ISSN 1609-607X

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías

INFORME ANUAL 2003

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

Observatorio Europeo de las
Drogas y las Toxicomanías

INFORME ANUAL 2003

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

Advertencia legal

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

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

Europe Direct es un servicio para ayudarle a encontrar las respuestas a sus preguntas sobre la Unión Europea

Nuevo número de teléfono gratuito:
00 800 6 7 8 9 10 11

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

Al final de esta publicación hallará una ficha bibliográfica.

Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, 2003

ISBN 92-9168-155-5

© Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2003
Reproducción autorizada, con indicación de la fuente bibliográfica.

Printed in Belgium

IMPRESO EN PAPEL BLANQUEADO SIN CLORO

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías

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

Índice

Prefacio 5

Agradecimiento y Nota introductoria 7

Tendencias generales y evolución 9

Tendencias en la situación en el ámbito de las drogas 9

Evolución de las respuestas al consumo de drogas 11

Capítulo 1. Situación de la drogodependencia

Consumo de drogas entre la población en general 15

Consumo problemático de drogas 18

Demanda de tratamiento 20

Enfermedades infecciosas relacionadas con las drogas 24

Muertes relacionadas con las drogas y mortalidad entre los consumidores de drogas 28

Delitos relacionados con las drogas 33

Mercados de drogas y disponibilidad 36

Capítulo 2. Respuestas al consumo de drogas

Evolución de la política nacional en materia de drogas 41

Evolución de la legislación 42

Evolución en la Unión Europea 43

Prevención 45

Medidas para la reducción de daños 46

Tratamiento 49

Respuestas dirigidas a los consumidores de drogas en entornos penitenciarios 51

Reducción de la oferta 53

Capítulo 3. Cuestiones particulares

Consumo de drogas y alcohol entre los jóvenes 57

Exclusión social y reintegración 65

Gasto público en el ámbito de la reducción de la demanda de drogas 69

Referencias 75

Puntos focales Reitox 81

Prefacio

En este Informe anual 2003, el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) presenta a la UE y a sus Estados miembros un resumen del fenómeno de la drogodependencia en Europa. La publicación de este informe coincide con el décimo aniversario del OEDT (reglamento de creación de 1993) y ésta es asimismo la última vez que se centrará únicamente en los 16 países que forman parte de él (los 15 Estados miembros y Noruega). Por ello parece apropiado hacer una breve reflexión sobre los cambios que han tenido lugar en el fenómeno de la drogodependencia durante este primer período, así como sobre los avances realizados por el Observatorio en el marco de nuestra misión de ofrecer a los responsables políticos comentarios sólidos, actualizados y perspicaces acerca de la evolución del problema de la drogodependencia en Europa.

Una de las principales características de este fenómeno es su carácter dinámico. Resulta aleccionador que, incluso si limitamos nuestra atención al breve período de existencia del OEDT, observemos profundas diferencias en la evolución que ha tenido lugar tanto en lo referente a la naturaleza del problema de la drogodependencia, como a la manera en que responden a él los Estados miembros. Las pautas del consumo de drogas siempre han variado entre los países europeos, en particular por lo que respecta a su magnitud. Este hecho sigue siendo válido, pero los datos recogidos en este informe muestran que cada vez se observan más tendencias que ilustran el carácter global y europeo de este problema. En el pasado, cualquier comparación del consumo de drogas en Europa se habría caracterizado más por las diferencias que por las similitudes, pero esto ya no es así. Si bien la situación en general es compleja y existe una considerable variación en función de los lugares, también se evidencian pautas más generales y comunes de consumo de drogas. Podemos concluir que compartimos de muchas maneras, en tanto que europeos, un problema de drogodependencia común y, en nuestra opinión, una responsabilidad común para aprender de las experiencias compartidas. No somos los únicos en pensar así. El plan de acción contra las drogas de la UE pone de manifiesto el compromiso político otorgado a esta cuestión y actualmente todos reconocen que la política en este ámbito debe basarse en una clara comprensión de la situación.

Si los problemas de la drogodependencia han evolucionado en estos últimos diez años, otro tanto ha sucedido con nuestra capacidad para informar sobre ellos. El crédito no corresponde únicamente al OEDT, sino también a los numerosos profesionales de toda la UE que han trabajado para comprender la naturaleza de este problema, desarrollar respuestas eficaces y evaluar de modo crítico el impacto de sus trabajos. Sin embargo, estamos convencidos de que el OEDT ha desempeñado un papel crucial al actuar como catalizador para el desarrollo de una base sólida de pruebas científicas y al ofrecer el foro necesario para colaborar y avanzar a escala europea. Hace diez años nadie podía hablar con confianza o autoridad sobre el carácter que revestía la situación de la drogodependencia en Europa. Hoy día, este informe viene a demostrar que esto es cada vez más posible. Ahora nos encontramos mejor preparados e informados no sólo para abordar el problema de la drogodependencia al que debemos hacer frente en la actualidad, sino también las posibles amenazas a las que podemos enfrentarnos en el futuro. Queremos manifestar nuestro reconocimiento a las considerables inversiones que se han efectuado tanto dentro de los Estados miembros como a nivel europeo para desarrollar las herramientas y la infraestructura para ofrecer esta base de pruebas científicas, así como expresar nuestro agradecimiento, en particular, a los puntos focales de la red Reitox.

Esperamos que encuentre en este informe una sinopsis exhaustiva de la situación de la drogodependencia en Europa; podrá hallar otra información más detallada en la versión ampliada en línea del presente documento. Consideremos que para el OEDT, este informe pone fin a la primera fase de desarrollo de la labor de esta organización, y ahora debemos dirigir la mirada a los retos que traerá el futuro. Entre estos se encontrará la necesidad de seguir mejorando la disponibilidad, calidad y comparabilidad de la serie de datos europeos, y tendremos que desarrollar nuestros sistemas y nuestra capacidad para gestionar con eficacia la creciente base de conocimientos sobre la situación de la drogodependencia en la Unión Europea tras la ampliación. No nos cabe duda alguna de que tendremos que hacer frente a un fenómeno cada vez más amplio, diverso y complejo sobre el que deberemos informar. Uno de los principales desafíos para nuestra organización será la necesidad de aprovechar plenamente la información de que disponemos para ofrecer un análisis informado, oportuno y útil para el desarrollo de políticas, que refleje el valor de contar con una perspectiva a escala de la UE y con un planteamiento armonizado.

Marcel Reimen
Presidente del Consejo de Administración del OEDT

Georges Estievenart
Director Ejecutivo del OEDT

Agradecimiento

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

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

Nota introductoria

El Informe anual se basa en la información facilitada al OEDT por los Estados miembros de la UE y Noruega (que participa en las actividades del OEDT desde 2001) en forma de informes nacionales. Los datos estadísticos citados en el capítulo 1, «Situación de la drogodependencia», se refieren al año 2001 (o al último año disponible), pero los incluidos en el ámbito de las respuestas al consumo de drogas y de las cuestiones particulares pueden referirse al año 2002 o incluso a fechas posteriores.

Los informes nacionales de los puntos focales Reitox están disponibles en la dirección:
http://www.emcdda.eu.int/infopoint/publications/national_reports.shtml.

Existe además una versión en línea ampliada del Informe anual que puede consultarse en 12 lenguas en la siguiente dirección: http://annualreport.emcdda.eu.int. Esta versión en línea incluye gran cantidad de material adicional y estadísticas en forma de tablas, gráficos y recuadros. Asimismo, describe en mayor profundidad la metodología empleada y contiene enlaces a las fuentes de información, informes y documentos consultados para la elaboración del informe.

Todos los elementos incluidos en la versión impresa y la versión en línea del informe se relacionan temáticamente en Internet:
http://annualreport.emcdda.eu.int

Tendencias generales y evolución

Tendencias en la situación en el ámbito de las drogas

Cannabis

El cannabis continúa siendo la droga consumida con mayor frecuencia en la UE. En muchos países, más del 20 % de la población general la ha consumido en algún momento de su vida. Una estimación conservadora sugiere que al menos uno de cada cinco adultos de la UE ha probado esta sustancia.

Los indicadores revelan que el consumo de cannabis ha aumentado en toda la UE. Aunque este incremento parece haberse estabilizado en algunos países, lo ha hecho en unos niveles que en general deben considerarse altos. También se han observado indicios de convergencia en las pautas de consumo, aunque los índices muestran todavía variaciones considerables. Así, Francia, España y Reino Unido, sobre todo, tienen un consumo relativamente alto, mientras que Finlandia, Suecia y Portugal notifican unas cifras comparativamente bajas. En todos los países, las estimaciones de prevalencia de consumo reciente (prevalencia del último año) entre la población adulta se mantienen por debajo del 10 %. Si nos referimos a los adultos jóvenes, los índices de consumo aumentan considerablemente. En todos los países, la prevalencia de consumo reciente (durante el último año) es máxima en la franja de edad comprendida entre los 15 y los 25 años. En Francia, Alemania, Irlanda, España y Reino Unido, más del 20 % de los jóvenes pertenecientes a este grupo de edad han consumido cannabis en los últimos 12 meses. Las estimaciones de consumo a lo largo de toda la vida son más altas, y en la mayoría de países se sitúan entre un 20 % y un 35 % entre la población joven. El número de personas que consumen cannabis de forma habitual es pequeño en relación con la población en general (menos de 1 %), pero entre los jóvenes, especialmente los varones, los índices de consumo habitual son más altos.

Es preocupante la frecuencia cada vez mayor con que se menciona el cannabis en el contexto del indicador de demanda de tratamiento (IDT). En muchos países, el cannabis es ya la droga para la que se solicita tratamiento más frecuentemente después de la heroína, y se observa un incremento paulatino de la demanda de tratamiento relacionada con el cannabis. Hay que ser cautos al interpretar estos datos, pues existen varios factores importantes a tener en cuenta. Esta cuestión está siendo analizada actualmente por un grupo de trabajo técnico del OEDT y constituirá el tema central de una publicación contenida en el Informe anual 2004.

En casi todos los países de la UE, la mayoría de los delitos relacionados con la droga tienen que ver con el cannabis. El número de incautaciones de cannabis ha crecido de forma constante durante los últimos diez años, aunque parece que ahora esta tendencia se ha estabilizado. Europa continúa siendo el mayor mercado mundial de resina de cannabis, y el 75 % de la cantidad total de droga aprehendida se incauta dentro de las fronteras de la UE. Muchos países afirman también que ahora se está cultivando hierba de cannabis dentro de la UE. El contenido de THC (tetrahidrocannabinol), la principal sustancia psicoactiva del cannabis, presenta grandes variaciones en las muestras obtenidas en las calles. De media, la resina y la hierba de cannabis poseen un contenido de THC similar (5-14 % y 5-11 %, respectivamente), aunque en algunas muestras de ambas formas de la droga se ha encontrado un contenido de THC muy elevado.

Anfetaminas y éxtasis (MDMA)

Europa continúa siendo un territorio importante para la producción y el consumo de anfetaminas y éxtasis, pero no de metanfetaminas. Después del cannabis, la droga más frecuentemente consumida en los países de la UE suele ser el éxtasis o las anfetaminas, cuyo índice de consumo a lo largo de toda la vida entre la población adulta oscila entre el 0,5 % y el 5 %. En el pasado, la prevalencia del consumo de anfetaminas era mayor que la del consumo de éxtasis, pero esta diferencia resulta ahora menos evidente. Entre los escolares, el índice de consumo a lo largo de toda la vida de sustancias inhalables ocupa el segundo lugar después del cannabis, y en general es considerablemente más alto que el índice de consumo de éxtasis o anfetaminas.

Como ocurre con el cannabis, los índices más altos de consumo a lo largo de toda la vida y de consumo reciente se dan entre los adultos jóvenes. Varios indicadores sugieren que el consumo de éxtasis ha seguido extendiéndose entre algunos sectores de la juventud urbana europea. Algunos estudios han descubierto índices de prevalencia extraordinariamente altos en dichos grupos, aunque generalmente no se observa un incremento acusado del consumo de la droga entre la población en su conjunto.

El número de personas tratadas por un problema con las anfetaminas varía mucho: algo menos de un tercio de los consumidores de drogas que se encuentran en tratamiento en Suecia y Finlandia consumen anfetaminas, mientras que esta proporción es del 9 % aproximadamente en Alemania y del 3 % o inferior en el resto de países. En casi todos los países, la proporción de demandas de tratamiento por consumo de éxtasis es muy baja. Una pequeña parte de las muertes que ocurren en Europa puede atribuirse directamente al consumo de éxtasis, pero en general las cifras se mantienen bajas, sobre todo en comparación con las muertes relacionadas con los derivados de opiáceos.

A pesar de las fluctuaciones que se han venido produciendo en los últimos años, y de los indicios de estabilización observados

en determinadas regiones, las incautaciones de anfetaminas y éxtasis han aumentado de manera significativa (número de incautaciones y cantidades aprehendidas) en la UE en los últimos diez años. En Finlandia, Suecia y Noruega, las anfetaminas son la segunda droga que se incauta con más frecuencia (después del cannabis).

Cocaína y crack

Los datos de las encuestas realizadas apuntan a un incremento del consumo de cocaína en el Reino Unido y, en menor medida, en Dinamarca, Alemania, España y Países Bajos. El consumo de cocaína y los aumentos de ese consumo parecen ser más habituales entre la población joven que reside en zonas urbanas. Por consiguiente, puede que las cifras nacionales reflejen sólo hasta cierto punto las tendencias locales de algunas grandes ciudades europeas.

Varios indicadores sugieren que la preocupación por los niveles de consumo de cocaína y los problemas asociados está justificada. Dichos indicadores incluyen la demanda de tratamiento, los exámenes toxicológicos de las víctimas de sobredosis, las incautaciones de droga y los estudios de poblaciones en situación de riesgo. Aparte del descenso registrado en 2000, el número de incautaciones de cocaína ha aumentado de forma continuada desde 1985. De manera similar, la cantidad de cocaína incautada presenta en general una tendencia al alza durante ese mismo período, aunque las cifras varían de año en año. Los Países Bajos y España registran unos índices relativamente altos de asistencia a tratamientos por consumo de cocaína (un 30 % y un 19 %, respectivamente), mientras que esta proporción es menor en Alemania, Italia, Luxemburgo y Reino Unido (entre un 6 % y un 7 %). Con excepción de los Países Bajos y el Reino Unido, la mayor parte de la demanda de tratamiento a cocainómanos parece estar relacionada con el consumo de cocaína en polvo (hidrocloruro de cocaína), y no de crack (cocaína base).

Al parecer, la prevalencia del consumo de crack en Europa es relativamente baja, aunque informes esporádicos de ámbito local indican que existe un problema con los grupos marginales de determinadas ciudades. Dado que el crack está asociado a consecuencias negativas para la salud y de tipo social, incluso cuando los índices de prevalencia son bajos, es necesario prestar más atención a las tendencias que puedan detectarse en esta cuestión, ya que un incremento del consumo, aunque sea moderado, puede tener una repercusión importante en la salud pública.

Consumo de heroína y drogas por vía intravenosa

El consumo problemático de drogas se define como el «consumo por vía parenteral o habitual/prolongado de opiáceos, cocaína y/o anfetaminas». Aunque son sólo una fracción del total de consumidores de estupefacientes, los consumidores problemáticos de drogas son responsables de una parte desproporcionada de los problemas sanitarios y sociales que se derivan del consumo de drogas. En la mayoría de países de la UE, con la excepción de Suecia y Finlandia, donde el consumo de anfetaminas tiene una mayor prevalencia, el consumo problemático de drogas continúa caracterizándose por el consumo de heroína, a menudo en combinación con otras drogas. Dada la dificultad de realizar estimaciones sobre esta cuestión, y puesto que la precisión y fiabilidad de las estimaciones varían considerablemente, se impone actuar con precaución a la hora de interpretar tendencias y realizar comparaciones entre países.

Las estimaciones nacionales relativas al consumo problemático de drogas se sitúan entre 2 y 10 casos por cada 1 000 personas adultas (es decir, entre un 0,2 % y un 1 %). No se aprecia ninguna tendencia común en cuanto al número de consumidores problemáticos de drogas en la UE, aunque los estudios parecen indicar que en al menos la mitad de los países de la UE se ha registrado cierto incremento desde mediados de la década de 1990.

Probablemente, cerca de la mitad de los «consumidores problemáticos de drogas» que hay en la UE son consumidores por vía intravenosa (CIV) (500 000-750 000 de un total de 1-1,5 millones de consumidores de drogas de la UE, según estimaciones). La proporción de consumidores por vía intravenosa es distinta en cada país y ha variado con el paso del tiempo. Durante la década de 1990 cayó en la mayoría de países y ahora existen indicios de cierto crecimiento. Las estimaciones nacionales relativas al consumo de drogas por vía intravenosa oscilan entre 2 y 5 casos por cada 1 000 adultos (entre un 0,2 % y un 0,5 %).

A pesar del drástico descenso en la producción de opio de Afganistán en 2001, no parece que haya pruebas de que esto repercutiera directamente sobre la disponibilidad de heroína en el mercado ilícito europeo, probablemente debido a que se disponía de existencias de la droga.

Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), hepatitis C (VHC) y hepatitis B (VHB)

La propagación del VIH, del virus de la hepatitis C (VHC) y del virus de la hepatitis B (VHB) en relación con las drogas, generalmente por conductas asociadas al consumo por vía intravenosa, constituye un motivo de especial preocupación en la UE. Los datos disponibles parecen indicar que la prevalencia de la infección por VIH entre los consumidores de droga por vía intravenosa (CVI) varía considerablemente entre los países europeos e incluso dentro de éstos, desde un 1 % aproximadamente en el Reino Unido hasta más de un 30 % en España. En algunos países y regiones, la prevalencia del VIH entre los CVI se ha mantenido muy alta (más del 25 %) desde mediados de la década de 1990. Aunque estos datos puedan reflejar una epidemia ya establecida, los esfuerzos especiales de

prevención en estas zonas siguen siendo importantes para impedir nuevos casos de infección.

Quizás resulte engañoso confiar plenamente en los datos nacionales, que en general apuntan a una situación bastante estable en toda la UE, si tenemos en cuenta que las tendencias pueden ser muy distintas en las diferentes regiones y ciudades. Recientemente se ha observado un incremento de la prevalencia del VIH entre subgrupos de CVI en algunas regiones y ciudades de España, Irlanda, Italia, Países Bajos, Austria, Portugal, Finlandia y Reino Unido. El panorama general continúa siendo diverso, ya que en algunos de estos países se han registrado también descensos en determinados subgrupos, y en otros países la prevalencia se ha mantenido estable o incluso ha disminuido.

Los datos relativos a la infección por VIH entre los CVI jóvenes y los nuevos CVI quizá sean un mejor indicador del número de infecciones recientes, e indican que continúan apareciendo nuevos casos de infección en algunas regiones. La incidencia del sida ha disminuido en toda la UE desde que se introdujeron tratamientos más eficaces.

La infección por el virus de la hepatitis C puede causar problemas de salud crónicos y muy graves, y el tratamiento de las patologías asociadas a estas infecciones tiene visos de convertirse en un gasto importante para los sistemas europeos de atención sanitaria. La prevalencia de la hepatitis C es extremadamente alta entre los CIV de todos los países, cuyos índices de infección varían entre el 40 % y el 90 %. Según los datos recibidos que identifican una categoría de riesgo, el 90 % de los casos de hepatitis C y el 40-80 % de los casos de hepatitis B están relacionados con el consumo de drogas por vía intravenosa. Las tendencias observadas a lo largo del tiempo revelan datos muy heterogéneos, con incrementos y disminuciones en distintas regiones. En general, la prevalencia de la infección por VHC entre los CIV jóvenes y los nuevos CIV es alta (del 40 % o más), lo que confirma una elevada incidencia de nuevas infecciones, y que los consumidores continúan contrayendo la enfermedad tras inyectarse durante un período relativamente corto. En toda la UE, entre un 20 y un 60 % aproximadamente de los CIV tienen anticuerpos contra la hepatitis B, lo que indica un gran potencial para los programas de vacunación destinados a prevenir esta enfermedad en los CIV.

Sobredosis

Cada año se producen en la UE entre 7 000 y 9 000 muertes por intoxicación aguda relacionada con la droga. La tendencia general en la UE ha continuado aumentando en los últimos años, aunque de manera menos acusada que en la década de 1980 y a principios de la década de 1990, y con un panorama más complejo y diverso a escala nacional. La mayoría de víctimas son personas jóvenes entre 20 y 40 años de edad, lo que representa un coste importante para la sociedad y una gran pérdida de vidas.

En la mayoría de casos (más del 80 %) se encuentran opiáceos en los análisis toxicológicos, a menudo en combinación con otras sustancias (como alcohol, benzodiacepinas o cocaína). En un número menor de casos se encuentra cocaína o éxtasis sin más drogas. Algunos de los factores que parecen estar asociados al mayor riesgo de muerte relacionada con el consumo de opiáceos son el consumo por vía intravenosa, el consumo de varias drogas y, en particular, el consumo simultáneo de alcohol o tranquilizantes, la pérdida de tolerancia y no estar en contacto con los servicios de asistencia. Se sabe que una intervención adecuada y rápida puede contribuir a la prevención de muchas sobredosis mortales, lo que subraya la necesidad de realizar intervenciones en este campo para fomentar que quienes presencien una sobredosis de drogas tomen las medidas oportunas.

Evolución de las respuestas al consumo de drogas

Política de la UE

La evaluación intermedia del plan de acción de la UE en materia de drogas 2000-2004, realizada por la Comisión Europea, señala que los Estados miembros otorgan prioridad a la reducción de la demanda y siguen las directrices establecidas en el plan de acción. No obstante, se observa que la UE tiene que realizar un esfuerzo aún mayor para desarrollar programas de prevención innovadores. Aunque reconoce los logros obtenidos, pone de relieve que falta mucho trabajo por hacer, como desarrollar sistemas de evaluación de las actividades nacionales y de la UE.

Las Presidencias del Consejo en 2002, España y Dinamarca, introdujeron varias resoluciones para aumentar el compromiso de los Estados miembros para realizar una mayor inversión en programas de prevención de las drogas en los planes de estudios escolares y también para intensificar los esfuerzos encaminados a la prevención del consumo de drogas con fines recreativos y mejorar el tratamiento de los consumidores en las cárceles. En mayo de 2002, la Comisión presentó una propuesta, preparada junto con el OEDT, de una recomendación del Consejo sobre la prevención y reducción de los riesgos asociados a la drogodependencia, para así lograr uno de los objetivos de la Estrategia europea en materia de lucha contra la droga, consistente en reducir de manera sustancial la incidencia de los daños a la salud relacionados con las drogas empleando medidas de reducción de riesgo que hayan demostrado ser eficaces.

Políticas de los Estados miembros

La tendencia observada en años recientes de organizar la política nacional de drogas mediante planes de acción nacionales y sistemas coordinados continuó en 2002. Suecia y Noruega y algunas provincias de Austria se unieron a otros socios de la UE para adoptar un plan, programa o estrategia coherente en materia de drogas. A la vez, el público es cada vez más consciente del consumo problemático de drogas y sus consecuencias, y se interesa

cada vez más por las políticas nacionales en la materia. Las encuestas muestran que la mayoría del público sigue oponiéndose a la legalización del cannabis. El bajo nivel de apoyo que suscita su legalización probablemente refleja la creencia de que el cannabis es una droga de iniciación. Sin embargo, la idea de modificar las penalizaciones por el consumo de cannabis en ciertas circunstancias fue recibida con niveles diversos de apoyo.

Un análisis general de la evolución del consumo de drogas y las respuestas a dicho consumo en el sistema educativo, sanitario, social y de justicia penal revela que los problemas y los grupos problemáticos a menudo no están perfectamente definidos. Las políticas nacionales y locales reflejan cada vez más la conciencia del carácter insidioso del fenómeno incrementando la cooperación y la diversificación para, de este modo, hacer más permeables y flexibles los límites entre los sistemas.

Las políticas de atención sanitaria, educativa y social crecen en importancia a la hora de reducir los problemas relacionados con las drogas en el sentido más amplio, y cada vez se está más de acuerdo en que el sistema de justicia penal por sí solo no siempre es capaz de hacer frente al problema del consumo de drogas. El vínculo entre la política de exclusión social y el problema de la droga es más fuerte en algunos países, como Irlanda y Reino Unido, que en otros. Varios países de la UE han introducido cambios legislativos para facilitar el tratamiento y la rehabilitación de adictos, y otros cambios en la legislación han ampliado las posibilidades de intervención temprana entre los jóvenes consumidores experimentales. Dinamarca, Alemania, Reino Unido y Noruega, han aumentado las inversiones en atención sanitaria en un intento por reducir el número de muertes relacionadas con la droga. De acuerdo con el plan de acción de la UE, que establece el compromiso de proporcionar múltiples opciones de tratamiento fácilmente accesibles, algunos países, como Finlandia y Grecia, han modificado sus programas de financiación y la normativa sobre tratamientos de sustitución.

En un entorno de inseguridad creciente, algunos países comunican cambios en la legislación para mejorar el control de traficantes y usuarios, por ejemplo el seguimiento mediante telecomunicaciones, el cacheo o pruebas de consumo de drogas. Otros cambios legislativos han intentado minimizar el impacto social del consumo de drogas proporcionando un control más estricto del orden público y de las perturbaciones causadas a él.

Intervenciones

La prevención en las escuelas continúa siendo la principal de las actividades dirigidas a todos los jóvenes, generalmente a partir de la preadolescencia. Aunque existe una amplia base empírica en la que se identifican diversos enfoques de probada eficacia, como por ejemplo la enseñanza interactiva centrada en las aptitudes personales y sociales, muy pocos países, entre ellos España, Grecia e Irlanda, aplican dichos programas de manera sistemática en el plan de estudios escolar. En cuanto al resto de países, sólo Suecia y Francia admiten que la práctica de prevención del consumo de drogas en las escuelas no es una iniciativa de vanguardia sino con frecuencia una acción ecléctica y no profesionalizada.

No obstante, la creciente preocupación por no poder llegar en las escuelas a los jóvenes más vulnerables ha motivado el desarrollo de acciones de prevención específicas dirigidas a grupos que experimentan con las drogas en lugares de diversión, como discotecas, clubes y conciertos musicales. Los enfoques que parecen dar mejor resultado son el asesoramiento sobre el terreno y entre semejantes. Según parece, las iniciativas de prevención y las intervenciones tempranas dirigidas a los jóvenes delincuentes y socialmente excluidos resultan más eficaces si se aplican utilizando una metodología personalizada. Los proyectos llevados a cabo en Alemania, Austria, Portugal y Reino Unido han dado buenos resultados. Si bien las familias vulnerables, posiblemente con padres consumidores de droga, se consideran en situación de alto riesgo, apenas existen servicios de apoyo para ellas.

El intercambio de jeringuillas es ya un método establecido para impedir la propagación de enfermedades infecciosas a través del consumo de drogas por vía intravenosa, aunque la disponibilidad y el alcance de tales programas es variable y el acceso a equipos estériles todavía puede resultar problemático. España es el único país donde los servicios de intercambio de jeringuillas se están aplicando de manera sistemática en las cárceles. Cada vez más, las medidas específicas para prevenir el contagio de la hepatitis C, así como la vacunación contra la hepatitis B, se consideran complementos importantes a la prevención del VIH. La formación en primeros auxilios y la educación sobre riesgos han cobrado mayor importancia como intervenciones particulares para prevenir muertes por sobredosis. Otro avance importante es que aumenta la disponibilidad de la atención médica de bajo umbral, integrada en los servicios locales de lucha contra la droga.

El tratamiento relacionado con las drogas todavía se limita básicamente al tratamiento por consumo de opiáceos o por consumo de varias drogas incluidos los opiáceos, con la excepción de Suecia y Finlandia, donde el consumo de anfetaminas por vía intravenosa continúa siendo relevante. La evolución reciente del consumo problemático de drogas, que se aparta parcialmente de los opiáceos y del consumo de drogas por vía intravenosa, ha provocado la aparición de nuevos tipos de intervenciones tempranas, anteriormente descritas, en lugar de una reforma de las estructuras de tratamiento existentes. El tratamiento de sustitución, que destaca entre los demás, se ha generalizado y diversificado aún más en los últimos años. En el conjunto de la UE, se calcula que ha habido un crecimiento del 34 % en los últimos cinco años, sobre todo en los países con una dotación inicial baja, como Grecia, Irlanda, Portugal, Finlandia y Noruega. La asistencia a los consumidores de drogas de edad avanzada, desfavorecidos y con una adicción de varios años, a menudo con problemas psiquiátricos, constituye un importante desafío para la política sobre drogas, que todavía no ha encontrado soluciones adecuadas. El OEDT dedicará más tiempo a esta cuestión el año próximo.

Las innovaciones introducidas en política penal han traído consigo alternativas a la prisión. Ahora algunos consumidores de drogas se desvían a un tratamiento casi obligatorio o a la prestación de servicios a la comunidad, con el convencimiento de que sus necesidades se verán mejor satisfechas con este tipo de intervenciones. Las alternativas a la prisión impiden concretamente que los jóvenes consumidores de droga entren en contacto con la subcultura criminal presente en las prisiones. La necesidad de alternativas a la cárcel obedece también al grave problema de masificación que tienen muchos centros. El problema del consumo de drogas entre la población penitenciaria es cada vez más importante y exige respuestas flexibles. Aunque las autoridades sanitarias y sociales se implican cada vez más y asumen la responsabilidad de prestar servicios a los consumidores de drogas en prisión, la cooperación todavía puede mejorar. A menudo, el tratamiento que es habitual en la comunidad libre no está disponible o no es accesible en prisión. En la mayoría de países, las medidas de reducción del daño en las prisiones son relativamente limitadas.

Aseguramiento de la calidad

Varios estudios recientes destacan la puesta en marcha de intervenciones innovadoras y controvertidas como, por ejemplo, las salas de venopunción, la prescripción de heroína o los análisis de pastillas. Si bien este tipo de iniciativas resultan controvertidas, es preciso que los responsables políticos cuenten con información sobre los efectos de las mismas, a fin de sentar las bases para un debate con la mayor cantidad de datos e información posible.

Hay que potenciar la investigación europea sobre intervenciones psicosociales en prevención y tratamiento. En el campo de la prevención, se han venido utilizando ampliamente los resultados de investigaciones realizadas en Norteamérica. A pesar de que ni los objetivos ni las características de la prevención se ajustan a la situación europea, ha sido posible reproducir determinados enfoques que han dado buenos resultados, circunstancia que se tiene cada vez mas en cuenta a la hora de diseñar nuevas políticas. Aunque existe un importante conjunto de investigaciones y conocimientos empíricos acerca del tratamiento con asistencia médica, en parte financiado por la industria farmacológica, los grandes estudios de evaluación nacionales aportan una orientación sobre la mejor práctica en otras modalidades de tratamiento.

La transferencia de pruebas científicas a nuevas políticas y normas de actuación es mejorable. Se precisa con urgencia una colaboración más estrecha y un mayor entendimiento mutuo entre los investigadores y los responsables de la toma de decisiones. Muy pocos países están revisando sus prácticas de prevención en las escuelas a la luz de las pruebas científicas recibidas. Mientras que la evidencia científica encuentra un reconocimiento cada vez mayor en el campo de la prevención de enfermedades infecciosas, parece que en muchos casos la calidad de la asistencia no se tiene en cuenta suficientemente en lo que se refiere al tratamiento relacionado con las drogas y a los servicios para los consumidores de drogas en las cárceles. Existe una enorme falta de evidencia científica en el campo de las alternativas a la cárcel. No obstante, en los Estados miembros está ganando terreno un planteamiento más formal del aseguramiento de la calidad con el establecimiento de directrices, normas de calidad y sistemas de acreditación.

Capítulo 1

Situación de la drogodependencia

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

Consumo de drogas entre la población en general [1] [2]

Contar con información fiable sobre el grado y las pautas del consumo de droga y sobre la edad del primer consumo entre la población en general y los jóvenes, así como sobre las características de los consumidores y la percepción de riesgos es de suma importancia para elaborar y evaluar las políticas en materia de drogas y las iniciativas de prevención. El consumo de drogas en la población en general se mide mediante encuestas, que ofrecen estimaciones sobre el porcentaje de la población que ha consumido drogas en algún momento. Las mediciones más comunes son:

- cualquier consumo durante la vida de una persona (prevalencia en algún momento de la vida), denominado «experiencia en algún momento de la vida»,
- cualquier consumo durante el año anterior (prevalencia de los últimos doce meses), denominado «consumo reciente», y
- cualquier consumo durante el mes anterior (prevalencia de los últimos treinta días), denominado igualmente «consumo actual».

Las cifras correspondientes a la «experiencia en algún momento de la vida» siempre son superiores a las de los otros dos grupos, puesto que este grupo comprende a todas las personas que han probado drogas, independientemente del tiempo que haya transcurrido desde ello. Generalmente, el «consumo reciente» es más bajo, pero refleja la situación prevaleciente. El «consumo actual» puede indicar el número de personas que consumen drogas periódicamente, pero las cifras son generalmente bajas. Si combinamos la «experiencia en algún momento de la vida» con el «consumo actual» podemos obtener información básica sobre las pautas del consumo de drogas (por ejemplo, los índices de continuación).

Muchas encuestas investigan igualmente la edad de primer consumo y la frecuencia del consumo, lo que permite realizar estimaciones de la incidencia y poner de relieve pautas de consumo, como dosis superiores o un consumo más frecuente (lo que implica un mayor riesgo). Asimismo pueden establecerse correlaciones entre el consumo de drogas y los factores sociodemográficos, opiniones y percepciones de riesgo, estilo de vida, problemas de salud, etc.

Además de las diferencias reales en el consumo de drogas, varios factores pueden contribuir a crear diferencias entre las cifras de carácter general de los distintos países. Habrá que evaluar varios factores a la hora de estudiar las diferencias entre las cifras nacionales de carácter general. La magnitud relativa de las poblaciones urbanas y rurales de cada país puede explicar en parte estas diferencias. Otras fuentes de variación son los factores relacionados con la generación (por ejemplo, la cohorte demográfica en la que se extendió el consumo de drogas) y el grado de convergencia de los estilos de vida de los hombres y mujeres jóvenes. El contexto social y cultural puede también influir en la notificación del consumo de drogas por parte de los drogodependientes. Por último, aspectos metodológicos como los errores de muestreo y la falta de respuesta pueden influir en los resultados. Los análisis comparativos entre países deben efectuarse con cautela, en particular si las diferencias son reducidas, y la elaboración y evaluación de la política en materia de drogas deberá tomar en consideración, entre otros criterios, los grupos de edades específicas, las cohortes demográficas, el género y el lugar de residencia (a saber, zonas urbanas o rurales) de la población estudiada.

Prevalencia y pautas del consumo de drogas en la población en general

A pesar de las limitaciones metodológicas para comparar los resultados de las encuestas en distintos países, podemos identificar algunas pautas comunes en el consumo de drogas en toda la UE. Estas pautas básicas casi no han cambiado desde el último Informe anual.

El cannabis sigue siendo la sustancia legal de consumo más habitual en todos los países de la UE. La experiencia en algún momento de la vida resulta mucho más común que el consumo reciente o actual, lo que sugiere que el consumo de cannabis suele ser ocasional o es abandonado tras un cierto tiempo [3]. El consumo actual es poco habitual entre las personas de más de 40 años. En algunos países se indica un pequeño porcentaje de adultos (0,5-1 %) que consume la sustancia diariamente, por lo que debe prestarse especial atención a este grupo.

Las sustancias ilegales distintas del cannabis son consumidas por porcentajes mucho más reducidos de la población, aunque existen diferencias considerables entre un país y otro [4]. Nuevamente en este caso, es infrecuente un consumo de drogas regular o sostenido, puesto que para la mayoría el consumo de drogas dura

[1] Para más explicaciones, véase el recuadro 1 OL: Métodos utilizados para calcular el consumo de drogas en la población en general (versión en línea).

[2] Véanse las directrices del OEDT para el indicador clave «prevalencia y pautas del consumo de drogas entre la población en general: encuestas de población» (http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/situation/population_survey_handbook.pdf).

[3] Gráfico 1 OL: Pautas del consumo de cannabis entre la población en general: consumo en algún momento de la vida y consumo actual (últimos 30 días), Encuesta nacional sobre prevalencia (consumo de drogas), 2001 (Países Bajos) (versión en línea).

[4] Gráfico 2 OL: Consumo reciente (últimos doce meses) de cannabis, anfetaminas, éxtasis y cocaína entre los adultos jóvenes (entre 15 y 34 años) de países europeos, medido a través de las encuestas nacionales de población (versión en línea).

relativamente poco, es decir, la experiencia en un momento de la vida es claramente superior al consumo reciente ([5]).

El consumo de sustancias ilegales más elevado se da entre los adultos jóvenes (es decir, de 15 a 34 años), en los que las tasas de prevalencia duplican aproximadamente las correspondientes a todos los adultos. En todos los países y grupos de edad, los hombres tienen mayores probabilidades de haber consumido drogas en alguna ocasión que las mujeres. El consumo de drogas presenta una mayor prevalencia en las zonas urbanas, aunque es posible que esté teniendo lugar una cierta propagación en las pequeñas ciudades y zonas rurales.

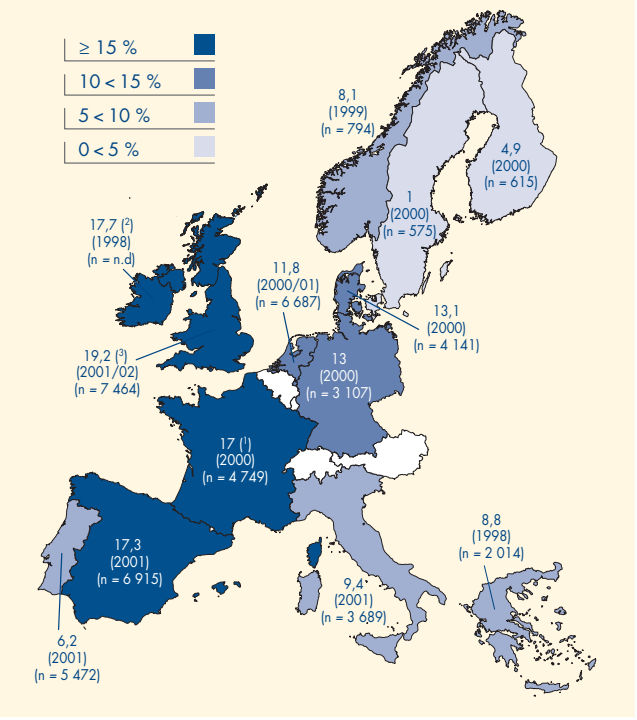
La experiencia en algún momento de la vida con el cannabis oscila entre el 7-10 % (Portugal y Finlandia) y el 30 % (Dinamarca y Reino Unido) de la totalidad de la población adulta, en tanto que en la mayoría de los demás países este porcentaje varía entre el 20 % y el 25 %. Las tasas de consumo de drogas distintas del cannabis son: 0,5-6 % en el caso de las anfetaminas (salvo en el Reino Unido, dónde es del 11 %) y 0,5-5 % en el caso de la cocaína y el éxtasis ([6]). En general, menos del 1 % de la población ha probado heroína, si bien en algunos países entre un 2 % y un 3 % de los hombres jóvenes señalan haber experimentado con esta droga.

Según la información recibida, el consumo reciente de cannabis se sitúa entre el 1 % y el 10 % de la población adulta, aunque en una mayoría de países (10) la prevalencia oscila entre el 5 % y el 10 %. El consumo reciente de anfetaminas, cocaína o éxtasis se sitúa generalmente por debajo del 1 % de la población adulta. En España, Irlanda y Reino Unido, las tasas de consumo de estas drogas son algo superiores, mientras que el consumo de anfetaminas es relativamente superior en Dinamarca y Noruega y el de éxtasis es más común en los Países Bajos ([7]).

El consumo de drogas (considerado tanto como experiencia en algún momento de la vida o como consumo actual) es más alto entre los adultos jóvenes que entre la población en su conjunto. De acuerdo con los informes recibidos, el consumo actual de cannabis oscila entre el 5 % y el 20 % de los adultos jóvenes (Suecia 1-2 %), si bien un número considerable de países (7) señala tasas entre el 10 % y el 20 % (véase el gráfico 1). El consumo reciente de anfetaminas es del 0,65 %, el de cocaína entre el 0,5 % y el 4,5 %, y el de éxtasis entre el 0,5 % y el 5 % (gráfico 2).

En comparación, en la Encuesta nacional sobre consumo de drogas en las familias *(National Household Survey on Drug Abuse)* realizada en los Estados Unidos en 2001, un 36,9 % de los adultos (12 años de edad en adelante) indicaba haber tenido una experiencia en algún momento de la vida con el cannabis, un 12,3 % con la cocaína y un 3,6 % con el éxtasis. El consumo reciente (últimos 12 meses) de cannabis es del 9,3 %, el de la cocaína del 1,9 % y el del éxtasis del 1,4 % ([8]). La experiencia en algún momento de la vida y el consumo reciente en los Estados Unidos son superiores a los de cualquier país de la UE. Asimismo,

Gráfico 1. Consumo reciente (durante los últimos doce meses) de cannabis entre los adultos jóvenes (entre 15 y 34 años de edad) en los países europeos detectado a través de las encuestas entre la población en general



NB: Los datos proceden de las encuestas nacionales más recientes disponibles de cada país. El tamaño de las muestras (*n*) hace referencia al número de encuestados en la totalidad de las encuestas. Para más información sobre el número de encuestados por grupo de edad, véase el cuadro estadístico 2: Prevalencia en los últimos doce meses (LYP) del consumo de droga en las encuestas nacionales más recientes entre la población en general en los países de la UE y Noruega (versión en línea). La definición de adultos jóvenes del OEDT corresponde a las personas de edades comprendidas entre los 15 y los 34 años. En Dinamarca y Reino Unido se considera adultos jóvenes a las personas de edades comprendidas entre los 16 y los 34 años, y en Alemania e Irlanda a las personas de 18 a 34 años. Las diferencias entre los tramos de edad pueden explicar, hasta cierto punto, diferencias entre países. En algunos países, las cifras se volvieron a calcular a nivel nacional para adaptarlas en la medida de lo posible a los grupos de edad que utiliza el OEDT.

([1]) En Francia se realizó una nueva encuesta en 2002, pero con una muestra considerablemente más pequeña (2 009 personas encuestadas). Véase el cuadro estadístico 1: Prevalencia en algún momento de la vida (LTP) del consumo de droga en las encuestas nacionales más recientes entre la población en general en los países de la UE y Noruega (versión en línea).

([2]) En Irlanda, la muestra de la totalidad de la encuesta (personas entre 18 y 64 años) fue de 6 539 personas.

([3]) Inglaterra y Gales.

Fuentes: Informes nacionales 2002 de la red Reitox, extraídos de informes de encuestas y artículos científicos. Véase igualmente el cuadro estadístico 1: Prevalencia en algún momento de la vida (LTP) del consumo de droga en las encuestas nacionales más recientes entre la población en general en los países de la UE y Noruega (versión en línea).

([5]) Este hecho se denomina «índice de continuación», es decir, el porcentaje de personas que han consumido una sustancia durante su vida y también la han consumido en los últimos 12 meses o últimos 30 días.

([6]) Véase el cuadro estadístico 1: Prevalencia en algún momento de la vida (LTP) del consumo de droga en las encuestas nacionales más recientes entre la población en general en los países de la UE y Noruega (versión en línea).

([7]) Véase el cuadro estadístico 2: Prevalencia en los últimos doce meses (LYP) del consumo de droga en las encuestas nacionales más recientes entre la población en general en los países de la UE y Noruega (versión en línea).

([8]) Fuente: SAMHSA, Office of Applied Studies, National Household Survey on Drug Abuse, 2001 (http://www.samhsa.gov/oas/nhsda.htm). Nota: el tramo de edad (de 12 años en adelante) es superior al tramo de edad utilizado por el OEDT para las encuestas de la UE (15 a 64 años). Esto significa que las cifras citadas en la encuesta estadounidense tenderán a ser algo inferiores que si se hubiese empleado el tramo de edad utilizado en la UE, debido al bajo nivel de consumo de drogas entre los jóvenes de 12 a 15 años y, en particular, entre las personas de más de 65 años.

la experiencia en algún momento de la vida con la cocaína en los Estados Unidos es superior a la de cualquier país de la UE y el consumo reciente es mayor que en la mayoría de países, excepto España (2,6 %) y Reino Unido (2,0 %). El consumo de éxtasis es superior a todos los países de la UE, salvo España, Irlanda, Países Bajos y Reino Unido.

Tendencias del consumo de drogas entre la población en general

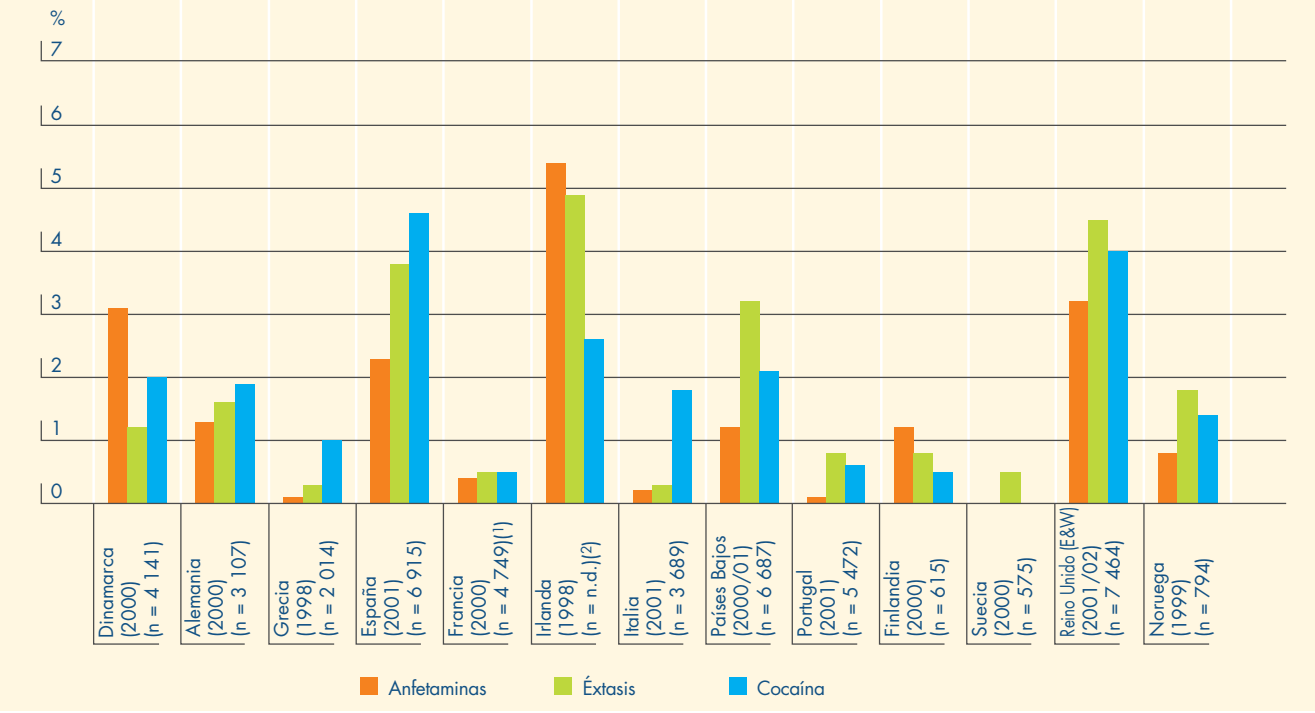
Resulta difícil definir tendencias nítidas que se apliquen al conjunto de la UE. En tan sólo unos cuantos países se ha realizado una serie de encuestas coherentes y sólo durante unos pocos años. Además, el contexto sociocultural varía considerablemente entre los países de la UE. La experiencia en algún momento de la vida constituye un indicador de utilidad limitada para analizar tendencias, pues se trata de un valor acumulativo que puede aumentar debido a un efecto generacional incluso si el consumo actual de drogas se muestra estable o disminuye. Por otra parte, la experiencia en algún momento de la vida suele reflejar el consumo reciente entre personas muy jóvenes (entre 13 y 15 años de edad).

