	859	5 768 (-)	119
Polonia	49	-	21	-	685	-	45 997 (-)	-
Portugal	55	792	2 440	1 108	5	48	2 160 (1)	80
Rumanía	112	273	53	75	0	42	27 506 (0,04)	142
Eslovenia	7	339	3	196	16	273	922 (0,9)	53
Eslovaquia	0,2	73	1	23	4	634	47 (-)	17
Finlandia	0,2	113	5	205	91	3 149	121 600 (-)	795
Suecia	6	485	81	1 452	677	4 541	26 919 (16)	743
Reino Unido (†)	831	10 648	3 324	18 569	1 491	6 515	1 173 100 (-)	3 716
Turquía	13 480	6 096	450	863	1 242	132	4 441 217 (-)	4 274
Noruega	55	1 192	188	1 086	514	7 229	7 298 (3)	411
Unión Europea	5 593	31 789	62 573	77 858	7 217	40 589	3 064 864 (68)	13 424
UE, Turquía y Noruega	19 128	39 077	63 211	79 807	8 973	47 950	7 513 379 (71)	18 109

En las anfetaminas se incluyen la anfetamina y la metanfetamina.

(†) Datos de incautaciones de 2012.

TABLA A7

## INCAUTACIONES (continuación)

País	Resina de cannabis		Hierba de cannabis		Plantas de cannabis	
	Cantidad incautada	Número de incautaciones	Cantidad incautada	Número de incautaciones	Cantidad incautada	Número de incautaciones
	kg	recuento	kg	recuento	plantas (kg)	recuento
Bélgica	4 275	5 529	14 882	23 900	396 758 (-)	1 212
Bulgaria	5	9	579	69	18 126 (24)	11
República Checa	1	28	735	875	73 639 (-)	361
Dinamarca	3 292	11 030	394	1 896	- (5634)	645
Alemania	1 770	5 638	4 827	28 875	107 766 (-)	2 026
Estonia	109	24	51	524	- (16)	42
Irlanda	677	367	1 102	1 770	6 309 (-)	427
Grecia	8	143	20 942	6 743	23 008 (0)	599
España	319 257	180 342	16 298	172 341	176 879 (-)	2 305
Francia	70 918	-	4 758	-	141 374 (-)	-
Croacia	5	359	1 047	4 171	3 957 (-)	213
Italia	36 347	5 261	28 821	5 701	894 862 (-)	1 227
Chipre	1	16	99	849	403 (-)	62
Letonia	106	28	29	412	- (344)	31
Lituania	1 088	11	124	199	- (-)	-
Luxemburgo	8	81	11	832	8 (-)	6
Hungría	5	103	863	2 040	5 307 (-)	196
Malta	1	71	10	85	27 (-)	3
Países Bajos (¹)	2 200	-	12 600	-	1 218 000 (-)	-
Austria	130	1 512	1 432	8 270	- (196)	327
Polonia	208	-	1 243	-	69 285 (-)	-
Portugal	8 681	3 087	96	559	8 462 (-)	354
Rumanía	25	284	165	1 799	8 835 (110)	79
Eslovenia	0,5	73	810	3 673	9 515 (-)	212
Eslovaquia	0,0	21	81	1 307	1 039 (-)	32
Finlandia	122	1 467	285	6 167	23 000 (63)	3 409
Suecia	1 160	6 937	928	9 221	- (-)	-
Reino Unido (¹)	13 432	17 360	13 243	148 746	555 625 (-)	15 846
Turquía	94 279	5 331	180 101	60 742	- (-)	3 706
Noruega	2 283	11 875	491	5 444	- (159)	386
<b>Unión Europea</b>	<b>463 831</b>	<b>239 781</b>	<b>126 455</b>	<b>431 024</b>	<b>3 742 184 (6 387)</b>	<b>29 625</b>
<b>UE, Turquía y Noruega</b>	<b>560 393</b>	<b>256 987</b>	<b>307 047</b>	<b>497 210</b>	<b>3 742 184 (6 546)</b>	<b>33 717</b>

(¹) Datos de incautaciones de 2012, salvo el número de plantas de cannabis incautadas en los Países Bajos, que corresponde a 2013.

## CÓMO OBTENER LAS PUBLICACIONES DE LA UNIÓN EUROPEA

### **Publicaciones gratuitas:**

Un único ejemplar:

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

Varios ejemplares/pósteres/mapas:

En las representaciones de la Unión Europea ([http://ec.europa.eu/represent\\_es.htm](http://ec.europa.eu/represent_es.htm)),

en las delegaciones en terceros países

([http://eeas.europa.eu/delegations/index\\_es.htm](http://eeas.europa.eu/delegations/index_es.htm)) o

contactando con Europe Direct a través de

[http://europa.eu/europedirect/index\\_es.htm](http://europa.eu/europedirect/index_es.htm)

o del teléfono 00 800 6 7 8 9 10 11

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

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

### **Publicaciones de pago:**

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



## Sobre este informe

El informe Tendencias y novedades presenta una visión de conjunto de alto nivel del fenómeno de las drogas en Europa, que abarca desde los problemas de la oferta, el consumo y la salud pública hasta la política sobre drogas y las respuestas ofrecidas. Junto con el Boletín estadístico en línea, los Resúmenes de países y las Perspectivas sobre las drogas, constituye el conjunto interrelacionado de elementos que forman el Informe Europeo sobre Drogas 2015.

## Acerca del EMCDDA

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

Las publicaciones del EMCDDA constituyen una fuente de información primordial para una amplia gama de audiencias: responsables de la formulación de políticas y sus asesores, profesionales e investigadores en materia de drogas y, más en general, medios de comunicación y el público en general. Con sede en Lisboa, el EMCDDA es una de las agencias descentralizadas de la Unión Europea.