Distintos tipos de encuestas (encuestas nacionales o locales entre militares y escolares) muestran que el consumo de cannabis, en particular entre los jóvenes, aumentó notablemente durante los años noventa en casi todos los países de la UE. Simultáneamente, el consumo de cannabis en diversos países presentó una tendencia convergente, pues en un número considerable de países se señala una experiencia en algún momento de la vida entre el 20 % y el 25 % y un consumo reciente entre el 5 % y el 10 %.

Si bien numerosos países indican una tendencia alcista continuada en el consumo de cannabis, cabe señalar que varios de ellos (Irlanda, Italia, Países Bajos, Finlandia, Suecia y Noruega) indican que, basándose en estudios, el consumo reciente puede estar estabilizándose entre los escolares, militares y adolescentes.

Resulta más difícil establecer tendencias europeas en el consumo de otras sustancias (por ejemplo, cocaína, éxtasis y anfetaminas), en parte porque, en muchos casos, las muestras de las encuestas

Gráfico 2. Consumo reciente (últimos doce meses) de anfetaminas, éxtasis y cocaína entre los adultos jóvenes (entre 15 y 34 años) de países europeos, medido a través de las encuestas nacionales de población



NB: E&W: Inglaterra y Gales.
Los datos proceden de la encuesta nacional más reciente disponible en cada país. El tamaño de las muestras (*n*) hace referencia al número de encuestados en la totalidad de las encuestas. Para más información sobre el número de encuestados por grupo de edad, véase el cuadro estadístico 2: Prevalencia en los últimos doce meses (LYP) del consumo de droga en las encuestas nacionales más recientes entre la población en general en los países de la UE y Noruega (versión en línea). La definición de adultos jóvenes del OEDT corresponde a las personas de edades comprendidas entre los 15 y los 34 años. En Dinamarca y Reino Unido se considera adultos jóvenes a las personas de edades comprendidas entre los 16 y los 34 años, y en Alemania e Irlanda a las personas de 18 a 34 años. Las diferencias entre los tramos de edad pueden explicar, hasta cierto punto, diferencias entre países. En algunos países, las cifras se volvieron a calcular a nivel nacional para adaptarlas en la medida de lo posible a los grupos de edad que utiliza el OEDT.

(1) En Francia se realizó una nueva encuesta en 2002, pero con una muestra considerablemente más pequeña (2 009 personas encuestadas). Véase igualmente el cuadro estadístico 2: Prevalencia en los últimos doce meses (LYP) del consumo de droga en las encuestas nacionales más recientes entre la población en general en los países de la UE y Noruega (versión en línea).

(2) En Irlanda, la muestra de la totalidad de la encuesta (personas entre 18 y 64 años) fue de 6 539 personas.

Fuentes: Informes nacionales 2002 de la red Reitox, extraídos de informes de encuestas y artículos científicos. Véase igualmente el cuadro estadístico 2: Prevalencia en los últimos doce meses (LYP) del consumo de droga en las encuestas nacionales más recientes entre la población en general en los países de la UE y Noruega (versión en línea).

son reducidas, y en parte debido a la prevalencia muy inferior del consumo en general de estas drogas. Además, las nuevas tendencias suelen concentrarse en determinados grupos y sería necesario que el análisis se centrase en grupos definidos (por ejemplo, el consumo de drogas de los jóvenes en zonas urbanas) para determinar dichas tendencias y evaluar su auténtico alcance. Preferentemente, las encuestas deben complementarse mediante estudios antropológicos selectivos.

El consumo de éxtasis aumentó claramente durante los años noventa (y al parecer sigue difundiéndose) entre determinados grupos de jóvenes, pero tan sólo cuatro países (España, Irlanda, Países Bajos y Reino Unido) señalan una tasa de consumo reciente (últimos 12 meses) superior al 3 % entre los adultos jóvenes.

Resulta preocupante que los indicadores de consumo de drogas (demanda de tratamiento, incautaciones, resultados de los exámenes toxicológicos forenses) indiquen que el consumo de cocaína está aumentando en algunos países. Aunque el consumo de cocaína entre la población en general sigue siendo reducido, los aumentos del consumo reciente (últimos 12 meses) de cocaína entre los jóvenes parece un resultado recurrente (1994-2000) en el Reino Unido ([9]) y posiblemente en menor medida en Dinamarca, Alemania, España y Países Bajos. Otros países señalan (informes nacionales de la red Reitox de 2001 o 2002) aumentos basados en información local o cualitativa (Grecia, Irlanda, Italia y Austria). Este fenómeno debe ser objeto de un minucioso seguimiento, sobre todo entre los jóvenes de las zonas urbanas (véase el gráfico 3).

Los cuadros estadísticos relacionados con este capítulo figuran en **http://annualreport.emcdda.eu.int**

Cuadro estadístico 1: Prevalencia en algún momento de la vida (LTP) del consumo de droga en las encuestas nacionales más recientes entre la población en general en los países de la UE y Noruega.

Cuadro estadístico 2: Prevalencia en los últimos doce meses (LYP) del consumo de droga en las encuestas nacionales más recientes entre la población en general en los países de la UE y Noruega.

Cuadro estadístico 3: Encuestas escolares. Prevalencia a lo largo de la vida entre estudiantes de 15 a 16 años de edad.

Consumo problemático de drogas

El «consumo problemático de drogas» se define como el «consumo por inyección o habitual/a largo plazo de opiáceos, cocaína y/o anfetaminas» ([10]).

Sin embargo, dada la dependencia existente con respecto a los actuales métodos de estimación, la calidad y disponibilidad de datos, no siempre es posible interpretar las tendencias de manera fiable. Además, no existe un método de estimación que pueda utilizarse en todos los países de forma comparable, por lo que las comparaciones entre países deben efectuarse con cautela.

Varios países señalan que se han producido cambios en sus estimaciones, que indican aumentos del consumo problemático desde mediados de los años noventa. De los 16 países, 8 indican un aumento en las estadísticas del consumo problemático de drogas

Gráfico 3. Evolución del consumo reciente (últimos doce meses) de cannabis (A) y cocaína (B) entre adultos jóvenes (entre 15 y 34 años) en algunos países de la UE

Gráfico 3 (A). Evolución del consumo de cannabis

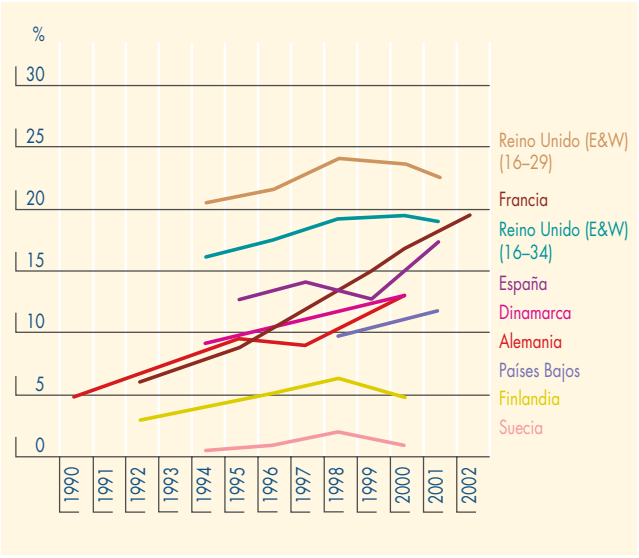
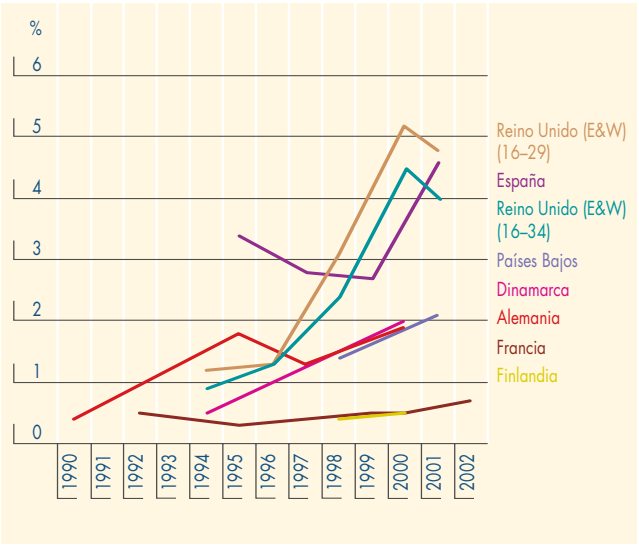


Gráfico 3 (B). Evolución del consumo de cocaína



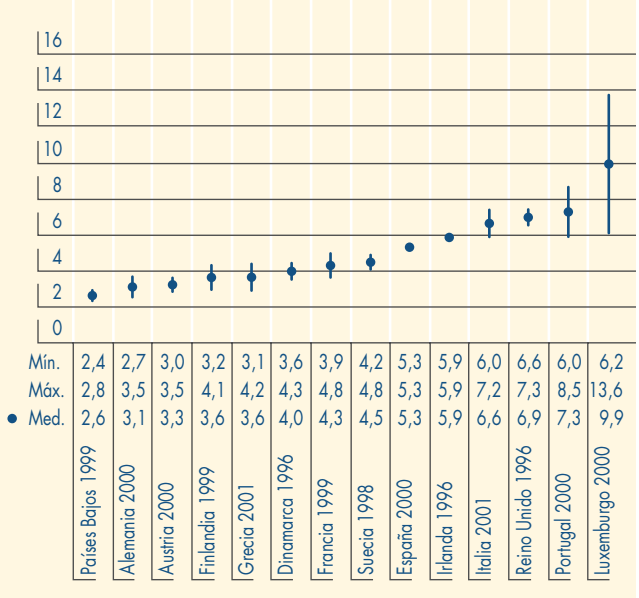
NB: E&W: Inglaterra y Gales.
Los datos proceden de la encuesta nacional más reciente disponible en cada país. En el cuadro estadístico 2 (versión en línea) figuran las cifras y la metodología de cada encuesta.
Según la definición del OEDT, la edad de adultos jóvenes es la comprendida entre los 15 y 34 años. En Dinamarca y Reino Unido se considera adultos jóvenes a las personas de edades comprendidas entre los 16 y los 34 años, y en Alemania e Irlanda a las personas de 18 a 34 años. En Francia, el tramo de edad es de 25 a 34 años (1992) o de 18 a 39 (1995).
En el cuadro estadístico 2 (versión en línea) figura el tamaño de las muestras (personas encuestadas).
En Dinamarca, la cifra de 1994 corresponde al consumo de «drogas duras».

Fuentes: Informes nacionales 2002 de la red Reitox, extraídos de informes de encuestas y artículos científicos. Las distintas fuentes figuran en el cuadro estadístico 2 (versión en línea).

([9]) Si bien, según el Ministerio británico del Interior, parece que se está estabilizando (véase el gráfico 3). Los estudios realizados en Inglaterra y Gales entre personas de 16 a 29 años de edad pusieron de manifiesto importantes cambios (en torno al 5 %) entre 1996 y 1998, y entre 1998 y 2000. Sin embargo, las diferencias entre 2000 y 2001/2002 no resultaron significativas.

([10]) Para más detalles, véase el recuadro 2 OL: Definición y métodos utilizados para calcular el consumo problemático de drogas (versión en línea).

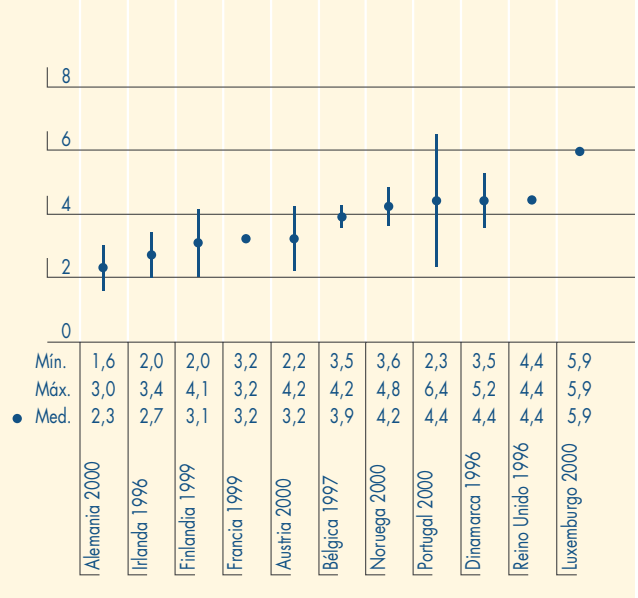
Gráfico 4. Estimaciones del consumo problemático de drogas en distintos Estados miembros de la UE (prevalencia anual más reciente por 1 000 habitantes de edades comprendidas entre los 15 y los 64 años)



NB: Algunas de estas cifras se basan en métodos y fuentes de información diferentes, por lo que deben interpretarse con cautela (para más información, véanse los cuadros estadísticos en línea). El punto muestra el punto medio del rango, en tanto que la línea representa el rango de incertidumbre o el intervalo de confianza del 95 %. Cuanto más larga sea esta línea, más amplio será el rango de la prevalencia (no disponible en el caso de España e Irlanda). Todas las estimaciones son compatibles con la definición de consumo problemático de drogas del OEDT. La estimación sueca ha sido adaptada para ajustarse a dicha definición.

Fuentes: Puntos focales nacionales a través del proyecto del OEDT: «Estimaciones de la prevalencia nacional del consumo problemático de droga en la Unión Europea, 1995-2000», CT.00.RTX.23, Lisboa, OEDT, 2003. Coordinado por el Institut für Therapieforschung, Múnich.

Gráfico 5. Estimaciones del consumo de drogas por vía parenteral en los Estados miembros de la UE (prevalencia anual más reciente por 1 000 habitantes de edades comprendidas entre los 15 y los 64 años)



NB: Algunas de estas cifras se basan en métodos y fuentes de información diferentes, por lo que deben interpretarse con cautela (para más información, véanse los cuadros estadísticos en línea). El punto muestra el punto medio del rango, en tanto que la línea representa el rango de incertidumbre o el intervalo de confianza del 95 %. Cuanto más larga sea esta línea, menos segura será la prevalencia (no disponible en el caso de Francia, Luxemburgo y el Reino Unido).

Fuentes: Puntos focales nacionales a través del proyecto del OEDT: «Estimaciones de la prevalencia nacional del consumo problemático de droga en la Unión Europea, 1995-2000», CT.00.RTX.23, Lisboa, OEDT, 2003. Coordinado por el Institut für Therapieforschung, Múnich.

(Alemania, España, Italia, Luxemburgo, Finlandia y Suecia) o del consumo por vía parenteral (Bélgica y Noruega) durante los años noventa, si bien el aumento notificado por Suecia a nivel nacional no se ha visto confirmado en dos estudios de carácter local) ([11]).

Todas las estimaciones relativas al consumo problemático de drogas se sitúan entre dos y diez casos por 1 000 personas de edades comprendidas entre los 15 y los 64 años (utilizando los puntos medios de las estimaciones). Las tasas más altas son las de Italia, Luxemburgo, Portugal y Reino Unido (6-10 por 1 000 habitantes de entre 15 y 64 años). Las tasas más bajas corresponden a Alemania, Países Bajos y Austria, países que presentan aproximadamente tres consumidores problemáticos de drogas por cada 1 000 habitantes de edades comprendidas entre los 15 y los 64 años. No se dispone de datos sobre Bélgica y Noruega (véase el gráfico 4).

En Finlandia y Suecia, la mayoría de los consumidores problemáticos de drogas consumen anfetaminas como droga principal (entre el 70 % y el 80 % en Finlandia en 1999 según las estimaciones). Sucede lo contrario en otros países, donde los consumidores problemáticos de drogas son fundamentalmente consumidores de opiáceos en primer lugar (y con frecuencia consumen varios tipos de droga). En España, la cocaína se ha convertido en un importante factor en los problemas de drogodependencia (datos sobre tratamiento y emergencias), extremo que se ha visto confirmado por estimaciones de prevalencia recientes. Algunos países (Alemania y Países Bajos) indican que existe una elevada prevalencia de crack entre los consumidores problemáticos de drogas, si bien predomina en las grandes ciudades y entre los consumidores de opiáceos primarios.

Se proporcionan estimaciones por separado para el consumo de drogas por vía parenteral, una subcategoría de todo consumo problemático de drogas. Estas estimaciones se basan en métodos multiplicadores que utilizan datos sobre mortalidad y las tasas de infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o hepatitis C (VHC). Dado que es difícil distinguir las tasas de consumo actual por vía parenteral (que probablemente es el más representado en las estimaciones basadas en la mortalidad) y el consumo por vía parenteral en algún momento de la vida (a partir de las estimaciones de VIH/VHC), resulta difícil realizar comparaciones entre estas estimaciones. Las estimaciones relativas al consumo de drogas por vía parenteral se sitúan, por lo general, entre dos y cinco casos por 1 000 habitantes de edades comprendidas entre los 15 y los 64 años (no se dispone de información en el caso de cinco Estados miembros). La estimación correspondiente a Luxemburgo es superior, alcanzando casi seis casos por 1 000 habitantes. Las estimaciones del consumo de

([11]) Véase el recuadro 3 OL: Tendencias y pautas del consumo problemático de drogas por países (versión en línea).

drogas por vía parenteral indican la población que corre el riesgo de padecer problemas graves de salud o de sufrir una muerte relacionada con la droga (véase el gráfico 5).

Un análisis del porcentaje de consumidores por vía parenteral entre los consumidores de heroína en tratamiento indica que la prevalencia del consumo de drogas por vía parenteral presenta diferencias considerables entre un país y otro, y que existen distintas tendencias a lo largo del tiempo (véase el gráfico 6). En algunos países, el consumo de drogas por vía parenteral parece reducido (Portugal, Países Bajos), mientras que en otros el nivel de consumo por vía parenteral entre los consumidores de heroína en tratamiento es sumamente elevado (Grecia, Luxemburgo). En casi todos los países, el consumo de drogas por vía parenteral entre los consumidores de heroína sometidos a tratamiento parece haber disminuido durante los años noventa, si bien los datos de algunos países indican que recientemente se han producido aumentos desde 1996 en adelante (Irlanda, Finlandia) que, de confirmarse, resultarían preocupantes y exigirían la adopción de medidas. Los datos correspondientes al Reino Unido señalan que el consumo de heroína por vía parenteral dejó de disminuir entre los consumidores en tratamiento aproximadamente en 1996. En el Reino Unido, la proporción de usuarios por vía parenteral disminuyó hasta 1996, pero aumentó al año siguiente y desde entonces se ha mantenido estable.

Los mismos datos sobre los porcentajes actuales de consumo de droga por vía parenteral entre los consumidores de opiáceos sometidos a tratamiento, comparados con las cifras absolutas estimadas de consumidores problemáticos de drogas (véase el cuadro estadístico 4), indican que aproximadamente el 60 % de los consumidores problemáticos en la UE son consumidores por vía parenteral, si bien existen grandes diferencias entre países (que no se muestran). Si la tasa de consumo problemático de drogas en la totalidad de la UE se sitúa entre 4 y 6 casos por 1 000 habitantes de edades comprendidas entre los 15 y los 64 años, esta tasa implica la existencia de entre 1 y 1,5 millones de consumidores problemáticos de drogas, de los cuales entre 600 000-900 000 son consumidores por vía parenteral.

Los cuadros estadísticos relacionados con este capítulo figuran en **http://annualreport.emcdda.eu.int**

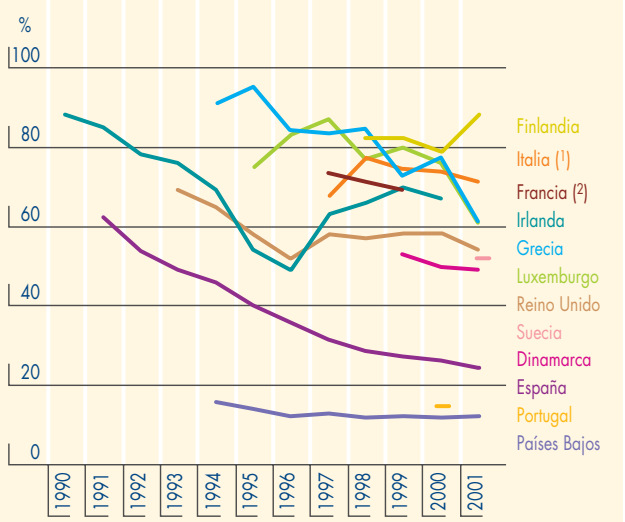
Cuadro estadístico 4: Número estimado de consumidores problemáticos de droga en los Estados miembros de la UE, 1995-2001.

Cuadro estadístico 5: Índice estimado de consumidores problemáticos de droga en los Estados miembros de la UE, 1995-2001 (por 1 000 habitantes entre 15 y 64 años de edad).

Demanda de tratamiento

Las características de los consumidores admitidos a tratamiento (como las sociales), y sus conductas de consumo (como la proporción de los que se inyectan o la de consumidores de opiáceos) son indicadores potenciales de las tendencias más amplias del consumo problemático de drogas. Asimismo, los datos sobre demanda de tratamiento permiten observar la organización de los centros de tratamiento en Europa. Sin embargo, los datos

Gráfico 6. Tendencias del consumo de drogas por vía parenteral en los Estados miembros de la UE, 1990-2001 (porcentaje de consumidores actuales por vía parenteral entre los consumidores de heroína en tratamiento)



(1) Italia: datos del cuadro standard 4 (2002).
(2) No se dispone de datos sobre Francia en 1998; las cifras son resultado de una interpolación. Los datos representan varios millares de casos por país y año, y en la mayoría de los países comprenden casi todos los casos tratados a nivel nacional.
Fuentes: Puntos focales nacionales a través del proyecto del OEDT: «Indicador de la demanda de tratamiento» (http://www.emcdda.eu.int/situation/themes/demand_treatment.shtml).

pueden estar sesgados debido a los distintos métodos utilizados para reunir la información y a la diferente oferta de servicios de tratamiento entre unos países y otros. La recopilación de datos se basa, por segunda vez, en el protocolo común europeo [indicador de demanda de tratamiento (TDI) y comprende información sobre aproximadamente 150 000 pacientes ([12]).

Sustancias

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

Fuentes de información

En 2002, al igual que en 2001, se utilizaron dos fuentes de información: el protocolo ampliado del indicador de demanda de tratamiento (TDI) en los centros de tratamiento que disponían de datos, y una forma concisa del protocolo de TDI, que se incluye en los cuadros recopilados desde 1993. A fin de mantener la coherencia con años precedentes y observar la evolución de las tendencias a lo largo del tiempo, en algunos casos se ha utilizado la segunda fuente de información. El número de casos estudiados en cada país por cada fuente de información figura en la versión en línea ([1]).

([1]) Cuadro 1 OL: Número de casos abarcados por cada fuente de información (versión en línea).

([12]) Encontrará un informe completo sobre el indicador de demanda de tratamiento en: (http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/situation/treatment_indicator_report.pdf).

Al igual que en años anteriores, en 2001 todos los países comunican un aumento en el total de personas tratadas por problemas relacionados con la droga. Según los informes nacionales, ello se debe a varias causas: la mejora de los métodos de registro (se indica un mayor número de personas en tratamiento), una mayor disponibilidad de instalaciones de tratamiento (en particular tratamientos de sustitución y servicios de bajo umbral), las diferencias entre los programas (actualmente existen servicios especializados para grupos determinados de destinatarios y se utilizan distintas sustancias en los programas de sustitución, como la buprenorfina, así como la metadona), el aumento de la duración del tratamiento de pacientes ya en tratamiento y un aumento del número de personas en tratamiento en las zonas rurales y no urbanas (informes nacionales, 2002).

En general, los consumidores de droga solicitan tratamiento de forma espontánea o bien porque sus familiares los presionan a ello; las demás causas sólo representan un pequeño porcentaje de los envíos de pacientes a tratamiento ([13]). Los envíos a centros de tratamiento de la drogodependencia varían entre un país a otro por varias razones: las diferencias en la distribución del consumo de las sustancias de las que se abusa; las diferencias en la organización nacional sanitaria; los servicios sociales y judiciales, y las diferencias sociales o culturales. Por ejemplo, el porcentaje más alto de pacientes enviados por los tribunales, la policía u otros servicios judiciales corresponde a Alemania, posiblemente debido al alto porcentaje de consumidores de cannabis en ese país ([14]). En cambio, en Suecia, que posee un sistema de bienestar social altamente estructurado, los servicios sociales desempeñan un papel importante en el envío de consumidores de drogas a los servicios especializados. En Grecia, la familia es la principal institución de la sociedad y desempeña una función destacada en tanto que causa de envío de pacientes (informe nacional, 2002) ([15]).

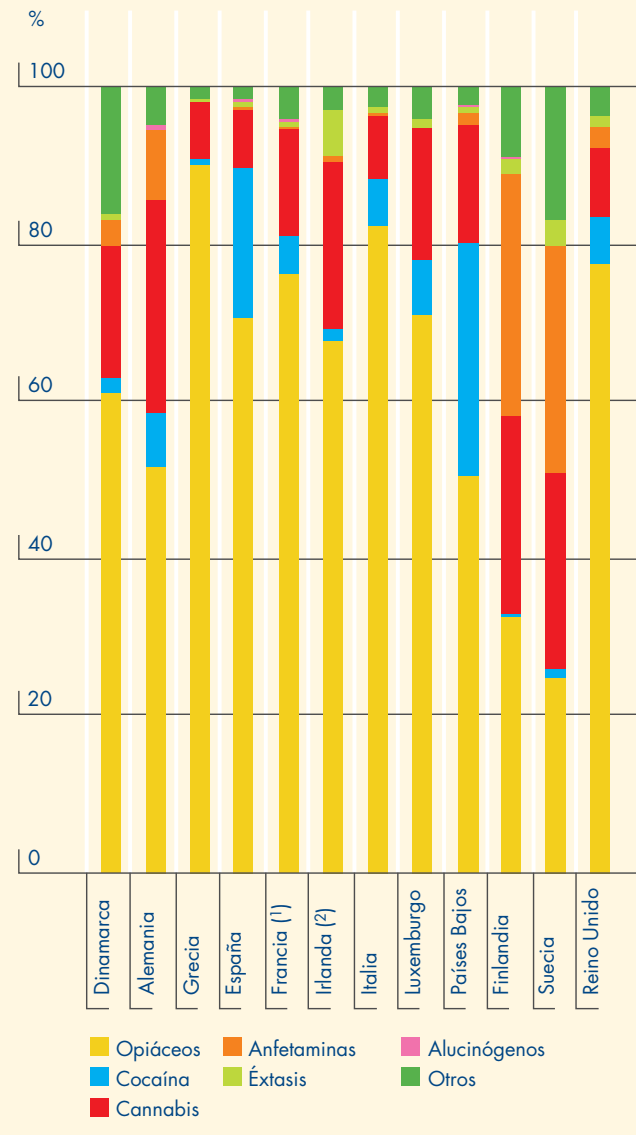
En la mayoría de los países, los opiáceos (en particular, la heroína) siguen siendo la principal sustancia consumida entre todos los pacientes que solicitan tratamiento (véase el gráfico 7). En la mayoría de los países de la UE, entre un 50 % y un 70 % de los pacientes que solicitan tratamiento son consumidores de heroína, pero las cifras varían ampliamente. Podemos dividir a los Estados miembros de la UE en cuatro grupos en función del porcentaje en que el envío a los centros de tratamiento de la drogodependencia se debe al consumo de opiáceos:

- inferior al 50 % (Finlandia, Suecia);
- 50-70 % (Dinamarca, Alemania, Francia, Irlanda, Países Bajos);
- 70-80 % (España, Luxemburgo, Reino Unido); y
- superior al 80 % (Grecia, Italia, Portugal) ([16]).

Parece que los pacientes de tratamientos ambulatorios suelen presentar mayores diferencias que los usuarios de otros servicios de tratamiento ([17]), porque las clínicas de tratamiento ambulatorio se especializan en problemas relacionados con determinadas drogas o porque dichas clínicas han sido creadas para responder a la demanda de tratamiento para distintos tipos de consumo de drogas (como consumo de cannabis o de cocaína) (Molinae et al., 2002).

En muchos países, la heroína va seguida del cannabis por lo que se refiere al número de consumidores que desean tratamiento, y la cifra más alta es la correspondiente a los nuevos pacientes (un

Gráfico 7. Total de pacientes admitidos a tratamiento; presentados por droga principal



NB: *n* = 300 414.
(1) Datos de 1999.
(2) Datos de 2000.
Fuentes: Informes nacionales 2002 de la red Reitox. Véase igualmente el cuadro estadístico 6: Características de las personas que han recibido tratamiento por problemas relacionados con las drogas en la UE (versión en línea).

(13) Gráfico 3 OL: Nuevos pacientes admitidos a tratamiento por fuente de envío a tratamiento (versión en línea).
(14) Por varias razones (incluida, por ejemplo, la imposición de sanciones administrativas como la prohibición de conducir) la proporción de usuarios enviados por el sistema de justicia penal no se corresponde necesariamente con la proporción de delincuentes.
(15) Gráfico 4 OL: Fuente de envío a tratamiento entre los nuevos pacientes, en algunos países (versión en línea).
(16) Véase el cuadro estadístico 6: Características de las personas que han recibido tratamiento por problemas relacionados con las drogas en la UE (versión en línea); y el cuadro estadístico 7: Características de las personas que han recibido tratamiento por primera vez debido a problemas relacionados con las drogas en la UE (versión en línea).
(17) Gráfico 5 OL: Droga principal entre todos los pacientes, por tipo de centro (versión en línea).

24,7 % del total de nuevas admisiones corresponde a consumidores de cannabis) ([18]), en tanto que los pacientes que solicitan tratamiento debido al consumo de cannabis generalmente acuden a clínicas de tratamiento ambulatorio y de tratamiento hospitalario ([19]). A menudo, el cannabis se consume junto con otras sustancias y se emplea como droga secundaria ([20]). El porcentaje de personas que desean recibir tratamiento debido al consumo de cannabis varía considerablemente entre un país y otro: desde el 7,3 % en Grecia hasta el 27,2 % en Alemania (gráfico 7).

España (19 %) y Países Bajos (29,9 %) siguen siendo los países con el mayor porcentaje de pacientes que solicitan tratamiento contra el consumo de cocaína como droga principal. En otros países los porcentajes son inferiores: desde el 0,8 % en Grecia hasta el 7 % en Luxemburgo. Un estudio específico de los datos en materia de tratamiento realizado en los Países Bajos puso de manifiesto que los dos mayores grupos de personas que solicitan tratamiento en los últimos años fueron consumidores de cocaína base y crack y personas que consumen cocaína junto con heroína o metadona. Los consumidores de cocaína base y crack suponen un reto mayor para los servicios que ofrecen tratamiento, ya que el crack implica un mayor grado de adicción y la multiplicación de los problemas. Además, quienes consumen esta sustancia, ya sea sola o combinada con la heroína, son a menudo personas con un grado de integración social muy bajo (Mol y van Vlaanderen, 2002).

El grupo de drogas que presenta la mayor diferencia en materia de demanda de tratamiento son las anfetaminas, pues el porcentaje de la demanda de tratamiento para los consumidores de anfetaminas representaba un 3 % en Dinamarca, un 8,7 % en Alemania, un 1,5 % en los Países Bajos, un 31,1 % en Finlandia, un 29 % en Suecia, un 2,7 % en el Reino Unido y menos de un 1 % en los demás países.

El consumo de varias drogas se refleja de modo creciente en los datos relativos al tratamiento. En todos los países, más del 50 % de los pacientes consume al menos una droga además de su primera droga, generalmente cannabis (18,4 %) o cocaína (19 %). Según la información recibida, las combinaciones de sustancias más frecuentes son heroína con cocaína o cannabis, y cocaína con alcohol o cannabis (informes nacionales, 2002).

Tendencias

Existen tendencias comunes en los países europeos en materia de demanda de tratamiento para el consumo de heroína y cannabis; al parecer, el consumo de heroína se ha estabilizado o ha disminuido en todos los países, en tanto que el consumo de cannabis está aumentando casi en todas partes, en particular entre los nuevos pacientes (véase el gráfico 8).

Entre las posibles razones de la aparente disminución del número de consumidores de heroína encontramos el final de la epidemia de heroína que tuvo lugar al final de los años ochenta y principios de los noventa, y la consiguiente disminución de las peticiones de tratamiento, la saturación de los servicios de tratamiento para consumidores de heroína, y una mayor diferenciación entre los programas de tratamiento, pues ahora existen más posibilidades para consumidores de otras drogas (entre ellas el cannabis).

Gráfico 8. Nuevos pacientes admitidos a tratamiento por: A) consumo de heroína/opiáceos, o B) consumo de cannabis

Gráfico 8 (A). Consumo de heroína/opiáceos

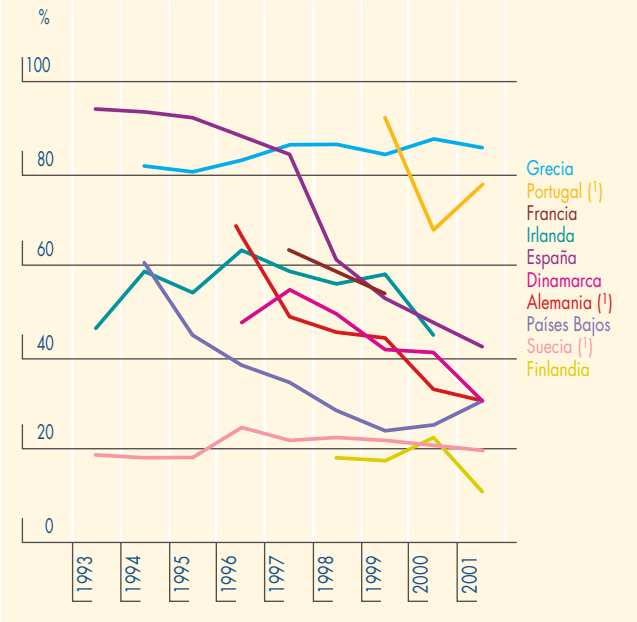
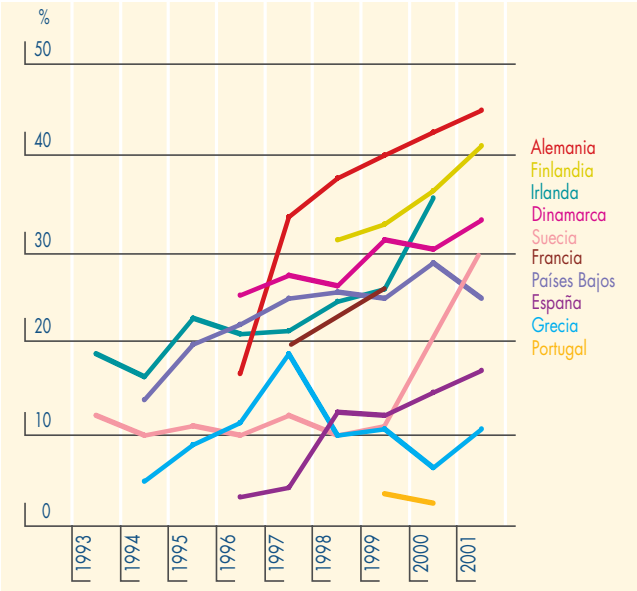


Gráfico 8 (B). Consumo de cannabis



NB: No se dispone de datos sobre Bélgica, Italia, Luxemburgo, Austria y Reino Unido. Para el número de casos, véase el cuadro estadístico 7 (versión en línea).
(1) La heroína incluye todos los opiáceos.
Fuentes: Informes nacionales 2002 de la red Reitox. Véase igualmente el cuadro estadístico 7: Características de las personas que han recibido tratamiento por primera vez debido a problemas relacionados con las drogas en la UE.

La tendencia al alza en la demanda de tratamiento para el consumo de cannabis (gráfico 9) podría deberse a varios factores: la mayor prevalencia del consumo periódico de cannabis, un aumento del número de casos notificados por el

([18]) Gráfico 6 OL: Reparto de los nuevos pacientes y el total de pacientas, por droga principal (versión en línea).
([19]) Gráfico 5 OL: Droga principal entre todos los pacientes, por tipo de centro (versión en línea).
([20]) Gráfico 7 OL: Drogas secundarias de mayor consumo entre todos los pacientes (versión en línea).

sistema penal, factores de mercado (como una mayor disponibilidad o precios más bajos) y un aumento del número de adolescentes con problemas sociales y psicológicos que no pueden encontrar servicios adecuados. Al parecer, el aumento del número de nuevos pacientes que solicitan tratamiento para el cannabis resulta especialmente notable en algunos países en los que los valores de prevalencia, las incautaciones de esta droga, los delitos relacionados con el cannabis y la demanda de tratamiento para el consumo de cannabis siguen trayectorias paralelas (informes nacionales, 2002). Los estudios en curso en Alemania se concentran en aquellos grupos que el sistema penal y/o los servicios sociales envían a los servicios de tratamiento para consumo de cannabis, y sus primeros resultados parecen indicar que algunos consumidores jóvenes de cannabis cumplen los criterios de dependencia contemplados en los códigos CIE-10 (R. Simon, comunicación personal, 2002).

Las tendencias que presenta el consumo de cocaína ([21]) y otras sustancias son menos homogéneas en los distintos países: en España y Países Bajos el pronunciado aumento observado en años anteriores parece haberse detenido y la demanda de tratamiento actualmente se ha estabilizado o aumenta tan sólo ligeramente, sobre todo entre los pacientes de primer ingreso.

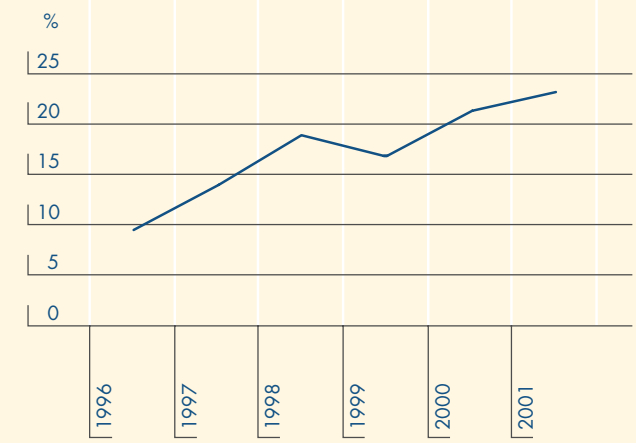
Pautas de consumo y vías de administración

Por lo general, los consumidores tienen su primer contacto con la droga durante la adolescencia (entre 15 y 29 años de edad y, sobre todo, entre los 15 y los 19). Sin embargo, la edad del primer consumo varía según la sustancia de que se trate. Un 33,6 % de los pacientes comienza a consumir cannabis antes de los 15 años, un 56,3 % entre los 15 y 19 años, y un 63,3 % consume estimulantes por primera durante el mismo tramo de edades (15-19). En cambio, el primer consumo de heroína y cocaína parece tener lugar más tarde (más del 40 % de los pacientes consumen heroína y cocaína por primera vez entre los 20 y 29 años, y algún grupo incluso a una edad más tardía) ([22]).

Los consumidores de heroína, cocaína y cannabis demandantes de tratamiento que han consumido drogas en los últimos 30 días suelen consumir estas drogas diariamente, en tanto que los estimulantes generalmente se consumen entre 2 y 6 veces a la semana ([23]).

Las tres vías de administración de las drogas primarias sobre las que se informa con más frecuencia son: vía parenteral y en cigarrillo en el caso de la heroína, vía nasal en el caso de la cocaína y vía oral para los estimulantes (véase el gráfico 10). Si tenemos en cuenta las limitaciones metodológicas [la muestra no fue siempre la misma que en el año anterior (2001) y se desconocían menos datos en 2001], observamos un cambio en las pautas de consumo en 2001: un menor número de pacientes se inyecta heroína y un mayor número esnifa o fuma cocaína. Este hecho puede deberse a factores de mercado, en especial el precio y la disponibilidad de heroína y crack/cocaína fumable y

Gráfico 9. Tendencias de la demanda de tratamiento por consumo de cannabis, 1996-2001



NB: Porcentaje válido medido en número de clientes por país. Únicamente nuevos pacientes. El valor de «n» varía cada año de 31 143 a 56 394. En el cuadro 1 OL se dispone de más detalles.
Fuente: Informes nacionales de la red Reitox (1996 a 2001).

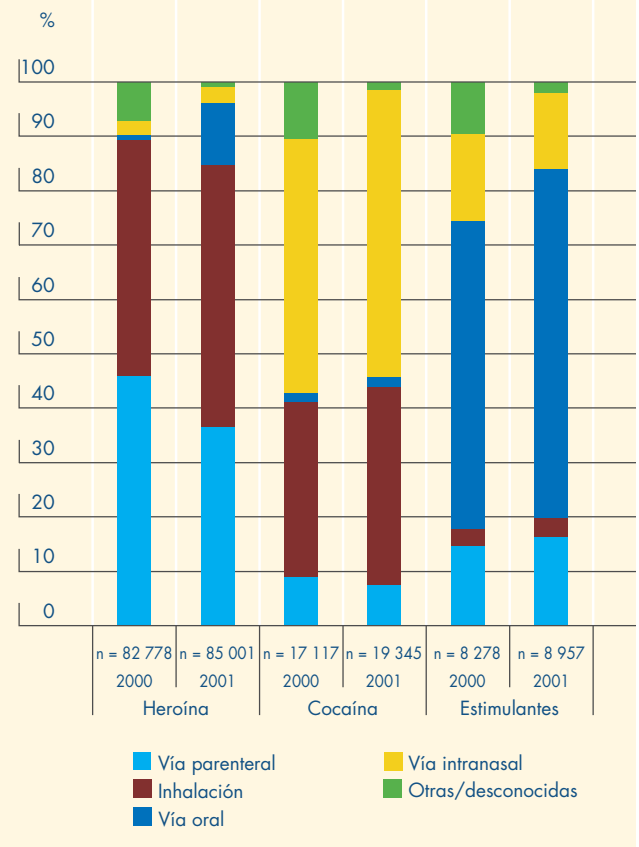
los resultados de los programas de prevención y reducción de daños (OEDT, 2002a; informes nacionales, 2002).

Características sociales

Los pacientes que se someten a tratamiento suelen ser varones de 20 a 30 años. La edad media general es de 29,8 años y de 26,9 años entre los pacientes de primer ingreso. En Alemania, Irlanda y Finlandia se encuentra la población más joven que recibe tratamiento, mientras que la de mayor edad se encuentra en España, Italia y los Países Bajos ([24]). La distribución por edades de los pacientes que buscan tratamiento parece estar relacionada con el tipo de sustancia consumida —en general, los consumidores de cannabis son más jóvenes y los de heroína y cocaína más viejos—. El mayor porcentaje de consumidores de cannabis se encuentra en Alemania, mientras que los mayores porcentajes de consumidores de cocaína y heroína los encontramos en España e Italia, respectivamente. El alto porcentaje de consumidores jóvenes de drogas en Finlandia podría explicarse en parte por el desarrollo relativamente tardío de la cultura de la droga en este país. La distribución por sexos oscila entre una relación hombre-mujer de 2:1 y 6:1 ([25]). La superior proporción de hombres puede reflejar la prevalencia de consumo generalmente más alta entre los hombres, o también podría estar influida por un diferencial de acceso a los servicios (OEDT, 2002a). Las pautas de distribución en función del género suelen ser similares en los países meridionales y los países nórdicos (por ejemplo, los porcentajes de consumidores masculinos son más altos en los países meridionales). Esto puede atribuirse a una diferencia en las pautas de consumo de las sustancias entre los países nórdicos y los meridionales (los países meridionales presentan un porcentaje más alto de consumidores de heroína,

([21]) Gráfico 8 OL: Nuevos pacientes admitidos a tratamiento por consumo de cocaína (versión en línea).
([22]) Gráfico 10 OL: Edad de primer consumo de la droga principal entre todos los pacientes (versión en línea).
([23]) Gráfico 9 OL: Frecuencia del consumo de la droga principal entre todos los pacientes (últimos 30 días antes de comenzar el tratamiento) (versión en línea).
([24]) Cuadro 2 OL: Edad media de los pacientes en tratamiento (versión en línea).
([25]) Véase el cuadro estadístico 8: Características de las mujeres que han recibido tratamiento por problemas relacionados con las drogas en la UE; y el cuadro estadístico 9: Características de los hombres que han recibido tratamiento por problemas relacionados con las drogas en la UE (versión en línea).

Gráfico 10. Vía de administración entre todos los pacientes en toda la UE



NB: Porcentaje válido.
No se dispone de datos sobre Francia, Irlanda, Austria y Portugal en 2000 ni sobre Bélgica, Francia, Italia y Portugal en 2001.

Fuentes: Informes nacionales de la red Reitox (2001, 2002). Los datos sobre el indicador de la demanda de tratamiento (2000, 2001) proceden de los centros de tratamiento ambulatorios.

y éstos son mayoritariamente hombres) y a diferencias culturales y sociales.

Los cuadros estadísticos relacionados con este capítulo figuran en **http://annualreport.emcdda.eu.int**

Cuadro estadístico 6: Características de las personas que han recibido tratamiento por problemas relacionados con las drogas en la UE.

Cuadro estadístico 7: Características de las personas que han recibido tratamiento por primera vez debido a problemas relacionados con las drogas en la UE.

Cuadro estadístico 8: Características de las mujeres que han recibido tratamiento por problemas relacionados con las drogas en la UE.

Cuadro estadístico 9: Características de los hombres que han recibido tratamiento por problemas relacionados con las drogas en la UE.

En general, las condiciones sociales de los pacientes que solicitan tratamiento, como por ejemplo, la educación, las condiciones de vida y de trabajo, se están degradando en relación con la población en general en diversas zonas ([26]).

Enfermedades infecciosas relacionadas con las drogas ([27])

Prevalencia y tendencias del VIH y el sida

Las enfermedades infecciosas relacionadas con el consumo de drogas por vía parenteral tienen un importante efecto sobre los costes económicos y sociales del consumo de drogas, incluso en aquellos países con una prevalencia reducida de VIH (Postma et al., 2001; Godfrey et al., 2002). Estas enfermedades pueden prevenirse facilitando a los consumidores de drogas por vía parenteral información sobre la transmisión de enfermedades, agujas estériles (Hurley et al., 1997; Commonwealth of Australia, 2002) y vacunas contra los virus de la hepatitis A y B. Actualmente existen tratamientos eficaces para las infecciones por VIH y VHC, y en vista de que la prevalencia de las infecciones a menudo es muy elevada entre los consumidores de drogas por vía parenteral, las políticas destinadas a la prevención y el tratamiento de infecciones son altamente rentables.

El OEDT realiza un seguimiento sistemático de la prevalencia de la infección por VIH y hepatitis B y C entre los consumidores de drogas por vía parenteral en la Unión Europea. Se recopila información sobre la suma de la prevalencia (general y dentro de subgrupos) a partir de distintos entornos rutinarios (por ejemplo, tratamiento por consumo de drogas, programas de intercambio de jeringuillas, prisiones, etc.), así como de estudios especiales ([28]). Si bien resulta difícil comparar estos datos, debido a que proceden de fuentes diferentes, ofrecen una impresión general de las diferencias existentes entre países, regiones y entornos. Y lo que es más importante, el seguimiento de las tendencias a lo largo del tiempo, en particular de la prevalencia en consumidores jóvenes y nuevos consumidores de drogas por vía parenteral ofrece información crucial sobre la propagación de las infecciones entre los consumidores de droga por vía parenteral y sobre los resultados de las medidas preventivas. El objetivo a largo plazo consiste en mejorar la calidad y comparabilidad de los datos procedentes de las fuentes rutinarias existentes y establecer estudios europeos locales realmente comparables sobre los seropositivos entre los consumidores de drogas por vía parenteral.

Los datos disponibles indican que la prevalencia de la infección por el VIH entre los consumidores de drogas por vía parenteral oscila de forma considerable, tanto entre países como en el interior de éstos. Los niveles de infección que presentan las distintas fuentes varían entre el 1 % del Reino Unido (encuestas y análisis anónimos no vinculados) y más del 30 % en España (análisis de diagnóstico rutinarios en el tratamiento contra el consumo de drogas), pero en general se han estabilizado ([29]). Este panorama general no ha variado en los últimos años (gráfico 11).

En algunos países y regiones, la prevalencia del VIH se ha mantenido desde 1995 a un nivel sumamente elevado entre los consumidores de drogas por vía parenteral. Aunque en la mayoría

([26]) Véase «Exclusión social y reintegración», p. 65.
([27]) En el capítulo 3 del Informe anual de 2001, «Cuestiones particulares. Enfermedades infecciosas», se hace un análisis más detallado de este tema. Disponible en: (http://ar2001.emcdda.eu.int).
([28]) Para más información sobre los métodos y directrices, véase el sitio web del OEDT (http://www.emcdda.eu.int/situation/themes/infectious_diseases.shtml).
([29]) Para más información sobre estos datos y las fuentes originales, véanse el cuadro estadístico 10: Cuadro sinóptico de la prevalencia de la infección por VIH entre los consumidores de drogas por vía parenteral en la UE; y el cuadro estadístico 12: Prevalencia de la infección por VIH (% de personas infectadas) entre los consumidores de drogas por vía parenteral en la UE y Noruega (versión en línea).

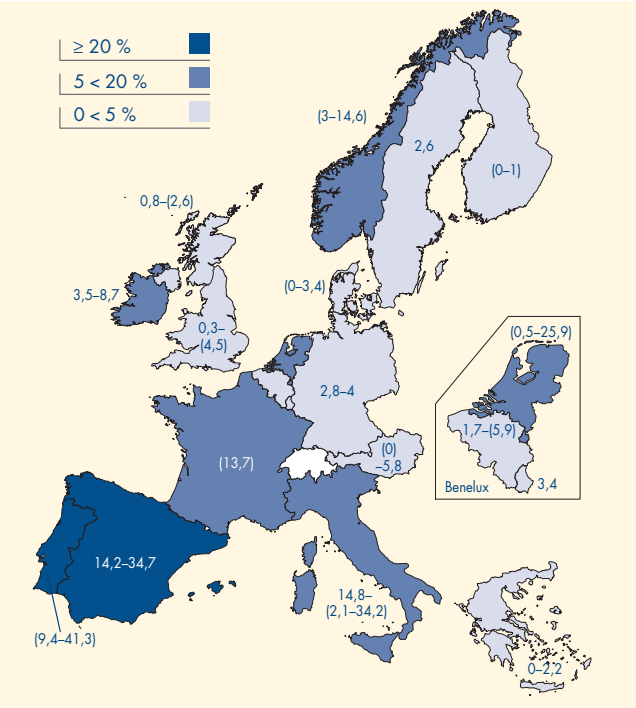
de los casos este hecho constituye un reflejo de la antigua epidemia, los esfuerzos especiales de prevención revisten una gran importancia (por ejemplo, los esfuerzos para evitar la transmisión a nuevos consumidores de drogas por vía parenteral, a la pareja sexual y de madre a hijo). En algunas ciudades y regiones, la prevalencia superaba el 25 % ([30]).

Las tendencias que presenta la prevalencia del VIH ofrecen una importante información para la elaboración y evaluación de políticas. Si las tendencias indican un aumento de los niveles de infección, se requieren nuevas medidas, pero éstas pueden resultar superfluas si descienden dichos niveles. Sin embargo, todavía se pueden producir nuevas infecciones incluso en zonas en las que la prevalencia se ha estabilizado o disminuye. En los últimos años, se ha producido un aumento de la transmisión del VIH en (subgrupos de) consumidores de drogas por vía parenteral en regiones o ciudades de España, Irlanda, Italia, Países Bajos, Austria, Portugal, Finlandia y Reino Unido, aunque en algunos de estos países se han registrado importantes descensos ([31]). Los datos correspondientes a Italia demuestran que en países con un número importante de infecciones, las medias nacionales tienen una utilidad limitada, y se requieren desgloses por regiones más pequeñas o ciudades para evaluar los resultados de las medidas de prevención ([32]). Sin embargo, muy pocos países pueden presentar datos nacionales desglosados por regiones. Para facilitar la detección de las tendencias a lo largo del tiempo, lo mejor es que los datos relativos a la prevalencia se completen con notificaciones de los casos recién diagnosticados. Aunque los países con las prevalencias más altas no disponen de estos datos, los cuales siguen dependiendo en gran medida de las pautas arrojadas por los análisis, en Finlandia los datos procedentes de las notificaciones han permitido descubrir nuevos aumentos de las tasas de transmisión. Desde hace poco, Portugal ofrece datos sobre las notificaciones de VIH, que ponen de manifiesto tasas mucho más altas por millón de habitantes que los demás países que facilitan información ([33]).

La prevalencia del VIH entre los consumidores jóvenes de drogas por vía parenteral ofrece igualmente información sobre la eficacia de las medidas preventivas, ya que la infección en jóvenes generalmente es más reciente que la de la población de consumidores de droga por vía parenteral en general. Si bien las muestras son de tamaño reducido, estos datos indican que en varias regiones han tenido lugar infecciones entre consumidores jóvenes de drogas por vía parenteral en los últimos años ([34]).

Algunos países disponen de información sobre la prevalencia del VIH entre los nuevos consumidores de drogas por vía parenteral. Éste es un indicador mucho más eficaz de las infecciones recientes con VIH y puede reflejar la incidencia de la infección por VIH, ofreciendo así una prueba más sólida de la eficacia de las medidas preventivas. Partiendo de la hipótesis de que los consumidores de drogas por vía parenteral que se inyectan desde hace dos años se han estado inyectando en promedio durante un año, la prevalencia en este grupo puede ofrecer una estimación de la incidencia. La información disponible indica que la incidencia por 100 personas/años de exposición entre los nuevos consumidores de drogas por vía parenteral (intervalos de confianza del 95 %) puede oscilar entre el 0-3,7 en Inglaterra y Gales (0/122 en 1998), el 0,8-11,4 de la Comunidad Flamenca de Bélgica (3/77 en 1998-1999), el 4,4-14,5 de Coimbra, Portugal (12/127 en 1999-1999) y el 4,4-15,5 en Francia (11/111, notificaciones realizadas por los

Gráfico 11. Prevalencia de la infección por VIH entre los consumidores de drogas por vía parenteral en los Estados miembros de la UE y Noruega



NB: Los datos que aparecen entre paréntesis tienen carácter local. Las diferencias entre países deben interpretarse con cautela debido a los diferentes tipos de fuentes y, en algunos casos, a que se trata de datos de carácter local o comunicados por los propios afectados. El color de un país indica el punto medio del rango de las estimaciones de prevalencia procedente de las distintas fuentes de información.
Este resumen pretende dar una imagen global de la prevalencia del VIH entre los consumidores de drogas por vía parenteral en la UE. En él figuran los datos más recientes comunicados. Se han excluido datos de muestras sin información sobre estos consumidores. Si esto ha podido conducir a la exclusión de fuentes que mejoran claramente la generalización (por ejemplo, datos nacionales, datos de pacientes que han dejado el tratamiento), se combinaron datos procedentes de más de un año. Los datos sobre Italia, Portugal y Noruega se limitan a la prevalencia del VIH entre consumidores por vía parenteral sometidos a tratamiento y no son representativos de la prevalencia del VIH entre aquellos de estos consumidores no sometidos a tratamiento. El hecho de tener problemas de salud es un criterio de selección para la admisión a un tratamiento en algunos países (Grecia, Portugal, Roma); debido a largas listas de espera o a la existencia de programas especiales para CIV infectados, esto puede convertirse en una tendencia ascendente de prevalencia. La prevalencia en este resumen no debe ser comparada con versiones previas para seguir los cambios habidos a lo largo del tiempo, puesto que la inclusión de fuentes puede variar según la disponibilidad de datos. Para las tendencias a lo largo del tiempo, detalles metodológicos y consultar las fuentes, véase el cuadro estadístico 12: Prevalencia de la infección por VIH (% de personas infectadas) entre los consumidores de drogas por vía parenteral en la UE y Noruega; y el recuadro 6 OL: Fuentes de información. Prevalencia (versión en línea).

Fuentes: Puntos focales nacionales de la red Reitox. Para obtener más información y consultar las fuentes primarias, véase el cuadro estadístico 10: Cuadro sinóptico de la prevalencia de la infección por VIH entre los consumidores de drogas por vía parenteral en la UE; y el cuadro estadístico 12 (versión en línea).

([30]) Véase el recuadro 4 OL: Zonas con alta prevalencia de VIH, aumentos y disminuciones en la transmisión del VIH entre consumidores de drogas por vía parenteral en algunos países de la UE, prevalencia de VIH entre consumidores jóvenes de drogas por vía parenteral (versión en línea).
([31]) Véase el recuadro 4 OL (versión en línea).
([32]) Véase el gráfico 11 OL: Prevalencia de la infección por VIH entre los consumidores italianos de drogas por vía parenteral en tratamiento, por región (versión en línea).
([33]) Véase el cuadro estadístico 15: Nuevas infecciones por VIH diagnosticadas entre los consumidores de drogas por vía parenteral en la UE y Noruega (versión en línea).
([34]) Véase el recuadro 4 OL: Zonas con alta prevalencia de VIH, aumentos y disminuciones en la transmisión del VIH entre consumidores de drogas por vía parenteral en algunos países de la UE, prevalencia de VIH entre consumidores jóvenes de drogas por vía parenteral (versión en línea).

usuarios de los centros de intercambio de jeringuillas en 1998) ([35]). Sin embargo, los datos correspondientes a Bélgica, Francia y Portugal proceden de análisis rutinarios y pueden estar sesgados por la selección. (Los datos sobre Portugal pueden contener una sobreestimación debido a los criterios de selección de las unidades de desintoxicación, que dan prioridad a los consumidores de drogas problemáticos y/o seropositivos.)

Los datos relativos al sida o el seguimiento de las tendencias que presentan las nuevas infecciones por VIH ofrecen muy poca información debido al largo período de incubación de este virus antes de que se manifiesten los síntomas del sida y las importantes mejoras de que ha sido objeto el tratamiento del VIH retrasan el brote de esta enfermedad. Sin embargo, la incidencia del sida no refleja las tendencias en la carga que supone la infección del VIH en los distintos países. La incidencia del sida ha disminuido en la mayoría de los países desde aproximadamente 1996, gracias a la mejora de los tratamientos para la infección por VIH y quizá por el descenso de las tasas de infección en los años noventa. La incidencia del sida entre los consumidores de drogas por vía parenteral en Portugal siguió aumentando hasta 1997 ([36]), y desde entonces se ha mantenido estable a niveles muy altos, lo que indica un bajo grado de respuesta al tratamiento contra el VIH y/o un aumento de la transmisión de este virus entre los consumidores de drogas por vía parenteral.

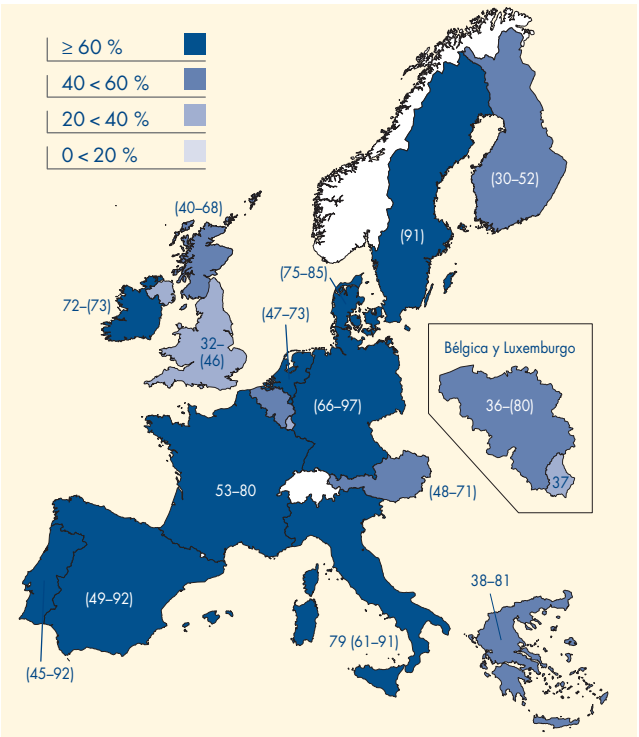
Prevalencia y tendencias de la infección por el virus de la hepatitis C

No se dispone de tantos datos sobre la prevalencia de la infección por el virus de la hepatitis C (VHC) y, cuando se dispone de ellos, presentan las mismas limitaciones que los datos sobre el VIH. Sin embargo, el panorama general también resulta claro: la prevalencia del VHC es sumamente alta en todos los países y entornos, con niveles de infección entre el 40 % y el 90 % en diferentes países y subgrupos de consumidores de drogas por vía parenteral (véase el gráfico 12).

Aunque todos los valores de prevalencia muestran niveles sumamente elevados de infección, el rango de la prevalencia aún es amplio. Por lo que se refiere al VIH, este hecho puede reflejar en parte los distintos mecanismos de selección utilizados en las diversas fuentes de información, por lo que las comparaciones deben realizarse con cautela. En 2000 y 2001 se notificaron niveles superiores al 75 % en Amberes, Bélgica (un 80 % de los consumidores de drogas por vía parenteral en tratamiento contra la drogodependencia y en servicios de bajo umbral, 2001), Fráncfort del Meno y Berlín, Alemania (entre un 82 % y un 90 % en un servicio de bajo umbral y dos prisiones), el norte de Grecia y Grecia a nivel nacional (un 83 % de los consumidores de drogas por vía parenteral en programas de tratamiento con metadona), las regiones italianas de Piamonte, Trentino, Friul-Venecia Julia, Liguria, Emilia-Romaña, Basilicata y Cerdeña y las ciudades de Trento y Bolzano (tratamiento contra la drogodependencia), y en Lisboa y algunas ciudades portuguesas de menor tamaño (pacientes de tratamientos contra la drogodependencia) ([37]).

Las tendencias que presenta la prevalencia del VHC pueden ser más sensibles que las tendencias del VIH como indicador de la conducta de

Gráfico 12. Prevalencia de la infección por el virus de la hepatitis C entre los consumidores de drogas por vía parenteral en los Estados miembros de la UE



NB: Los datos que aparecen entre paréntesis tienen carácter local.
Las diferencias entre países deben interpretarse con cautela debido a los diferentes tipos de fuentes y/o que utilizan datos de carácter local o pruebas de saliva, lo que subestima la prevalencia. El color de un país indica el punto medio del rango de prevalencia procedente de las distintas fuentes de información.
Este resumen pretende dar una imagen global de la prevalencia del VHC entre los consumidores de drogas por vía parenteral. En él figuran los datos más recientes comunicados. Se han excluido datos de muestras sin información sobre estos consumidores, así como resultados de tests comunicados por los interesados. Si esto ha podido conducir a la exclusión de fuentes que mejoran claramente la generalización (por ejemplo, datos nacionales, datos de pacientes que han dejado el tratamiento) se combinaron datos procedentes de más de un año. Los datos sobre Irlanda y Luxemburgo se limitan a la prevalencia del VHC entre los consumidores de drogas por vía parenteral en prisión, mientras que los datos sobre Italia se limitan a la prevalencia del VHC entre los consumidores de drogas por vía parenteral sometidos a tratamiento tratamiento y no son representativos de la prevalencia del VHC entre aquellos consumidores que no están en tratamiento. El hecho de tener problemas de salud es un criterio de selección para la admisión a un tratamiento en algunos países (Grecia, Portugal, Roma); debido a largas listas de espera o a la existencia de programas especiales para VHC infectados, esto puede convertirse en una tendencia ascendente de prevalencia. La prevalencia en este resumen no debe ser comparada con versiones previas para seguir los cambios habidos a lo largo del tiempo, puesto que la inclusión de fuentes puede variar según la disponibilidad de datos. Para las tendencias a lo largo del tiempo, detalles metodológicos y consultar las fuentes, véase el cuadro estadístico 16 y el recuadro 6 OL.
Fuentes: Puntos focales nacionales de la red Reitox. Para las fuentes primarias, véase el cuadro estadístico 16: Prevalencia de la infección por hepatitis C entre los consumidores de droga por vía parenteral en la UE (versión en línea).

alto riesgo entre los consumidores de drogas por vía parenteral (por ejemplo, compartir jeringuillas y otros equipos) y de la eficacia de los programas de prevención. El VHC es más infeccioso que el VIH y puede transmitirse con mayor facilidad a través del material de inyección distinto de las jeringuillas, como el algodón, las cucharillas, el agua (pero se transmite mucho más difícilmente por vía sexual). En diferentes regiones observamos tanto aumentos como disminuciones ([38]).

([35]) Véase el cuadro estadístico 15: Nuevas infecciones por VIH diagnosticadas entre los consumidores de drogas por vía parenteral en la UE y Noruega (versión en línea).
([36]) Gráfico 12 OL: Incidencia del sida relacionado con el consumo de drogas por vía parenteral en los Estados miembros de la UE (versión en línea).
([37]) Recuadro 5 OL: Tendencias de la prevalencia de hepatitis C (versión en línea).
([38]) Véase el recuadro 5 OL (versión en línea).

Cuando existen, los datos procedentes de los programas de tratamiento señalan que la prevalencia de la infección por VHC entre los consumidores de drogas por vía parenteral de menos de 25 años varía desde el 12 % de Tampere, Finlandia (2001), hasta el 60 % de Dublín, Irlanda (1997), e Italia (1999). La prevalencia en los consumidores jóvenes de drogas por vía parenteral parece estar disminuyendo en Bélgica y Grecia, pero aumenta en Inglaterra y Gales (1998-2001).

La mayoría de las fuentes no dispone de información relativa a la prevalencia de la infección por VHC en los nuevos consumidores de drogas por vía parenteral (aquellos que llevan inyectándose menos de dos años). Cuando ésta existe, generalmente apunta a que la prevalencia es sumamente elevada, del 40 % o más, aunque las cifras comunicadas por Bélgica y el Reino Unido son inferiores (gráfico 13).

Prevalencia y tendencias de la infección por el virus de la hepatitis B

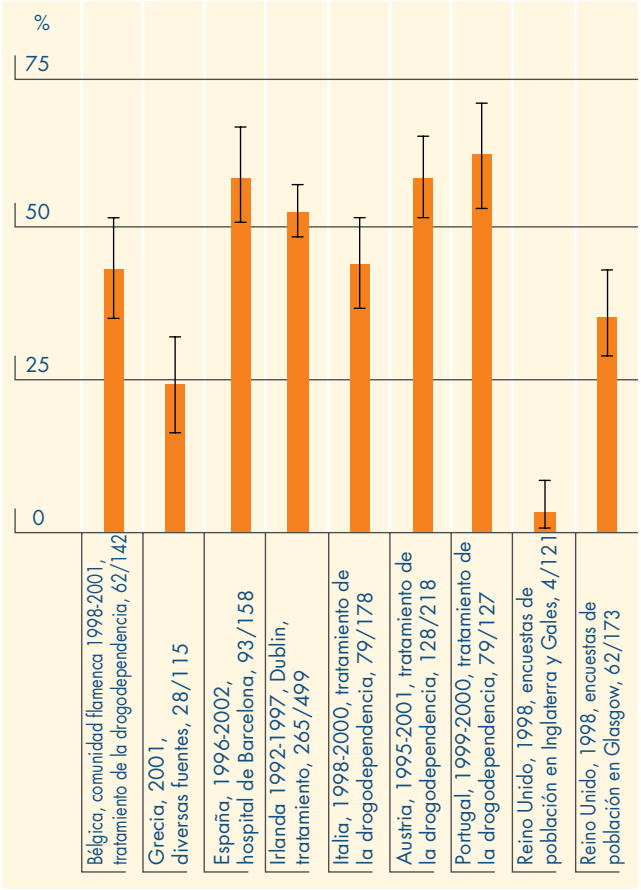
La presencia en sangre de anticuerpos de un virus indica que esa persona ha sido infectada por el virus o vacunada contra éste. A diferencia del VIH y el VHC, existe una vacuna eficaz contra el virus de la hepatitis B (VHB). Así pues, el porcentaje de consumidores de drogas por vía parenteral que no poseen anticuerpos (aHBs o aHBc) contra el virus del VHB representa la población que puede ser vacunada y constituye un importante indicador sobre la necesidad de un programa de vacunación. En la UE existe una mayor variación entre el porcentaje de consumidores de droga que poseen (algún tipo de) anticuerpos contra el VHB y el porcentaje de aquellos que poseen anticuerpos contra el VHC. En toda la UE aproximadamente entre un 20 % y un 60 % de los consumidores de drogas por vía parenteral tiene anticuerpos contra la hepatitis B, lo que indica un amplio potencial para los programas de vacunación dirigidos a estos consumidores de drogas (entre 40 % y 80 %).

Por ello, las infecciones de hepatitis B detectadas por la presencia en sangre del marcador serológico denominado HbsAg, pueden ser recientes o crónicas. Los altos niveles de infección actual indican un alto riesgo de graves complicaciones a largo plazo en el futuro y de una propagación extendida a otras personas a través de las conductas de alto riesgo entre los consumidores de drogas por vía parenteral o las prácticas sexuales sin protección. Tan sólo unos cuantos países registran la prevalencia de la infección actual por VHB, pero ésta difiere ampliamente y en algunos casos alcanza altos niveles.

Casos notificados de hepatitis B y C

Algunos países cuentan con datos procedentes de las notificaciones de casos de VHB y VCH. Aunque las definiciones difieren y no permiten hacer comparaciones directas, las tendencias a lo largo del tiempo pueden proporcionar información útil. Al parecer, los casos de hepatitis C notificados han disminuido con el tiempo en Dinamarca, Finlandia y Suecia, mientras que han aumentado en los Países Bajos y el Reino Unido. En el caso de la hepatitis B, también han disminuido los casos en Dinamarca y Finlandia, mientras que han aumentado los casos en Noruega y Reino Unido. El aumento de las pruebas

Gráfico 13. Prevalencia de la infección por el virus de la hepatitis C entre los consumidores de drogas por vía parenteral que se inyectan desde hace menos de dos años



NB: Los corchetes indican un intervalo de confianza del 95 %.
Fuente: Puntos focales nacionales de la red Reitox. Para las fuentes primarias, véase el cuadro estadístico 18: Prevalencia de la infección por hepatitis C entre los nuevos consumidores de droga por vía parenteral en la UE (versión en línea).

puede en parte explicar el incremento de las tendencias. El porcentaje de casos entre los consumidores de drogas por vía parenteral es muy elevado (aproximadamente el 90 % en el caso del VCH y entre 40-70 % en el caso del VHB) en la mayoría de países, lo que sugiere que la mayoría de las infecciones por VHB y casi todas las infecciones por VCH en la Unión Europea se debe al consumo de drogas por esa vía ([39]).

Para más información sobre esta sección, véase en **http://annualreport.emcdda.eu.int**

- Recuadro 6 OL: Fuentes de información: prevalencia (para los cuadros estadísticos 10-14, 16-20).
- Recuadro 7 OL: Fuentes de información: notificaciones (para los cuadros estadísticos 21 y 22).
- Cuadro estadístico 10: Cuadro sinóptico de la prevalencia de la infección por VIH entre los consumidores de drogas por vía parenteral en la UE.
- Cuadro estadístico 11: Cuadro sinóptico de la prevalencia de la infección por VHC entre los consumidores de drogas por vía parenteral en la UE.

([39]) Véase el cuadro estadístico 21: Casos notificados de hepatitis C entre los consumidores de droga por vía parenteral en la UE; y el cuadro estadístico 22: Casos notificados de hepatitis B entre los consumidores de droga por vía parenteral en la UE y Noruega (versión en línea).

Cuadro estadístico 12: Prevalencia de la infección por VIH (% de personas infectadas) entre los consumidores de drogas por vía parenteral en la UE y Noruega.

Cuadro estadístico 13: Prevalencia de la infección por VIH entre los consumidores de droga por vía parenteral menores de 25 años en la UE.

Cuadro estadístico 14: Prevalencia de la infección por VIH entre los nuevos consumidores de droga por vía parenteral en la UE.

Cuadro estadístico 15: Nuevas infecciones por VIH diagnosticadas entre los consumidores de drogas por vía parenteral en la UE y Noruega.

Cuadro estadístico 16: Prevalencia de la infección por hepatitis C entre los consumidores de droga por vía parenteral en la UE.

Cuadro estadístico 17: Prevalencia de la infección por hepatitis C entre los consumidores de droga por vía parenteral menores de 25 años en la UE.

Cuadro estadístico 18: Prevalencia de la infección por hepatitis C entre los nuevos consumidores de droga por vía parenteral en la UE.

Cuadro estadístico 19: Prevalencia de la infección actual por hepatitis B (HbsAg) entre los consumidores de droga por vía parenteral en la UE.

Cuadro estadístico 20: Prevalencia de los anticuerpos contra el virus de la hepatitis B entre los consumidores de droga por vía parenteral en la UE.

Cuadro estadístico 21: Casos notificados de hepatitis C entre los consumidores de droga por vía parenteral en la UE.

Cuadro estadístico 22: Casos notificados de hepatitis B entre los consumidores de droga por vía parenteral en la UE y Noruega.

Cuadro estadístico 23: Incidencia de la infección por hepatitis C entre los consumidores de droga por vía parenteral en la UE.

Muertes relacionadas con las drogas y mortalidad entre los consumidores de drogas ([40])

Las estadísticas nacionales sobre las «muertes por consumo de drogas» generalmente se refieren a las muertes por reacción aguda provocadas por el consumo o «sobredosis» de drogas, si bien existen diferencias entre un país y otro ([41]). El indicador clave del OEDT denominado «Muertes relacionadas con las drogas» también se refiere a dichas muertes ([42]). El desarrollo de este indicador clave ha hecho que en varios Estados miembros se mejoren los procedimientos de notificación sobre muertes relacionadas con las drogas.

Aún así, las comparaciones directas entre estadísticas nacionales deben hacerse con cautela debido a las diferencias entre definiciones, calidad de las notificaciones y cobertura. Sin embargo, si se mantienen métodos coherentes de notificación a lo largo del tiempo dentro de un país, el número de muertes relacionadas con la droga puede resultar un indicador útil de las tendencias que presentan las formas más graves de consumo de drogas, sobre todo si se analiza junto con otros indicadores.

Las sobredosis de drogas constituyen una importante causa de muerte entre los jóvenes, en especial los hombres, en la mayoría de los países de la UE. Las muertes debidas al sida y a otras causas (violencia, accidentes, etc.) representan una mortalidad añadida relacionada con la droga, que presenta diferencias significativas entre un país y otro, y una ciudad y otra. Por lo general, estas muertes son notificadas por diferentes fuentes de información.

Las muertes relacionadas con la droga entre los consumidores de drogas por vía parenteral y los consumidores de opiáceos son mucho más elevadas que entre la población en general, y el consumo problemático de drogas representa una importante causa de mortalidad entre los jóvenes de la mayoría de los países de la UE. Una serie de estudios efectuados en los años noventa en algunas ciudades de la UE (Glasgow, Madrid, Roma) descubrieron que un porcentaje significativo de las muertes entre adultos jóvenes podía atribuirse al consumo problemático de drogas (en particular al consumo de opiáceos por vía parenteral). Y si bien las muertes por sida van en descenso, las muertes por sobredosis se mantienen estables o siguen aumentando, por lo que es necesario llevar a cabo nuevos estudios para obtener información más reciente sobre la mortalidad relacionada con las drogas en otras ciudades.

Efectos de las muertes relacionadas con la droga

Durante los últimos diez años, el número total de muertes anuales por reacción aguda con drogas registrado en los países de la UE ha oscilado entre 7 000 y 9 000 ([43]). Estas cifras deben considerarse estimaciones mínimas, ya que es probable que en la mayoría de los países no se notifiquen todas estas muertes (y la diferencia puede ser considerable). La mayoría de las víctimas son jóvenes y, además, muchas de estas muertes se podrían haber evitado.

A pesar de algunos resultados alentadores que indican una estabilización o disminución del número de muertes relacionadas con la droga en algunos países de la UE, las muertes por sobredosis siguen aumentando en muchos otros países de la UE (y en otras partes del mundo).

Factores de riesgo

En la sangre de la mayoría de las víctimas de muerte por sobredosis de sustancias ilegales se observan opiáceos, si bien las concentraciones detectadas en los estudios toxicológicos varían ampliamente, y con mucha frecuencia también están presentes otras sustancias ([44]).

Se conocen varios factores de riesgo relacionados con la sobredosis por opiáceos: la administración por vía parenteral, el consumo simultáneo de otras sustancias depresoras (por ejemplo,

([40]) Recuadro 8 OL: Metodología y definiciones utilizadas para calcular el número de muertes relacionadas con la droga y la mortalidad (versión en línea).

([41]) Recuadro 9 OL: Definiciones de «muerte por reacción aguda con drogas» en los Estados miembros de la UE, utilizadas en el informe anual del OEDT y mencionadas en los informes nacionales (versión en línea).

([42]) Recuadro 10 OL: Muertes relacionadas con las drogas: definición del OEDT (versión en línea). Véase igualmente el protocolo del OEDT para las muertes relacionadas con la droga (http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/situation/drd_standard_3.pdf).

([43]) Véase el cuadro estadístico 24: Número de «muertes por reacción aguda con drogas» registradas en los países de la UE (según las definiciones nacionales utilizadas para notificar los casos al OEDT), 1985-2001 (versión en línea).

([44]) Gráfico 13 OL: Porcentaje de las muertes relacionadas con la droga con o sin presencia de opiáceos en los países de la UE en 2000-2001; y el cuadro estadístico 25: Resumen de las características de los fallecidos por muerte por reacción aguda con drogas en los países de la UE (versión en línea).

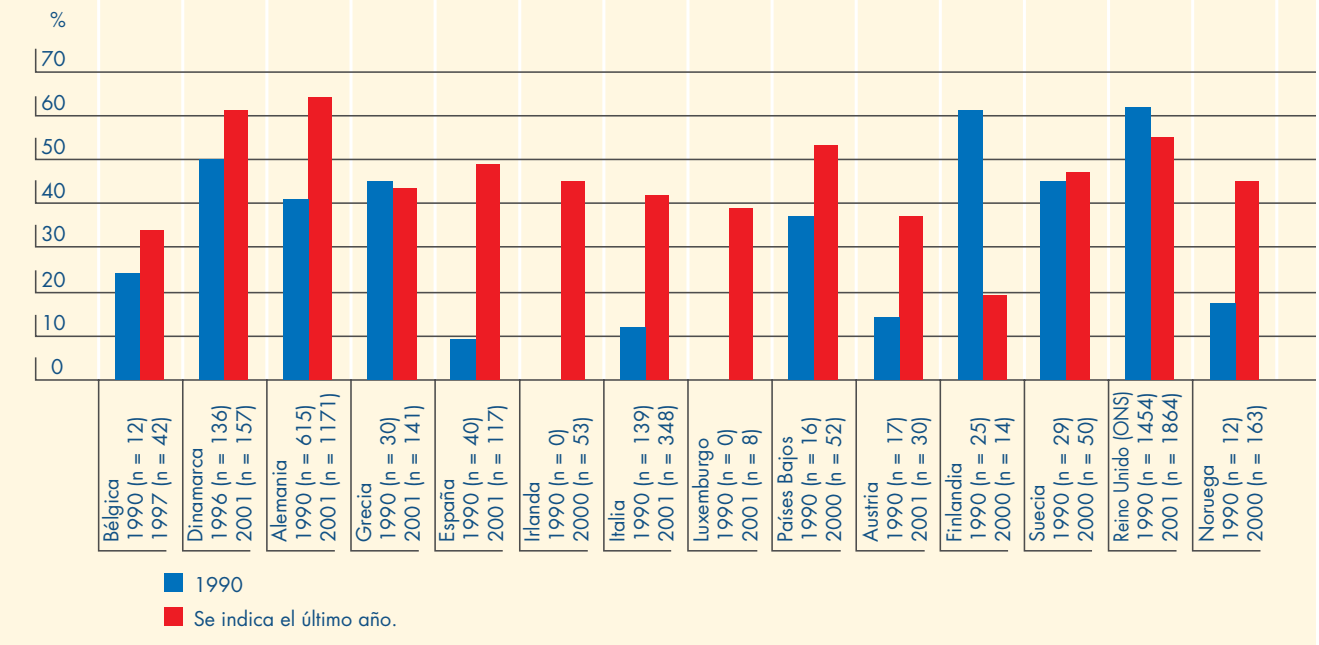
alcohol o benzodiazepinas), la pérdida de tolerancia tras un período de abstinencia (por ejemplo, tras salir de prisión o tras recibir el alta en un programa de tratamiento), el consumo por vía parenteral en lugares públicos (que puede asociarse al consumo de drogas), un largo historial de dependencia de los opiáceos, la edad avanzada (quizá como resultado de enfermedades hepáticas o respiratorias concomitantes), y posiblemente cambios imprevistos en la pureza (aunque los estudios en la materia presentan resultados divergentes). Además, la mayoría de las sobredosis por opiáceos ocurren en presencia de otros consumidores y, como generalmente la muerte no se produce de forma inmediata, hay tiempo para una intervención. Desgraciadamente, las personas presentes a menudo no son capaces de ayudar o no están dispuestos a ello debido a su falta de conocimientos o al temor de una intervención policial.

El hecho de que los factores de riesgo sean bien conocidos y de que la muerte no sea inmediata debería significar que es posible evitar una parte significativa de las sobredosis de droga, o al menos evitar un resultado mortal en muchos casos, y destaca la necesidad de llevar a cabo las intervenciones adecuadas, sobre todo en el caso de los consumidores de drogas por vía parenteral de más edad y aquellos que han perdido tolerancia tras un período de abstinencia relativa.

Características de las víctimas

La mayoría (entre el 80 % y el 90 %) de las víctimas de sobredosis en la mayoría de los países de la UE (entre el 69 % y el 90 %) son varones ([45]). Este hecho puede reflejar el alto porcentaje de hombres entre los adictos a los opiáceos, pues algunos estudios indican que el riesgo de sobredosis es similar entre los hombres y entre las mujeres. No obstante, en muchos casos el porcentaje de víctimas masculinas de sobredosis es superior al porcentaje de hombres entre los pacientes admitidos a tratamiento. La mayoría de las víctimas de sobredosis son personas que se encuentran al final de la veintena o en la treintena y que han estado consumiendo opiáceos durante varios años. En los países de la UE, la edad media de las víctimas de muertes relacionadas con la droga oscila entre 30,2 y 40 años, y la edad de las víctimas tiende a aumentar en la mayoría de ellos (véase el gráfico 14). Algunos países extraeuropeos también apuntan esta tendencia. No obstante, en Finlandia y, en menor grado, en el Reino Unido, hubo un aumento de la propoción de víctimas más jóvenes, un dato que merece especial atención, pues podría indicar un aumento de la incidencia del consumo por vía parenteral o de opiáceos en los últimos años, y en Grecia y Suecia, no se manifestaban tales tendencias al aumento en la edad de las víctimas.

Gráfico 14. Variaciones del porcentaje de víctimas de muertes relacionadas con la droga de más de 35 años en los países de la UE desde 1990 ([1]) hasta 2000-2001



([1]) Dinamarca, 1996. Los años presentados son aquellos que tienen el desglose necesario o aquellos a los que pudo hacerse un análisis comparativo (misma distribución de edad). En algunos países, los tramos de edad difieren entre años (Grecia: 1990, ≥ 31; y 2001, ≥ 30; Alemania: 1990 y 2001, ≥ 30). En Irlanda y Luxemburgo, el porcentaje de casos de fallecidos de más de 35 años en 1990 era de 0 %.

Fuentes: Informes nacionales 2002 de la red Reitox, extraídos de los registros generales de mortalidad o los registros especiales (forenses o policiales). Sobre la base de las definiciones nacionales que figuran en el recuadro 9 OL: Definiciones de «muerte por reacción aguda con drogas» en los Estados miembros de la UE, utilizadas en el Informe anual del OEDT y mencionadas en los informes nacionales (versión en línea). Véase igualmente el cuadro estadístico 25: Resumen de las características de los fallecidos por muerte por reacción aguda con drogas en los países de la UE (versión en línea).

([45]) Gráfico 14 OL: Porcentaje de hombres y mujeres entre las víctimas de muertes relacionadas con la droga en los países de la UE en 2000-2001.

Muertes causadas por sustancias distintas de los opiáceos

Las muertes causadas por sobredosis de cocaína, anfetaminas o éxtasis, sin intervención de opiáceos, son poco frecuentes en Europa. No obstante, varios países (España, Francia, Italia, Países Bajos y Reino Unido) indican que se ha producido un aumento a escala nacional o local del número de víctimas en que se encontró cocaína, generalmente junto con otras sustancias, si bien esta información se publica de manera heterogénea. Algunos países (como España y Portugal) señalan que a menudo las víctimas de sobredosis por opiáceos presentan cocaína en sangre. Además, la cocaína puede contribuir a la muerte por causas cardiovasculares y dichas muertes pueden pasar inadvertidas.

Aunque las muertes relacionadas con el consumo de éxtasis son motivo de una considerable inquietud entre el público, resultan comparativamente escasas si las comparamos con las muertes relacionadas con el consumo de opiáceos, a pesar de que el consumo de éxtasis está mucho más extendido. El número de casos en los que los resultados toxicológicos dan positivo para el éxtasis se ha incrementado a medida que el consumo de éxtasis se ha popularizado, pero a menudo están presentes otras sustancias y no resulta obvio que la muerte pueda atribuirse exclusivamente al éxtasis. Es necesario evaluar con mayor precisión los riesgos a corto y largo plazo asociados al éxtasis. Si bien las reacciones adversas al éxtasis parecen ser impredecibles, algunas muertes se podrían evitar mediante la adopción de medidas relativamente sencillas (como la ingestión de agua) en discotecas, así como a través de una mejor educación sanitaria.

Aunque las muertes asociadas al consumo abusivo de sustancias volátiles atraen generalmente menor atención, el número de dichas muertes está lejos de ser despreciable en países en los que se difunde información al respecto. Por ejemplo, en el Reino Unido, dichas muertes representaron en el período 1992-2000 entre 64 y 85 casos anuales, y la mayoría de las víctimas eran muy jóvenes (Field-Smith et al., 2002). Es necesario mejorar la recogida de información sobre estas muertes en otros países.

Los estudios revelan claramente que los tratamientos de sustitución reducen el riesgo de mortalidad por sobredosis entre los participantes en estos programas. No obstante, en varios países y ciudades de la UE se ha detectado metadona en un número significativo de víctimas de muertes relacionadas con la droga. Varios estudios han puesto de manifiesto que es más probable que la muerte esté relacionada con el consumo de metadona ilegal y no de metadona obtenida con receta, mientras que otros han observado un mayor riesgo durante las fases iniciales del tratamiento de sustitución con metadona. Estos resultados indican que es necesario garantizar un alto nivel de calidad en los programas de sustitución.

Tendencias de las muertes por reacción aguda con drogas

Las tendencias de las muertes relacionadas con la droga varían de un país a otro, e incluso de una región a otra y una ciudad a otra dentro del mismo país. Si tenemos en cuenta estas limitaciones podemos describir algunas tendencias generales en los países de la UE. Durante los años ochenta y principios de los noventa se observó un notable aumento del número de muertes relacionadas con la droga (véase el gráfico 15 A). Durante el período 1990-2000, la tendencia general al aumento continuó, pero a un ritmo inferior. En 2000, se notificaron 8 731 muertes por reacción aguda con drogas en toda la UE, en comparación con las 6 394 en 1990 (lo que representa un aumento del 36,5 %) (véase el gráfico 15 B) ([46]).

Esta tendencia general puede reflejar un rápido aumento del consumo de heroína por vía parenteral en muchos países europeos durante los años ochenta y principios de los noventa. Las tendencias recientes podrían estar relacionadas con la aparente estabilización de la prevalencia del consumo problemático de drogas en algunos países, la disminución del consumo por vía parenteral en otros, y quizá el aumento de la oferta de tratamiento, incluyendo los programas de sustitución. Por otra parte, la mayor edad de los consumidores problemáticos de drogas y el consumo de varias drogas puede contribuir a aumentar el número de decesos.

Cabe destacar que existen distintas tendencias nacionales, en ocasiones divergentes, dentro de la UE ([47]). Muchos países siguen señalando hasta ahora o hasta hace poco un aumento de las muertes relacionadas con la droga, mientras que otros indican que se ha producido una estabilización o una disminución. Siempre deben tenerse en cuenta las modificaciones de los procedimientos de notificación y de la calidad de las notificaciones a la hora de interpretar tendencias nacionales o locales.

Varios países señalaron que se había producido una estabilización o una tendencia a la baja en el número de muertes por reacción aguda con drogas durante el segundo quinquenio de los años noventa. En Francia y España se observó una tendencia a la baja aparentemente constante. Aunque estos resultados pueden estar influidos por el hecho de que no se notifican todas las muertes (como en el caso de Francia) o de que la cobertura es limitada (sólo cinco grandes ciudades españolas), es de suma importancia seguir investigando las causas de estas tendencias. Los cambios en la vía de administración de la heroína y una extensión considerable de los programas de tratamiento (en particular, del tratamiento de sustitución) podrían influir en dichas tendencias ([48]). En otros países (Alemania, Italia y Austria), el número de muertes relacionadas con las drogas ha fluctuado en los últimos años y, de este modo, aunque parece haberse

([46]) Cabe señalar que el número de muertes relacionadas con la droga y sus tendencias en la UE sólo están disponibles hasta 2000. Nueve países comunicaron datos para 2001, pero siete países sólo contaban con datos correspondientes a 2000 en el momento de recoger la información (otoño de 2002). En todos los casos posibles se utilizó información de 2001 para los países que la comunicaron.

([47]) Gráfico 15 OL: Tendencias en las muertes por intoxicación aguda de drogas en los países de la UE, 1985-2001 (versión en línea).

([48]) Véase el Informe anual del OEDT (2002a, p. 17), el gráfico 10 (Vías de administración de la heroína en España, primeros tratamientos, 1991-2000), el capítulo «Tratamiento» (p. 49), y el cuadro 3 (Evolución del tratamiento de sustitución en los 15 Estados miembros de la UE y Noruega) del presente informe.

Gráfico 15. Tendencias en las muertes por intoxicación aguda de drogas en los países de la UE, 1985-2000 ([1])

Gráfico 15 (A). Tendencia general histórica en las muertes por intoxicación aguda de drogas en los países de la UE, 1985-2000 (índice 1985 = 100 %)

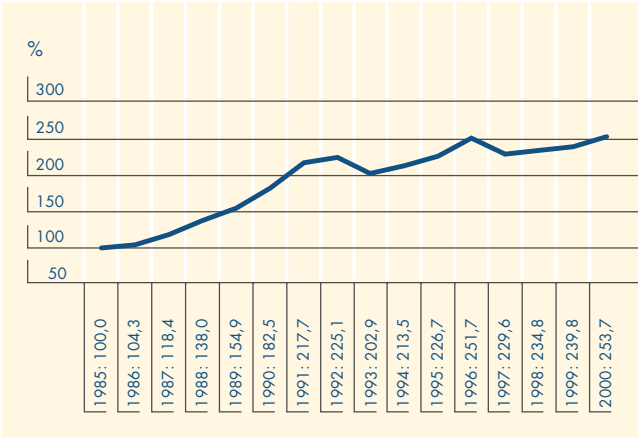
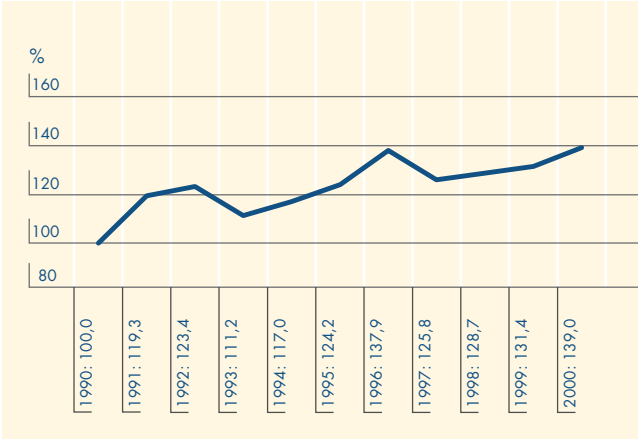


Gráfico 15 (B). Tendencia general reciente en las muertes por intoxicación aguda de drogas en los países de la UE, 1990-2000 (índice: 1990 = 100 %)



([1]) Ciertos países no facilitaron datos sobre algunos años. Véase el cuadro estadístico 24: Número de «muertes por reacción aguda con drogas» registradas en los países de la UE (según las definiciones nacionales utilizadas para notificar los casos al OEDT), 1985-2001 (versión en línea). Para corregir esta situación se utilizó el método de cálculo que se define en el proyecto CT99.RTX.04, OEDT (2001) (http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/situation/guidelines_deaths_report.pdf). Diez países facilitaron información sobre 2001 y seis no lo hicieron. No se ha calculado el índice correspondiente a 2001. Las tendencias correspondientes a aquellos países que facilitaron información figuran en el gráfico 15 OL: Tendencias en las muertes por intoxicación aguda de drogas en los países de la UE, 1985-2001 (versión en línea). El número de casos por país y año figura en el cuadro estadístico 24.

Fuentes: Informes nacionales 2002 de la red Reitox, extraídos de los registros generales de mortalidad o los registros especiales (forenses o policiales). Sobre la base de las definiciones nacionales que figuran en el recuadro 9 OL: Definiciones de «muerte por reacción aguda con drogas» en los Estados miembros de la UE, utilizadas en el Informe anual del OEDT y mencionadas en los informes nacionales (versión en línea).

estabilizado, si bien a un nivel alto, no existe garantía alguna de que una disminución durante dos o tres años no vaya seguida de un aumento.

En otros países más se observaron importantes tendencias ascendentes en la segunda mitad de los años noventa (por ejemplo, Grecia, Irlanda, Portugal, Finlandia y Noruega); en algunos casos estas pueden deberse en parte a una mejoría en la comunicación. En Portugal, esta tendencia se invirtió en 2000, y al parecer otro tanto ocurrió en Finlandia en 2001. Estos incrementos podrían estar relacionados con la posterior extensión del consumo de heroína en dichos países, aunque una mejora en los sistemas de información ha podido contribuir en algunos casos.

El Reino Unido manifestó una tendencia al alza constante, aunque moderada, en las muertes por reacción aguda hasta 2000, según la definición tradicional (que incluye algunos casos relacionados con los medicamentos; Oficina Nacional de Estadística), pero si se consideran por separado los casos de heroína/morfina se observa una tendencia al alza mucho más pronunciada: un aumento del 500 % en el 2000, en comparación con 1993 en Inglaterra y Gales (Griffiths, 2003) ([49]).

Por último, en algunos países las tendencias no presentan una definición tan clara o bien resulta difícil interpretar los cambios debido a la transición entre las CIE (de la 9ª a la 10ª edición), a los cambios sufridos por las definiciones nacionales o al reducido número de casos.

El hecho de que no existan indicios de un descenso general en la UE pone de relieve que los daños que las drogas causan a la salud están lejos de haber sido superados y subraya la necesidad de seguir investigando los factores de riesgo de las muertes relacionadas con la droga, así como de realizar intervenciones selectivas adecuadas.

([49]) La recientemente elaborada «Definición de estrategia en materia de drogas» se centra en el consumo de drogas (drogas sometidas a la Ley sobre el abuso de drogas de 1971, pero no las muertes relacionadas indirectamente, como las muertes por sida) y es relativamente similar a la definición del OEDT. Si se utiliza la definición de estrategia en materia de drogas, el número de casos notificados casi se duplicó en Inglaterra y Gales entre 1993 (864) y 2001 (1 623). La aplicación de la definición del OEDT da por resultado 1 443 casos en Inglaterra y Gales en 2000.

Mortalidad general entre los consumidores problemáticos de drogas

Los consumidores problemáticos de drogas representan menos del 1 % de la población adulta de la UE, pero este pequeño grupo de la población concentra importantes problemas sanitarios y sociales.

Los estudios sobre la mortalidad de cohortes muestran que la mortalidad entre los consumidores problemáticos de drogas es 20 veces superior a la mortalidad de la población en general de la misma edad. Gran parte de esta alta mortalidad puede atribuirse a muertes por sobredosis accidentales, pero también encontramos otras causas, como el sida y otras enfermedades infecciosas, los accidentes y los suicidios. Las muertes accidentales y por sobredosis explican una parte significativa de esta mortalidad en aquellas zonas en que la prevalencia del VIH es baja entre los consumidores de drogas, en tanto que el sida desempeña un papel destacado en los países que presentan una alta prevalencia del VIH relacionada con el consumo de drogas por vía parenteral.

La mortalidad entre los consumidores de drogas por vía parenteral es cuatro veces más alta que la de los consumidores problemáticos por otras vías y (hasta hace poco) la mortalidad entre los consumidores de drogas infectados por el VIH era entre dos y seis veces más alta que la de los consumidores no infectados. Con las recientes mejoras del tratamiento del VIH, esta diferencia parece ir en descenso.

Tendencias de la mortalidad entre los consumidores problemáticos de drogas

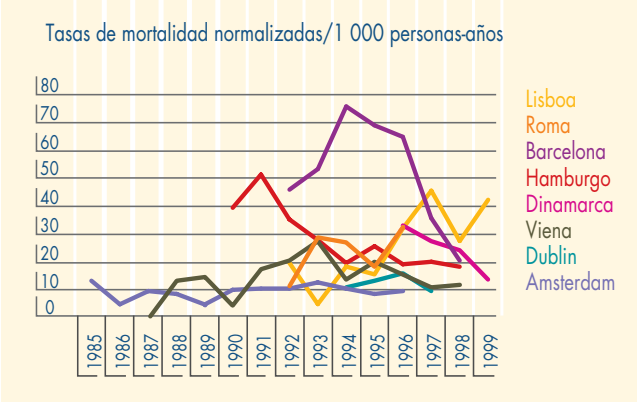
El estudio realizado en varios lugares y coordinado por el OEDT ([50]) muestra diferencias en las tasas de mortalidad general y la distribución de las causas de muerte entre los distintos lugares que participaron en dicho estudio. Asimismo, este estudio pone de relieve cambios importantes a lo largo del tiempo en la mortalidad general y por causas específicas ([51]).

Barcelona presentaba las tasas de mortalidad más alta y Viena y Dublín las más bajas. En varias localidades, las tasas de mortalidad han aumentado desde principios o mediados de los años noventa. En Barcelona, las tasas fueron especialmente elevadas entre 1992 y 1996, pero disminuyeron fuertemente en los últimos años, sobre todo debido a la disminución de las muertes por sida. En Lisboa, las tasas de mortalidad aumentaban hasta hace poco (véase el gráfico 16).

Las comparaciones directas entre los distintos lugares de estudio deben realizarse con cautela, ya que hay diferencias en las características de los centros de tratamiento donde se enrolan las cohortes, aunque suelen representar los tipos comunes de tratamiento ofrecido. Sin embargo, las tasas de mortalidad entre los consumidores de drogas normalizadas en función de la edad y el sexo pueden ofrecer un parámetro útil sobre el impacto que tiene el consumo problemático de drogas sobre la mortalidad en distintos países.

Un análisis de las tasas normalizadas de mortalidad (TNM) ([52]) entre cohortes pertenecientes al estudio realizado en varias localidades demostró que en Barcelona el riesgo de muerte entre los consumidores problemáticos de drogas de sexo masculino y femenino era 24 y 64 veces mayor, respectivamente, que el de las personas de la misma edad y sexo entre la población en general española. En Lisboa, Hamburgo y Roma, el riesgo de muerte entre los consumidores problemáticos de drogas de sexo femenino era entre 30 y 40 veces mayor que entre la población en general. Las altas tasas normalizadas de mortalidad entre los consumidores problemáticos de drogas de sexo femenino pueden explicarse, hasta cierto punto, por el bajo nivel de mortalidad de mujeres jóvenes en la población general.

Gráfico 16. Mortalidad general entre los consumidores problemáticos de drogas en varias ciudades o países de la UE



NB: Tasas de mortalidad normalizadas, hombres y mujeres. Mortalidad provocada por todas las causas entre las cohortes de consumidores de opiáceos estudiados en centros de tratamiento.
Existen algunas diferencias en la tipología de los entornos estudiados (centros de tratamiento) y de las modalidades de tratamiento entre las ciudades, si bien los entornos y las modalidades de tratamiento suelen representar los tipos comunes de tratamiento que se ofrecen en cada lugar y, por consiguiente, las cohortes suelen ser representativas de la población en tratamiento de cada lugar. El estudio realizado en varios lugares por el OEDT incluye una cohorte sueca (consultar las características en el cuadro estadístico 26 y en Bargagli et al., 2002). Se ha pospuesto la presentación de los últimos resultados relativos a esta cohorte, a fin de que Suecia pueda examinarlos y analizar otros datos adicionales. Para más información, véase el cuadro estadístico 26: Cohortes de mortalidad participantes en el proyecto del OEDT realizado en varias localidades. Características de los participantes y resultados (versión en línea).

Fuentes: Proyectos CT.99.EP.07 y CT.00.EP.13 del OEDT, «Mortalidad entre los consumidores de drogas en la UE», coordinados por el Departamento de Epidemiología de la Autoridad Sanitaria de Roma E.

Para más información sobre esta sección, véase en **http://annualreport.emcdda.eu.int**

Recuadro 9 OL: Definiciones de «muerte por reacción aguda con drogas» en los Estados miembros de la UE, utilizadas en el Informe anual del OEDT y mencionadas en los informes nacionales.

Recuadro 10 OL: Muertes relacionadas con las drogas. Definición del OEDT.

Cuadro estadístico 24: Número de «muertes por reacción aguda con drogas» registradas en los países de la UE (según las definiciones nacionales utilizadas para notificar los casos al OEDT), 1985-2001.

Cuadro estadístico 25: Resumen de las características de los fallecidos por muerte por reacción aguda con drogas en los países de la UE.

([50]) Proyectos CT.99.EP y CT.00.EP.13 del OEDT, Mortalidad de los consumidores de drogas en la UE, coordinados por el Departamento de Epidemiología de la Autoridad Sanitaria de Roma (http://www.emcdda.eu.int/situation/themes/death_mortality.shtml).

([51]) Véase el cuadro estadístico 26: Cohortes de mortalidad participantes en el proyecto del OEDT realizado en varias localidades. Características de los participantes y resultados (versión en línea).

([52]) Las TNM estiman el exceso de mortalidad (factor multiplicador) que presentan los consumidores problemáticos de drogas respecto a las personas de la misma edad y sexo de la población en general.

Cuadro estadístico 26: Cohortes de mortalidad participantes en el proyecto del OEDT realizado en varias localidades. Características de los participantes y resultados:

— características de los consumidores de opiáceos estudiados en las cohortes por localidad;

— tasas normalizadas de mortalidad (TNM) por sexo y localidad de estudio;

— distribución de las causas de la muerte de los participantes de las cohortes.

Consumo de drogas y delincuencia: algunos datos ([1])

Varias fuentes indican que la mayoría de los consumidores de drogas en tratamiento ha tenido contacto con el sistema penal. Una serie de estudios sobre personas acusadas de delitos y condenados realizados en Grecia (Universidad Aristotélica de Salónica, 2000) e Inglaterra y Gales (Bennett, 2000) muestran que los consumidores de drogas tienen más posibilidades de haber cometido diversos tipos de delitos que los no consumidores de drogas. Por lo general, los delitos contra la propiedad constituyen el principal tipo de delito que cometen los consumidores de drogas (Universidad Aristotélica de Salónica, 2000; Bennett, 2000; Meijer et al., 2002).

Por lo que respecta al vínculo entre consumo de drogas y delincuencia, un estudio realizado entre la población penitenciaria irlandesa (Hannon et al., 2000) descubrió que el 51 % de los hombres y el 69 % de las mujeres afirmaban haber estado bajo la influencia de drogas cuando cometieron el delito por el que fueron encarcelados. Otro estudio (Millar et al., 1998) entre presuntos delincuentes juveniles en Irlanda estimaba que un 42 % de los casos estaban relacionados con el consumo de alcohol, un 17 % con el consumo de drogas y un 4 % con ambos, y que el alcohol tiene más probabilidades de estar relacionado con delitos contra el orden público, en tanto que las drogas están relacionadas con mayor frecuencia con robos.

Si bien estos resultados revisten interés, deben considerarse un ejemplo y no una representación del vínculo entre consumo de drogas y delincuencia: en primer lugar, porque proceden de estudios realizados en poblaciones concretas; en segundo lugar, porque pueden presentar variaciones considerables en función de la droga consumida, y en tercer lugar, porque resulta sumamente difícil establecer un vínculo —en particular un vínculo causal— entre consumo de drogas y delincuencia.

([1]) Los resultados que aparecen en el recuadro han sido facilitados por Grecia, Irlanda, los Países Bajos y el Reino Unido en el marco de sus informes nacionales de 2002 al OEDT.

Delitos relacionados con las drogas

Podemos considerar que los delitos relacionados con las drogas son aquellos delitos penales contra la legislación en materia de drogas, los delitos cometidos bajo la influencia de drogas ilegales, los delitos cometidos por consumidores para financiar su drogodependencia (sobre todo delitos de posesión y tráfico) y delitos sistemáticos cometidos como parte del funcionamiento de los mercados ilegales (lucha por territorios, soborno de funcionarios, etc.). Excepto los delitos contra la legislación en materia de drogas, los datos rutinarios no facilitan información sobre estas categorías y, cuando existen, proceden de estudios locales ad hoc y no se prestan a una extrapolación.

Delitos contra la legislación en materia de drogas

Las «notificaciones» ([53]) de delitos contra la legislación nacional en materia de drogas (consumo, posesión, tráfico, etc.) reflejan diferencias entre las legislaciones, pero también entre las distintas formas en que se hace cumplir y se aplica ésta, así como entre las prioridades y recursos que los organismos judiciales asignan a problemas concretos. Además, los sistemas de información sobre los delitos/delincuentes contra la legislación en materia de drogas presentan diferencias considerables entre un país y otro, en particular por lo que se refiere a los procedimientos de registro, definición y unidades estadísticas. Estas diferencias dan lugar a importantes dificultades a la hora de comparar los datos correspondientes a varios países de la UE. Por este motivo se han comparado, cada vez que ha sido posible, tendencias y no cifras absolutas.

La mayoría de los delitos relacionados con las drogas que figuran en los informes tiene relación con el consumo de drogas o con la posesión para su consumo ([54]): desde un 39 % de todos los delitos relacionados con la droga en Portugal ([55]) hasta un 89 % en Austria. En España, Italia y Países Bajos, países en los que el consumo de drogas no es un delito penal, todos los delitos relacionados con las drogas se refieren a la venta o al tráfico. Por último, Luxemburgo y Noruega ([56]) comunicaron una mayoría de delitos tanto de consumo/posesión de drogas para consumo personal, como de tráfico de drogas.

En 2001, el cannabis siguió siendo la droga implicada con mayor frecuencia en los delitos contra la legislación en esta materia, pues representaba un 34 % de las notificaciones de delitos relacionados con drogas en Portugal y Suecia, y hasta un 86 % en Francia. En Luxemburgo la heroína es la droga más implicada en estos delitos, mientras que en los Países Bajos casi todos los delitos relacionados con las drogas tienen que ver con las «drogas duras» (drogas distintas del cannabis y sus derivados) ([57]).

Tendencias

En la UE en su conjunto, las «notificaciones» de delitos contra la legislación en materia de drogas aumentaron constantemente a lo largo del período comprendido entre 1985 y 2001 ([58]), con

([53]) El término «notificación» de delitos contra la legislación en materia de drogas abarca distintos conceptos que varían según el país (los informes policiales sobre los presuntos delincuentes contra la legislación en materia de droga, los cargos por delitos contra esta legislación, etc.). Para una definición exacta en cada país, véase el recuadro 11 OL: Definiciones de las «notificaciones» de delitos relacionados con la droga en los países de la UE y Noruega (versión en línea). (En anteriores informes anuales se utilizó el término «detención».)

([54]) Cuadro estadístico 27: Tipo de delito con mayor incidencia en las «notificaciones» de delitos relacionados con la droga en los países de la UE y Noruega (versión en línea).

([55]) En Portugal, el consumo de drogas fue despenalizado en julio de 2001. A resultas de ello, el porcentaje de delitos relacionados con las drogas que consistía en el consumo de éstas fue inferior en 2001 a 2000, año en que representó un 55 %.

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

([57]) Cuadro estadístico 28: Droga con mayor incidencia en las «notificaciones» de delitos relacionados con la droga en los países de la UE y Noruega (versión en línea).

([58]) Cuadro estadístico 29: Número de «notificaciones» de delitos relacionados con la droga en los países de la UE y Noruega, 1985-2001 (versión en línea).

aumentos del cuádruple en la UE en su conjunto y menos del doble en Dinamarca, Luxemburgo y los Países Bajos hasta más de seis veces en Irlanda y Finlandia.

En los tres últimos años de los que se tienen datos, el número de «notificaciones» de delitos relacionados con la droga aumentó en casi todos los países de la UE. Los mayores incrementos se observaron en Irlanda, Finlandia y Noruega. No obstante, en 2001, Dinamarca, Francia, Italia, Luxemburgo y Portugal ([59]) señalaron un descenso en el número de «notificaciones» de delitos relacionados con las drogas ([60]) (véase el gráfico 17).

En todos los países sobre los que se disponía de información, el porcentaje de los delitos de consumo y posesión de drogas dentro de los delitos contra la legislación en materia de drogas aumentaron en general entre 1996 y 1999-2000 ([61]). Desde entonces, las tendencias han sido divergentes y presentan una tendencia al alza en Francia, Alemania y Noruega, un descenso en Luxemburgo, Austria, Portugal y Suecia, y una estabilización en el Reino Unido ([62]).

En diez Estados miembros de la UE, la información disponible pone de manifiesto tendencias en las drogas que figuran en las notificaciones de delitos contra la legislación en materia de drogas durante el período 1996-2001. Durante dicho período, el porcentaje de los delitos relacionados con el cannabis dentro de todos los delitos relacionados con las drogas aumentó de forma general en Francia, Alemania, Italia, Luxemburgo, Portugal y España, se mantuvo estable en Suecia, y disminuyó en Irlanda, Austria y Reino Unido ([63]). En 2001 se observaron aumentos pronunciados en España, Luxemburgo y Portugal ([64]).

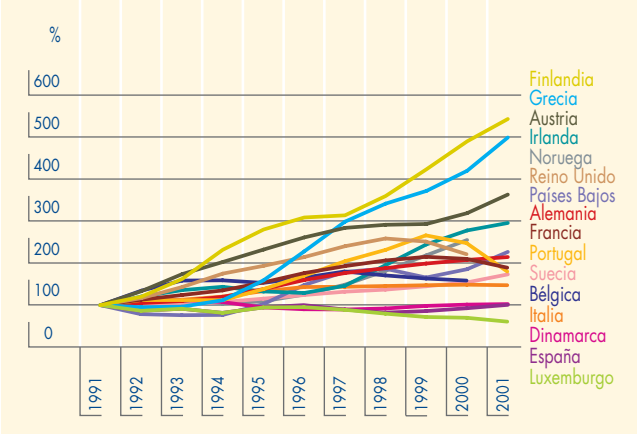
Durante el mismo período quinquenal, el porcentaje de notificaciones de delitos relacionados con la heroína disminuyó en todos los Estados miembros sobre los que se dispone de datos, salvo en el Reino Unido, donde estos delitos han aumentado cada año desde 1996 ([65]). En los delitos relacionados con la cocaína se observa una tendencia opuesta, pues el porcentaje aumenta en todos los países, excepto Alemania y Portugal ([66]).

Los consumidores de drogas en el sistema penal: los presos

No abunda información nacional rutinaria sobre el tipo y pautas del consumo de drogas entre los presos, así como sobre sus consecuencias. La mayoría de los datos existentes en la UE procede de estudios ad hoc realizados a nivel local utilizando muestras de presos de magnitud muy variable, pero generalmente reducidas. Además, las prisiones estudiadas a menudo no son representativas de la totalidad del sistema penitenciario y la no repetición de las encuestas no permite analizar las tendencias en la mayoría de los países. Estos factores hacen muy difícil la extrapolación de resultados.

No obstante, los estudios señalan que, en relación con la sociedad en general, los consumidores de drogas se encuentran

Gráfico 17. «Notificaciones» de delitos relacionados con la droga en los países de la UE y Noruega, 1991-2001. Medias trienales en índices (1991 = 100)



NB: En el cuadro estadístico 29: Número de «notificaciones» de delitos relacionados con la droga en los países de la UE y Noruega, 1985-2001 (versión en línea), figuran las definiciones de las notificaciones de delitos relacionados con la droga. Se han introducido valores reales para todos los países en 2001 para Bélgica en 1995 y 1997, para España en 1996 y para el Reino Unido y Noruega en 2000, ya que los datos disponibles no permiten calcular las medias móviles en estos casos. La serie se interrumpe en 1996 en el caso de Bélgica (datos no disponibles).

Fuentes: Puntos focales nacionales de la red Reitox.

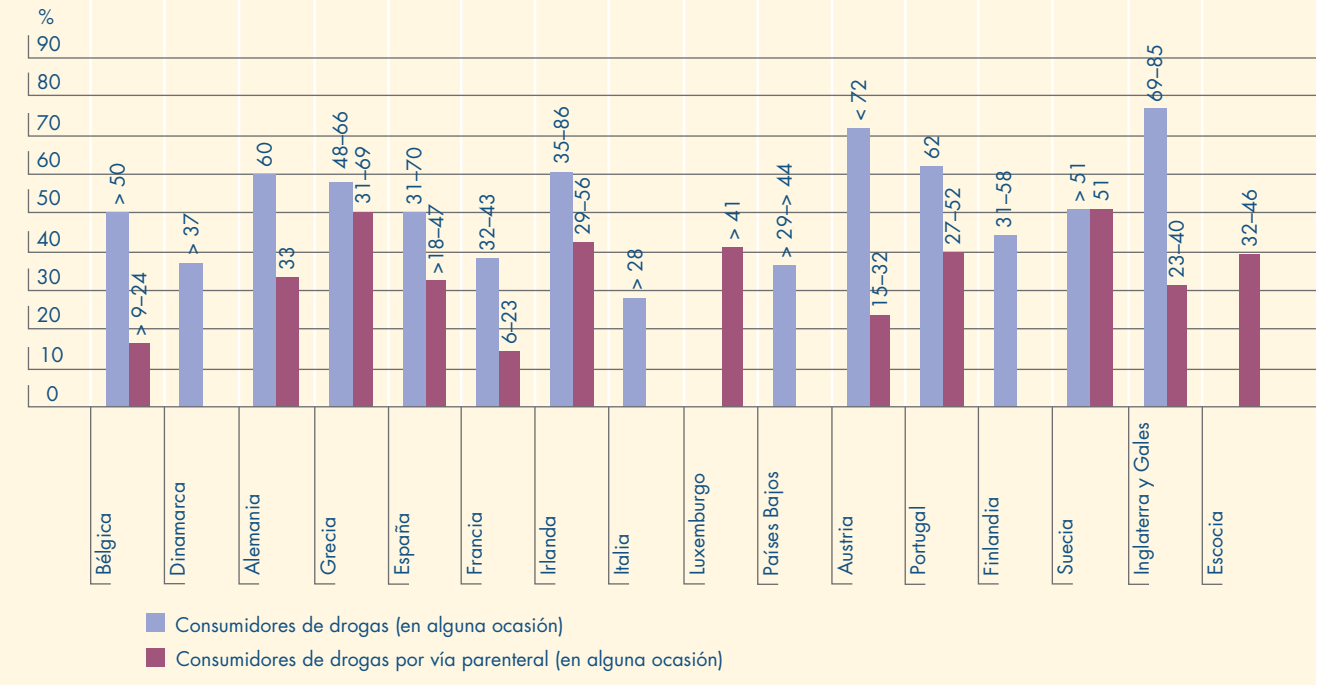
sobrerrepresentados entre la población penitenciaria ([67]). El porcentaje de presos dentro de la UE que afirman haber consumido alguna vez una droga ilegal varía entre el 29 % y el 86 %, dependiendo de la prisión y el país de que se trate (más de un 50 % en la mayoría de estudios) (véase el gráfico 18). Al igual que en la sociedad en general, el cannabis es la droga consumida con mayor frecuencia, pero varios estudios muestran amplios historiales de consumo de heroína (cerca del 50 % de los presos o incluso más en algunos casos).

Según diversos estudios, los presos que señalan un consumo más regular y/o nocivo, como el consumo de droga por vía parenteral, un consumo regular o drogodependencia, representan entre el 6 % y el 69 % de la población penitenciaria. En particular, varios estudios realizados en la UE indican que aproximadamente una tercera parte de los presos adultos de sexo masculino consumen drogas por vía parenteral (Bird y Rotily, 2002).

La mayoría de los consumidores de drogas suspenden o reducen su consumo tras ser liberados. Sin embargo, algunos de ellos siguen consumiendo drogas, y otros tan sólo empiezan a hacerlo al entrar en prisión. Entre un 12 % y un 60 % de los presos afirman consumir drogas dentro de las prisiones y entre el 10 % y el 42 % de ellos se consideran consumidores regulares. Entre el 3 % y el 34 % de la población penitenciaria ha consumido drogas por vía parenteral al menos en una ocasión mientras estaba en prisión ([68]).

([59]) El descenso en Portugal se debió sobre todo a la despenalización del consumo de drogas en julio de 2001.
([60]) En el momento de redactar este informe no se disponían de datos correspondientes a 2001 en el caso de Bélgica, Noruega y el Reino Unido.
([61]) Véase el gráfico 16 OL: Porcentaje de las notificaciones por consumo y/o posesión de drogas sobre el total de delitos relacionados con la droga, 1996-2001 (versión en línea).
([62]) Hasta el año 2000, puesto que en el momento de redactarse este informe no estaban disponibles los datos del Reino Unido.
([63]) Hasta el año 2000, puesto que en el momento de redactarse este informe no estaban disponibles los datos del Reino Unido.
([64]) Véase el gráfico 17 OL: Porcentaje de las notificaciones de delitos relacionados con el cannabis dentro del total de delitos relacionados con la droga, 1996-2001 (versión en línea).
([65]) Véase el gráfico 18 OL: Porcentaje de las notificaciones de delitos relacionados con la heroína dentro del total de delitos relacionados con la droga, 1996-2001 (versión en línea).
([66]) Véase el gráfico 19 OL: Porcentaje de las notificaciones de delitos relacionados con la cocaína dentro del total de delitos relacionados con la droga, 1996-2001 (versión en línea).
([67]) Véase el cuadro estadístico 30: Porcentaje de consumidores de drogas entre los presos en los países de la UE y Noruega (versión en línea).
([68]) Véase el gráfico 20 OL: Estimación del nivel de consumo de drogas en las prisiones de los países de la UE y Noruega (versión en línea).

Gráfico 18. Estimaciones de la prevalencia a lo largo de la vida de los consumidores de droga en prisión en la UE



NB: Siempre que es posible, los datos se refieren a los presos adultos, aunque algunas cifras pueden incluir igualmente a delincuentes juveniles. Los valores que aparecen en el gráfico proceden de los datos siguientes. Es necesario actuar con cautela al establecer comparaciones, pues las definiciones, los períodos de referencia y las metodologías varían ampliamente entre una encuesta y otra y un país y otro. La mayoría de los datos procede de estudios locales ad hoc (no comparables). Para más información sobre cada encuesta, véase el cuadro estadístico 30: Porcentaje de consumidores de drogas entre los presos en los países de la UE y Noruega.

Bélgica

- Un 50 % de consumidores de drogas en el mes anterior a ingresar en prisión, 1999 (n = 246).
- Un 9 % de consumidores regulares de drogas por vía parenteral antes de ingresar en prisión, 1999 (n = 246); un 24 % de consumidores de droga por vía parenteral antes de ingresar en prisión, 1997 (n = 115).

Dinamarca

- Un 37 % de consumidores de drogas que repiten en los seis meses antes de ingresar en prisión, 2001 (n = 3 445).

Alemania

- Un 60 % de consumidores de drogas, 1996 (n = 16).
- Un 33 % de consumidores de drogas por vía parenteral, 1997 (n = 437).

Grecia

- Un 48 % de consumidores de drogas en algún momento de la vida antes de ingresar en prisión (n = 136), 2000; un 66 % de consumidores de heroína en algún momento de la vida antes de ingresar en prisión, 1995 (n = 544).
- Un 34 % de consumidores de drogas en algún momento de la vida, 1996 (n = 861); un 31 % de consumidores por vía parenteral, 1995 (n = 1 183); 69 % de consumidores regulares de drogas por vía parental, 1995 (n=544).

España

- Un 43 % de consumidores de cannabis durante el mes anterior a ingresar en prisión, 2000 (n = 5 028); un 31 % de consumidores de cocaína durante el mes anterior a ingresar en prisión, 1998 (n = 2 223); un 70 % (mujeres) de consumidores de drogas (incluido el alcohol) en algún momento de la vida, 1998 (n = 356); un 35 % (mujeres) de consumidores regulares de drogas (incluido el alcohol), 1998 (n = 356); un 56 % de consumidores de drogas, 1998 (n = 1 011).
- Un 18 % de consumidores de heroína por vía parenteral durante el mes anterior a ingresar en prisión, 1998 (n = 2 223); un 47 % de consumidores de droga por vía parenteral antes de ingresar en prisión, 1997 (n = 101).

Francia

- Un 43 % de consumidores de drogas durante el año anterior a ingresar en prisión, 1998 (n = 1 212); un 32 % de consumidores regulares de drogas durante el año anterior a ingresar en prisión, 1997 (n = 8 728); un 35 % de consumidores de cannabis durante el año anterior a ingresar en prisión, 1997 (n = 960).
- Un 12 % de consumidores droga por vía parenteral antes de ingresar en prisión, 1998 (n = 1 212); un 9 % de consumidores de drogas por vía parenteral durante el último año antes de ingresar en prisión, 1998 (n = 1 212); un 6 % de consumidores de droga por vía parenteral durante el último año antes de ingresar en prisión, 1997 (n = 8 728); un 14 % de consumidores de droga por vía parenteral en algún momento de la vida antes de ingresar en prisión, 1997 (n = 960); un 23 % de consumidores de drogas en algún momento de la vida antes de ingresar en prisión, 1996 (n = 574).

Irlanda

- Un 35 % de consumidores de heroína en algún momento de la vida, 1999 (n = 607); un 52 % de consumidores de heroína en algún momento de la vida, 1998 (n = 1 205); un 70 % de consumidores de heroína en algún momento de la vida, 1997 (n = n. d.); un 86 % de consumidores de drogas (hombres) en algún momento de la vida, 1996 (n = 108).
- Un 29 % de consumidores de droga por vía parenteral en algún momento de la vida, 1999 (n = 607); un 43 % de consumidores de droga por vía parenteral en algún momento de la vida, 1998 (n = 1 205); un 56 % de consumidores de droga por vía parenteral (hombres) en algún momento de la vida, 1996 (n = 108).

Italia

- Un 28 % de consumidores de drogas en algún momento de la vida dentro de prisión, 2001 (n = 55 275).

Luxemburgo

- Un 41 % de consumidores regulares de droga por vía parenteral, 1998 (n = 362); 32 % de consumidores regulares de drogas por vía parenteral antes de ingresar en prisión, 1998 (n = 362).

Países Bajos

- Un 29 % de personas con problemas de dependencia, 1997 (n = 528); un 44 % de drogodependientes, 1997 (n = 319).

Austria

- Un 72 % de consumidores de drogas en algún momento de la vida (en una prisión especializada en delitos relacionados con las drogas), 1994 (n = 307).
- Un 26 % (hombres) y un 32 % (mujeres) de consumidores de droga por vía parenteral antes de ingresar en prisión, 1999 (n = 143 y 69, respectivamente); un 15 % de consumidores de droga por vía parenteral, 1996 (estimación de expertos)..

Portugal

- Un 62 % de consumidores de drogas en algún momento de la vida, 2001 (n = 2 057).
- Un 27 % de consumidores de droga por vía parenteral en algún momento de la vida antes de ingresar en prisión, 2001 (n = 2 057); un 52 % de consumidores de drogas por vía parenteral antes de ingresar en prisión, 1997 (n = 535).

Finlandia

- Un 58 % de consumidores de droga en algún momento de la vida, 2001 (n = 825); 31 % de consumidores de droga en algún momento de la vida, 1995.

Suecia

- Un 51 % de consumidores diarios de drogas o por vía parenteral antes de ingresar en prisión, 2000 (n = 3 352).
- Un 51 % de consumidores diarios de drogas o por vía parenteral antes de ingresar en prisión, 2000 (n = 3 352).

Inglaterra y Gales

- Un 84 % de consumidores de droga (mujeres) en algún momento de la vida antes de ingresar en prisión, 2001 (n = 301); entre un 69 % y un 85 % de consumidores de drogas en algún momento de la vida antes de ingresar en prisión, 1997 (n = 3 140).
- Un 38 % de consumidores de droga (mujeres) por vía parenteral en algún momento de la vida antes de ingresar en prisión, 2001 (n = 301); un 24 % (hombres) y un 29 % (mujeres) de consumidores de droga por vía parenteral en algún momento de la vida, 1997-1998 (n = 2 769 y 407, respectivamente); entre un 23 % y un 40 % de consumidores de droga por vía parenteral en algún momento de la vida, 1997 (n = 3 139).

Escocia

- Un 32 % (hombres) y un 46 % (mujeres) de consumidores de drogas por vía parenteral en algún momento de la vida, 1991-1996 (n = 2 286 y 132, respectivamente).

Fuentes: Puntos focales nacionales de la red Reitox. Véase igualmente el cuadro estadístico 30: Porcentaje de consumidores de drogas entre los presos en los países de la UE y Noruega (versión en línea).

Los cuadros estadísticos relacionados con este capítulo figuran en **http://annualreport.emcdda.eu.int**

Cuadro estadístico 27: Tipo de delito con mayor incidencia en las «notificaciones» de delitos relacionados con la droga en los países de la UE y Noruega.

Cuadro estadístico 28: Droga con mayor incidencia en las «notificaciones» de delitos relacionados con la droga en los países de la UE y Noruega.

Cuadro estadístico 29: Número de «notificaciones» de delitos relacionados con la droga en los países de la UE y Noruega, 1985-2001.

Cuadro estadístico 30: Porcentaje de consumidores de drogas entre los presos en los países de la UE y Noruega.

Disponibilidad de drogas entre los jóvenes de 15 a 24 años

La encuesta del Eurobarómetro (EORG, 2002) realizada en 2002 sobre las actitudes hacia las drogas y la opinión de los jóvenes de los Estados miembros ofrece información sobre la exposición al cannabis, así como sobre la percepción acerca de la disponibilidad de drogas ilegales. En la totalidad de la UE, un 65 % de los encuestados afirma conocer personas que consumen cannabis, y a un 46 % de ellos ya les han ofrecido esta droga. Dependiendo del país, entre un 34 % y un 69 % (55 %) (1) considera que es fácil conseguir drogas cerca de su escuela o universidad, entre un 39 % y un 71 % (62 %) cerca de su domicilio, entre un 46 % y un 90 % (72 %) en bares y clubes, y entre un 49 % y un 90 % (76 %) en fiestas.

(1) Las cifras entre paréntesis indican la media de la UE.

Mercados de drogas y disponibilidad

El número de incautaciones de drogas en un país se considera normalmente un indicador indirecto de la oferta y disponibilidad de drogas, aunque también refleja los recursos, prioridades y estrategias policiales, así como de la vulnerabilidad de los traficantes ante las fuerzas de la ley. Las cantidades incautadas ([69]) pueden variar considerablemente de un año al siguiente, por ejemplo, si en un año la cantidad de algunas de dichas incautaciones fue muy elevada. Por esta razón, varios países consideran que el número de incautaciones ([70]) constituye un mejor indicador de las tendencias ([71]). En todos los países, el número de incautaciones comprende un porcentaje importante de pequeñas incautaciones practicadas en el ámbito minorista ([72]). Cuando se conocen, el origen y el destino de las drogas incautadas pueden indicar las rutas de tráfico y las zonas de producción. La mayoría de los Estados miembros comunica datos sobre el precio y el grado de pureza de las drogas. Sin embargo, los datos proceden de una amplia gama de fuentes distintas que no siempre resultan comparables o fiables, lo que dificulta la realización de comparaciones precisas entre países.

Debido a la falta de datos, en el momento de redactar este informe, sobre las incautaciones en 2001 ([73]) practicadas en Bélgica, Italia, Países Bajos y Reino Unido, los análisis de la situación imperante en 2001 y de las tendencias hasta 2001 resultan incompletos. En el cuadro 1 se detallan las incautaciones de drogas efectuadas en la UE y Noruega durante 2001. En el texto que figura a continuación, las tendencias correspondientes a 2000 y 2001 se han deducido de la evolución de los totales de la UE calculados a partir de las cifras de los únicos países sobre los que se tienen datos de estos dos años.

Según Europol, las estadísticas globales indican una concentración de las incautaciones de drogas, pues el 75 % de las incautaciones mundiales de todo tipo de drogas ilegales tiene lugar en un número reducido de países. Entre éstos se encuentran España, Países Bajos y Reino Unido por lo que respecta al tráfico de resina de cannabis, así como Marruecos y Pakistán; España para el tráfico de cocaína, junto con Estados Unidos, Colombia, México y Panamá; y Países Bajos y Reino Unido para el tráfico de drogas sintéticas, junto con Estados Unidos, Tailandia y China ([74]).

Cannabis

El cannabis es la droga más incautada en todos los Estados miembros excepto en Portugal, donde predominan las incautaciones de heroína. Desde 1996, las autoridades españolas se han incautado de las mayores cantidades de cannabis, más de la mitad de la cantidad total incautada en la UE. El Reino Unido informa de que, hasta 2000, realizó un mayor número de incautaciones de esta droga que las practicadas en España, pero de menor cantidad por término medio ([75]).

En 2001, Marruecos siguió siendo el mayor productor de la resina de cannabis incautada en la UE. El cannabis puede ser introducido directamente desde Marruecos, pero en muchas ocasiones pasa por la Península Ibérica, sobre todo por España. La resina de cannabis es introducida igualmente a través de los países escandinavos y bálticos hacia Finlandia, y de Albania a Italia y Grecia. La mayor parte de hierba de cannabis incautada en Bélgica, Alemania, Francia, Luxemburgo y Países Bajos tiene su origen en este último país ([76]). Por otra parte, Francia menciona su propio territorio nacional, Italia y Bélgica como otras fuentes de suministro de la hierba del cannabis. La hierba de cannabis llega igualmente a Grecia e Italia procedente de

([69]) Véase el gráfico 21 OL: Cantidades incautadas de drogas en los países de la UE y Noruega (índices, 1996 = 100), 1996-2000; y el gráfico 22 OL: Cantidades incautadas de cannabis, cocaína, heroína y anfetaminas en los países de la UE y Noruega, 1985-2000 (versión en línea).

([70]) Véase el gráfico 23 OL: Número de incautaciones de drogas practicadas en los países de la UE y Noruega (índices, 1996 = 100), 1996-2000; y el gráfico 24 OL: Cantidades incautadas de cannabis, heroína, cocaína, anfetaminas, éxtasis y LSD en los países de la UE y Noruega, 1985-2000 (versión en línea).

([71]) Es necesario ser prudente a la hora de analizar las tendencias dentro de la UE, puesto que las series se inician en años diferentes para cada país. Para más información, véanse los cuadros estadísticos 31-43 (versión en línea).

([72]) Véase el gráfico 25 OL: Cantidades incautadas y número de incautaciones de drogas practicadas en los países de la UE (índices, 1996 = 100), 1996-2000 (versión en línea).

([73]) Faltan los datos sobre el número de incautaciones practicadas en Italia y los Países Bajos. En el caso de Bélgica y el Reino Unido, faltan los datos sobre el número de incautaciones y las cantidades incautadas en 2001.

([74]) En el recuadro 12 OL: Tráfico de drogas en la UE se recoge más información procedente de Europol.

([75]) Este dato deberá cotejarse con la información sobre el Reino Unido cuando se disponga de ella.

([76]) Según se comunica en los informes nacionales de estos países.

Cuadro 1. Incautaciones de drogas practicadas en los países de la UE y Noruega, 2001

País	Anfetaminas		Cocaína		Cannabis		Heroína		LSD		Éxtasis	
	Número	Cantidad (kg)	Número	Cantidad (kg)	Número	Cantidad (kg)	Número	Cantidad (kg)	Número	Cantidad (dosis)	Número	Cantidad (pastillas)
Bélgica	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Dinamarca	954	161	815	26	5 788	1 763	1 304	25	29	159	331	150 080
Alemania (1)	3 459	263	4 044	1 288	29 824	8 942	7 538	836	289	11 441	4 290	4 576 504
Grecia (2) (3)	n.d.	0,078	n.d.	297	n.d.	11 926	n.d.	330	n.d.	577	n.d.	58 845
España (4)	4 574	18	26 127	33 681	74 391	518 620	11 800	631	n.d.	26 535	11 947	860 164
Francia	111	57	1 583	2 094	45 789	62 121	2 652	351	115	6 718	1 589	1 503 773
Irlanda (5) (6)	162	18	300	5	6 233	10 157	802	30	6	323	1 485	469 862
Italia	n.d.	0,6	n.d.	1 808	n.d.	53 078	n.d.	2 005	n.d.	1 139	n.d.	n.d.
Luxemburgo	7	0	58	8	490	16	211	1	1	1	17	8 359
Países Bajos (7) (8) (9)	n.d.	579	n.d.	8 389	n.d.	33 419	n.d.	739	n.d.	28 731	n.d.	3 684 505
Austria	161	3	768	108	5 249	456	895	288	32	572	352	256 299
Portugal (10) (11) (12)	4	0	1 100	5 575	2 411	6 707	2 430	316	6	3 588	160	126 451
Finlandia (13)	3 778	137	55	7	5 846	622	557	8	14	1 026	465	81 228
Suecia	5 513	231	328	39	6 935	739	1 271	32	28	629	595	86 336
Reino Unido	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Noruega	4 214	93	477	21	10 254	861	2 501	68	52	417	829	61 575
Total	**n.d.**	**n.d.**	**n.d.**	**n.d.**	**n.d.**	**n.d.**	**n.d.**	**n.d.**	**n.d.**	**n.d.**	**n.d.**	**n.d.**

n.d. = datos no disponibles.
(1) Los datos sobre anfetaminas también incluyen las metanfetaminas.
(2) Asimismo, en 2001, las autoridades se incautaron de un pequeño número de pastillas de anfetaminas.
(3) En 2001, las autoridades se incautaron también de una pastilla de LSD.
(4) En 2001, las autoridades se incautaron igualmente de 11 026 pastillas de anfetaminas.
(5) En 2001 se practicaron asimismo 23 incautaciones de metilanfetaminas con un total de 0,975 kg.
(6) En 2001, las autoridades se incautaron igualmente de 10 pastillas de LSD.
(7) En 2001, las autoridades se incautaron igualmente de 20 592 pastillas de anfetaminas.
(8) En 2001, las autoridades se incautaron asimismo de 884 609 plantas de «niederwiet» (cannabis).
(9) En 2001, las autoridades se incautaron de 113 gramos de éxtasis.
(10) En 2001, las autoridades se incautaron igualmente de 25 pastillas de anfetaminas.
(11) El número de incautaciones de heroína incluye asimismo las incautaciones de heroína líquida.
(12) En 2001, las autoridades se incautaron de 100 gramos de éxtasis.
(13) El número de incautaciones de cannabis sólo incluye el hachís.
Fuente: Puntos focales nacionales de la red Reitox.

Albania, y a Portugal desde Angola. La mayoría de los Estados miembros comunica datos sobre la producción local de cannabis.

En 2001, según los datos comunicados, el precio de venta al público del cannabis oscilaba, de promedio, entre 2,3 (Reino Unido) y 26,6 euros (Noruega) por gramo de resina y entre 1,9 (España) y 8 euros (Bélgica, Suecia) por gramo de hierba. El contenido de sustancia activa, el tetrahidrocannabinol (THC) de la resina de cannabis generalmente oscila entre un 5 % y un 14 %, aunque en 2001 se observaron en la UE muestras con un contenido entre 0,15 % y un 39 %. El contenido medio de THC de las hojas de cannabis es generalmente similar, situándose entre el 5 % y el 11 %, aunque en Noruega generalmente es más bajo (1-3 %) y se informó que podía alcanzar el 34 % en algunas muestras de Alemania.

Tendencias

El número de incautaciones de cannabis ([77]) practicadas en la UE ha aumentado de forma constante desde 1985, pero parece haberse estabilizado desde 1999. En 2001, las incautaciones de cannabis aumentaron en Dinamarca, España, Irlanda, Luxemburgo Austria, Finlandia, Suecia y Noruega. Asimismo las cantidades incautadas ([78]) han aumentado desde 1985, pero se han estabilizado desde 1995.

El precio de venta al público del cannabis se ha mantenido estable en general en la UE, salvo en el Reino Unido, país que señala una tendencia a la baja en los últimos cuatro años. En 2001, este precio aumentó en Bélgica, Francia, Luxemburgo,

([77]) Véase el gráfico 26 OL: Número de incautaciones de cannabis, 1996-2001 (índices) (versión en línea).
([78]) Véase el gráfico 27 OL: Cantidad incautada de cannabis, 1996-2001 (índices) (versión en línea).

Países Bajos (hojas) y Noruega (resina). Portugal y Reino Unido señalaron que en 2001 se produjo un aumento en el grado de pureza de la resina y hojas de cannabis que circulan por la calle. El grado de pureza de la resina de cannabis aumentó igualmente en Bélgica e Italia.

Heroína

En 2000, las autoridades se incautaron de casi nueve toneladas de heroína en la UE, de las cuales una tercera parte correspondió al Reino Unido. La heroína incautada en la UE procede sobre todo de Afganistán (y Pakistán), seguidos de los países del sudeste asiático a través de Irán, Turquía y la ruta de los Balcanes. Sin embargo se ha observado un incremento del tráfico a través de Europa Oriental (Rusia, Estonia, Bielorrusia y Bosnia) y los países de Asia Central que formaban parte de la URSS.

En 2001, el precio de la heroína en la calle oscilaba, por término medio, entre 31 y 194 euros por gramo en la UE. Los precios más altos se observaron en los países escandinavos e Irlanda. El grado medio de pureza de la heroína (blanca o marrón) varía entre el 14 % y el 48 %, pero en Noruega se observó en 2001 un grado medio de pureza superior de la heroína blanca.

Tendencias

En el ámbito de la UE, las incautaciones de heroína ([79]) aumentaron hasta 1991-1992 y después se estabilizaron. En 2001 disminuyeron en Dinamarca, Alemania, Francia, Luxemburgo y Portugal. Las cantidades incautadas ([80]) en el conjunto de la CE han aumentado en relación con la situación reinante en 1985. Se estabilizaron durante el período 1991-1998, pero han vuelto a aumentar desde entonces. En 2001, la mayoría de los países señaló un aumento de las cantidades de heroína incautada. Según Europol, el espectacular descenso de la producción afgana de opio en 2001 no se reflejo en la misma medida en la disponibilidad de heroína en el mercado de drogas de la UE, tal vez debido a las amplias existencias de opio y heroína acumuladas tras la cosecha sin precedentes de 1999 y 2000.

Los precios de la heroína en la calle se mantienen generalmente estables o bajan, aunque en 2001 se observó un aumento en Bélgica (heroína marrón) y Dinamarca. En general, todos los países señalan que el grado de pureza de la heroína se mantiene estable o bajo, aunque el grado de pureza de la heroína marrón ha aumentado recientemente en Bélgica, Dinamarca, Irlanda y Reino Unido.

Cocaína

España sigue siendo el Estado miembro de la UE que practica las mayores incautaciones de cocaína, pues en 2001 éstas representaron más de la mitad ([81]) de las de la UE, tanto en número de incautaciones, como en cantidades incautadas. La cocaína incautada en Europa procede de América Latina (sobre todo de países andinos como Perú y Colombia, pero también de Ecuador), directamente de América Central o a través de este subcontinente, España y/o Países Bajos. Si bien algunos países señalan que España es el país de tránsito para la entrada de cocaína en la UE, las autoridades españolas informan que no existen pruebas de que haya grandes cargamentos de cocaína en España pertenecientes al tráfico internacional. Según Europol, cada año entran en la UE 200 toneladas por vía marítima y correos aéreos, actividad que se ve facilitada por la existencia de grandes puertos y aeropuertos ([82]).

El precio de venta al público de la cocaína en 2001 oscilaba de promedio entre 47 y 187 euros por gramo. Los precios más bajos se observaron en España, y los más altos en Finlandia y Noruega. El grado de pureza de la cocaína es generalmente alto, entre el 45 % y el 80 % en casi todos los países, excepto en Irlanda, donde la media era inferior (23 %) en 2001.

Tendencias

El total de incautaciones de cocaína practicadas ([83]) en la UE ha aumentado de modo constante desde mediados de los años ochenta —excepto el descenso observado en 2000— y al parecer siguió aumentando en 2001 ([84]). Las cantidades incautadas de cocaína ([85]) variaron asimismo en el marco de una tendencia general al alza entre 1985 y 2001. En 2001 se señaló un pronunciado aumento, debido sobre todo a un amplio aumento de la cantidad de cocaína incautada en España.

Los precios de la cocaína en la calle se han estabilizado o descendido en todos los países en los últimos años, pero en 2001 aumentaron en Noruega. El grado de pureza de la cocaína se mantiene estable en general o disminuye en todos los Estados miembros, si bien Dinamarca, Alemania, Portugal y Reino Unido indicaron que en 2001 se había producido un aumento.

Drogas sintéticas: anfetaminas, éxtasis y LSD

En Finlandia, Suecia y Noruega, las anfetaminas son la segunda droga que se incauta con más frecuencia (después del cannabis). El éxtasis es la segunda droga con mayor número de incautaciones en Irlanda. En los últimos cinco años, las mayores cantidades incautadas de anfetaminas y éxtasis correspondieron al Reino Unido ([86]).

Según Europol ([87]), el número de centros de producción de drogas sintéticas descubierto cada año en la UE se mantiene constante, entre 50 y 70. Sin embargo, si bien el número de instalaciones de producción se mantiene a un nivel relativamente

([79]) Gráfico 28 OL: Número de incautaciones de heroína, 1996-2001 (índices) (versión en línea).
([80]) Gráfico 29 OL: Cantidades incautadas de heroína, 1996-2001 (índices) (versión en línea).
([81]) Si bien este dato deberá cotejarse con la información no disponible correspondiente a 2001 cuando se disponga de ella.
([82]) En el recuadro 13 OL: Tráfico de cocaína (versión en línea) se recoge más información procedente de Europol.
([83]) Véase el gráfico 30 OL: Número de incautaciones de cocaína, 1996-2001 (índices) (versión en línea).
([84]) Este dato deberá cotejarse con la información no disponible correspondiente a 2001 cuando se disponga de ella.
([85]) Véase el gráfico 31 OL: Cantidades incautadas de cocaína, 1996-2001 (índices) (versión en línea).
([86]) Esta situación deberá cotejarse con la información sobre el Reino Unido correspondiente a 2001 cuando se disponga de ella.
([87]) En el recuadro 14 OL: Tráfico de drogas sintéticas (versión en línea) se recoge más información procedente de Europol.

estable, los avances metodológicos, la creciente sofisticación del equipo de fabricación y la cada vez mayor participación de especialistas está dando como resultado un incremento constante de la eficiencia y capacidad de producción. Actualmente los Países Bajos y, en menor medida, Bélgica son los principales países de producción de éxtasis, anfetaminas y drogas conexas, pero se señala igualmente producción en otros Estados miembros (España, Francia, Reino Unido) y en los países de Europa Central y Oriental (República Checa, Estonia, Lituania, Polonia), así como en Tailandia. De acuerdo con datos de Europol, si bien la Unión Europea sigue siendo la primera fuente de «éxtasis», la producción de esta droga se está extendiendo a escala mundial, pues se han descubierto instalaciones en el sudeste asiático, China, Norteamérica, Sudáfrica y América del Sur.

Según los informes recibidos, el precio de las anfetaminas varía de media entre 12 y 40 euros por gramo, en tanto que las pastillas de éxtasis cuestan entre 6 y 20 euros cada una. Los datos correspondientes a 2001 muestran que las drogas sintéticas más baratas se encuentran en Bélgica y Reino Unido. El grado de pureza de las anfetaminas puede variar considerablemente, entre el 2 % en Irlanda y el 52 % en Noruega. En su mayoría, las pastillas vendidas como éxtasis contienen de hecho éxtasis o sustancias parecidas al éxtasis (MDMA, MDEA, MDA), y varían desde el 58 % de las pastillas analizadas en Finlandia hasta el 99 % en Alemania, España, Reino Unido y Noruega, e incluso el 100 % en Portugal. Entre un 2 % y un 20 % de las pastillas contienen anfetaminas (o metanfetaminas), pero también se pueden encontrar otras sustancias psicoactivas (2-CB, 2-CT7, 4-MTA, MDE, PMA y PMMA).

Tendencias

Las incautaciones de anfetaminas [tanto en número de incautaciones ([88]) como en cantidades incautadas ([89])] aumentaron en toda la UE entre 1995 y 1998 o 1999. El número de incautaciones de anfetaminas disminuyó en 1999 y 2000, sobre todo debido a un descenso en el Reino Unido, pero al parecer volvió a aumentar en 2001 a escala comunitaria ([90]). Las cantidades incautadas disminuyeron entre 1998 y 2000, pero volvieron a aumentar en 2000 en la mayoría de países ([91]).

Las incautaciones de éxtasis ([92]) han ido aumentando en la mayor parte de la UE desde 1985 —salvo en 1987 y 1998— con pronunciados aumentos en 2001, especialmente en España, país que notificó la realización de 11 947 incautaciones de éxtasis en 2001 (en comparación con las 3 750 efectuadas en 2000). Las cantidades incautadas de éxtasis ([93]) siguieron la misma tendencia al alza entre 1985 y 1993, año en que se estabilizaron. Sin embargo, esta estabilización fue seguida de una cifra sin precedentes en 1996, y desde 1996 han venido aumentando las cantidades incautadas. A escala comunitaria, el número de pastillas de éxtasis incautadas parece haberse estabilizado en 2001, pero está tendencia deberá confirmarse a la vista de los datos del Reino Unido, ya que en dicho país se efectúan las mayores incautaciones de éxtasis de la UE. Las incautaciones de LSD son menos frecuentes. En el ámbito de la UE, tanto el número de incautaciones ([94]), como las cantidades incautadas ([95]) aumentaron hasta 1993, disminuyendo a continuación ([96]), con la salvedad de un ligero aumento en 2000.

Después de considerables descensos en la década de 1990, los precios de las anfetaminas y del éxtasis en la UE se han estabilizado. No obstante, en 2001 Noruega señaló un aumento significativo del precio de las anfetaminas vendidas en la calle. El precio medio de las pastillas de éxtasis descendió en 2001 en la mayoría de los países. En 2001, la proporción de pastillas que contienen éxtasis o sustancias semejantes se incrementó en Bélgica, Dinamarca, Portugal y España, mientras que la de las que contienen anfetaminas (y metanfetaminas) se redujo. Finlandia señaló la tendencia inversa, así como un alto porcentaje de pastillas que contenían buprenorfina (23 %).

Los cuadros estadísticos relacionados con este capítulo figuran en **http://annualreport.emcdda.eu.int**

- Cuadro estadístico 31: Número de incautaciones y cantidades incautadas (de todas las drogas), 2001.
- Cuadro estadístico 32: Número de incautaciones de anfetaminas, 1985-2001.
- Cuadro estadístico 33: Número de incautaciones de cannabis, 1985-2001.
- Cuadro estadístico 34: Número de incautaciones de cocaína, 1985-2001.
- Cuadro estadístico 35: Número de incautaciones de éxtasis, 1985-2001.
- Cuadro estadístico 36: Número de incautaciones de heroína, 1985-2001.
- Cuadro estadístico 37: Número de incautaciones de LSD, 1985-2001.
- Cuadro estadístico 38: Cantidades incautadas de anfetaminas, 1985-2001 (kg).
- Cuadro estadístico 39: Cantidades incautadas de cannabis, 1985-2001 (kg).
- Cuadro estadístico 40: Cantidades incautadas de cocaína, 1985-2001 (kg).
- Cuadro estadístico 41: Cantidades incautadas de éxtasis, 1985-2001 (pastillas).
- Cuadro estadístico 42: Cantidades incautadas de heroína, 1985-2001 (kg).
- Cuadro estadístico 43: Cantidades incautadas de LSD, 1985-2001 (dosis).

([88]) Véase el gráfico 32 OL: Número de incautaciones de anfetaminas, 1996-2001 (índices) (versión en línea).
([89]) Véase el gráfico 33 OL: Cantidades incautadas de anfetaminas, 1996-2001 (índices) (versión en línea).
([90]) Esta tendencia deberá cotejarse con la información correspondiente a 2001 (en particular sobre el Reino Unido) cuando se disponga de ella.
([91]) Esta tendencia deberá cotejarse con la información correspondiente a 2001 (en particular sobre el Reino Unido) cuando se disponga de ella.
([92]) Véase el gráfico 34 OL: Número de incautaciones de éxtasis, 1996-2001 (índices) (versión en línea).
([93]) Véase el gráfico 35 OL: Cantidades incautadas de éxtasis, 1996-2001 (índices) (versión en línea).
([94]) Véase el gráfico 36 OL: Número de incautaciones de LSD, 1996-2001 (índices) (versión en línea).
([95]) Véase el gráfico 37 OL: Cantidades incautadas de LSD, 1996-2001 (índices) (versión en línea)
([96]) Esta tendencia deberá cotejarse con la información faltante correspondiente a 2001 cuando se disponga de ella.

Capítulo 2

Respuestas al consumo de drogas

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

Evolución de la política nacional en materia de drogas

Reorganización de los sistemas de coordinación en materia de drogas

La tendencia observada en los últimos años consistente en organizar la política nacional en materia de drogas a través de planes nacionales de acción y sistemas coordinados prosiguió en 2002 ([97]). Alemania, Italia, algunas provincias austríacas, Suecia y Noruega se unieron a otros socios de la UE y adoptaron un plan, programa o estrategia coherente en materia de drogas. Sin embargo, resulta interesante señalar que este ámbito ha sido objeto de frecuentes cambios. A menudo, los cambios de gobierno van acompañados de un cambio de la estrategia en materia de drogas o de la organización de las agencias dedicadas a este ámbito.

En Portugal, el nuevo Gobierno que entró en funciones en 2002 llevó a cabo la fusión del Instituto Portugués de la Droga y la Toxicodependencia (IPDT) y del Servicio de Prevención y Tratamiento de la Toxicodependencia (SPTT) para constituir el IDT (Instituto da Droga e da Toxicodependência), y transfirió la responsabilidad de este nuevo organismo de la Presidencia de Gobierno al Ministerio de Sanidad. En el Reino Unido, tras su reelección en 2001, el Gobierno presentó una estrategia actualizada en materia de drogas en el mes de diciembre de 2002 para Inglaterra y efectuó algunas reestructuraciones en su Asociación para la Reducción de la Delincuencia a Escala Local. En el 2000 se reestructuraron los equipos de acción en materia de drogas para adaptarlos a los límites de las autoridades locales. En Noruega se reorganizó en 2002 la Administración Nacional de Salud y Asuntos Sociales para hacer un mayor hincapié en los conocimientos y la experiencia como base para la planificación estratégica y el desarrollo de la política en esta materia, mientras que en Irlanda, el nuevo Gobierno (2002) asignó la responsabilidad de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2001-2008 al nuevo Department of Community, Rural and Gaeltacht Affairs, de reciente creación. Fue nombrado un nuevo Secretario de Estado para que asumiese las responsabilidades de la Estrategia Nacional sobre Drogas y Asuntos Comunales, en particular la vivienda y la renovación urbana, ámbitos que en Irlanda se consideran interrelacionados. Por otra parte, el Gobierno puso de relieve iniciativas destinadas a luchar contra el abuso de drogas y la delincuencia, y a regenerar comunidades desfavorecidas, con el objetivo de «construir una sociedad con prestaciones sociosanitarias». En Austria se creó la Agencia Penal Federal dentro del Ministerio del Interior a fin de garantizar una mayor coordinación en la lucha contra la delincuencia. Además, por primera vez en Austria, se han destinado recursos humanos a la Coordinación Federal en materia de Drogas, encargada de coordinar la política en materia de drogas a nivel federal.

El OEDT sigue constantemente estas tendencias, pautas y cambios, y en diciembre de 2002 publicó un estudio comparativo de las estrategias y coordinación en materia de drogas que figura en su sitio web ([98]).

Percepción de las drogas y la política en materia de drogas por parte de la opinión pública

La opinión pública se muestra cada vez más sensibilizada con respecto a los problemas de la droga y sus consecuencias, y se interesa por la política nacional en esta materia. Sin embargo, los resultados de varias encuestas y sondeos de opinión muestran que la actitud hacia a la droga no es uniforme en toda la UE.

Una encuesta realizada en Vorarlberg, Austria, descubrió que un 63 % de los estudiantes y entre un 40 % y un 45 % de los adultos se oponían a la penalización del consumo de cannabis por parte de personas de más de 18 años. En Viena, un 78 % de los encuestados manifestaron que debería prohibirse el cannabis, pero se mostraron a favor de la despenalización de los drogodependientes, mientras que una amplia mayoría (86 %) estaba de acuerdo en que estos últimos deberían recibir tratamiento en lugar de castigos. Otra encuesta, realizada en España en 2002 por el Centro de Investigaciones Sociológicas, puso de manifiesto que las drogas y el alcohol son considerados un importante problema social, por detrás del desempleo y el terrorismo, pero por delante de la delincuencia y la inseguridad ciudadana. En Francia, el porcentaje de la población que se manifiesta a favor de que el cannabis se venda públicamente pasó del 17 % en 1999 al 24 % en 2002, y casi tres cuartas partes de la población francesa (Beck et al., 2002) consideran que no es posible un mundo sin drogas. No obstante, la mitad de los encuestados consideraba que la experimentación con cannabis es peligrosa, dos terceras partes de las personas encuestadas creían que existe un «efecto de iniciación a las drogas» ([99]), y un 65 % se oponía a la despenalización del cannabis, incluso con ciertas condiciones (mientras que un 88 % se oponía a la despenalización del consumo de heroína). En Irlanda, una encuesta sobre las actitudes hacia el consumo de cannabis (efectuada por Lansdowne Market Research, y que incluía

([97]) Este informe se centra en las novedades. En la página http://www.emcdda.eu.int/policy_law/national/strategies/strategies.shtml se ofrece una imagen completa de las estrategias nacionales y la coordinación en el ámbito de las drogas.

([98]) Véase en: http://www.emcdda.eu.int/policy_law/national/strategies/strategies.shtml.

([99]) El «efecto o teoría de la iniciación» implica la existencia de una etapa secuencial de progresión en el consumo de drogas. Más información en ODCCP (2000).

entrevistas personales a una muestra nacional representativa de 1 159 adultos de 15 años de edad o más) indicaba que la opinión puede variar considerablemente. Si bien casi dos terceras partes de la población con derecho a voto (de más de 18 años) consideraban que el consumo de cannabis debe ser permitido con fines médicos (siempre que se hayan demostrado sus ventajas medicinales), tan sólo una minoría (1 de cada 7) estaba a favor de su legalización directa. El reducido apoyo a la legalización refleja probablemente la convicción de que el cannabis es una droga de iniciación. En el Reino Unido, el cambio de clasificación del cannabis de la categoría B a la categoría C de drogas puso en marcha un amplio debate, en el que algunas personas se mostraron a favor y otras en contra de este cambio de clasificación.

Evolución de la legislación

La evolución de la legislación durante el período que cubre el presente informe ha tenido lugar en el ámbito de la mejora de las condiciones de tratamiento y rehabilitación de los drogodependientes, la supervisión estatal de los traficantes y consumidores, y una acción más firme contra las infracciones y alteraciones del orden público provocados por la presencia de drogas en la calle.

Tratamiento y rehabilitación

El año pasado, varios países de la UE introdujeron enmiendas legislativas para facilitar el tratamiento y la rehabilitación de los drogodependientes. En Luxemburgo se creó el marco jurídico para el tratamiento de sustitución a nivel nacional, mediante un decreto que establece un sistema de especialización para los médicos, criterios de admisión para los pacientes, y una comisión de vigilancia del programa. En Grecia se introdujo un proyecto piloto que autoriza los tratamientos de sustitución con buprenorfina en el hospital general público de Rodas. En Finlandia, los consumidores de opiáceos tienen derecho a recibir tratamientos de desintoxicación y sustitución complementados por tratamientos de mantenimiento, lo que ha dado por resultado un aumento del número de unidades dedicadas a evaluar la necesidad de tratamiento farmacéutico para los drogodependientes y a prestar dicho tratamiento. Y en Alemania, desde la entrada en vigor de la Novena Versión del Código Alemán de Seguridad Social en el mes de julio del año pasado, han aumentado los derechos de los drogodependientes, y la legislación define con mayor claridad la forma y los casos en los que la seguridad social debe pagar los tratamientos de desintoxicación y aquellos en los que los regímenes de pensiones han de pagar la rehabilitación.

En abril de 2002, el Parlamento danés abolió las disposiciones legales que, aunque nunca se habían puesto en práctica, habían permitido hasta entonces a las autoridades de los condados mantener a los drogodependientes en tratamiento. Y en junio del año pasado en Italia, un decreto ministerial, que sigue las líneas trazadas por el plan nacional sobre drogas, con objeto de mejorar los tratamientos basados en la abstinencia, autorizó que los servicios privados de tratamiento pudiesen certificar la drogodependencia. Gracias a ese decreto, los centros de tratamiento de la drogodependencia han podido admitir directamente a pacientes de cualquier parte del país y, al estar autorizados a expedir certificados de drogodependencia, pueden exigir que el SerT (servicio de drogodependencia) local del consumidor de drogas pague el tratamiento No obstante, como resultado de una enmienda a la Constitución italiana, por la que se transfieren competencias de salud y asuntos sociales de la administración central a las regionales, el Tribunal Constitucional determinó que el decreto era inconstitucional, ya que atañía a un asunto que era responsabilidad de las regiones. En Noruega, el Estado asumió la propiedad y responsabilidad operativa de los hospitales en 2002, y la responsabilidad de los servicios sanitarios de bajo umbral y la rehabilitación por medios médicos de los drogodependientes ahora depende del Ministerio de Sanidad. La responsabilidad a escala de los condados de los servicios sanitarios de asistencia a los drogodependientes deberá ser transferida al Estado en 2004, y el Ministerio de Asuntos Sociales ha propuesto que la responsabilidad de los condados sobre los servicios sociales especializados y la atención a los drogodependientes se transfiera a los municipios en 2004. El objetivo de lo anterior es proporcionar a los drogodependientes un sistema más completo y coherente de medidas de atención y tratamiento.

En Austria existen problemas para prestar las medidas sanitarias contempladas en el artículo 11 de la Ley sobre narcóticos. Desde el sector público se señala que los esfuerzos deberían concentrarse en la eliminación del tráfico (organizado) de drogas, pero, a pesar de ello, una gran parte de los delitos están relacionados con el consumo de cannabis, para el cual las autoridades sanitarias de distrito suelen prescribir medidas sanitarias en virtud del artículo 11. Debido a ello, los centros de tratamiento de la drogodependencia carecen de recursos suficientes para satisfacer la demanda y son incapaces de cumplir sus responsabilidades.

Control de los traficantes

En vista de las demandas de una mayor seguridad, varios países han comunicado la modificación de la legislación para mejorar el control de traficantes y consumidores. En Dinamarca, una ley que entró en vigor en el mes de junio de 2002 exige a los operadores de servicios de telecomunicación que graben y almacenen durante un año las telecomunicaciones y datos comunicados por Internet que puedan resultar relevantes para las investigaciones policiales. Ahora, la policía puede leer datos no públicos almacenados en ordenadores, utilizando programas informáticos u otros equipos, siempre que cuente con una orden judicial a tal efecto. De forma similar, una ley introducida en Portugal en enero de 2002 contempla medidas especiales (en los ámbitos de la recopilación de pruebas, confidencialidad de la información y confiscación de activos) para contribuir a la lucha contra la delincuencia financiera organizada y otros delitos graves, como el tráfico de drogas. En Finlandia, una enmienda de la Ley de la policía extiende los derechos de ésta para obtener información transmitida a través de telecomunicaciones (por ejemplo, cuando se sospeche que se ha cometido un delito relacionado con las drogas) y para llevar a cabo vigilancia

técnica. En 2002 el Gobierno también propuso la Ley de medidas coercitivas, que ampliará los medios para la televigilancia y seguimiento de la telecomunicación, aunque los detalles aún están pendientes de especificar.

En enero de 2002 el Código de Enjuiciamiento Penal de los Países Bajos fue modificado para permitir, aparte de los registros de las cavidades corporales, el uso de rayos X y de detectores de ultrasonidos en cualquier persona sospechosa de haber ingerido pequeños paquetes de drogas, siempre que dichos procedimientos sean realizados por un médico. Las técnicas de detección de consumidores también han aumentado, y el verano pasado Inglaterra y Gales ampliaron su programa piloto de análisis de drogas. Este programa permite tomar muestras de adultos que se encuentren detenidos en centros policiales y estén acusados de un «delito inicial» (generalmente delitos de posesión y consumo de drogas) a fin de detectar la presencia de heroína y la cocaína. Las personas que den un resultado positivo tienen la oportunidad de acudir a un trabajador social para que éste evalúe la necesidad de tratamiento, y los resultados de los análisis son entregados a los tribunales para ayudar a que éstos impongan fianzas o dicten sentencia. Los primeros resultados del programa piloto fueron publicados en marzo de 2003. La comprobación de drogas se está ampliando durante 2003 a 30 unidades superiores de mando básico de policía (divisiones policiales dentro de un distrito policial) en el Reino Unido.

Medidas destinadas a reducir los delitos y alteraciones del orden público

Durante el año pasado, las disposiciones legislativas de algunos Estados miembros pretendían reducir el impacto social del consumo de drogas mediante un control más severo del orden público y de las alteraciones de éste.

En Irlanda, la Ley de justicia penal (orden público) de 2002 fue introducida para reforzar la Ley de 1994 relativa al orden público. Las personas condenadas en virtud de dicha ley por un delito contra el orden público, como la intoxicación (por consumo de drogas) en público, y que puedan representar un peligro para sí mismas, podrán ser objeto de una orden de alejamiento que les impidan entrar o estar en determinados locales, como bares, salones de baile o locales que sirvan comida.

En el Reino Unido, el artículo 8 de la Ley sobre consumo de drogas, que se aplica a los arrendatarios y directores de determinados tipos de locales, fue modificada para incluir el consumo ilegal de cualquier droga sujeta a control (anteriormente sólo se aplicaba a fumar cannabis u opio) a fin de combatir los locales donde se consume crack. No obstante, estos poderes son de amplio alcance, y en consecuencia el Gobierno ha decidido que las propuestas contenidas en la sección 8 pueden no se lo bastante eficaces para abordar este problema. Por lo tanto, está intentando introducir una nueva legislación en forma de Ley de conducta antisocial (Anti-Social Behaviour Bill), dirigida a los locales más que a las personas, que permitirá a la policía, conjuntamente con las autoridades locales, cerrar locales de crack en un plazo de 48 horas. Así pues, el Reino Unido no pretende aplicar la modificación de la sección 8 (d) por el momento, aunque pueda hacerlo si las sanciones incorporadas a la Ley de conducta antisocial resultan no ser totalmente eficaces en los próximos dos años.

En los Países Bajos, la Ley Victoria de 1997 facultó a los alcaldes para clausurar aquellos locales en que el consumo o tráfico de drogas provocase alteraciones del orden público. Sin embargo, en vista de que la clausura de edificios puede tener un efecto negativo sobre la apariencia y estructura social de un vecindario, la nueva Ley Victor de mayo de 2002 permite a los ayuntamientos reasignar los locales clausurados, por ejemplo, permitiendo la entrada de nuevos inquilinos. En la ciudad de Venlo, un proyecto piloto cuatrienal en el que participan la policía, los fiscales y la administración pretende reducir las alteraciones del orden público que provocan los numerosos turistas de la droga que compran cannabis en locales no autorizados. Y en julio de 2002, el alcalde de Rotterdam, haciendo ejercicio de las competencias que le concede la Ley de ayuntamientos, impuso personalmente una orden de alejamiento de seis meses a aproximadamente 50 drogodependientes que molestaban a los residentes de un barrio local. Sin embargo, el tribunal regional resolvió que, si bien el alcalde estaba facultado para luchar contra las alteraciones del orden público, una orden de alejamiento de seis meses era demasiado larga y no estaba justificada; a pesar de ello, la ciudad de Rotterdam tiene la intención de continuar con su política de alejamiento.

En Dinamarca, una ley que prohíbe la asistencia a determinados locales entró en vigor en junio de 2001. El objetivo de dicha ley es permitir una intervención más eficaz en los clubes donde se vende cannabis y se cometen otros tipos de delincuencia organizada, provocando alarma entre los vecinos. Esta ley permite a la policía, tras una primera advertencia, expedir una orden contra el propietario de esos locales, en la que se prohíbe la asistencia o permanencia de visitantes en ellos. La violación de esta orden puede castigarse con una multa, y la reincidencia puede conllevar una pena de prisión de hasta cuatro meses.

Evolución en la Unión Europea

En noviembre de 2002 la Comisión Europea emitió una comunicación relativa a su evaluación intermedia del plan de acción de la UE en materia de lucha contra la droga (2000-2004) ([100]). El objetivo de esta evaluación intermedia era valorar el grado de ejecución de las iniciativas contempladas en el plan. Dado que el plan de acción incluye acciones que deberán llevar a cabo los Estados miembros, la Comisión Europea, el OEDT y Europol, la evaluación intermedia se basó en herramientas complementarias, como las respuestas de los Estados miembros a un cuestionario y un cuadro de seguimiento de los progresos realizados elaborado por la Comisión, el OEDT y Europol. Lo anterior se vio complementado por los resultados de la evaluación colegiada de los sistemas jurídicos de los Estados miembros, así como por información sobre iniciativas relativas a

([100]) COM(2002) 599 final.

las drogas en la UE. La comunicación resumía los principales logros alcanzados en cada ámbito del plan de acción y destacaba los ámbitos donde era necesario avanzar a todos los niveles.

Sin dejar de reconocer estos logros, la Comisión subrayó que queda mucho por hacer, como la elaboración de sistemas de evaluación de las actividades nacionales y de la UE. Asimismo puso de relieve la necesidad de cooperar estrechamente con los países candidatos a fin de obtener su futura contribución a la Estrategia europea en materia de lucha contra la droga. Este documento sienta las bases metodológicas para la evaluación final. En particular, la Comisión propuso que el proceso de evaluación prosiguiera con el apoyo de un grupo director formado por representantes de la Comisión, el Parlamento Europeo, la Presidencia del Consejo, Europol y el OEDT. Dicho grupo contribuirá a establecer el entorno de la evaluación final. El OEDT comparará, como parte de dicha evaluación final, los datos disponibles en 2004 en el ámbito de la lucha contra las drogas con los datos iniciales que recopiló en 1999 en colaboración con Europol. El OEDT asistirá a la Comisión en la organización de un segundo estudio del Eurobarómetro sobre las actitudes de los jóvenes ante las drogas y a actualizar el cuadro de seguimiento sobre las actividades del OEDT. Cabe señalar que, según la encuesta especial del Eurobarómetro intitulada «Actitudes y opiniones de los jóvenes de la Unión Europea sobre las drogas» (2002) ([101]), las dos formas más eficaces de hacer frente a los problemas relacionados con la droga en Europa son adoptar medidas más severas contra los vendedores y traficantes de drogas (lo cual recibe el apoyo de un 59,1 % de la muestra, UE-15) y mejorar los servicios de tratamiento y rehabilitación para los consumidores de drogas (lo que aprueba un 53,2 %, UE-15) ([102]).

El Consejo de la Unión Europea también ha aprobado un plan de ejecución de las medidas que deberán adoptarse respecto a las drogas sintéticas, donde se enumeran algunos aspectos relativos al suministro de estas drogas, que la Unión Europea deberá abordar en los años venideros. En el plan se proponen medidas destinadas a abordar los problemas identificados y se definen cuáles son los organismos adecuados para ejecutar el trabajo en los plazos previstos.

El 28 de febrero de 2002, el Consejo Europeo adoptó una decisión relativa a las medidas de control y sanciones penales para una nueva droga sintética, el PMMA. El PMMA actualmente no figura en ninguna de las listas del Convenio sobre sustancias psicotrópicas de las Naciones Unidas de 1971, pero gracias a esta decisión, ahora el PMMA es objeto de medidas de control y disposiciones penales dentro de los Estados miembros ([103]).

Otro avance importante es la Decisión n° 1786/2002/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 23 de septiembre de 2002, relativa a la adopción de un programa de acción comunitario en el ámbito de la salud pública (2003-2008) ([104]). Los objetivos de este programa son:

- mejorar la información y los conocimientos a fin de fomentar la salud pública;
- aumentar la capacidad de reaccionar rápida y coordinadamente ante los riesgos sanitarios;
- fomentar la salud y prevenir las enfermedades actuando sobre los factores determinantes de la salud en todas las políticas y actividades.

Este programa apoyará, entre otras cosas, la aplicación de los sistemas y acciones de seguimiento y respuesta rápida en el ámbito de los factores determinantes de la salud. Ambos ámbitos deberán permitir un seguimiento de las iniciativas puestas en marcha por las partes interesadas en los Estados miembros en el marco del programa de acción comunitaria relativo a la prevención de la toxicomanía en el marco de la acción en el ámbito de la salud pública (1996-2000 y ampliado hasta 2002).

En 2002, la Comisión Europea presentó asimismo varias propuestas, debatidas en el Consejo durante el período cubierto por el presente informe (marzo de 2003), que se refieren a la lucha contra las drogas: una de ellas se refiere a la reducción de los riesgos relacionados con la drogodependencia y la otra a los precursores de drogas ([105]). En el mes de diciembre, la Comunidad Europea celebró un acuerdo con la República de Turquía sobre precursores y sustancias químicas que se utilizan con frecuencia para la fabricación ilegal de narcóticos y sustancias psicotrópicas ([106]).

([101]) Véase en: http://europa.eu.int/comm/public_opinion/archives/eb/ebs_172_en.pdf.

([102]) Actitudes y opiniones de los jóvenes de 15 a 24 años de edad en una muestra representativa de la UE.

([103]) Decisión 2002/188/JAI del Consejo, de 28 de febrero de 2002, sobre las medidas de control y las sanciones penales relativas a la PPMA, nueva droga de síntesis (Diario Oficial L 63 de 6.3.2000, p. 14). Propuesta de decisión del Consejo por la que se define la PPMA como una nueva droga de síntesis que debe estar sujeta a medidas de control y de orden penal [COM(2001) 734 final].

([104]) Decisión n° 1786/2002/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 23 de septiembre de 2002, relativa a la adopción de un programa de acción comunitario en el ámbito de la salud pública (2003-2008) (Diario Oficial L 271 de 9.10.2002, pp. 1-12).

([105]) Propuesta de reglamento del Parlamento Europeo y del Consejo sobre precursores de drogas [COM(2002) 494 final, Diario Oficial C 20 E de 28.1.2003, pp. 160-170].

([106]) Propuesta de recomendación del Consejo relativa la prevención y reducción de riesgos asociados a la drogodependencia [COM(2002) 201 final]. Acuerdo con la República de Turquía sobre precursores y sustancias químicas que se utilizan con frecuencia para la fabricación ilegal de narcóticos y sustancias psicotrópicas (Diario Oficial L 64 de 7.3.2003, pp. 30-35).

Prevención

A menudo, la prevención se divide en prevención «universal» (dirigida a los niños y jóvenes en general y que implica el objetivo de evitar el consumo) y una prevención «selectiva» o «indicada» (destinada a determinados grupos de alto riesgo). Esta última se expone en el capítulo 3 (p. 63). La escuela es el entorno preferido para las intervenciones en materia de prevención universal, pues garantiza un acceso continuo y a largo plazo de grandes poblaciones de jóvenes. Un proyecto de investigación reciente sobre buenas prácticas en la prevención escolar, financiado por la Comisión Europea ([107]), recoge recomendaciones para los programas de prevención escolar, así como para los marcos normativos necesarios: política escolar y entorno escolar. En la literatura internacional especializada se enumera una amplia serie de evidencias en las que señalan planteamientos que pueden resultar prometedores o que ya han confirmado su eficacia ([108]).

Todos los Estados miembros incluyen la prevención en los planes de estudio escolares, en el sentido de que el tema «drogas» debe abordarse de una manera o de otra, pero esto podría simplemente significar que los maestros o agentes de la policía ofrezcan información sobre las drogas y sus riesgos. Se ha demostrado que los planteamientos puramente informativos y sin estructura carecen de efectividad (Hansen, 1992; Tobler, 2001). Tan sólo unos cuantos Estados miembros cuentan con planes nacionales en materia de prevención escolar que pormenorizan el ámbito de las acciones que deben realizarse (y evitarse) y quién debe llevarlas a cabo ([109]). Sin embargo, otros países prefieren los planes municipales o departamentales en los que se integra la prevención escolar ([110]). Un número aún más reducido de Estados miembros dispone de normas claras para el contenido de la prevención escolar (que son obligatorias únicamente en Irlanda y Reino Unido) ([111]). No obstante, los países de la UE están comenzando a reconocer que es necesario ofrecer medidas de prevención de alta calidad y no simplemente reiterar la importancia de la prevención en sus estrategias nacionales. Suecia es uno de los contados países que admite que su prevención escolar «trabaja a menudo con métodos cuya eficacia es puesta en duda por los estudios, al tiempo que raramente se utilizan métodos eficaces» (Skolverket, 2000) y la falta de control de la calidad ha conducido a una situación «en la cual cualquier director de escuela podía decidir la forma en que debía llevarse a cabo la educación sobre las drogas». Actualmente, toda la estrategia ha sido dirigida hacia «programas periódicos basados en métodos evaluados y eficaces». De forma similar, en Francia «el relativo silencio […] que guardan los textos legislativos y reglamentarios y la temprana intervención de asociaciones […] han dado por resultado una gran variedad de participantes activos en la prevención […] sin que se haya impuesto o estimulado en especial un modelo o una teoría de acción (informe nacional de Francia). De hecho, esta descripción podría aplicarse a muchos otros Estados miembros. En cambio, en España, Irlanda y Reino Unido se ha desarrollado un control de la calidad claro, las políticas de prevención se basan en evidencias y se tiene la intención de reforzar esta línea ([112]). Asimismo, en Portugal se están introduciendo requisitos más estrictos en materia de control de calidad.

Los programas sistemáticos de planificación y documentación están ganando terreno y se están convirtiendo en las piedras angulares de la mejora de la calidad ([113]): así, Dinamarca, Alemania y Portugal han puesto recientemente en marcha proyectos piloto para desarrollar sistemas de seguimiento similares a los que ya existen en Bélgica, Grecia, España, Francia, Países Bajos y Reino Unido.

Las intervenciones en materia de planes de estudios (es decir, programas formales de prevención con un contenido detallado y un calendario de sesiones) son, según los conocimientos actuales (Tobler, 2001), la forma más útil de ofrecer una prevención eficaz de manera controlada que permite igualmente la evaluación tanto del proceso (buena transmisión de los contenidos) y de sus consecuencias (resultados positivos). El porcentaje de escuelas que participan en estos programas es relativamente reducido en algunos Estados miembros, ya sea porque no existen los sistemas de información necesarios (Alemania e Italia), o bien porque se prefiere un tratamiento no basado en programas de la prevención en la vida diaria de las escuelas [Austria y Finlandia ([114]) ([115])].

Debido a que se trata de un concepto relativamente bien definido, la prevención escolar es el ámbito más accesible para la planificación y cuantificación de las medidas de prevención; en este aspecto, los sistemas de información dentro de la UE están empezando a dar resultados, mientras que la información sobre otros ámbitos importantes aún debe estructurarse y mejorarse ([116]).

La prevención colectiva, por otra parte, constituye un concepto sumamente heterogéneo, debido en parte a que, por definición, es descentralizado. La única característica común en toda Europa es el propio entorno: la «colectividad». Entre estas intervenciones encontramos actividades generales (como la formación de personal y de formadores), las medidas estructurales (desarrollo de políticas y redes locales, así como la participación de los responsables políticos) y acciones concretas, como la apertura de centros locales para la prevención de la dependencia y la

([107]) Véase en: http://www.school-and-drugs.org.
([108]) Véase «Drogas en el punto de mira», nº 5, en: http://www.emcdda.eu.int/multimedia/publications/Policy_briefings/pb4_6/pb_05_ES.pdf.
([109]) Véase el gráfico 38 OL: Planes nacionales de prevención escolar (versión en línea).
([110]) Véase el gráfico 39 OL: Organización de la prevención (versión en línea).
([111]) Véase el cuadro 3 OL: Sinopsis de las políticas y marcos de actuación para la prevención (versión en línea).
([112]) Véase «Drogas en el punto de mira», nº 5, en: http://www.emcdda.eu.int/multimedia/publications/Policy_briefings/pb4_6/pb_05_ES.pdf.
([113]) Véase «Drogas en el punto de mira», nº 5, en: http://www.emcdda.eu.int/multimedia/publications/Policy_briefings/pb4_6/pb_05_ES.pdf.
([114]) Véase «Drogas en el punto de mira», nº 5, en: http://www.emcdda.eu.int/multimedia/publications/Policy_briefings/pb4_6/pb_05_ES.pdf.
([115]) Véase el cuadro 4 OL: Principales parámetros cuantitativos de los programas de prevención (versión en línea).
([116]) Véase el cuadro 5 OL: Programas de prevención en escuelas y centros preescolares (versión en línea).

marginación (Francia) o las patrullas de padres de familia/ «cuervos de la noche» (night ravens) (Dinamarca, Suecia y Noruega) ([117]). Las intervenciones no están organizadas por grupos sociales, pero —como sucede en Luxemburgo— pueden ser gestionadas de forma descendente por un organismo nacional responsable de la puesta en marcha de proyectos, como los programas de sensibilización sobre las drogas. A menudo no existe un fundamento sólido ni un objetivo claro; únicamente en Grecia los objetivos y la estructura de los proyectos colectivos son objeto de un proceso de seguimiento. Salvo Luxemburgo e Irlanda, ningún país ha comunicado evaluaciones significativas.

La prevención familiar, a pesar de que a menudo se le considera un elemento clave en las estrategias nacionales, se ha convertido en una base dispar, intuitiva y espontánea, sin experiencia notable ni base científica. Una de sus características frecuentes es la formación de los padres en aptitudes parentales y/o la difusión de información (Bélgica, Dinamarca, Alemania, Francia, Italia, Portugal y Noruega). Tan sólo Irlanda, Países Bajos y Reino Unido se centran en los proyectos dirigidos a las familias de riesgo y se concentran en los vecindarios socialmente desfavorecidos. Sin embargo, España ha publicado una sinopsis sistemática y exhaustiva las prácticas de prevención familiar ([118]), mientras que Grecia ha desarrollado también proyectos familiares bien organizados y documentados de alcance nacional.

Hasta ahora no ha sido posible comparar los importes que se han desembolsado en prevención en los distintos Estados miembros, incluso limitándose a los recursos destinados a los planes de prevención escolar.

Las campañas en los medios de comunicación, a pesar de las reducidas evidencias de sus efectos sobre el consumo por sí solas (Paglia y Room, 1999), así como su elevado coste, a menudo siguen siendo pilares importantes de las estrategias de prevención.

Medidas para la reducción de daños

Las medidas para reducir al mínimo los daños a la salud causados por las drogas, reducir las muertes y atenuar las alteraciones del orden ([119]) se han convertido en parte integrante de muchas estrategias nacionales en materia de drogas y en una clara prioridad de las políticas en casi todos los países ([120]). Los puntos focales nacionales señalan que las actividades de reducción de daños son «muy importantes», «tienen una importancia clave», «son fundamentales», «son una prioridad» o bien «un aspecto capital de nuestra estrategia nacional de lucha contra las drogas».

Los programas de intercambio de jeringuillas, las iniciativas de acercamiento y los servicios de bajo umbral han continuado su expansión y se han diversificado en varios países para incluir atención médica básica, vacunas, educación sobre «seguridad de uso», atención de emergencia de sobredosis, cursos de primeros auxilios para consumidores de drogas o salas de consumo vigiladas. En el cuadro 2 figura una sinopsis de algunas iniciativas de reducción de daños llevadas a cabo en los Estados miembros de la UE y Noruega. Entre las medidas más importantes para reducir las infecciones relacionadas con el consumo de drogas por vía parenteral se encuentra el aumento de la extensión geográfica de los programas de intercambio de agujas. Otras intervenciones están menos extendidas y aquí se presentan como «indicadores» de la orientación que siguen las respuestas de los servicios en materia de drogas con respecto a las necesidades sanitarias básicas de los consumidores de drogas marginados. En todos los países, las iniciativas de tratamiento de la drogodependencia, en particular los programas de sustitución, efectúan una importante contribución a la reducción de los daños a la salud provocados por las drogas.

([117]) En la página 63 se proporciona más información sobre los «cuervos de la noche».

([118]) Véase en: http://www.mir.es/pnd/publica/pdf/intervencion_familiar.pdf.

([119]) Véase el Informe anual 2002 del OEDT; el folleto del OEDT «Drogas en el punto de mira», nº 4. Recomendación del Consejo sobre la prevención y reducción de daños para la salud asociados a las drogodependencias (Cordrogue 32).

([120]) Véase el cuadro 6 OL: Función de la reducción de daños (versión en línea).

Cuadro 2. Cobertura geográfica de los programas de intercambio de jeringuillas y de la disponibilidad de otros servicios sanitarios selectos para consumidores de drogas en los Estados miembros de la UE y Noruega

País	Cobertura geográfica de los programas de intercambio de jeringuillas (1)	Atención médica de bajo umbral (2)	Educación sobre seguridad de uso (3)	Cursos de primeros auxilios para consumidores de drogas (4)	Salas de consumo de drogas vigiladas	Prescripción de heroína
Bélgica	> 40 centros, principales ciudades		Sí	Sí		Se debate la posibilidad de realizar pruebas
Dinamarca	10 de los 14 condados		Sí	Sí		
Alemania	Casi todas las ciudades	Sí	Sí	Sí	20 instalaciones en 11 ciudades	En 2002 comenzó un estudio médico trienal
Grecia	Atenas	Sí	Sí	Sí		
España	18 de 19 comunidades autónomas, prisiones	Sí	Sí	Sí	2 instalaciones	Las pruebas han comenzado en Andalucía y Cataluña
Francia	87 de los 100 departamentos	Sí	Sí	Sí		
Irlanda	20 centros y acercamiento, sobre todo en la zona de Dublín		Sí			
Italia	SerT y ONG en «muchas ciudades»; máquinas en las asentamientos urbanos más pequeños	Sí		Sí		
Luxemburgo	Servicios especializados en las tres principales ciudades; máquinas en cinco ciudades	Sí	Sí	Sí	1 (en fase de planificación)	Se ha establecido el marco jurídico
Países Bajos	> 95 % de las grandes ciudades	Sí	Sí	Sí	21 salas en 11 ciudades	Ha concluido la prueba clínica aleatoria; 300 pacientes continúan en tratamiento
Austria	13 ciudades en la mayoría de las provincias	Sí	Sí	Sí		
Portugal	Cobertura nacional mediante un programa nacional operado por las farmacias; red de acercamiento/ PIJ en construcción	Sí	Sí	Sí	Son posibles legalmente, pero no se han previsto	
Finlandia	Más del 70 % de las ciudades de más de 50 000 habitantes y cinco ciudades más pequeñas	Sí	Sí	Sí		
Suecia	Malmoe y Lund			Sí (en el marco del PIJ)		
Reino Unido	Importantes programas en la mayoría de las ciudades inglesas y escocesas; en 2001 se introdujeron PIJ en Irlanda del Norte		Sí	Sí	Recomendación de la Comisión Especial de Asuntos de Interior, no apoyada por el Ministro de Interior	Prescripción limitada de heroína en curso. La Comisión Especial recomendó su ampliación (y el Gobierno aceptó, en principio)
Noruega	Oslo desde 1988, y en los principales municipios	Sí		Sí		

(1) Véase el cuadro 7 OL: Existencia y tipos de programas de intercambio de jeringuillas, participación de farmacias, número de jeringuillas distribuidas/vendidas (versión en línea).
(2) Al menos un servicio de atención médica de bajo umbral.
(3) Al menos un servicio imparte periódicamente cursos sobre seguridad de uso.
(4) Cursos periódicos de primeros auxilios para consumidores de drogas en al menos una ciudad. Véase el cuadro 11 OL: Estrategias y medidas selectas para reducir el número de muertes relacionadas con la droga en los Estados miembros de la UE y Noruega.

Prevención de enfermedades infecciosas

Existen programas de intercambio de jeringuillas en todos los países, pero su extensión es sumamente limitada en Suecia y Grecia. En Suecia se propuso hace poco continuar los dos programas en curso y ampliar los programas de intercambio de jeringuillas a todo el país. En muchos otros países, el acceso a equipos de inyección estériles ha mejorado y se ha logrado una mayor cobertura de las zonas rurales gracias a la instalación de máquinas expendedoras y a la participación de las farmacias ([121]).

VIH

El asesoramiento y análisis de VIH voluntarios están muy extendidos en todos los países de la UE y generalmente son gratuitos ([122]). Se han incrementado los esfuerzos para llegar a los consumidores de drogas de «difícil acceso» o para estimularlos a que se asesoren y analicen voluntariamente a través de nuevos servicios de bajo umbral y trabajos de acercamiento, aunque en varios países no todos los análisis gratuitos garantizan el pleno anonimato.

La terapia antirretroviral combinada [HAART ([123])] es aplicada por los sistemas de atención sanitaria, pero se observan graves problemas tanto de acceso como de cumplimiento por parte de los consumidores de drogas infectados por el VIH. Los consumidores activos de drogas no están bien cubiertos por el tratamiento contra el VIH, especialmente aquellos que carecen de un domicilio fijo o llevan vidas inestables. Otros obstáculos son las actitudes de los proveedores del tratamiento y la falta de información entre los consumidores de drogas acerca de la enorme reducción de la morbilidad y la mortalidad que puede lograrse con este tratamiento. Algunos países (como, por ejemplo, Bélgica, Alemania, Austria, Portugal y Finlandia) han utilizado planteamientos innovadores, como dar tratamientos contra el VIH en los servicios de lucha contra la drogodependencia y centros de bajo umbral o bien modificando las modalidades de despacho de los medicamentos para adaptarlas al estilo de vida de los pacientes, pero sigue siendo necesario mejorar la respuesta al tratamiento y su éxito.

Hepatitis B

En algunos países se llevan a cabo campañas de vacunación gratuita contra la hepatitis B ([124]). Algunas ofertas activas ofrecen vacunación en los servicios de lucha contra la drogodependencia y cabe destacar los esfuerzos que realizan estos últimos para facilitar la vacunación de los consumidores de drogas a través de puntos de contacto para poblaciones de alto riesgo. Los programas piloto emprendidos en Alemania, Países Bajos y Austria están logrando aumentar las tasas de inmunización. A los consumidores de droga se les recomienda la vacuna mixta contra los virus de las hepatitis A y B (BAG, 1997).

Si bien en la mayoría de los países los sistemas sanitarios ofrecen vacunación gratuita, las tasas de inmunización que figuran en los informes son bajas.

Los consumidores de drogas no pueden mantenerse en contacto con un servicio de tratamiento durante el tiempo necesario para completar las vacunas y conseguir una inmunización completa. Entre las soluciones empleadas se encuentra la administración de vacunas en distintos servicios, los programas de dosis rápidas y los programas especializados de fácil acceso.

Hepatitis C

En todos los países se ofrece tratamiento contra la hepatitis C, pero en la práctica los consumidores de drogas tienen dificultades para acceder a él (Wiessing, 2001). Las directrices vigentes indican que los consumidores de drogas no deben ser tratados hasta que hayan suspendido el consumo o hayan permanecido de forma estable en un tratamiento oral de sustitución durante al menos un año, debido al riesgo de nueva infección entre los consumidores activos. Muchos países señalan un acceso limitado al tratamiento o bien un bajo cumplimiento de éste ([125]). Entre las nuevas posibilidades para mejorar la respuesta al tratamiento y el cumplimiento de éste por parte de los consumidores de drogas se encuentra el interferón pegilado, que requiere un régimen menos estricto, y el desarrollo de directrices de tratamiento basadas en pruebas.

Existen muy pocos planes nacionales de acción para reducir la infección por el virus de la hepatitis C. En varios países se han llevado a cabo cursos sobre seguridad de uso y campañas de información y sensibilización dirigidas a los consumidores de drogas. Algunos países utilizan programas penitenciarios de sensibilización respecto a las enfermedades infecciosas, así como medidas para mejorar el conocimiento acerca de la prevención de la hepatitis C entre los profesionales que trabajan con consumidores de drogas.

Reducción de las muertes relacionadas con la droga

Cada año, en toda la UE y Noruega se registran aproximadamente 8 000 muertes por reacción aguda con drogas, la mayoría de las cuales corresponde a jóvenes. La carga que las muertes relacionadas con la droga supone para la sociedad resulta más evidente si se expresa en «años perdidos de vida» ([126]). De este modo, la carga que representaban las muertes relacionadas con la droga en Inglaterra y Gales en 1995 equivalía a un 70 % de la carga provocada por las muertes en accidentes de circulación por carretera (ACMD, 2000).

([121]) Véase el cuadro 7 OL: Existencia y tipos de programas de intercambio de jeringuillas, participación de farmacias, número de jeringuillas distribuidas/vendidas. Los datos de 2001 se presentan en el cuadro 8 OL del Informe anual 2002 en: http://ar2002.emcdda.eu.int/es/popups/oltab08-es.html.

([122]) Véase el cuadro 8 OL: Asesoramiento y análisis voluntario (AAV) de VIH y tratamiento (versión en línea).

([123]) Tratamiento antirretroviral altamente activo (Highly active anti-retroviral treatment).

([124]) Véase el cuadro 9 OL: Vacunación contra el virus de la hepatitis B (VHB) para consumidores de drogas por vía parenteral en algunos países europeos (versión en línea).

([125]) Véase el cuadro 10 OL: Tratamiento contra el virus de la hepatitis C (VHC) administrado a consumidores de drogas por vía parenteral (versión en línea).

([126]) Años perdidos de vida en función de la esperanza de vida de la persona si no hubiese muerto a causa del consumo de drogas (ACMD, 2000, p. 56).

Los resultados indican que existe un potencial considerable para reducir el número de muertes mediante planteamientos médicos y educativos ([127]). Se ha observado que el incremento de los tratamientos de sustitución, que tienen un efecto protector considerable sobre la mortalidad (OMS, 1998), está directamente relacionado con la reducción de las muertes por sobredosis en Francia y España, si bien el descenso de las tasas de consumo de drogas por vía parenteral en España puede haber realizado una contribución importante (OEDT, 2002a). Los programas educativos para que los consumidores de drogas identifiquen los riesgos, reconozcan los síntomas de la sobredosis y respondan de forma correcta han dado resultados positivos al aumentar la capacidad de los consumidores de drogas para prestar ayuda al presenciar una sobredosis.

Las estrategias locales para reducir las muertes por sobredosis aplicadas en Oslo, Copenhague, Amsterdam y Fráncfort fueron el tema de un estudio que puso de relieve que, si bien los niveles y pautas del consumo de drogas limitan los objetivos que pueden alcanzarse, las políticas locales en materia de respuesta pueden contribuir a reducir el número de muertes (Reinås et al., 2002).

Cada vez se considera más asequible una reducción de las muertes relacionadas con la droga, que es una meta clave en el objetivo 2 de la Estrategia europea en materia de lucha contra la droga (2000-2004). Este objetivo es una de las prioridades de las nuevas estrategias nacionales en materia de drogas de Alemania, Grecia, Irlanda, Luxemburgo, Portugal, Finlandia y Reino Unido. Asimismo, se señala la existencia de estrategias locales para reducir las muertes por sobredosis ([128]).

En la mayoría de los países existen recursos informativos sobre la prevención de las sobredosis. Los servicios de lucha contra la drogodependencia y los servicios sanitarios ofrecen formación en métodos básicos de resucitación para consumidores de drogas, si bien la cobertura geográfica de estos cursos de primeros auxilios a menudo se limita a los principales centros urbanos ([129]).

La distribución de un antagonista de los opiáceos, la naloxona, es una de las medidas adoptadas en algunos países para reducir las sobredosis de heroína (Sporer, 2003). En Italia, un importante número de *Unità de Strada* (unidades de calle) suministra naloxona a los consumidores de droga, la cual puede administrarse como medida provisional de emergencia mientras se espera ayuda médica. Un estudio piloto llevado a cabo en Berlín que comprendía un curso de primeros auxilios y distribución de naloxona descubrió un aumento de la capacidad para reaccionar correctamente durante las emergencias con drogas y justificaba médicamente el uso de este antagonista en la gran mayoría de casos (93 %) (Dettmer, 2002). Este mismo estudio señalaba igualmente la importancia de la naloxona en las emergencias que tenían lugar en el hogar.

Las muertes por sobredosis en lugares públicos han sido motivo de especial preocupación en las ciudades europeas que tienen un gran número de consumidores de droga en público. En algunas ciudades alemanas y españolas se han abierto salas vigiladas de consumo, dirigidas a la población drogodependiente, frecuentemente marginada. En los Países Bajos también existen salas vigiladas de consumo. Éstas ofrecen, entre otros servicios, atención inmediata de emergencia en caso de sobredosis. Un estudio sobre las salas de consumo de Alemania (Poschadel et al., 2003) puso de manifiesto que contribuían a reducir las muertes relacionadas con la droga en el ámbito urbano y mejoraban el acceso a otros servicios sanitarios y de tratamiento para consumidores problemáticos de drogas no cubiertos por otros servicios.

Tratamiento

El tratamiento con asistencia médica y el tratamiento sin drogas son las principales modalidades de tratamiento para el consumo de drogas ilegales. El tratamiento con asistencia médica se ofrece casi de forma exclusiva en entornos ambulatorios, en tanto que el tratamiento sin drogas puede prestarse en entornos residenciales o ambulatorios. En la UE sólo se utilizan, en la práctica, los agonistas (como la metadona) o una combinación de antagonistas y agonistas (por ejemplo, la buprenorfina) en el tratamiento a largo plazo, mientras que en los tratamientos de abstinencia pueden utilizarse antagonistas (como la naloxona).

Tratamiento con asistencia médica

La metadona es con mucho la sustancia de sustitución más empleada. Los médicos de Portugal y Luxemburgo también recetan buprenorfina, la sustancia de sustitución más utilizada en Francia durante años. Suecia está preparando la adopción de limitaciones para la prescripción de buprenorfina, y en Finlandia, el uso ilícito de esta sustancia ha suscitado demandas de tratamiento, y ya ha provocado varias muertes relacionadas con el abuso de beprenorfina y de depresores. En la actualidad, la buprenorfina se utiliza mucho menos que la metadona en Bélgica, Dinamarca, Alemania, Grecia, España, Austria y Reino Unido.

Desde hace años contamos con información sobre el número de personas que reciben tratamientos de sustitución (Farrell et al., 1996, 2000) y actualmente es posible hacer un seguimiento de la evolución en este ámbito. En el cuadro 3 se presenta una comparación entre la información sobre los tratamientos de sustitución que figuraba en el 1997-1998 y la información más reciente facilitada por los Estados miembros. El cuadro 3 muestra que se ha producido un aumento considerable de la disponibilidad en general de los tratamientos con asistencia médica. El aumento total en el ámbito de la UE se sitúa en torno al 34 % en aproximadamente 5 años.

([127]) Se han investigado los aspectos toxicológicos, los riesgos y los aspectos sociales y personales relacionados directamente con ellos, así como las circunstancias en que las muertes y las sobredosis no letales tienen lugar y las estrategias para su prevención, por ejemplo Varescon-Pousson et al. (1997), Hariga et al. (1998), Seaman et al. (1998), Villalbi y Brugal (1999), ACMD (2000), Ferrari et al. (2001), Lepère et al. (2001), Brugal et al. (2002), Buster (2002), Kraus y Püschel (2002), Origer y Delucci (2002), y Pant y Dettmer (2002).

([128]) Cuadro 11 OL: Estrategias y medidas selectas para reducir el número de muertes relacionadas con la droga en los Estados miembros de la UE y Noruega (versión en línea).

([129]) Cuadro 11 OL: Estrategias y medidas selectas para reducir el número de muertes relacionadas con la droga en los Estados miembros de la UE y Noruega (versión en línea).

Cuadro 3. Evolución del tratamiento de sustitución en los 15 Estados miembros de la UE y Noruega

	Número estimado de personas en tratamiento de sustitución (1)		Variación (%)
	1997/1998	2001/2002	
Bélgica	6 617	7 000	5,8
Dinamarca	4 298	4 937	14,9
Alemania (2)	45 300	49 300	8,8
Grecia	400	1 060	165,0
España	51 000	78 806	54,5
Francia	53 281	85 757	61,0
Irlanda	2 859	5 865	105,1
Italia	77 537	86 778	11,9
Luxemburgo (3)	931	1 007	8,2
Países Bajos	13 500	13 500	0,0
Austria	2 966	5 364	80,8
Portugal	2 324	12 863	453,5
Finlandia	200	400	100,0
Suecia	600	621	3,5
Reino Unido (4)	28 776	35 500	23,4
Noruega	204	1 853	808,3
Total	**290 793**	**390 611**	**34,3**

(1) Para algunos países las cifras se refieren a clientes, para otros se refieren a tramos estimados.
(2) En el caso de Alemania, las cifras comprenden igualmente a los pacientes que reciben bihidrocodeína, cuyo número se estimaba en 8 800 en 1998 y en 3 700 en 2001.
(3) 186 y 156 clientes se inscribieron en el proyecto estatal de metadona en 1998 y 2001, respectivamente, en tanto que 745 y 849 recibieron tratamiento de sustitución por parte de médicos generalistas.
(4) Únicamente Inglaterra y Gales.
Fuentes: Informe anual 1998 del OEDT (que contiene datos de 1997 o años anteriores) e informes nacionales de 2001 y 2002.

Prescripción simultánea de heroína

En los Países Bajos ya se ha realizado una prueba de la prescripción simultánea de heroína, cuyos resultados se presentaron en febrero de 2002 (http://www.ccbh.nl; Comité central sobre el tratamiento de los adictos a la heroína, 2002). Los pacientes que participaron en dicha prueba recibieron tanto metadona como heroína. La evaluación mostraba que los pacientes del grupo experimental mejoraron considerablemente su salud en comparación con el grupo de control, el cual sólo recibió tratamiento a base de metadona.

Las ciudades alemanas de Bonn, Colonia, Fráncfort, Hamburgo, Hannover, Karlsruhe y Múnich pusieron en marcha, entre marzo de 2002 y febrero de 2003, un programa de tratamiento asistido por heroína en el marco de una prueba científica controlada aleatoria. En la prueba con heroína participa un total de 1 120 pacientes, que serán objeto de un minucioso seguimiento y evaluación por parte del Centro de Investigación Interdisciplinaria de la Drogodependencia de Hamburgo *(Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung)*, durante dos períodos de estudio de 12 meses cada uno (http://www.heroinstudie.de/).

En España, las comunidades autónomas de Cataluña y Andalucía están preparando la realización de pruebas de prescripción simultánea de heroína. En Barcelona (Cataluña), la cohorte del estudio estará integrada por 180 pacientes de sexo masculino de edades comprendidas entre los 18 y los 45 años. La heroína que se prescribirá será para administración oral.

En Luxemburgo, un decreto de 30 de enero de 2002 autoriza la realización de una prueba con prescripción de heroína en el marco de un proyecto piloto gestionado por la Dirección de Sanidad.

En el Reino Unido, los médicos generalistas recetan heroína a aproximadamente 500 pacientes.

Tratamiento sin drogas

El tratamiento sin drogas implica la aplicación de técnicas psicosociales y educativas para lograr una abstinencia de las drogas a largo plazo.

Los datos disponibles sobre el tratamiento sin drogas no permiten efectuar una comparación cuantitativa, en parte debido a que proceden de centros dirigidos exclusivamente a los consumidores de drogas ilegales y de centros destinados al tratamiento de la drogodependencia en general, es decir, al tratamiento del alcoholismo y otros tipos de dependencia, y en parte debido a que no existe una definición precisa de «tratamiento» (por ejemplo, el número mínimo de sesiones) y no puede medirse en unidades cuantificables, como el número de recetas registradas, como sucede con el tratamiento con asistencia médica.

Existe una tendencia hacia una fractura entre el norte y el sur en lo referente a la prestación de tratamientos, pues en el sur de Europa los tratamientos son prestados predominantemente por servicios especializados en el consumo de drogas ilegales, mientras que en el norte son tarea de los servicios genéricos dedicados a la drogodependencia (salvo en Dinamarca). Una explicación de esta diferencia podría ser que los países del norte (excepto Dinamarca) tienen un historial más largo de tratamientos sin drogas para alcohólicos que los países del sur. Quizá, cuando empezó a desarrollarse el consumo de drogas ilegales, las instalaciones de tratamiento ya existentes fueron adaptadas para admitir a este grupo especial dentro de las instalaciones. En cambio, los demás países carecían de una red similar de centros de tratamiento y se crearon servicios especiales complementarios para los consumidores de drogas ilegales ([130]).

Normas y calidad del tratamiento

El establecimiento de sistemas de acreditación y de normas de calidad, la elaboración de directrices, la formación de personal y el seguimiento y la evaluación constituyen ejemplos de medidas

([130]) Véase el gráfico 40 OL: Consumidores problemáticos de droga en tratamiento de abstinencia (versión en línea).

destinadas a garantizar determinadas normas y un nivel de calidad para el tratamiento relacionado con las drogas ilegales.

Alemania, Francia, Luxemburgo, Austria y Portugal señalan la existencia de sistemas de acreditación o certificación, que implican que un organismo externo independiente autorizado supervisa los servicios para garantizar que cumplen los requisitos específicos establecidos de antemano. En algunos países, como Francia y Luxemburgo, los centros de tratamiento deben contar con un certificado o una acreditación para recibir fondos para el tratamiento. En otros países, la certificación nacional es opcional, aunque en toda Europa es posible obtener certificados con arreglo a normas internacionales, como la ISO.

Muchos países, como Grecia, Italia, Países Bajos, Austria y Finlandia indican que cuentan con directrices sobre la aplicación del tratamiento a fin de garantizar su calidad. Sin embargo, se observan variaciones por lo que respecta a la extensión de su uso y aplicación. Las directrices pueden adoptar la forma de consejos no vinculantes de amplia difusión, o bien de principios semiobligatorios que deben cumplirse para recibir financiación. Se han desarrollado a nivel de la UE directrices no vinculantes para el tratamiento de metadona, que están disponibles en alemán, inglés, francés y español ([131]).

En todos los Estados miembros existen cursos de formación para el personal, aunque ninguno de ellos señala la existencia de una formación sistemática a escala nacional del personal que realiza el tratamiento. La disponibilidad, diversidad y nivel de los cursos de formación varían considerablemente en la UE, al igual que la participación de las autoridades responsables del tratamiento en la creación de dichas actividades.

Evaluación e investigación de los tratamientos

Todos los países llevan a cabo actividades de evaluación e investigación de los tratamientos de la drogodependencia, que adoptan diversas formas. Sin embargo, la gran mayoría de los estudios es a pequeña a escala y se efectúa a escala institucional o local. En el Reino Unido se llevó a cabo una encuesta nacional en elámbito de Inglaterra y Gales sobre el resultado de los tratamientos que abarca datos de cinco años ([132]). El estudio italiano VEdeTTE, en el que participaron 12 000 pacientes en 118 centros ambulatorios de tratamiento (SerT), aún está en curso, y por el momento sólo disponemos de resultados iniciales. Los resultados preliminares pusieron de manifiesto que la dosis media diaria de metadona era de 40 mg, y que tan sólo un 10 % de los pacientes recibían 60 mg o más, la dosis recomendada en la literatura científica. Las tasas anuales de abandono del tratamiento sin drogas y del tratamiento de mantenimiento con metadona fueron del 52 % y del 35 %, respectivamente. Asimismo se observa que con dosis más altas de metadona se reduce el riesgo de abandono. Este estudio confirmó igualmente la eficacia de las intervenciones psicosociales ([133]). El estudio danés DANRIS ([134]), que comenzó en el mes de mayo de 2000, intenta hacer un seguimiento del tratamiento y su eficacia en aproximadamente 40 centros de tratamiento ambulatorio. A nivel europeo, el proyecto Treat 2000, financiado en parte por el Quinto Programa Marco de Investigación, pretende analizar y comparar los sistemas de atención sanitaria y su eficacia en el tratamiento de los dependientes de opiáceos en seis regiones europeas.

Respuestas dirigidas a los consumidores de drogas en entornos penitenciarios

Marco político

La drogodependencia desempeña un papel importante dentro de la infracción de la legislación en materia de drogas, así como en la pequeña delincuencia por posesión. Un elevado porcentaje de los consumidores de drogas es detenido y muchos de ellos son condenados a penas de prisión. Además, algunos presos empiezan a consumir drogas durante su estancia en prisión. Los sistemas penales de todos los Estados miembros de la UE y Noruega toman en consideración estas observaciones. La mayoría de los países de la UE centran una parte de sus estrategias en materia de drogas en mejorar los servicios psicosociales y sanitarios destinados a los presos drogodependientes.

Se ha visto que es necesario flexibilizar los sistemas penales debido al creciente número de consumidores de drogas en prisión y al consiguiente hacinamiento de las prisiones. La idea de que las prisiones no pueden prestar adecuadamente los servicios que necesitan los consumidores de drogas, ha dado por resultado la aparición de nuevas alternativas a las penas de prisión y al encarcelamiento. Generalmente se considera necesario mejorar la cooperación entre las estructuras penales, a saber, la prisión y la libertad condicional, y entre éstas y las estructuras sanitarias, y se están elaborando las medidas adecuadas ([135]).

Intervenciones psicosociales y sanitarias en las prisiones

Los servicios dirigidos a los presos consumidores de droga se están ampliando en las prisiones. La mayoría de los países en que el tratamiento de la drogodependencia existe de forma generalizada en las prisiones adopta igualmente medidas de reducción de daños (cuadro 4). Sin embargo, un análisis de los programas penitenciarios recogido en el EDDRA [*Exchange on European Drug Demand Reduction Actino* ([136]), Intercambio de medidas europeas para la reducción de la demanda de drogas] reveló que el objetivo predominante de las intervenciones no está relacionado con la salud, sino que pretende la reducción de la delincuencia relacionada con las drogas ([137]).

([131]) Véanse estas directrices en el sitio web de Euromethwork en: http://www.q4q.nl/methwork/home2.htm.
([132]) Véase en: http://www.ntors.org.uk.
([133]) Véase en: http://www.studio-vedette.it/pubblicazioni.htm.
([134]) Véase en: http://www.crf-au.dk/danrisenglish/default2.asp.
([135]) Véase el cuadro 12 OL: Estrategias recientes en materia de drogas en las prisiones, directivas ministeriales y normas de servicio en la UE y Noruega (versión en línea).
([136]) Véase en: http://eddra.emcdda.eu.int.
([137]) OEDT, Intervenciones para la reducción de la demanda de drogas y de los daños realizadas por los sistemas penales. Un análisis de los programas de las comisarías de policía, tribunales y prisiones (http://eddrapdf.emcdda.eu.int/eddra_cjs.pdf).

Cuadro 4. Disponibilidad de servicios sociales y sanitarios dirigidos a los consumidores de drogas de las prisiones de la UE (1) (2)

Porcentaje de prisiones que ofrece estos servicios	Orientados hacia la abstinencia			Tratamiento de sustitución	Orientados hacia la reducción de daños				
	Desintoxicación	Unidades sin drogas	Grupos terapéuticos en prisión		Análisis de sangre	Programas de vacunación	Suministro de desinfectantes	Intercambio de jeringuillas	Suministro de preservativos
Todas	Bélgica, Dinamarca, España, Francia, Luxemburgo, Países Bajos, Austria, Portugal, Suecia			Bélgica, Dinamarca, España, Francia, Austria, Portugal	Bélgica, Grecia, España, Francia, Irlanda, Luxemburgo, Países Bajos, Austria, Portugal, Suecia	Dinamarca, Grecia, España, Francia, Irlanda, Luxemburgo, Austria, Portugal	Bélgica, Dinamarca, España, Francia, Austria, Portugal, Noruega		Bélgica, Dinamarca, España, Francia, Austria, Portugal, Suecia, Noruega
Más de la mitad	Irlanda, Finlandia, Reino Unido	Finlandia, Reino Unido		Luxemburgo	Finlandia	Finlandia, Reino Unido	Finlandia		Finlandia, Luxemburgo, Reino Unido
Menos de la mitad	Grecia, Italia, Noruega	Dinamarca, Países Bajos, Bélgica, Grecia, España, Irlanda, Austria, Portugal, Suecia, Noruega	Bélgica, Dinamarca, España, Grecia, Austria, Portugal, Finlandia, Noruega	Irlanda, Italia, Finlandia			Reino Unido	Alemania, España	
Ninguna		Italia, Francia, Luxemburgo	Francia, Irlanda, Italia, Luxemburgo, Países Bajos, Suecia, Reino Unido	Grecia, Países Bajos, Suecia	Dinamarca, Reino Unido, Noruega	Bélgica, Países Bajos, Suecia	Grecia, Irlanda, Italia, Luxemburgo, Países Bajos, Suecia	Bélgica, Dinamarca, Grecia, Francia, Irlanda, Italia, Luxemburgo, Países Bajos, Austria, Portugal, Finlandia, Suecia, Reino Unido, Noruega	Grecia, Irlanda, Italia, Países Bajos

(1) Faltan los datos correspondientes a Alemania, debido a la estructura federal del sistema judicial.
(2) En el cuadro 13 OL: Intervenciones penitenciarias para consumidores de drogas (versión en línea) se recoge una versión ampliada de este cuadro.
Fuente: Informes nacionales de la red Reitox (2002).

Por lo general, en cada país existen servicios específicos en la práctica totalidad de los centros penitenciarios o, por el contrario, dichos servicios no se ofrecen en casi ninguna de ellas. Esto se aplica especialmente a las medidas de reducción de daños, como se indica en el cuadro 4. En casi todos los establecimientos penitenciarios de aproximadamente dos tercios de los Estados miembrosse realizan programas de análisis de sangre y vacunación y se facilitan desinfectantes y preservativos, pero estas actividades son totalmente inexistentes en aproximadamente un tercio de los Estados miembros. Este hecho refleja el papel crucial que desempeñan las políticas nacionales a la hora de determinar la disponibilidad de servicios penitenciarios. No obstante, antes del despliegue a escala nacional de una política generalmente se realizan proyectos piloto en algunas prisiones.

La desintoxicación es la medida más extendida. Existe en casi todas las prisiones de nueve países, y se encuentra menos extendida en tan sólo tres países, Grecia (datos de 2001), Italia y Noruega. La intervención menos investigada es el intercambio de jeringuillas: los programas de intercambio de jeringuillas existen únicamente en España (11 de 68 prisiones) y Alemania (cuatro de 222 prisiones). La posibilidad de acceder a un tratamiento de

sustitución sigue la misma pauta que la existente en la sociedad (salvo en los Países Bajos) y existe en casi todas las prisiones de seis Estados miembros. Otros países lo ofrecen en muy pocos de sus centros penitenciarios, o no lo ofrecen ([138]).

Alternativas a la prisión

Las alternativas comunitarias a la prisión ([139]) dirigidas a delincuentes consumidores de drogas han aumentado en los Estados miembros desde finales de los años noventa ([140]). Se han desarrollado dentro de un extenso marco de innovaciones en materia penal, cuyos otros componentes principales son la mediación y la reparación (es decir, una tendencia encaminada hacia el servicio a la comunidad). Estas alternativas consisten básicamente en la prestación de tratamiento para la drogodependencia. Existen pruebas de que el tratamiento resulta eficaz para reducir el consumo de drogas y la delincuencia (Stevens et al., 2003). El tratamiento puede resultar especialmente eficaz para reducir la delincuencia si va dirigido a los consumidores de droga de larga duración, que son responsables de la mayoría de los delitos menores. Además se ha observado que las penas de prisión no constituyen un medio de disuasión contra los delitos menores (Brochu, 1999).

No existen evidencias claras que indiquen que los tratamientos cuasi obligatorios tengan éxito. Los estudios europeos se muestran más escépticos a este respecto que los norteamericanos, que señalan resultados positivos desde los años setenta. Se requieren nuevos estudios sobre el proceso y sus resultados, y éstos deberían ser de carácter tanto cuantitativo como cualitativo. Sin embargo, la evaluación de un programa danés que permite que los delincuentes cumplan su pena en un departamento especial de tratamiento dentro de la prisión ha descubierto que la tasa de delincuencia ha disminuido, en particular cuando se ofrece una alternativa a la prisión a los delincuentes de largo historial (informe nacional 2002 de Dinamarca). El proyecto Triple Ex realizado en La Haya, que consiste en un tipo coactivo de tratamiento, ha puesto de manifiesto que cuanto mayor es la duración del tratamiento, menor es la tasa de reincidencia (Vermeulen et al., 1999).

Muchos de los factores que provocan la falta de resultados de las alternativas a la condena están relacionados con la falta de coordinación entre los diversos sectores que intervienen en ellas, a saber, la justicia, la sanidad y los servicios sociales. Generalmente, las evaluaciones ponen de manifiesto carencias en la financiación de los tratamientos ([141]), ausencia de una delimitación clara entre el papel de los jueces y del personal encargado del tratamiento por lo que se refiere a quién debe determinar el mejor tipo de tratamiento, así como servicios sociales de tratamiento inadecuados ([142]) (OEDT, 2003a). Una evaluación de la orden de servicios comunitarios, que es uno de los instrumentos de que dispone el sistema legal irlandés para dirigir a los consumidores de drogas de las prisiones hacia formas alternativas de redimir su pena, señala que la colaboración formal y/o informal entre los servicios judiciales, sociales y sanitarios reviste una importancia crucial para su éxito (Grupo de expertos sobre libertad condicional y servicios sociales, 1999).

El sistema judicial de los Estados miembros ha adoptado medidas especiales destinadas a los jóvenes consumidores, entre otras las «intervenciones precoces» y las alternativas a la penalización. Las intervenciones precoces pretenden impedir la delincuencia actuando en las etapas tempranas de la carrera delictiva. Una de las medidas más frecuentemente aplicada en los Estados miembros es evitar o posponer la primera encarcelación desviando a los jóvenes del sistema penal hacia un programa sociosanitario alternativo. En Portugal, las comisiones para la disuasión del abuso de drogas son un ejemplo de una estructura creada para poner en práctica alternativas a la penalización. Se crearon en 2001, cuando la posesión de drogas para consumo personal fue despenalizada. Una evaluación realizada trascurrido un año muestra resultados positivos en la prevención de los problemas vinculados a la drogadicción, y en la disminuación del plazo entre la iniciación al consumo problemático y el contacto con las instituciones de tratamiento (informe anual 2002 de Portugal).

Reducción de la oferta

Medidas de prohibición

Según el «Informe sobre la delincuencia organizada» de Europol, la producción y el tráfico de drogas siguen siendo las principales actividades de los grupos delictivos de la UE. Ningún otro ámbito de la delincuencia organizada brinda beneficios tan enormes ([143]).

El informe «Interpol at work 2001» señala que la intensificación de la cooperación internacional ha dado como resultado una serie de importantes operaciones policiales. Por ejemplo, el proyecto Exit, basado en el intercambio de información estratégica, permitió practicar incautaciones de éxtasis a gran escala en Europa. Asimismo se detectaron importantes envíos clandestinos de los aeropuertos europeos a Norteamérica. El Programa de Intercambio de Datos sobre Drogas, en el que participan Interpol, la Oficina contra la Droga y el Delito de las Naciones Unidas, y la OMA (Organización Mundial de Aduanas) a través de un intercambio de información estratégica, sigue desempeñando un papel clave en la lucha contra el contrabando de drogas sintéticas.

([138]) Véase el cuadro 13 OL: Intervenciones penitenciarias para consumidores de drogas (versión en línea).
([139]) Gráfico 41 OL: Alternativas a la prisión. Marco conceptual (versión en línea).
([140]) Véase el cuadro 14 OL: Alternativas a la prisión dirigidas a los delincuentes que consumen drogas. Descripción comparativa de los países de la UE (versión en línea).
([141]) La evaluación de un proyecto sueco alternativo a la prisión mostró que faltaban recursos financieros para pagar el tratamiento al final de la pena (informe nacional 2003 de Suecia).
([142]) Véase en: http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/responses/alternatives_prison_expert.pdf.
([143]) Para más información, véase el recuadro 15 OL: Medidas de prohibición (versión en línea).

Medidas dirigidas contra el blanqueo de dinero

Europol calcula que el comercio de cocaína genera miles de millones de euros dentro de la UE. En los métodos de blanqueo intervienen movimientos de efectivo físicos y electrónicos. Sigue siendo difícil establecer un vínculo entre los movimientos de efectivo y las transacciones comerciales relacionadas con la droga. Interpol ha desarrollado instrumentos importantes para luchar contra determinados sistemas de blanqueo de dinero. En 2001 se publicaron estudios especializados para que los investigadores conociesen mejor dichos sistemas ([144]) ([145]).

De acuerdo con el informe anual del Grupo de trabajo de acción financiera (*Financial Action Task Force,* FATF) 2001-2002 ([146]), siete Estados miembros de la UE cumplen plenamente 28 de las 40 recomendaciones en las que se exigen medidas nacionales concretas, mientras que los demás países no las cumplen en su totalidad ([147]).

Medidas contra la desviación de productos químicos controlados

El informe sobre «productos químicos controlados» de 2002 de la Junta Internacional de Control de Narcóticos (JICN) señala que la mayoría de los países exportadores facilitan actualmente datos sobre las exportaciones, pero que, desgraciadamente, Francia, país que anteriormente facilitaba datos completos sobre las exportaciones de sustancias controladas, no presentó los datos correspondientes a 2001. La mayoría de los países exportadores ha presentado información sobre los precursores que se utilizan para elaborar los estimulantes de tipo anfetamínico. Dinamarca, España, Alemania y Reino Unido ha facilitado datos sobre las exportaciones de norefedrina, sustancia incluida por vez primera en 2001 en el cuadro 1 del informe de la JICN (que hace obligatorias las notificaciones previas a la exportación). Además, la mayoría de los países productores de P-2-P y safrol ha presentado datos ([148]). Los gobiernos han seguido cosechando éxitos para evitar la desviación del permanganato de potasio ([149]), que se utiliza para la fabricación ilegal de cocaína, en particular gracias a la operación Púrpura. En 2001 disminuyó el número de envíos y el volumen del comercio supervisado ([150]).

En Colombia fueron desmantelados en el marco de la operación Púrpura, entre abril y septiembre de 2002, siete laboratorios ilegales que fabricaban permanganato de potasio. Dado que cada vez es más difícil desviar del comercio lícito el permanganato de potasio, los productores de cocaina intentan manufacturar por sí mismos este producto químico.

La operación internacional denominada operación Topacio, que supervisa el tráfico de anhídrido acético ([151]), sigue funcionando bien por lo que se refiere tanto al seguimiento internacional de los envíos legales, como a las investigaciones policiales para determinar el origen de los envíos incautados o interceptados de productos químicos. Entre los meses de enero y noviembre de 2002 se notificaron 2 800 partidas de exportación, con un total de casi 300 000 toneladas de anhídrido acético. Bélgica y Países Bajos, países de origen de la mayoría de los envíos, se mostraron especialmente cooperativos para que el programa internacional de seguimiento funcionase sin problemas. La mayoría de las transacciones tienen lugar entre los Estados miembros de la UE, y éstos notificaron el 92 % de los envíos supervisados. La concentración del comercio legal dentro de la UE, así como el éxito de los procedimientos de control empleados por la operación Topacio, permitieron llevar a cabo una revisión a fin de encontrar una alternativa viable al seguimiento individual de envíos dentro de la UE.

Europol estima que hasta un 90 % de la heroína incautada en los mercados de la UE tiene su origen en Asia Sudoccidental (Afganistán). A pesar de los esfuerzos por erradicar el cultivo del opio, se cree que la producción de 2002 se elevó a 3 400 toneladas métricas. En vista de que una parte del anhídrido acético desviado de los canales legales de suministro se introduce ilegalmente en el Afganistán, se creó un grupo internacional de trabajo integrado por Alemania, Reino Unido y Estados Unidos para prestar asistencia técnica a la lucha contra el tráfico en esta región.

Durante 2001, las autoridades se incautaron de más de 200 toneladas de anhídrido acético. Ésta es la mayor cantidad notificada en un solo año. Las mayores incautaciones se produjeron en el Reino Unido, donde se descubrió un intento de desviar 70 toneladas a Yugoslavia. Bélgica, Alemania, Italia y Eslovenia fueron otros de los países europeos que notificaron la realización de incautaciones.

Para contribuir a evitar la desviación de precursores químicos para la fabricación de estimulantes de tipo anfetamínico, como la efedrina, la norefedrina y el 3,4-MDP-2-P, la JICN acordó poner en marcha, en cooperación con la Comisión Europea y los Estados Unidos, un proyecto internacional voluntario, el proyecto Prisma, para ayudar a los gobiernos a alcanzar esta meta ([152]) ([153]).

([144]) Véase en: http://www.interpol.int/Public/FinancialCrime/MoneyLaundering/EthnicMoney/default.asp.
([145]) Para más información, véase el recuadro 16 OL: Medidas dirigidas contra el blanqueo de dinero (versión en línea).
([146]) Véase en: http://www.fatf-gafi.org/pdf/AR2002_en.pdf.
([147]) Recuadro 17 OL: Grado de observancia (FATF) (versión en línea).
([148]) Recuadro 18 OL: Medidas contra la desviación de productos químicos controlados (JIFE) (versión en línea).
([149]) El permanganato de potasio es un compuesto legal que constituye un reactivo importante en química orgánica analítica y sintética; se emplea para blanquear, así como en la producción de desinfectantes y agentes bactericidas y fungicidas. Asimismo se utiliza en procesos de purificación de aguas.
([150]) Recuadro 19 OL: operación Púrpura (versión en línea).
([151]) El anhídrido acético es un agente acetilante y deshidratante que se usa en las industrias química y farmacéutica para fabricar acetato de celulosa, en los encolantes textiles y los activadores de blanqueo en frío, para pulir metales y en la producción de líquidos de frenos, tintes y explosivos.
([152]) Véase en: http://www.incb.org/e/ind_ar.htm.
([153]) Recuadro 20 OL: JIFE (versión en línea).

Capítulo 3

Cuestiones particulares

En este capítulo se ponen de relieve tres aspectos específicos relativos al problema de las drogas en Europa: el consumo de drogas y alcohol por los jóvenes; la exclusión y la reintegración social; y el gasto público en materia de reducción de la demanda.

Consumo de drogas y alcohol entre los jóvenes

A menudo, los jóvenes se encuentran en la vanguardia de los cambios sociales, y la tendencia al alza en el consumo de alcohol y drogas ilegales entre ellos constituye un importante fenómeno social en la UE. La inclusión del alcohol en esta parte del informe no tiene precedentes y se debe a la preocupación que despiertan las complejas pautas del consumo de esta sustancia y la dependencia, daños a la salud y comportamiento delictivo que conlleva. Estas pautas de consumo de sustancias psicoactivas plantean un desafío particular para los responsables políticos, quienes deben desarrollar una serie de respuestas extensa y oportuna con el fin tomar medidas eficaces.

La UE se ha establecido el objetivo de reducir de forma significativa, a lo largo de un período de cinco años, la prevalencia del consumo de drogas ilegales, así como la iniciación en dicho consumo, sobre todo entre los jóvenes menores de 18 años, y de desarrollar planteamientos innovadores para la prevención (COR 32).

Entre los materiales consultados durante la redacción del presente capítulo se encuentran los informes nacionales de la red Reitox, así como los resultados de encuestas entre la población. Los datos comparables sobre los jóvenes se basan en gran parte en los informes de 1995 a 1999 (ESPAD, 1999) del proyecto de encuesta entre las escuelas europeas (*European School Survey Project,* ESPAD), que comprendía a escolares de 15 a 16 años y en la que participaron nueve Estados miembros. Los datos correspondientes a los Países Bajos en las encuestas del ESPAD no son estrictamente comparables a los de los demás Estados miembros participantes. Asimismo se utilizaron como referencia estudios publicados, literatura gris ([154]) y publicaciones gubernamentales sobre consumo de drogas y alcohol entre los jóvenes (sobre todo de Francia y Reino Unido).

Prevalencia, actitudes y tendencias

Prevalencia

Aparte del tabaco y la cafeína, el alcohol es la sustancia psicoactiva más utilizada por los jóvenes de toda la UE. El porcentaje de escolares de 15 y 16 años que han estado ebrios en algún momento de su vida va desde el 36 % en Portugal al 89 % en Dinamarca ([155]) (véase el gráfico 19) ([156]). La mayoría de los jóvenes de la UE nunca ha consumido drogas ilegales, pero entre los que lo han hecho, el cannabis es la droga cuyo consumo está más extendido, seguido de los inhalantes/disolventes ([157]). Según el estudio ESPAD 1999 en Grecia y Suecia, el consumo de inhalantes/disolventes en algún momento de la vida es tan elevado o superior al consumo de cannabis en algún momento de la vida entre los estudiantes de 15 a 16 años ([158]).

Las encuestas escolares nacionales no miden el consumo de sustancias problemáticas entre los jóvenes, pero resultan una fuente muy útil para evaluar el consumo experimental de drogas y las actitudes de los jóvenes. Sobre la base de los informes de la red Reitox y los datos de la encuesta ESPAD de 1999, la prevalencia del consumo de cannabis en algún momento de la vida más baja se observa en Portugal (8 %), Suecia (8 %), Grecia (9 %) y Finlandia (10 %). La más alta corresponde a Francia (35 %), Reino Unido (35 %) e Irlanda (32 %), seguidos de España (30 %). En el cuadro estadístico 3 ([159]) figuran los tamaños de las muestras de las encuestas escolares. Los datos de este cuadro no son estrictamente comparables, ya que no todos los Estados miembros utilizaron los mismos métodos para su encuesta escolar.

Entre los escolares de 15 y 16 años de edad en general, la prevalencia del consumo de cannabis, inhalantes, tranquilizantes y sedantes (sin receta médica) es superior al consumo de estimulantes y drogas alucinógenas. Los escolares que experimentan con cocaína y heroína son relativamente escasos en toda la UE y el consumo de dichas drogas en algún momento de la vida oscila entre el 0 % y el 4 % (cuadro estadístico 3).

La mayoría de los jóvenes que han probado el cannabis tiene alguna experiencia con alcohol y tabaco. Los jóvenes que consumen éxtasis, anfetaminas, cocaína y alucinógenos suelen formar un grupo aparte y pertenecen a determinados grupos sociales. Las correlaciones del consumo de diversas drogas figuran en el cuadro 15 OL (versión en línea) y se basan en los datos de la encuesta escolar española (Observatorio Español sobre Drogas, 2002) ([160]). La respuesta a las complejidades e idiosincrasias de las distintas pautas de consumo de drogas

([154]) Que se define como «un documento que no ha sido publicado por una revista reseñada horizontalmente». Para más información, véase la revista de la red QED (http://qed.emcdda.eu.int/journal/bulletin27.shtml).

([155]) En función de la respuesta a haber estado «ebrio debido a la ingestión de bebidas alcohólicas».

([156]) Gráfico 42 OL: Comparación del «consumo juerguista» de alcohol con el consumo de cannabis en los últimos 30 días.

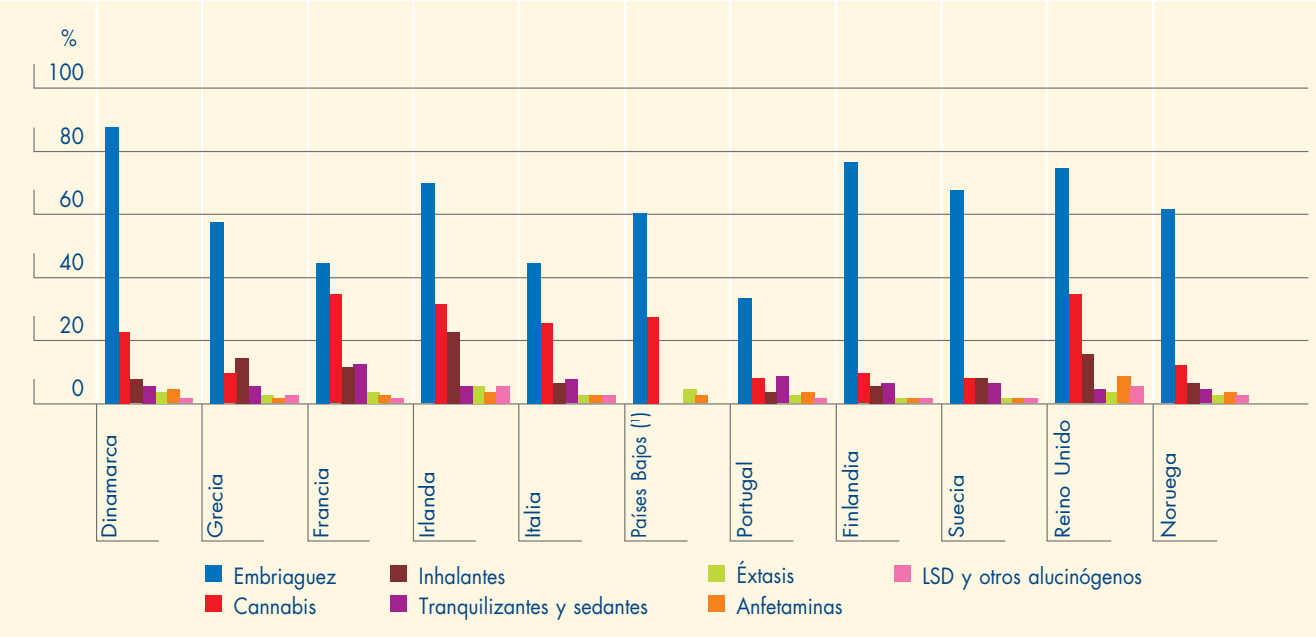
([157]) En función de la respuesta a haber «inhalado una sustancia (pegamento, aerosoles, etc.) para drogarse».

([158]) Cuadro estadístico 3: Encuestas escolares. Prevalencia a lo largo de la vida entre estudiantes de 15 a 16 años de edad (versión en línea).

([159]) Cuadro estadístico 3: Encuestas escolares. Prevalencia a lo largo de la vida entre estudiantes de 15 a 16 años de edad (versión en línea).

([160]) Véase el cuadro 15 OL: Relación entre el consumo de diversas sustancias entre los escolares españoles (14 a 18 años) (versión en línea).

Gráfico 19. Prevalencia de la embriaguez y el consumo de sustancias ilegales en algún momento de la vida (escolares de 15 y 16 años)



(1) Comparabilidad limitada.
Fuente: Proyecto de encuestas escolares ESPAD, 1999.

constituye un gran desafío (Calafat et al., 1999; Parker y Eggington, 2002; Smit et al., 2002).

En la población adulta se observa un mayor consumo de drogas entre los hombres que entre las mujeres, en relación con los escolares. Sin embargo, las mayores diferencias entre sexos que presentan los escolares se observan en Grecia, Francia, Italia y Portugal. Una excepción es el consumo de tranquilizantes y sedantes sin receta médica, y de alcohol junto con «pastillas», que generalmente es superior entre las chicas.

Asimismo se observan variaciones en la prevalencia de las distintas regiones de un Estado miembro. En Alemania, la diferencia entre la parte oriental y la parte occidental del país se está reduciendo con mayor rapidez entre los jóvenes que entre los adultos. Otros aspectos de la prevalencia del consumo de drogas, como la extensión del consumo de cannabis a las zonas rurales, son similares a los observados en poblaciones de mayor edad.

Actitudes

Las actitudes hacia las distintas drogas pueden ayudarnos a predecir la prevalencia futura del consumo de drogas. En 1999, el rechazo a embriagarse una vez a la semana variaba considerablemente, desde los niveles relativamente bajos de Dinamarca (32 %) hasta los altos niveles observados en Italia (80 %). El rechazo a la experimentación con cannabis era menos variable, hallando su nivel más bajo en Francia (42 %) y el más alto en Portugal (79 %) y Suecia (78 %) ([161]). Las actitudes ayudan a prever tendencias, aunque también participan otros factores. El rechazo y la percepción sobre los «grandes riesgos» atribuidos a la experimentación con drogas como el éxtasis, la cocaína y la heroína eran generalmente muy altos entre los escolares de 15 y 16 años. El rechazo del consumo de éxtasis oscilaba entre un 71 % en Grecia y un 90 % en Dinamarca.

Tendencias

El aumento de la embriaguez y del consumo «juerguista» de alcohol con fines recreativos es motivo de creciente preocupación ([162]). Entre 1995 y 1999 se observaron aumentos notables de la embriaguez en algún momento de la vida en Grecia, Francia y Noruega (véase el gráfico 20). No disponemos de datos estrictamente comparables de los Estados miembros que no participan en las encuestas ESPAD, pero los datos sobre tendencias correspondientes a Alemania (1973-2002) y España (1994-2000) indican un descenso reciente del consumo de alcohol por parte de los jóvenes (*Bunderszentrale für Gesundheitliche Aufklärung,* 2002; Observatorio Español sobre Drogas, 2002). No obstante, es posible que el consumo total descienda mientas que los modelos de consumo «juerguista» aumentan.

Durante los años noventa, la prevalencia del consumo de cannabis en algún momento de la vida aumentó a un nivel tal que podría describirse como extendido en varios Estados miembros. Sin embargo, el consumo de cannabis entre los jóvenes irlandeses, neerlandeses y británicos ya había descendido en 1999. Este hecho puede indicar que la prevalencia ha alcanzado un punto de saturación en esos países, con una tendencia hacia la estabilización a niveles en torno al 30 %.

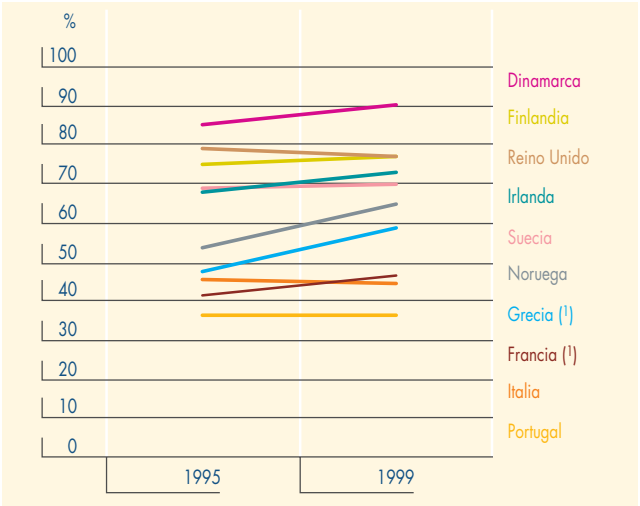
([161]) Véase el gráfico 43 OL: Porcentaje de los escolares de 15 y 16 años que rechazan la embriaguez en comparación con el consumo de cannabis y éxtasis (versión en línea).
([162]) Gráfico 44 OL: Variación en el consumo de 5 o más bebidas seguidas durante los últimos 30 días.

Asimismo, existen indicios de estabilización del consumo de éxtasis en algún momento de la vida a niveles muy inferiores a los del consumo de cannabis. En el caso del Reino Unido, la disminución de la prevalencia del consumo en algún momento de la vida tanto de cannabis como de éxtasis fue acompañada por un descenso de la disponibilidad aparente ([163]) ([164]) y un aumento del rechazo a dicho consumo ([165]). En 1999, el porcentaje de estudiantes que consideraban que el riesgo que conlleva el consumo de éxtasis en una o dos ocasiones es grande era mayor en los dos Estados miembros (Irlanda y Reino Unido) en los que la prevalencia del consumo de éxtasis en algún momento de la vida era la más alta ([166]), y en los cuales los medios de comunicación prestaron una gran atención a un número relativamente reducido de muertes relacionadas con el éxtasis. La atención de los medios de comunicación, junto con una imagen cada vez más negativa, parecen haber influido en el descenso de la prevalencia del consumo de éxtasis en estos dos Estados miembros.

Los jóvenes se juzgan entre sí en función de la imagen, el estilo y la posesión de símbolos de posición social. Dichos símbolos, que pueden ser también drogas, cambian constantemente. La mala imagen que tienen en este momento los consumidores de heroína y la facilidad de acceso a otras drogas constituyen factores importantes dentro de la elección actual de drogas (FitzGerald et al., 2003). Un análisis recientes de las letras relacionadas con las drogas de la música popular en lengua inglesa desde los años sesenta puso de manifiesto que los músicos de hoy en día censuran con mayor frecuencia que en el pasado los daños que provoca el cannabis ([167]) (Markert, 2001).

Gráfico 20. Prevalencia de: A) embriaguez, B) consumo de cannabis, y C) consumo de éxtasis, de 15 y 16 años escolares

Gráfico 20 (A). Embriaguez



(1) Los datos sobre Francia y Grecia para 1995 se basan en encuestas de 1993.
Fuente: Proyecto de encuestas escolares ESPAD (1995 y 1999).

Los resultados de una encuesta reciente entre 878 jóvenes de hasta 19 años de edad realizada en 10 ciudades de la UE muestran una tendencia a la baja del consumo de anfetaminas y éxtasis y una tendencia al alza en el consumo de cocaína en la cultura general urbana. Esta muestra no era lo bastante representativa o amplia como para extraer conclusiones definitivas. Este estudio también ha puesto de manifiesto que los encuestados gastan más dinero en alcohol que en drogas o cualquier otro consumo de tipo recreativo, como entradas a discotecas, clubes o cines, teléfonos móviles y tabaco (Calafat et al., 2003) ([168]).

Gráfico 20 (B). Consumo de cannabis

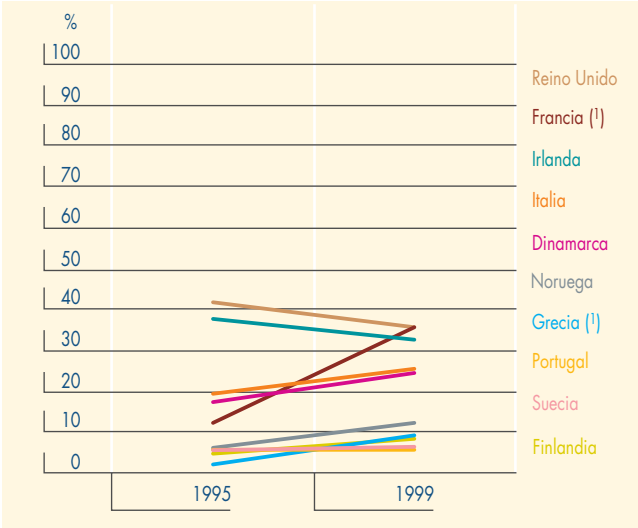
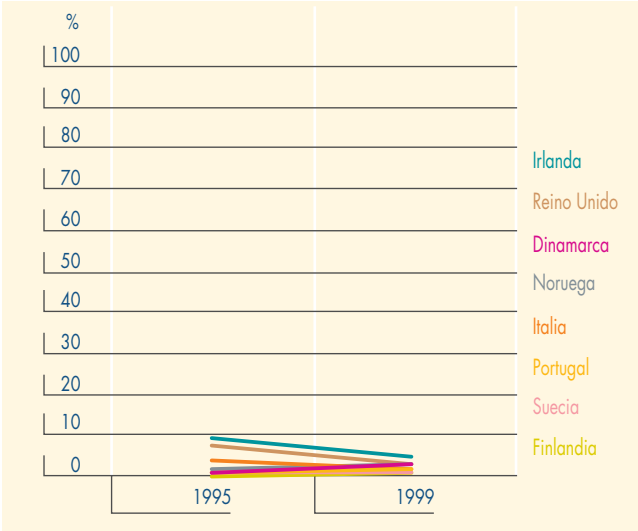


Gráfico 20 (C). Consumo de éxtasis



([163]) En función de la respuesta a qué droga es «muy fácil» o «bastante fácil» de conseguir si se desea obtenerla.
([164]) Gráfico 45 OL: Variación de la disponibilidad aparente de (A) cannabis y (B) éxtasis (versión en línea).
([165]) Gráfico 46 OL: Variación del porcentaje de escolares de 15 y 16 años que rechazan (A) embriagarse una vez a la semana, o (B) consumir cannabis una o dos veces, o (C) consumir éxtasis una o dos veces (versión en línea).
([166]) Gráfico 47 OL: Porcentaje de escolares de 15 y 16 años que consideran que consumir éxtasis una o dos veces entraña un «gran riesgo» y prevalencia del consumo de éxtasis en algún momento de la vida (versión en línea).
([167]) Gráfico 48 OL: Porcentaje de imágenes positivas en la música popular contemporánea, años sesenta a noventa (versión en línea).
([168]) Gráfico 49 OL: Cantidad de euros que gastaban cada fin de semana los jóvenes de 13 a 19 años en 10 ciudades de la UE, 2001-2002 (versión en línea).

Casi todos los Estados miembros de la UE (Bélgica, Dinamarca, Alemania, España, Francia, Luxemburgo, Italia, Países Bajos, Austria, Portugal y Reino Unido) señalan una creciente inquietud por el posible aumento del mercado de cocaína y base/crack para los consumidores jóvenes de drogas problemáticas. Para más información sobre las tendencias de disponibilidad, véase la p. 36.

Iniciación, pautas y factores de riesgo

En general, la probabilidad de que los jóvenes de 12 a 18 años de edad se embriaguen o de que se les ofrezca cannabis o cualquier otra droga ilegal, así como su disposición a probar drogas, aumenta considerablemente con la edad. Este hecho se ilustra en el presente informe con los datos procedentes de la encuesta Escapad realizada en Francia (Beck, 2001). En el gráfico 21 A se muestra que, entre los chicos de 13 y 14 años de edad, el porcentaje que se había embriagado alguna vez en la vida era del 15,9 % y que el porcentaje que había consumido cannabis era del 13,8 %. Entre los jóvenes de 17 y 18 años, estos porcentajes aumentaban al 64,5 % y al 55,7 %, respectivamente.

En una encuesta reciente realizada entre los jóvenes de la UE, la «curiosidad» era la principal razón para probar drogas (EORG, 2002). De aquellos que experimentan con drogas, la mayoría no continúa consumiéndolas de forma periódica. Entre una pequeña pero importante minoría, el consumo aumenta hasta alcanzar niveles de intensidad. Este fenómeno se ilustra en el gráfico 21 B, que muestra la distribución del consumo de cannabis entre la población en general de personas de 18 años en Francia. Las encuestas de población en general indican que el consumo de drogas ilegales en algún momento de la vida es significativamente más alto que el consumo reciente o actual ([169]). La información comparable sobre las pautas de uso entre los consumidores regulares de drogas se encuentra menos desarrollada que la correspondiente a los estudios sobre el alcohol. Esto dificulta la comprensión de las pautas de consumo de drogas y, por ende, la elaboración de respuestas eficaces. En algunos Estados miembros se está estudiando la definición de «consumo problemático de cannabis», y se ha señalado que las personas que han consumido cannabis en 20 o más ocasiones durante el mes anterior tienen el mayor riesgo de desarrollar una pauta problemática de consumo (Beck, 2001; informe nacional de los Países Bajos). Con esta definición, una de cada cinco personas en los Países Bajos que ha consumido cannabis durante el mes anterior puede catalogarse como persona «de riesgo». Según el gráfico 21 B, en Francia, un 13,3 % de los hombres de 18 años, en comparación con tan sólo el 3,6 % de las mujeres de 18 años, forman parte de la categoría «de riesgo».

Una de las principales preocupaciones que provoca el consumo de cannabis es la denominada «puerta de entrada a otras drogas» ([170]). Sin embargo, la relación entre el consumo de cannabis y otras sustancias ilegales resulta compleja y no puede reducirse a un simple modelo causal. Otro modelo de «factor común» demuestra que las correlaciones entre el consumo de

Gráfico 21. Consumo de cannabis entre los jóvenes de 18 años en 2001. A) Edad en el momento de la iniciación al consumo. B) Nivel de consumo

Gráfico 21 (A). Edad de iniciación a la embriaguez y al consumo de cannabis entre los chicos de 18 años en Francia en 2001

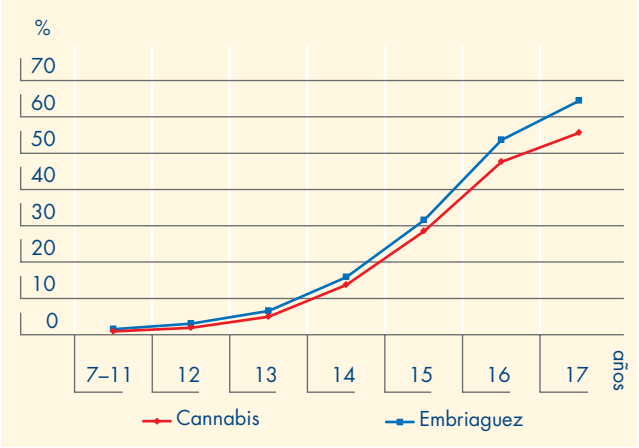
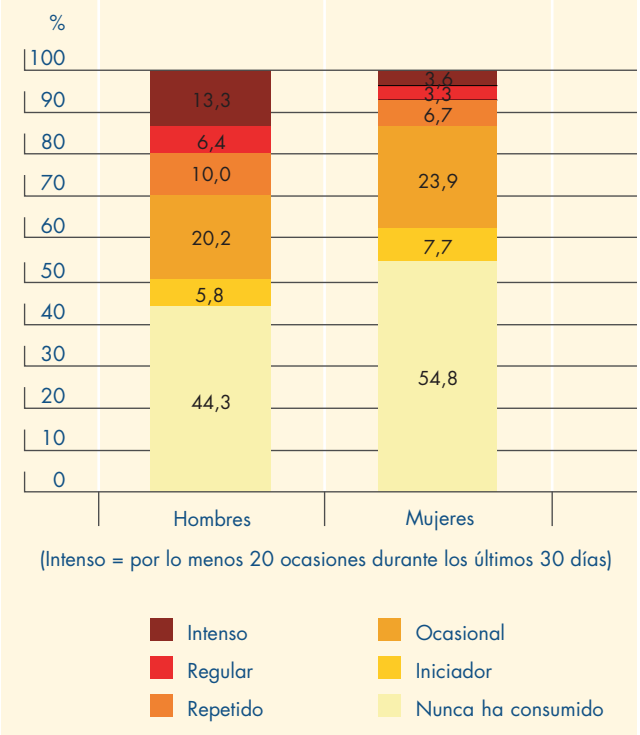


Gráfico 21 (B). Nivel de consumo de cannabis a la edad de 18 años en Francia en 2001



Fuentes: Escapad (2001), OFDT. Muestra nacional representativa.

cannabis y las drogas duras se deben a una serie de factores comunes de riesgo, como la vulnerabilidad y el acceso a drogas y la propensión a su consumo. Los resultados de estudios de cohortes muestran que el consumo de drogas ilegales rara vez es la primera señal de problemas entre los adolescentes. El consumo de alcohol, la conducta asocial, el absentismo escolar y la

([169]) Véase el gráfico 1 OL: Pautas del consumo de cannabis entre la población en general. Consumo en algún momento de la vida y consumo actual (últimos 30 días), Encuesta nacional sobre prevalencia (consumo de drogas), 2001 (Países Bajos).

([170]) Este fenómeno se basa en la hipótesis de que el consumo de cannabis en sí mismo aumenta el riesgo de iniciarse en el consumo de drogas duras.

delincuencia a menudo aparecen a una edad más temprana que el consumo de cannabis ([171]). Los adolescentes consumen raramente sustancias ilegales sin la exposición simultánea a otros consumidores de drogas ilegales y consideran que las ventajas potenciales del consumo superan sus posibles costes (Engineer et al., 2003). La existencia de la «puerta de entrada hacia otras drogas» puede explicarse por el hecho de que el cannabis pone en contacto a quienes lo consumen con un mercado ilegal, lo que aumenta el acceso a otras drogas ilegales y ofrece una plataforma de aceptación para el consumo de otras drogas ilegales (Grant y Dawson, 1997; Petraitis et al., 1998; Adalbjarnardottir y Rafnsson, 2002; Brook et al., 2002; Morral et al., 2002; Parker y Eggington, 2002; Pudney, 2002; Shillington y Clapp, 2002).

En los Países Bajos, una encuesta entre los jóvenes efectuada en 1999 puso de manifiesto que la mayoría de los jóvenes compraban el cannabis a sus amigos (46 %) y en *coffee shops* (37 %) (DeZwartet et al., 2000).

La identificación de una serie de factores de riesgo que influyen tanto en la iniciación como en el aumento del consumo de drogas en una población adolescente extremadamente heterogénea es un enfoque que ha comenzado a ganar adeptos. Estos factores constituyen un continuo que va desde factores individuales, factores sociales hasta factores del macroentorno, y probablemente son distintos para el consumo recreativo y para el consumo problemático de drogas.

Factores de riesgo

Algunas encuestas selectivas han demostrado que determinados grupos de jóvenes presentan niveles de consumo de drogas mucho más altos que los observados en la población nacional en general. A menudo se trata de jóvenes que han sido expulsados de la escuela o que practicaban el absentismo escolar, delincuentes, jóvenes sin hogar o que habían huido de casa, y cuyos hermanos son consumidores de drogas (Lloyd, 1998; Swadi, 1999; Goulden y Sondhi, 2001; Hammersley et al., 2003). La encuesta sobre los estilos de vida de la juventud 1998-1999 realizada en el Reino Unido descubrió que la prevalencia del consumo de drogas era significativamente superior entre estos grupos vulnerables en ese país ([172]). El tamaño de estos grupos vulnerables a escala nacional señala que las actuales encuestas escolares subestiman la prevalencia del consumo de drogas al no identificar las poblaciones de adolescentes de alto riesgo que no forman parte del entorno escolar. Actualmente no abundan los datos comparables sobre «grupos vulnerables» de jóvenes en la UE. Los jóvenes que salen de noche a determinados ambientes de música dance constituyen otro grupo vulnerable. Los vínculos entre determinadas culturas juveniles y las drogas se encuentran bien documentados, sobre todo recientemente en relación con la propagación del consumo de éxtasis (MDMA) (Griffiths et al., 1997; Springer et al., 1999). En las discotecas tecno, la prevalencia del consumo de éxtasis en algún momento de la vida oscila entre un 12,5 % (Atenas) y un 85 % (Londres), en comparación con una prevalencia en algún momento de la vida del 1 % (Grecia) y el 8 % (Reino Unido) entre la población juvenil en general (OEDT, 2002a).

Sociedad

En los últimos años se ha prestado una creciente atención a los factores sociales, económicos y culturales, incluido el entorno físico (Spooner et al. 2001; Lupton et al., 2002). A menudo, los problemas causados por las drogas se concentran en determinadas zonas geográficas y residenciales. Por ejemplo, el informe nacional de Irlanda señala que los niños pertenecientes a grupos estudiados afirman tener encuentros rutinarios con consumidores de drogas y mencionan la presencia de símbolos relacionados con la droga en las escaleras y balcones. Los padres que viven en esas zonas manifestaron la gran ansiedad que les provoca la elevada exposición de sus hijos a las drogas (O'Higgins, 1999).

Muertes y emergencias hospitalarias

Entre los jóvenes menores de veinte años, las muertes relacionadas con las drogas y el alcohol son relativamente escasas. Sin embargo, el número de muertes relacionadas con las drogas entre los jóvenes de la UE aumentó constantemente en términos globales durante los años noventa. Entre 1990 y 2000 se registraron en la UE 3 103 muertes de jóvenes ([173]). La pérdida relativa de años de vida de un joven es superior a la de un adulto si se calculan los años de esperanza de vida perdidos ([174]). Para más información sobre las muertes relacionadas con las drogas, véanse las pp. 28-32. El Reino Unido es el único Estado miembro que notifica las muertes relacionadas específicamente con la inhalación de sustancias volátiles. En un período de 18 años se produjeron 1 707 muertes relacionadas concretamente con este fenómeno. En su mayoría, las víctimas de estas muertes fueron jóvenes de 15 a 19 años (Field-Smith et al., 2002). A pesar de la atención que los medios de atención dispensan a las muertes relacionadas con el éxtasis, los inhalantes constituyen un mayor riesgo para la salud de los adolescentes que otras formas de consumo de drogas.

No se recopilan de forma rutinaria datos a escala comunitaria sobre las urgencias hospitalarias relacionadas con las drogas, debido al carácter oculto del consumo de drogas ilegales, el consumo simultáneo de alcohol y otras drogas, y la ausencia de análisis toxicológicos (Tait et al., 2002). Los pocos datos disponibles señalan que, para los servicios sanitarios de algunos Estados miembros, el alcohol representa una carga más pesada que el consumo de drogas ilícitas. La OMC estima que en los países desarrollados el alcohol provoca entre el 10 % y el 11 % de las enfermedades y muertes ocurridas cada año (Rehn et al., 2001). Por ejemplo, una encuesta danesa entre jóvenes efectuada en 2001 puso de relieve que un menor número de los jóvenes de 17 años señalaba haber recibido tratamiento hospitalario por problemas relacionados con las drogas, en comparación con el que afirmaba haber recibido dicho tratamiento por problemas relacionados con el alcohol (informe nacional de Dinamarca). En Irlanda, un estudio regional de los ingresos hospitalarios durante 3 meses señala que, de los 55 ingresos hospitalarios de jóvenes de 10 a 18 años, la gran

([171]) Gráfico 50 OL: Porcentaje de los escolares de 15 y 16 años que se han embriagado o consumido cannabis a los 13 años o antes (versión en línea).
([172]) Gráfico 51 OL: Comparación del consumo de drogas en grupos vulnerables (versión en línea).
([173]) Gráfico 52 OL: Muertes por reacción aguda (MRA) con drogas entre jóvenes menores de 20 años notificadas en la UE (versión en línea).
([174]) Actualmente, la esperanza media de vida es de 75 años para los hombres y de 80 para las mujeres.

mayoría estaba relacionada con el alcohol por sí solo o con autoenvenenamientos (Mid-Western Health Board, 2002; recogido en el informe nacional de Irlanda).

Respuestas y recomendaciones legales

En casi todos los Estados miembros, la venta de alcohol está controlada por monopolios estatales o regímenes de permisos. En la mayoría de los Estados miembros de la UE se ha intentado controlar la venta de alcohol a los jóvenes mediante restricciones de edad (generalmente hasta los 16 o 18 años) para la venta de alcohol para consumo dentro o fuera del local expendedor. Portugal introdujo restricciones de edad hace relativamente poco, en enero de 2002. Las limitaciones impuestas a la publicidad del alcohol van desde las prohibiciones totales a códigos voluntarios de publicidad o a la ausencia de restricciones (Rehn et al., 2001; Bye, 2002). En el Reino Unido, el reglamento sobre recargas de encendedores de cigarrillos (seguridad) de 1999 limitó la venta de dichas recargas a los jóvenes de menos de 18 años (Field-Smith et al., 2002). Se cree que con esta legislación se logró disminuir el número de muertes, junto con las campañas de información dirigidas a los padres de familia. La legislación presenta algunas variaciones y se conoce muy poco acerca de su aplicación en la práctica. Un ejemplo de una nueva iniciativa para abordar los problemas prácticos lo encontramos en Alemania, país que acaba de introducir la Ley del «zumo de manzana» que exige que los bares ofrezcan al menos una bebida no alcohólica a un precio inferior al de la bebida alcohólica más barata (informes nacionales de Alemania y los Países Bajos). Los comercios minoristas del Reino Unido han puesto en marcha un nuevo programa, con el apoyo de la administración, para expedir un «carnet» especial a sus clientes jóvenes para contribuir al cumplimiento de las restricciones en materia de edad para la compra de alcohol y sustancias volátiles (BBC news).

En los últimos años, los Países Bajos han comenzado a aplicar un mayor control a los coffee shops, y se han clausurado los establecimientos que vendían cannabis cerca de las escuelas. No se permite la compra de cannabis a los menores de 18 años. La publicidad de productos de cannabis está prohibida y, en los últimos años, el aumento del control de los coffee shops ha reducido considerablemente el número de clientes menores de 18 años (informe nacional de los Países Bajos). En Copenhage (Dinamarca), la policía ha cerrado aproximadamente 50 «clubs de cannabis» desde que entrara en vigor una ley que prohíbe visitas a determinados locales (informe nacional de Dinamarca).

Recientemente se han adoptado iniciativas en Irlanda y Reino Unido para reducir los problemas relacionados con el consumo de drogas y alcohol entre los jóvenes. Por ejemplo, la Ley del menor (1999) irlandesa impone a los padres la responsabilidad de controlar a sus hijos. Entre las sanciones que pueden imponerse a los padres de familia se encuentra un tratamiento para el consumo de la sustancia que consumen y cursos de formación sobre aptitudes parentales. A los niños considerados fuera de control se les puede imponer toques de queda durante la noche. También en Irlanda la policía pone en práctica dos iniciativas de orden público. La operación Oíche se centra en el consumo de alcohol por menores, el uso ilícito de drogas y las ventas de alcohol a menores, mientras que la operación Encounter se centra en la conducta antisocial en las calles, así como en locales con licencia de expender alcohol, clubes nocturnos y fast-food. Para más información sobre las respuestas legales, véase la p. 42.

Un amplio espectro de necesidades y respuestas

Uno de los principales objetivos de la estrategia de la UE contra el consumo abusivo de drogas y alcohol consiste en llevar a cabo las intervenciones adecuadas para lograr los resultados más efectivos. Las estrategias de intervención se concentran primordialmente en cinco amplios grupos de destinatarios en ocasiones coincidentes: 1) jóvenes en edad escolar; 2) jóvenes consumidores de drogas con fines experimentales y recreativos; 3) jóvenes en zonas socialmente desfavorecidas; 4) jóvenes delincuentes, y 5) jóvenes con necesidad de recibir un tratamiento por drogodependencia ([175]).

Jóvenes en edad escolar

La prevención escolar es una respuesta muy extendida para este grupo de destinatarios. Para más información, véase la p. 45.

En el ámbito de las políticas escolares, varios Estados miembros han adoptado recomendaciones sobre la forma en que se debe reaccionar ante incidentes con drogas y escolares consumidores de drogas. En Francia, estas políticas se concentran en los «puntos de referencia para la prevención de la conducta de riesgo en las escuelas» y en resolver los problemas mediante asesoramiento selectivo. Asimismo se hace hincapié en la formación profesional del personal docente a fin atajar la conducta desviada de los jóvenes. En Austria y Alemania, los programas Paso a Paso (Step-by-Step) ([176]) ayudan a los maestros de escuela a identificar a los alumnos consumidores de drogas y a llevar a cabo las intervenciones correspondientes. En Noruega se ha publicado un manual a tal efecto.

El Servicio de Asesoramiento para la Prevención del Consumo de Drogas del Reino Unido ha llevado a cabo la evaluación de un programa de prevención del consumo de drogas destinado a los jóvenes excluidos de la escuela y ha llegado a la conclusión de que dichos programas son necesarios, pero que los períodos breves de educación sobre las drogas no resultan adecuados. Numerosos jóvenes a los que iba dirigido este programa ya consumían drogas, lo que implica que los programas deben aplicarse a una edad más temprana, y deberían señalar y abordar con claridad los problemas. El nuevo marco nacional para la prevención de Portugal prevé una dotación de 400 000 euros para planes de estudio escolares alternativos y formación profesional precoz para quienes abandonan la escuela antes de tiempo. Casi todas las comunidades autónomas españolas cuentan con dichos programas. En Grecia, las intervenciones tempranas se dirigen a consumidores adolescentes

([175]) Gráfico 53 OL: Prevención selectiva. Objetivos de las intervenciones (versión en línea).

([176]) Véase EDDRA: http://eddra.emcdda.eu.int:8008/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=36.

de drogas y a sus familias (terapia familiar), además de a adolescetes que tienen problemas legales.

Jóvenes consumidores de drogas con fines experimentales y recreativos en la sociedad

Cada vez se conocen mejor los daños que pueden causar el consumo de alcohol y de drogas ilegales en la vida de una parte pequeña, pero significativa, de la población joven. Uno de los principales grupos de destinatarios para una actuación eficaz en materia de drogas son los grupos vulnerables de jóvenes que consumen alcohol y experimentan con drogas con fines recreativos y que desconocen o son incapaces de controlar los riesgos relacionados con sus pautas de consumo (sobredosis, accidentes, conductas delictivas, violencia, pérdida de la capacidad para estudiar o trabajar, infecciones de transmisión sexual, daños a largo plazo al hígado o cerebro, etc.) (Boys et al., 1999; Parker y Egginton, 2002). El cambio en las pautas de consumo de alcohol y drogas para fines recreativos es motivo de una creciente preocupación en la UE, en particular por sus riesgos para la salud de las mujeres. Al parecer, los locales recreativos, como bares, discotecas, clubes deportivos y juveniles, constituyen un entorno que se presta a la prevención del consumo de drogas, ya que permiten entrar en contacto con un gran número de jóvenes, muchos de los cuales consumen drogas o corren peligro de hacerlo ([177]). Existe una urgente necesidad de reunir documentación metodológica y de llevar a cabo una evaluación exhaustiva de las intervenciones en este entorno.

En 2001, al menos un 30 % de los departamentos franceses adoptó medidas preventivas o prestó primeros auxilios en acontecimientos relacionados con la música *dance*. En uno de los distritos sanitarios de Irlanda, el personal de los clubes nocturnos y quienes asisten a éstos son el objetivo del proyecto «The sound decisions» (Las decisiones acertadas) ([178]). Sin embargo, en Luxemburgo no existe un marco jurídico que regule la intervención de los organismos responsables de la lucha contra la droga en los clubes nocturnos.

En los Países Bajos se imparten cursos destinados a personal de formación en materia de primeros auxilios en caso de incidente con drogas en entornos recreativos.

La iniciativa neerlandesa «Salir y drogas» contempla intervenciones en distintos entornos no escolares, en los que los jóvenes consumen drogas, como *coffee shops*, discotecas, fiestas y clubes, y en lugares donde se organizan eventos musicales multitudinarios.

Varios proyectos están dirigidos a consumidores de drogas pertenecientes al ambiente musical a fin de reducir los riesgos de consumir drogas legales e ilegales. En ocasiones, el personal de estos proyectos se desplaza a diversos eventos en una caravana, para ofrecer asesoramiento informal en un ambiente tranquilo. Las líneas telefónicas de atención o los sitios web ([179]) pueden ser otras de sus características.

Se han elaborado una sinopsis y análisis de ejemplos de prevención en entornos festivos sobre los proyectos del Intercambio sobre Actividades de Reducción de la Demanda de Drogas (*Exchange on Drug Demand Reduction Action*, EDDRA) ([180]). En una serie de cuadros en línea se ofrece una sinopsis de los proyectos y políticas en curso ([181]).

Según un estudio reciente financiado por la Comisión, los servicios específicos de asesoramiento sobre el terreno y el análisis de pastillas sobre el terreno en eventos *rave* constituyen un modo eficaz para llegar a aquellos jóvenes que, a pesar de consumir drogas periódicamente, no se consideran consumidores de drogas, por lo que no se pondrían en contacto con los servicios establecidos de ayuda para drogodependientes. Este estudio ha puesto de manifiesto igualmente que el análisis de pastillas no va en contra de las intervenciones de prevención basadas en la abstinencia ([182]). En Austria y España, estos servicios se han ampliado, en tanto que en los Países Bajos se limitan a servicios con un alto nivel de precisión metodológica.

En otra serie de intervenciones participan compañeros, grupos de autoayuda y alternativas al consumo de drogas, como la información y la ayuda psicosocial, así como la participación en actividades culturales o deportivas (por ejemplo, campamentos de verano en Grecia). Desde hace varios años existen en toda España programas alternativos de ocio.

En Noruega, Suecia y Dinamarca los «cuervos de la noche» son grupos voluntarios de adultos que patrullan las calles del centro de la ciudad durante las noches del fin de semana. Su misión es dejarse ver y estar a disposición de los jóvenes. Con su presencia se intenta reducir la probabilidad de que haya violencia y daños.

Jóvenes de barrios socialmente desfavorecidos

La Comisión de Drogas sueca realizó un estudio sobre las investigaciones en materia de respuestas preventivas (Narkotikakommissionen, 2000) y llegó a la conclusión de que se necesitan tres tipos de iniciativas: iniciativas concretas dirigidas a las personas más pobres; iniciativas generales para mejorar la salud pública, e iniciativas encaminadas a ayudar a las familias vulnerables.

Irlanda, Portugal y Reino Unido son los únicos Estados miembros que identifican las zonas particulares a fin de ofrecer programas especializados en ellas. El Fondo de Servicios e Instalaciones para Jóvenes de Irlanda (*Young People's Facilities and Services Fund*, YPFSF) pretende atraer a los jóvenes «de riesgo» de las zonas desfavorecidas hacia instalaciones y actividades que los alejen de los peligros que representa el consumo de drogas. En el Reino Unido, la organización *Positive Futures* opera en 57 zonas desfavorecidas para alejar a los jóvenes vulnerables de las drogas y la delincuencia mediante el deporte. Los primeros resultados son alentadores, pues muestran una reducción de las actividades delictivas y del absentismo escolar, así como un aumento de la sensibilidad hacia este problema en la sociedad.

([177]) Gráfico 54 OL: Prevención entre grupos selectos en entornos recreativos (versión en línea).

([178]) Véase en: http://eddra.emcdda.eu.int:8008/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=356.

([179]) Véase en: http://www.emcdda.eu.int/responses/infosites.shtml.

([180]) Véase en: http://eddra.emcdda.eu.int:8008/FurtherReading/eddra_party_settings.pdf.

([181]) Cuadro 16 OL: Principales parámetros cuantitativos de la prevención en entornos recreativos; cuadro 17 OL: Proyectos de prevención. Trabajo de campo/prevención en entornos recreativos; y cuadro 18 OL: Sinopsis de las políticas y marcos de actuación para el trabajo de campo/la prevención en entornos recreativos (versión en línea).

([182]) Véase en: http://eddra.emcdda.eu.int:8008/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2828.

Las zonas de acción sanitaria (*Health Action Zones*, HAZ) son asociaciones de diversos organismos situadas en algunas de las zonas más desfavorecidas de Inglaterra, y su finalidad es poner fin a las desigualdades en materia de salud mediante programas de modernización de la atención sanitaria y social para cubrir a un amplio espectro de jóvenes vulnerables que consideran corren el riesgo de consumir drogas (130 proyectos e iniciativas en las 26 HAZ). Connexions es un servicio de ayuda y asesoramiento británico para los jóvenes de 13 a 19 años de edad que identifica a los jóvenes de riesgo y los envía a servicios especializados en drogas. En 2002 operaban 27 asociaciones y se espera que en 2003 se creen otras 20.

En el Reino Unido todos los *Drug Action Teams* (DATs) llevaron a cabo una evaluación de las necesidades de los jóvenes en 2001 y se les ha pedido, en virtud de los planes de prevención del abuso de sustancias por los jóvenes (*Young People Substance Misuses Plans*, YPSMPS), que planifiquen servicios para jóvenes, desde los servicios de prevención universal hasta los servicios de tratamiento por abuso de sustancias, basados en las necesidades locales.

En Austria, los centros móviles dirigidos a los jóvenes en la calle trabajan en estrecha colaboración con otras organizaciones de ayuda para prestar asistencia a los adolescentes y adultos jóvenes consumidores de drogas en una fase temprana. Está previsto que la cobertura geográfica de estos centros aumente en el futuro ([183]).

En Finlandia, los cafés juveniles Walkers ([184]) ofrecen intervenciones precoces y actualmente operan en 24 localidades. Los grupos voluntarios de adultos con la formación correspondiente, asistidos por profesionales del ámbito del trabajo con jóvenes, desempeñan un importante papel. Se intenta que los cafés juveniles se conviertan en lugares de reunión seguros. De forma similar, en un distrito sanitario de Irlanda, funciona un café de asesoramiento sanitario (*Irish Health Advice Café*) que pretende ofrecer servicios combinados de prevención y de acceso a la sanidad para jóvenes.

En Noruega, los principales municipios cuentan con servicios de acercamiento. Entre sus objetivos se encuentran diversas intervenciones preventivas dirigidas a niños de mayor edad y jóvenes, así como el asesoramiento y el envío a servicios de asistencia y tratamiento.

Jóvenes delincuentes

Algunos Estados miembros ofrecen programas selectivos de asistencia, formación y acercamiento para jóvenes de riesgo, como los delincuentes juveniles. Uno de los principales resultados de estas iniciativas ha sido la reducción del número de jóvenes que reciben penas de prisión.

Estas intervenciones ofrecen alternativas a las estrategias policiales y penitenciarias, con el fin de reducir o evitar que los jóvenes caigan en la vida delictiva, con consecuencias irreversibles. En el Reino Unido, los equipos de jóvenes delincuentes (*Youth Offending Teams*, YOT) cuentan con trabajadores sociales especializados en drogas y, en su caso, ofrecen intervenciones para evitar que continúe el consumo. El proyecto Solidaridad Juvenil de MSF en Luxemburgo funciona de modo similar en cooperación directa con los magistrados de los tribunales de menores y los organismos policiales competentes.

El proyecto FRED en Alemania realiza intervenciones precoces con consumidores de reciente iniciación a las drogas ([185]). Los proyectos policiales finlandeses funcionan con los mismos principios.

Jóvenes con necesidad de tratamiento

La demanda de tratamiento para la drogodependencia constituye un indicador significativo de ésta y una necesidad urgente. En 2001 los jóvenes de la UE menores de 20 años representaban apenas un 10 % de la demanda notificada de tratamiento especializado en drogodependencia. Más de la mitad de estos jóvenes recibía tratamiento por consumo de cannabis como droga principal. Casi una cuarta parte de ellos recibía tratamiento por problemas con opiáceos, y el resto se dividía por partes iguales entre tratamientos por consumo de cocaína y de otras drogas estimulantes. No obstante, existen variaciones entre un país y otro, por ejemplo, en Irlanda recibe tratamiento un porcentaje de jóvenes superior a cualquier otro país de la UE. El tratamiento para los menores de 18 años se ve complicado por los problemas que plantea el consentimiento de los padres y las preocupaciones que despierta la prescripción de drogas de sustitución ante la falta de estudios adecuados sobre los efectos de dichas drogas en este grupo de edad. La mayoría de los jóvenes en tratamiento que tiene graves problemas con las drogas asiste a entornos ordinarios de terapia.

Algunos países han desarrollado servicios de tratamiento especializado. Por ejemplo, en los Países Bajos existe una pequeña clínica destinada a los jóvenes de 13 a 18 años de edad. En Finlandia se hace especial hincapié en un espectro de tratamiento psicosocial sostenido e intenso con el tratamiento institucional necesario. Según la información correspondiente a 1999 existían seis unidades para jóvenes consumidores de drogas, con un total de 40 camas. Además, en los reformatorios juveniles existían tres unidades especializadas en tratamiento de la drogodependencia, con un total de 23 camas. En Luxemburgo existe un único centro especializado, y un 43 % de sus pacientes es menor de 16 años. En Grecia, las intervenciones precoces van dirigidas a los adolescentes consumidores de drogas y a sus familias (terapia familiar), así como a los adolescentes con problemas con la justicia.

En Suecia, los jóvenes de 12 a 21 años de edad con graves problemas psicosociales, a menudo asociados con elementos de conducta delictiva y consumo de sustancias psicoactivas, pueden ser confiados al cuidado de instituciones sin su consentimiento. Entre los métodos de tratamiento utilizados se encuentran la terapia de entorno, la terapia funcional familiar, la terapia cognitiva conductista y, para el consumo de drogas, el método de 12 fases. En lugar de ser enviados a prisión, los jóvenes ingresan en tratamientos cerrados institucionales para jóvenes ([186]), con arreglo a la Ley de atención a los jóvenes (disposiciones especiales). Para más información sobre las respuestas basadas en el tratamiento, véase la p. 49.

([183]) Véase Auftrieb en: http://eddra.emcdda.eu.int:8008/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2086.
([184]) Véase en: http://www.asemanlapset.fi/walkers-nuorisokahvilat/walkers-kahvilat_suomessa/.
([185]) Véase EDDRA: http://eddra.emcdda.eu.int:8008/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2091.
([186]) Véase en: http://www.stat-inst.se/article.asp?articleID=87.

Exclusión social y reintegración

Definiciones y conceptos

Según la última encuesta sobre «precariedad e integración social» ([187]), el porcentaje de la población europea que corre el riesgo de caer en la pobreza y la exclusión social oscila entre el 9 % y el 22 % (Consejo Europeo, 2001). Se considera que las personas se encuentran socialmente excluidas si «se ven impedidas de participar plenamente en la vida económica, social y ciudadana y/o si su renta y demás recursos (personales, familiares y culturales) son tan reducidos que les impiden gozar de un nivel de vida considerado aceptable por la sociedad en la que viven» (Gallie y Paugam, 2002).

De este modo, podemos decir que la exclusión social es una combinación formada por la falta de recursos económicos, el aislamiento social y un acceso limitado a los derechos sociales y ciudadanos; se trata de un concepto relativo dentro de cualquier sociedad (CEIES, 1999) y representa una acumulación gradual de factores sociales y económicos a lo largo del tiempo. Los factores que podrían contribuir a la exclusión social son los problemas relacionados con las condiciones de trabajo, la educación y la vida, la salud, la nacionalidad, la drogodependencia, las diferencias entre los sexos y la violencia (Consejo Europeo, 2001; informes nacionales, 2002).

El consumo de drogas podría considerarse ya sea una consecuencia o bien una causa de la exclusión social (Carpentier, 2002), pues este consumo puede provocar el deterioro de las condiciones de vida, pero, por otra parte, los procesos de marginación social pueden constituir una razón para comenzar a consumir drogas. Sin embargo, la relación entre la drogodependencia y la exclusión social no es de carácter causal, ya que la exclusión social «no afecta a todos los consumidores de drogas» (Tomas, 2001).

Si tenemos en cuenta esta complejidad, es posible tanto analizar el consumo de drogas entre las poblaciones excluidas socialmente, como estudiar la exclusión social entre los drogodependientes (véase el gráfico 22).

Pautas y consecuencias del consumo de drogas observadas entre la población excluida socialmente

En la literatura especializada y en los diversos estudios se considera generalmente que las siguientes poblaciones corren el riesgo de caer en la exclusión social: los presos, los inmigrantes ([188]), las personas sin hogar, los trabajadores sexuales y los jóvenes vulnerables. Es necesario tomar en consideración los sesgos y las limitaciones metodológicas de la información presentada sobre consumo de drogas y pautas de consumo entre los grupos socialmente excluidos, debido a la falta de fuentes de información y de datos comparables a escala europea.

Se ha demostrado que existe una estrecha relación entre estar preso y consumir drogas (véase igualmente la p. 34). Una parte importante de los presos ya consumía drogas antes de ingresar en prisión y a menudo su ingreso en la cárcel esta relacionado con el consumo de drogas. No obstante, algunas personas siguen el camino inverso y sólo comienzan a consumir drogas tras ingresar en prisión por haber cometido delitos. Los estudios indican que entre un 3 % y un 26 % de los consumidores de drogas internados en prisiones europeas comienzan a consumir drogas en la prisión y que entre un 0,4 % y un 21 % de los consumidores de drogas por vía parenteral que se encuentran en prisión se inyectan por primera vez en ella. El consumo de drogas dentro de la prisión está sumamente extendido: hasta un 54 % de los presos dice consumir drogas durante su condena y hasta un 34 % afirma consumir drogas por vía parenteral en la cárcel (Stoever, 2001; OEDT, 2002a).

La relación entre «grupos de negros y minorías étnicas» y consumo de drogas resulta menos evidente, pues disponemos de muy poca información. No existen pruebas científicas que indiquen que el consumo de drogas es superior entre los inmigrantes que entre la población en general. No obstante, algunos estudios sobre determinados grupos de minorías étnicas han descubierto un porcentaje superior de consumidores problemáticos de drogas entre dichos grupos que entre la población en general, como entre los ingrios de Finlandia (de los cuales entre un 1 % y un 2 % son consumidores de heroína), los kurdos en Alemania, los gitanos en España y varios grupos étnicos de los Países Bajos (Vrieling et al., 2000) ([189]). Los motivos de este fenómeno podrían ser una combinación de desventajas sociales, como un dominio deficiente del idioma local, el desempleo y los problemas de vivienda, malas condiciones de vida y falta de recursos económicos (informes nacionales, 2002).

Se observan diferencias entre los grupos étnicos por lo que se refiere a las pautas de consumo de drogas. Únicamente las

Gráfico 22. La relación entre exclusión social y consumo de drogas

([187]) Encuesta del Eurobarómetro 56.1: http://europa.eu.int/comm/employment_social/soc-prot/soc-incl/eurobarometer_en.pdf.
([188]) Según un estudio del OEDT (2002b), los inmigrantes se definen como «grupos de población negra y de minorías étnicas» e incluyen las poblaciones inmigrantes de diversas comunidades que viven en los países de la UE.
([189]) Cuadro 19 OL: Distribución de los problemas primarios de drogodependencia (alcohol, heroína, cocaína, cannabis y juegos de azar) en los Países Bajos entre la población inmigrante y la población neerlandesa autóctona (versión en línea).

poblaciones somalíes y los negros de África afirman consumir qat, mientras que los inmigrantes de Surinam y Bangladesh fuman heroína. Y al parecer, el consumo de drogas entre los gitanos de España comienza a una menor edad (2 ó 3 años antes) que entre la población española (Eland y Rigter, 2001; Reinking et al., 2001; Fundación Secretariado General Gitano, 2002).

Asimismo, se señala que las personas sin hogar corren el riesgo de consumir drogas. Aunque no disponemos de datos comparables a escala europea sobre la relación entre la falta de hogar y el consumo de drogas, se han llevado a cabo estudios concretos en numerosos países que señalan que el consumo de drogas constituye un problema frecuente entre las personas sin hogar (informes nacionales, 2002). Dinamarca, Francia, Países Bajos y Reino Unido señalan que hasta el 80 % de las personas sin hogar que viven en refugios son consumidores de drogas y las tasas de prevalencia son incluso más elevadas entre las personas que viven en la calle o entre las personas sin hogar que tienen otros problemas sociales. Por ejemplo, según un pequeño estudio efectuado en Irlanda, un 67 % de los ex presidiarios sin hogar es drogodependiente (Hickey, 2002). La heroína es la droga más extendida entre las personas sin hogar, seguida de la cocaína y el consumo de varias drogas. Asimismo se ha observado que otras conductas de riesgo, como el consumo de drogas por vía parenteral y compartir jeringuillas, están muy extendidas entre las personas sin hogar ([190]).

Según la información recibida, el consumo de drogas es frecuente entre los jóvenes vulnerables, y se observa una elevada prevalencia entre los niños que han tenido problemas familiares, sociales o escolares. Se ha observado igualmente una alta prevalencia de consumo de drogas entre los hijos de drogodependientes: los índices de consumo en algún momento de la vida entre niños cuyos padres han consumido drogas durante el año pasado son significativamente más altas que entre el grupo «no vulnerable» (prevalencia en algún momento de la vida entre el 37 % y el 49 %, en comparación con una prevalencia que oscila entre el 29 % y el 39 % en los hijos de personas no consumidoras de drogas) ([191]). Varios estudios indican que los niños que han sufrido abusos sexuales o físicos dentro de su familia presentan un riesgo más elevado de consumir drogas al llegar a la edad adulta (Liebschutz et al., 2002). En Portugal, los jóvenes que son víctimas de abusos y de violencia en el seno de la familia tienen siete veces más probabilidades de consumir heroína que los jóvenes de la población en general (Lourenço y Carvalho, 2002). En el Reino Unido, los jóvenes que abandonan su hogar ([192]) parecen tener más probabilidades de consumir drogas. Los índices de consumo de drogas en algún momento de la vida son entre 2 y 8 veces superiores que entre los jóvenes que nunca han huido de casa. Las drogas más consumidas son el crack, la heroína y los disolventes. Los problemas escolares constituyen otro riesgo de consumir drogas: se ha observado una alta prevalencia de consumo de drogas entre los niños que no asisten a la escuela (Amossé et al., 2001), entre los que asisten a reformatorios (según se ha comunicado, un 40 % de estos alumnos en Finlandia han tenido un problema de adicción en algún momento) (Lehto-Salo et al., 2002) y entre aquellos que sacan malas notas (un 13,5 % en Noruega) (Vestel et al., 1997).

Entre los trabajadores del sexo, el consumo de drogas constituye a menudo un motivo para la prostitución pero también puede ser su consecuencia (como sucede con otros factores relacionados con el consumo de drogas). Las pautas del consumo de drogas varían en función de si la prostitución es anterior o posterior a la drogodependencia. Un estudio cualitativo italiano realizado entre prostitutas callejeras ha puesto de manifiesto que, si los trabajadores sexuales comienzan a consumir drogas para hacer frente a los problemas relacionados con la prostitución, generalmente consumen alcohol, tranquilizantes u otros medicamentos psicoactivos; en cambio, si la drogodependencia es el principal motivo de la prostitución, la principal droga consumida es la heroína (Calderone et al., 2001).

No abundan resultados de estudios o datos sobre otros grupos excluidos socialmente; Dinamarca señala que entre el 50 % y el 60 % de los pacientes de los servicios de psiquiatría es drogodependiente, probablemente por la amplia disponibilidad de drogas y que dichos pacientes están acostumbrados a ingerir medicamentos psicoactivos (informe nacional, 2002).

La relación entre exclusión social y consumo de drogas

Disponemos de datos sobre la situación social de la población en tratamiento. Entre los factores socioeconómicos relacionados con el consumo de drogas encontramos un bajo nivel de educación, el abandono escolar precoz, el desempleo, los bajos salarios y los trabajos difíciles, una renta baja y deudas, la inseguridad de la vivienda y la falta de domicilio, la mortalidad y las enfermedades relacionadas con las drogas, las dificultades para acceder a la atención médica y los estigmas sociales (véase el cuadro 5).

Se observan diferencias importantes en las condiciones sociales del consumo de drogas dependiendo de la sustancia consumida y las pautas de consumo; las peores condiciones tienen lugar entre los consumidores de heroína y opiáceos y entre los drogodependientes crónicos.

En 2001, un 47 % de los pacientes en tratamiento no había asistido jamás a la escuela o sólo había terminado la enseñanza primaria; asimismo, entre los consumidores de drogas abundan los altos índices de abandono precoz de la enseñanza

([190]) El Ministerio británico del Interior señala que en el Reino Unido más de la tercera parte de las personas sin domicilio ha consumido heroína por vía parenteral, y una quinta parte se ha inyectado crack. En el último mes es probable que más del 10 % haya utilizado la jeringuilla de otra persona o prestado su propia jeringuilla (Carlen, 1996; Goulden y Sondhi, 2001).

([191]) Según una encuesta efectuada en Inglaterra y Gales en 1998 y 1999 entre 4 848 jóvenes (Goulden y Sondhi, 2001).

([192]) La Unidad de Exclusión Social de la oficina del Viceprimer Ministro del Reino Unido define a los jóvenes que huyen de su hogar como «un niño o joven menor de 18 años que pasa una noche o más fuera de casa o del cuidado de su familia sin permiso, o ha sido forzado a abandonar a sus padres o tutores» (Unidad de Exclusión Social, 2002).

obligatoria. Se observan diferencias dependiendo de la principal droga consumida y el país ([193]): los consumidores de opiáceos (sobre todo los consumidores de heroína) presentan el nivel de educación más bajo (informes nacionales, 2002).

Debido a sus precarias condiciones sociales, los consumidores de drogas también tienen problemas con su situación laboral; sus índices de desempleo son muy elevados en relación con los de la población en general [un 45,8 % entre los pacientes consumidores de drogas en comparación con el 8,2 % ([194]) entre la población en general], tienen dificultades para encontrar trabajo y es raro que los drogodependientes mantengan un empleo durante largo tiempo o que desarrollen una carrera profesional (DrugScope, 2000) ([195]). Una situación laboral precaria puede provocar problemas económicos; a menudo, los drogodependientes tienen una renta baja o carecen de recursos (entre el 32 % y el 77 % de los pacientes en tratamiento sobreviven con subsidios sociales). Abundan las deudas.

Las condiciones de vida de los consumidores de drogas a menudo son muy malas: un 10,4 % de los pacientes sufre inestabilidad en materia de vivienda y un 17,5 % vive en un asilo. Además, numerosos países señalan que existe un alto porcentaje de personas sin hogar (hasta el 29 %) entre los consumidores de drogas) ([196]).

Por lo que respecta a la nacionalidad, las características se asemejan a las de la estructura de la población en general ([197]); los pacientes generalmente son nacionales del país en el que solicitan tratamiento y el porcentaje de pacientes procedentes de otros países (tanto europeos como extraeuropeos) coincide con el porcentaje de extranjeros dentro de la población en general. Sin embargo, cabe recordar que en algunos países no se permite consignar la nacionalidad o pertenencia étnica de los pacientes y, por consiguiente, no siempre se dispone de esta información.

Aparte de las consecuencias directas para la salud (véanse las pp. 24 y 28), los consumidores de drogas pueden tener dificultades para acceder a la atención médica, debido a su renuencia a tratar con los servicios o por falta de educación, falta de aceptación por parte de los servicios médicos generales y por tener problemas de salud específicos para los que no existen servicios adecuados.

Por último, los consumidores de drogas tienen una mala imagen social y pueden ser objeto de hostilidad por parte de la población en general y de las autoridades públicas. Los estudios realizados en una prisión de Viena han descubierto que los consumidores de drogas podrían ser objeto de violencia e insultos por parte de los agentes de policía y otros funcionarios públicos (Waidner, 1999).

Cuadro 5. Condiciones sociales (educación, situación laboral, vivienda) de los pacientes en tratamiento en los Estados miembros en 2001

Condiciones sociales		Consumidores de drogas en tratamiento (porcentaje válido) (1)
Educación (n = 98 688)	Personas que nunca fueron a la escuela o no terminaron la enseñanza primaria	8,0
	Enseñanza primaria	43,6
Situación laboral (n = 100 000)	Desempleados	47,4
	Población inactiva	9,6
Vivienda (n = 41 299)	Inestabilidad de vivienda	10,4
	Instituciones	7,5

(1) Los porcentajes se calculan en función del número total de casos notificados para cada elemento; la suma total no es del 100 %, pues sólo se notifican los valores de interés para el presente capítulo (falta total de escolarización, desempleo, etc.), para consultar las cifras completas, véanse el gráfico 55 OL: Nivel de educación de todos los pacientes, por país; el gráfico 56 OL: Situación laboral de todos los pacientes, por país; y el gráfico 57 OL: Condiciones de vida de todos los pacientes, por país (versión en línea).

Fuente: Informes nacionales de la red Reitox. Datos del indicador de demanda de tratamiento (TDI) (2001).

Reintegración social

En los países de la UE y Noruega se han adoptado medidas para hacer frente a la exclusión social de grupos con o sin problemas de drogodependencia y a las consecuencias del consumo de drogas y/o la drogodependencia.

Sobre la base de la Estrategia europea en materia de lucha contra la droga (2000-2004) (Consejo de la Unión Europea, 2000) y un estudio concreto sobre la reintegración social y Noruega (OEDT, 2003b), la reintegración social podría definirse como «cualquier esfuerzo de integración dirigido a los consumidores de drogas de la sociedad».

Las intervenciones encaminadas a la reintegración social van dirigidas a los consumidores problemáticos de drogas actuales y pasados, desde los antiguos drogodependientes «limpios» que funcionan correctamente y los pacientes de metadona de larga duración hasta los drogodependientes que sufren graves privaciones y viven en la calle. No se requiere necesariamente un componente terapéutico, ya sea médico o psicosocial. Esto implica igualmente que la reintegración social no se produce necesariamente después del tratamiento, sino que puede tener lugar independientemente del hecho de haber recibido tratamiento,

([193]) Gráfico 55 OL: Nivel de educación de todos los pacientes, por país (versión en línea).
([194]) Índice medio de desempleo en los 15 Estados miembros (Eurostat, 2002).
([195]) Gráfico 56 OL: Situación laboral de todos los pacientes, por país (versión en línea).
([196]) Gráfico 57 OL: Condiciones de vida de todos los pacientes, por país (versión en línea).
([197]) Gráfico 58 OL: Nacionalidad de los pacientes, por país (versión en línea).

pudiendo ser la fase final de un proceso de tratamiento o bien una intervención independiente y por separado después del tratamiento efectuada por servicios no relacionados con el tratamiento con sus propios objetivos y medios. Los servicios dedicados a la reintegración social no van dirigidos exclusivamente a los consumidores problemáticos de drogas ilegales, sino que pueden ir dirigidos a cualquier tipo de drogodependientes (incluidos los dependientes del alcohol y las drogas legales) o incluso a todos los grupos socialmente excluidos (por ejemplo, las personas sin hogar y las personas que duermen a la intemperie).

Resulta imposible hacer una sinopsis cuantitativa de las medidas destinadas a la reintegración social adoptadas en los Estados miembros, ya que el término «reintegración social» no se emplea de forma coherente. Si bien pueden existir paralelamente distintos servicios, a nivel nacional normalmente existen «modos generales de prestación de servicios» para la integración social:

- dirigidos a todos los grupos excluidos con o sin problemas de drogodependencia;
- dirigidos a las personas con problemas de drogodependencia en general;
- dirigidos expresa y exclusivamente a los consumidores problemáticos de drogas ilegales (véase el gráfico 23) ([198]).

Es difícil cuantificar la disponibilidad de los servicios de reintegración social y evaluar la idoneidad de los mismos, si bien los datos indican que, probablemente, el número de instalaciones es insuficiente. Por ejemplo, Alemania calcula que necesita alrededor de 25 000 plazas de reintegración social, cuando el número de plazas disponibles se sitúa en torno a 4 000. Un proyecto de empleo realizado en Austria recibió el doble de solicitudes respecto a las plazas disponibles y tuvo que rechazar una media de 15 personas diarias.

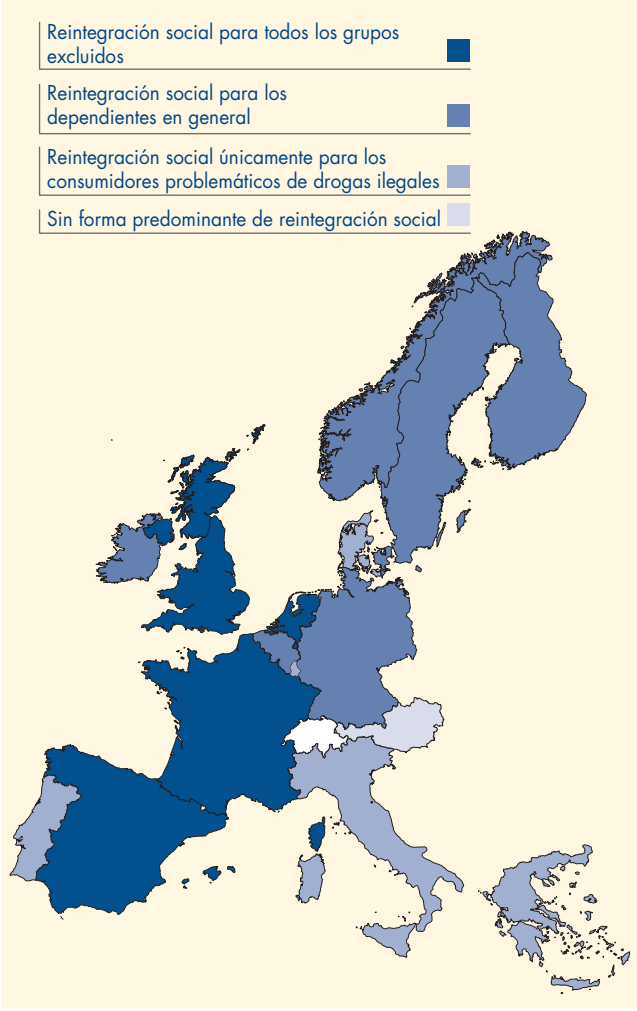
La reintegración social puede dividirse en tres tipos principales de intervenciones: educación (que incluye formación profesional), vivienda y empleo.

Numerosos consumidores de drogas tienen un bajo nivel de educación y muchos informes nacionales señalan que la relación entre consumidores problemáticos de drogas y mercado de trabajo es mala [Grecia (Kavounidi, 1996), Dinamarca (Stauffacher, 1998), Países Bajos (Uunk y Vrooman, 2001)]. Por ello, las intervenciones destinadas a elevar las capacidades académicas, técnicas o prácticas mejorarían las oportunidades de los pacientes en el mercado laboral.

Asimismo, las medidas de empleo pueden adoptar muy diversas formas, por ejemplo, la prestación de ayudas económicas a las empresas que contraten a un consumidor de drogas para ocupar un puesto de trabajo competitivo, como se señala desde Grecia. Entre las demás medidas encontramos la creación de servicios de empleo, como la oficina de empleo de Viena en Austria, o ayudar a los pacientes a crear su propia empresa, como sucede en Grecia y España bajo los auspicios del programa de empleo «Promoción del autoempleo» (este tipo de intervención se solapa con la educación y la formación profesional).

Por último, facilitar viviendas o ayuda para encontrarlas permite introducir cierta estabilidad en la vida de los pacientes. La oferta de vivienda puede ser una intervención por sí misma, pero a menudo va acompañada de asistencia psicosocial y cierto grado de supervisión. Un ejemplo de atención psicosocial paralela es el centro *Haus am Seespitz* de Tirol, que tiene un grupo abierto de postratamiento para pacientes que se reúnen en estas viviendas. En Bélgica, Habitations Protégées ofrece tanto alojamiento como asistencia psiquiátrica. Los estudios realizados en Irlanda [informe nacional de Irlanda (Hickey 2002)] muestran que un 79 % de las ex presidiarias y un 76 % de los ex presidiarios manifestaron que encontrar una vivienda adecuada era su principal problema y la causa de su exclusión social, lo que indica que la vivienda es un elemento importante de la reintegración social.

Gráfico 23. Formas principales de reintegración social para los consumidores problemáticos de drogas en la UE y Noruega



Fuentes: Informes nacionales de la red Reitox.

([198]) Para más información y sinopsis nacionales, véase el estudio «La reintegración social en la Unión Europea y Noruega» (http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/responses/social_reintegration_eu.pdf).

Gasto público en el ámbito de la reducción de la demanda de drogas ([199])

La Estrategia europea en materia de lucha contra la droga (2000-2004) contempla que el Consejo y la Comisión deben intentar elaborar una lista relativa al conjunto del gasto público en el ámbito de la lucha contra la droga, utilizando como base los trabajos del OEDT y del Grupo Pompidou.

A fin de responder a lo dispuesto en la Estrategia europea en materia de lucha contra la droga, el OEDT estudia en el presente informe, con la valiosa contribución de los puntos focales nacionales de la red Reitox, el gasto público directo en el ámbito de la reducción de la demanda de drogas en 1999 ([200]). El OEDT se concentra en el gasto de ámbito nacional y regional, la prevención del consumo de drogas, el tratamiento de las adicciones (pacientes hospitalarios y ambulatorios), tratamiento de sustitución y sin drogas, rehabilitación y reintegración, trabajo de calle, reducción de daños y educación, investigación y coordinación relacionadas con la reducción de la demanda. A fin de delimitar mejor nuestra investigación, no hemos incluido los gastos directos contraídos por las organizaciones de salud privadas (centros de tratamiento, clínicas, etc.), ni los gastos indirectos efectuados por los servicios de carácter general, como hospitales generales y salas de emergencia. Por último, no se tiene en cuenta la cuestión, mucho más amplia y compleja, de los costes sociales que provocan las drogas ilegales.

Al abordar la cuestión del gasto público en materia de drogas (aunque en un ámbito reducido), este informe pretende en primer lugar aumentar en los países de la UE el estado de conciencia sobre la importancia de un indicador de políticas en materia de drogas, más que proporcionar pruebas empíricas.

Limitación y fiabilidad de los datos

No obstante, aunque hemos restringido nuestro campo de acción, los resultados confirman las dificultades originadas por lo limitado de la información disponible y la dificultad de recopilar datos en un ámbito relativamente infradesarrollado en la UE. De hecho, aparte de la investigación *ad hoc* llevada a cabo durante la redacción del presente informe ([201]), únicamente se han realizado unos cuantos estudios con el fin de cuantificar los recursos públicos asignados a la lucha contra la droga en la UE ([202]). A título informativo, la mayoría de países de la UE no pueden decir con exactitud cuánto gastan en combatir las drogas y la drogadicción.

Por lo tanto, la mayoría de los participantes en esta investigación no pudieron presentar datos completos. De hecho, faltan algunos datos sobre el gasto en materia de reducción de la demanda y amenudo los cálculos se basan en métodos de estimación y extrapolación ([203]).

Como señalan numerosos puntos focales y confirma la literatura sobre el tema, al menos cinco factores pueden limitar esta investigación: 1) la falta de información sobre algunos ámbitos y países; 2) la dificultad de aislarlos datos sobre drogas ilegales de los datos que engloban las drogas ilegales y el alcohol; 3) la variedad de los actores y organizaciones a nivel nacional, regional y local responsables de dicho gasto; 4) la dificultad para desglosar con precisión el gasto público en categorías teóricas, como reducción de la demanda y reducción de la oferta, y 5) la complejidad de desglosar el gasto, dentro de estas dos categorías, por ámbito de intervención (tratamiento, prevención primaria, rehabilitación, cooperación, coordinación, etc.).

Sin embargo, resulta interesante señalar que, aunque este tipo de estudio se ve dificultado, por los problemas de método, los responsables políticos muestran un creciente interés por las reseñas del gasto público ([204]), tanto como base para la toma de decisiones, como manera de medir sus resultados.

El gasto público directo en materia de reducción de la demanda de drogas

En el proceso de cálculo de «una lista» de todo el gasto público directo en materia de reducción de la demanda de drogas en los Estados miembros de la UE, y basándose en los datos recibidos de los centros de referencia nacionales, se ha intentado hacer una comparación del gasto de similares características.

Pese a que se han adoptado todas las precauciones estadísticas posibles, no es posible obviar el problema de que las cifras comunicadas pueden corresponder en ocasiones a categorías diferenes en países diferentes, y el hecho de que en algunos países simplemente no se dispone de datos. En efecto, falta información importante sobre el gasto en reducir la demanda en Bélgica, Dinamarca, Italia y en particular Alemania y Suecia y por lo tanto la cifra total está ciertamente muy infravalorada. En el caso de otros países (Grecia, España, Francia, Luxemburgo, Austria y Portugal) los datos pueden considerarse más completos pese a alguna incertidumbre residual relativa a las categorías de gasto incluidas. En los Países Bajos y Noruega, en particular, las evaluaciones comunicadas se refieren tanto a los drogas ilegales

([199]) Las diferencias entre los datos disponibles limitaron la posibilidad de establecer comparaciones transnacionales. Para obtener una imagen más completa del gasto en materia de drogas en cada uno de los Estados miembros, véase en: http://www.emcdda.eu.int/policy_law/national/strategies/public_expenditure.shtml.

([200]) Instantánea del año de referencia para el período del informe de la Estrategia europea en materia de lucha contra la droga (2000-2004).

([201]) El OEDT desea agradecer de forma especial a los puntos focales de Grecia, Austria y Portugal las investigaciones específicas realizadas en este campo que han ayudado a mejorar la calidad de este Informe anual. El Observatorio agradece también la evaluación colegiada de la investigación realizada por el profesor Pierre Kopp.

([202]) Bélgica (2003), Luxemburgo (2002), el Reino Unido (2002); para más referencias véase en: http://www.emcdda.eu.int/policy_law/national/strategies/public_expenditure.shtml.

([203]) Nuestro deseo de incluir el mayor número posible de países a fin de presentar un cuadro completo de la situación europea se vio dificultado por la escasez de datos en algunos de los países estudiados. Por consiguiente, a pesar de que se ha mantenido un horizonte amplio, al informar sobre 16 países, la capacidad de análisis y comparación se ha visto muy reducida por la incertidumbre de las cifras definitivas.

([204]) Bélgica (2003), Luxemburgo (2002), el Reino Unido (2002); para más referencias véase en: http://www.emcdda.eu.int/policy_law/national/strategies/public_expenditure.shtml.

como al alcohol, lo que hace que las cifras finales de estos dos países sean bastante elevadas en comparación con otros países. Por útlimo, la mayoría de datos son de 1999, como cifras base para el proceso de evaluación del plan de acción de la UE, pero hay excepciones. Las cifras comunicadas sobre Irlanda son el gasto estatal previsto en materia de reducción de la demanda para el año 2000, los datos de Francia se remontan a 1995 y en el caso del Reino Unido los datos corresponden al ejercicio 2000-2001. Por lo tanto, la lectura de los datos mostrados en el cuadro 6 deben tener en cuenta las limitaciones mencionadas.

Las cantidades totales que gastaron los Estados de la UE en la reducción de la demanda de drogas en 1999 parecen reflejar en general el tamaño y la prosperidad de cada uno de esos países (Kopp y Fenoglio, 2003). No resulta sorprendente que los países más grandes y prósperos (Alemania, Francia, Italia y el Reino Unido) destinen más recursos financieros, en términos absolutos, que los países pequeños, si bien este gasto también es relativamente alto en los Países Bajos y Noruega (posiblemente porque las intervenciones en las adicciones al alcohol se incluyen en estas cifras).

La investigación muestra (Kopp y Fenoglio, 2003; Origer, 2002; Godfrey et al., 2002) que las estimaciones de esta clase podrían ser una valiosa fuente de información a nivel nacional. Las comparaciones a lo largo del tiempo en un mismo país pueden ayudar a revelar el posible aumento o disminución de los presupuestos relativos a las drogas. A su vez, la comparación entre sectores (demanda, suministro, cooperación internacional, etcétera) sirve para informar, junto a las estrategias formales, sobre el esfuerzo financiero concreto realizado para combatir el fenómeno de las drogas.

A nivel de la UE las comparaciones «transnacionales» (el más complejo) pueden determinar modelos comunes o diferencias en las cantidades asignadas a la política antidrogas y permiten efectuar la comparación del gasto con el promedio europeo o en otras regiones del mundo.

Por otra parte, el uso de indicadores macroeconómicos (como el producto interior bruto, la población total, el gasto total del Estado o el número de consumidores problemáticos de drogas) a nivel nacional y europeo, pueden ayudar a medir el alcance del gasto, y proporcionar una interpretación más informativa de datos que, considerados de forma individual, tendrían poco valor.

De hecho, la comparación del gasto en la reducción de la demanda de drogas con, por ejemplo, el PIB de cada país podría revelar qué porcentaje de su riqueza puede destinar un país para prevenir el consumo de drogas y combatir las consecuencias de las mismas. De conformidad con los datos recogidos en esta investigación, parece que en 1999 los países que gastaron el mayor porcentaje del PIB en actividades destinadas a reducir la demanda de drogas fueron Noruega, que destinó aproximadamente un 0,1 % de su riqueza económica (PIB), seguida de los Países Bajos (0,078 %), Portugal (0,074 %), Finlandia (0,073 %) e Irlanda (0,070 %); en comparación los países más grandes y supuestamente más ricos parece que se quedan atrás. No obstante, la consabida falta de datos sobre estos últimos puede sesgar la comparación.

La interpretación de esta información no resulta sencilla, no sólo por la falta de datos. El porcentaje de la riqueza dedicada al control de la drogodependencia en los Estados miembros de la UE puede interpretarse como el reflejo del alcance del problema de las drogas o bien como el grado de la respuesta a dicho problema (o ambas cosas), o bien como el nivel de las intervenciones sociales y sanitarias en la población. Explorar estas cuestiones puede contribuir a una mejor comprensión del fenómeno y una comprensión más profunda de las estimaciones de los gastos.

Otra forma de analizar el gasto público consiste en examinarlo en el contexto del ámbito al que va destinado, en este caso, los consumidores problemáticos de drogas ([205]). Si utilizamos como indicador en número estimado de consumidores problemáticos de drogas podemos calcular el gasto por persona entre los más necesitados de asistencia. Desgraciadamente, este cálculo presenta dos problemas: en primer lugar, las cifras no están directamente relacionadas con los consumidores problemáticos de drogas —drogodependientes (por ejemplo, prevención, educación y coordinación)—; y en segundo lugar, calcular el número de consumidores problemáticos de drogas resulta bastante incierto por razones obvias.

Una vez más, según nuestros datos, el valor de los servicios utilizados por cada drogodependiente que los necesita es considerablemente superior en algunos países (Finlandia, Luxemburgo, Austria) que en otros (Grecia, Portugal, Francia, Reino Unido). Esto podría interpretarse como el resultado de un mayor compromiso con los servicios para los drogodependientes en el grupo anterior; no obstante, es más probable que las cifras dependan de la calidad y el tipo de intervención. De hecho, las diferencias en los niveles de gastos no se traducen automáticamente en el nivel de compromiso, sino más bien un nivel diferente de reacción, que viene determinado por lo específico de cada situación.

Además del gasto por consumidor problemático de droga, resulta útil calcular la carga que representa la política de reducción de la demanda para la sociedad en general. Si consideramos el gasto en reducción de la demanda en los 16 países estudiados (15 Estados miembros y Noruega), y partiendo de los limitados datos disponibles (cuadro 6), la cantidad total (mínima) gastada en la UE en 1999 en prevención de la drogadicción y atención a drogodependientes se elevó a aproximadamente 2 300 millones de euros. Esto significa que cada ciudadano de la UE contribuyó con entre 5 y 10 euros. Por supuesto, es probable que esta cantidad sea considerablemente más elevada.

Finalmente, según ponen de relieve varios participantes en el estudio, sería fundamental disponer de una metodología común para la investigación transnacional, asumiendo que este tipo de información y su análisis posterior resultan ser importantes para la toma de decisiones.

([205]) Consumo por vía parenteral o consumo de larga duración/habitual de opiáceos, cocaina y/o anfetaminas. Para calcular el gasto por consumidor problemático de drogas se utilizaron las estimaciones sobre consumidores problemáticos de drogas comunicadas por los puntos de referencia nacionales, sirviéndose de tipos medios. Para más información véase el cuadro estadístico 4: Número estimado de consumidores problemáticos de droga en los Estados miembros de la UE, 1995-2001 (versión en línea).

Cuadro 6. Desglose del gasto público directo, expresado en millones de euros, según figura en los informes nacionales 2002 de la red Reitox

País	Millones de euros	Categorías de gasto en 1999
Bélgica	139,0	Tratamiento (100); rehabilitación (22,5); metadona (8,9); comunidades y regiones: prevención, cuidados, formación, coordinación (8,3) (no incluidos: 7 millones de euros asignados por el Ministerio del Interior a la prevención de la delincuencia)
Dinamarca	67,0	Gastos en drogadicción por condados y municipios 495,5 millones de coronas (66,5 millones de euros); prevención a nivel central 6,2 millones de coronas (0,8 millones de euros), desconocida en condados y municipios
Alemania	343,2	Alojamientos de emergencia (3,0); acompañamiento psicosocial (13,3); 951 locales para asesorar a pacientes ambulatorios (57,9); rehabilitación hospitalaria de pacientes [25 % de 434 millones de euros (99,7)]; integración laboral (4,3); alojamiento vigilado por cuidadores (8,0); tratamiento en departamentos de hospitales dedicados a las adicciones (97,0); tratamiento de sustitución (desconocido, pero estimado en como mínimo de 30,0), presupuesto de los Länder para la «adicción» 23,9 % (reparto entre de drogas) de 127 millones de euros (30,0) (no incluidos: gasto destinado a persecución penal y aplicación de la ley)
Grecia	16,2	39 centros de prevención (Okana), salarios y personal (Kethea), alojamiento y costes de funcionamiento (2,4); tratamiento: sin drogas, de sustitución y de bajo umbral (11,9); rehabilitación social (0,3); investigación (0,3) Okana, datos no incluidos; educación (0,8), algunos costes de la administración central (0,5)
España	181,5	Nivel central: Ministerio del Interior (GDNPD), Defensa (prevención), Sanidad y Consumo, Educación y Cultura; Asuntos Exteriores, Trabajo y Asuntos Sociales (19,8); fondo procedente de bienes confiscados, destinado a la reducción de la demanda 66 % (2,8); comunidades autónomas (158,7, de los cuales el 22,3 procedente del PIB)
Francia (1995)	205,8	Subutex (91,4); Asuntos Sociales, Sanitarios y Ciudadanos (101,9); Educación (Investigación) (6,6); Juventud y Deporte (1,3); Trabajo, Empleo y Formación (0,12); MILDT (66 % de 6,9 millones de euros (4,5) (no incluida: cooperación internacional y subsidios a organizaciones internacionales)
Irlanda (2000), gasto estatal estimado	57,1	Ministerio de Sanidad e Infancia (tratamiento, prevención, investigación) (32,0); Ministerio de la Empresa, Comercio y Empleo (reintegración) (6,0); Ministerio de Educación y Ciencia (prevención) (7,5); Ministerio de Turismo, Deporte y Actividades Recreativas (prevención, investigación, evaluación, coordinación) (11,6)
Italia	278,5	Tratamiento ambulatorio (99,1); tratamiento residente y semiresidente (88,8); proyectos de fondos nacionales contra las drogas promovidos a nivel local/regional (67,6); proyectos de fondos nacionales contra las drogas patrocinados por los ministerios (23,0). No hay datos de ocho regiones y sólo había datos parciales de la mayoría de las demás regiones
Luxemburgo	13,7	Ministerio de Sanidad (5,7); Familia, Solidaridad Social y Juventud (2,3); Educación, Formación Profesional y Deporte (0,5); otros ministerios (0,3); reembolso de la seguridad social (4,9)
Países Bajos	287,9	Ley general sobre la gestión de enfermedades especiales (a oficinas regionales de atención y clínicas de adicción) (76,0); Ministerio de Sanidad, Bienestar Social y Deporte (cura de adicciones a pacientes ambulatorios) (74,2); fondos para personas sin techo adictos a drogas, drogadicción no sometida a seguimiento [aproximadamente dos tercios de 150 millones de euros (112,5)]; molestias relacionadas con las drogas (24,1); actividades para prevención de la drogadicción (1,1) (la mayoría de las cifras se refieren tanto a las drogas como al alcohol)
Austria	52,3	Recursos federales, provinciales y municipales, incluyendo fondos de la seguridad social, servicios de empleo público y el Healthy Austria Fund: prevención primaria (2,4); trabajo de calle y reducción de daños (3,3); asesoramiento, atención y tratamiento (40,7); reintegración (4,2); aseguramiento de la calidad (0,6); otros gastos/no asignable (0,8).
Portugal	71,7	Presidencia del Consejo de Ministros (16,2); Ministerios de Sanidad (41,6); de Educación (3,1); de Empleo y Asuntos Sociales (9,5); de Defensa 1,2
Suecia	62,5	Estimaciones muy poco exactas de gasto destinado a reducción de la demanda de alcohol y drogas (Tullverket, 2000). Municipalidades 300 millones de coronas (30 millones de euros), condados 250 millones de coronas (25 millones de euros) y Estado 50 millones de coronas (5 millones de euros). Organizaciones, fundaciones y empresas no gubernamentales 25 millones de coronas (2,5 millones de euros).
Finlandia	76,2	Cuidados sanitarios (pacientes hospitalarios) (15,1); cuidados sanitarios (pacientes ambulatorios) (7,9); pensiones relacionadas con las drogas (4,3); beneficios por enfermedad relacionada con las drogas (0,5); compensación (empresas aseguradores) (0,9); servicios sobre abuso de sustancias (pacientes hospitalarios/ambulatorios) (26,5); asignaciones vitales (4,8); bienestar de la infancia (10,9); investigación y prevención (5,2)
Reino Unido (2000-2001)	466,3	Estimación del ejercicio económico 2000-2001 (12 meses hasta el 31 de marzo de 2001). «Tratamiento de la drogadicción», 234 millones de libras (367,4 millones de euros); «Protegiendo a los jóvenes (prevención)», 63 millones de libras (98,9 millones de euros)
Noruega	224,9	Estimación de costes a nivel central, regional y municipal para los servicios de prevención de las drogas y el alcohol, tratamiento y atención sanitaria (hospitalaria/ambulatoria, sin drogas, de sustitución), servicios sociales para trabajo de campo con drogadictos, reducción de daños/riesgos, rehabilitación y reintegración

Fuentes: Informes nacionales de la red Reitox (2002).

Desglose del gasto

Resulta muy difícil obtener un desglose fiable por categorías del gasto con los sistemas que se utilizan actualmente para la recogida de datos. A nivel nacional, ámbitos como el tratamiento, la reducción del daño y la prevención a menudo pueden aparecer en la misma partida, y no todos los países aplican el mismo sistema para clasificar el gasto. Por consiguiente, las comparaciones internacionales se ven dificultadas por el uso de diferentes métodos de recogida y clasificación de datos, lo que hace muy difícil comparar el gasto de los distintos ámbitos.

Sin embargo, dejando de lado estas limitaciones metodológicas, podemos sacar una conclusión bastante sólida sobre la base de los mejores datos que figuran en el presente informe: el ámbito de la atención sanitaria y el tratamiento se llevan la mayor parte, pues representan entre un 50 % y un 80 % de todo el gasto público directo para reducir la demanda de drogas.

En Austria, el «asesoramiento, atención y tratamiento» de drogodependientes representó en 1999 un 78 % del gasto federal destinado a la reducción de la demanda. En Grecia, los datos muestran que casi el 73 % del gasto conocido fue dedicado al tratamiento (y el gasto secundario), mientras que en España, el gasto en tratamientos durante 1999 en las comunidades y ciudades autónomas representó un 74 % del total. En Portugal, un 49 % del gasto total destinado a la lucha contra las drogas en 1999 fue a parar al tratamiento, pero un 25 % del gasto total se asignó a la prevención del consumo de drogas, lo que representa uno de los porcentajes más elevados (entre los datos conocidos) en este ámbito dentro de la UE.

Los gastos directos en materia de «prevención», resultan de hecho difíciles de identificar, por lo que la información resulta menos segura. Los porcentajes conocidos van desde el 4 % en Austria, país que sólo proporcionó datos sobre la prevención primaria, hasta el 20 % en Grecia (también aquí, sólo atención primaria), un 15 % en las comunidades y ciudades autónomas españolas y un 10 % en Luxemburgo.

La parte del gasto total dedicado a la reducción de la demanda de drogas destinada a la rehabilitación y la reintegración, y a las actividades de acercamiento y reducción de daños parece inferior, muy probablemente debido a la distinta escala del gasto en relación con el tratamiento o porque en parte está incluido en él.

Consideraciones finales

Por lo que respecta al análisis del gasto en materia de drogas, debe distinguirse entre la investigación del gasto anivel nacional y las comparaciones transnacionales de esta investigación.

Estudios recientes realizados en algunos países ([206]) han mostrado las posibilidades de lograr resultados satisfactorios incluso sin utilizar una «metodología aprobada internacionalmente». Es evidente que, con una base tal, la comparabilidad entre países se ve ciertamente limitada, pero a nivel nacional esta investigación puede aumentar el conocimiento de las respuestas al fenómeno de la droga y puede ser un instrumento útil para los responsables de tomar decisiones, permitiéndoles evaluar el nivel de gasto en sus propios países y en diferentes épocas (si hay información reiterada) y en diferentes sectores (si se dispone de suficientes detalles). Por otra parte, cuando se comparan las estimaciones de costes con otros indicadores, según se ha visto antes, es posible evaluar el gasto por drogodependiente, o cuánto cuesta la política de reducción de la demanda de drogas en comparación con otras políticas, o en cuánto deben contribuir los ciudadanos a la reducción de la demanda de drogas.

Estas ratios y comparaciones suscitan preguntas e hipótesis muy pertinentes, cuyas respuestas pueden obtenerse mediante estudios más profundos.

La comparación «entre países» (el ámbito de este estudio) es otra dimensión de la investigación sobre los costes relacionados con las drogas. Según muestra el presente informe, estos estudios dependen en gran medida de las diferentes fuentes de datos, y se ven limitados por la falta de uniformidad entre la metodología, estadísticas y cifras de los diferentes países. Para superar estas (y otras) dificultades deberían ponerse en práctica normativas comunes de recogida de datos. No obstante, un enfoque de este tipo exigiría inversiones, sin que por ello se garanticen la calidad y la utilidad de los resultados finales. Antes de realizar una inversión de este tipo es necesario seguir investigando, a la vez que se hace una reflexión más profunda sobre la pertinencia y utilidad de estos estudios a nivel europeo.

En el ínterim, y mientras los socios europeos reflexionan sobre cómo debe ser el futuro, la función del OEDT es seguir promocionando la mejora de los sistemas estadísticos en la materia y difundir la información sobre las metodologías en uso y las investigaciones iniciadas.

([206]) Uhl (2001), ONDCP (2001), Godfrey et al. (2002), Origer (2002), Kopp y Fenoglio (2003). Véase también el centro nacional de referencia de Austria, Portugal, España y Grecia, en el marco de los informes nacionales 2002 de la red Reitox.

Referencias

ACMD (Advisory Council on the Misuse of Drugs) (2000) *Reducing Drug-related Deaths*. A report by the Advisory Council on the Misuse of Drugs. The Stationery Office: Londres.

Adalbjarnardottir, S. y Rafnsson, F. D. (2002) *Adolescent antisocial behaviour and substance use: longitudinal analyses. Addictive Behaviours* 27: 227-240.

Amossé, T., Doussin, A., Fizdion, J.-M., et al. (2001) *Vie et santé des jeunes sans domicile ou en situation précaire.* Enquête INED, Paris et petite couronne, février-mars 1999, série resultants, Biblio no. 1355. CREDES, Paris.

Aristotelian University of Thessaloniki (2000) *Evaluation report of the Leonardo da Vinci programme: needs and methods assessment for vocational training in juvenile delinquents and adolescents at risk* – Orestis. Aristotelian University of Thessaloniki: Thessaloniki.

BAG (Bundesamt für Gesundheit) (1997) *Empfehlungen zur kombinierten Hepatitis-A- und Hepatitis-B-Impfung.* Boletín n° 3, 27 de enero de 1997.

Bargagli et al. (2002), *Mortality among problem drug users in Europe: a project of the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (EMCDDA). *Heroin Addiction and Related Clinical Problems,* 4 (1), pp. 5-12.

BBC News World Edition (2003) *ID cards for teenagers launched,* Wednesday 22 January 2003.

Beck, F. (2001) *Santé, mode de vie et usages de drogues à 18 ans.* ESCAPAD, OFDT: París.

Beck, F., Legleye, S. y Perreti-Wattel, P. (2002) *Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes (EORPP).* Disponible en: http://www.drogues.gouv.fr. OFDT (Observatoire français des drogues et des toxicomanies): París.

Beck, F., Perreti-Wattel, P., Choquet, M., et al. (2000) *Consommation de substances psychoactives chez les 14-18 ans scolarisés: premiers résultats de l'enquête ESPAD 1999;* évolutions 1993-1999. *Tendances* 6, p. 6.

Bennett, T. (2000) *Drugs and Crime: the Results of the Second Stage of the NEW-ADAM programme.* Estudio de investigación 205. Ministerio del Interior, Londres.

Bird, S. M. y Rotily, M. (2002) *Inside methodologies: for counting blood-borne viruses and injector-inmates' behavioural risks – results from European prisons. The Howard Journal,* 41, n° 2.

Boys, A., Marsden, J., Fountain, J., et al. (1999) *What influences young people's use of drugs? a qualitative study of decision-making. Drugs: Education, Prevention and Policy* 6 (3).

Brochu, S. (1999) *Drogue et criminalité une relation complexe.* Les Presses de l'Université: Montreal.

Brook, D. W., et al. (2002) *Drug use and the risk of major depressive disorder, alcohol dependence, and substance use disorders. Archives of General Psychiatry* 59: 1039-1044.

Brugal, M. T., Barrio, G., de la Fuente, L., et al. (2002) *Factors associated with non-fatal overdose: assessing the effect of frequency and route of heroin administration. Addiction* 97: 319-327.

Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (2002) *Drug Affinity Among Young People in the Federal Republic of Germany 2001.* Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung: Colonia.

Buster, M. (2002) *What can we learn from literature?* En: Reinås, K. T., Waal, H., Buster, M. C. A., et al. (eds) *Strategic Choices for Reducing Overdose Deaths in Four European Cities.* Proyecto conjunto de las ciudades de Oslo, Amsterdam, Copenhague y Fráncfort del Meno, Segunda Parte: Apéndice, pp. 97-107. Servicio para la Dependencia del Alcohol y las Drogas, Oslo.

Bye, E. K. (2002) *Alcohol and Drugs in Norway, Statistikk '02.* Instituto Noruego para la Investigación sobre el Alcohol y las Drogas, Oslo.

Calafat, A., Bohrn, K., Juan, M., et al. (1999) *Night Life in Europe and Recreative Drug Use.* IREFREA y Comisión Europea, Valencia.

Calafat, A., et al. (2003) *Enjoying the nightlife in Europe. The role of moderation.*

Calderone, B., Fornasiero, A., Lolli, S. y Montanari, L. (2001) *Prostituzione tra dinamiche di mercato e percorsi individuali. Una ricerca qualitative sulla prostituzione femminile di strada in Emilia-Romagna.* Rapporto di ricerca, Bolonia.

Carlen, P. (1996) *Jigsaw: a Political Criminology of Youth Homelessness.* Open University Press: Milton Keynes, Reino Unido.

Carpentier, C. (2002). *Drug Related Social Exclusion, in the Context of socio-demographic and Economic Indicators.* Documento de trabajo, OEDT, Lisboa.

CEIES (Statistics Users Council) (1999) *Social Exclusion Statistics,* Trabajos de la Conferencia, Conferencia Conjunta, 22 de noviembre de 1999, Imac Research, Esher, Reino Unido.

Comité central sobre el tratamiento de los adictos a la heroína (2002) *Medical Co-prescription of Heroin, Two Randomized Controlled Trials.* Informe de van den Brink, W., Hendriks, V. M., Blanken, P., et al. Comité central sobre el tratamiento de los adictos a la heroína, Utrecht.

Commonwealth de Australia (2002) *Return on Investment in Needle and Syringe Programs in Australia.* Canberra: Ministerio de Sanidad y Envejecimiento, Commonwealth de Australia.

Consejo de la Unión Europea (2000) *Plan de acción de la Unión Europea en materia de lucha contra la droga (2000-2004),* http://www.emcdda.eu.int/policy_law/eu/eu_actionplan.shtml.

De Zwart, W. M., Monshouwer, K., and Smit, F. (2000). *Jeugd en riskant gedrag. Kerngegevens 1999. Roken, drinken, drugsgebruik en gokken onder scholieren vanaf tien jaar.* Utrecht: Trimbos-instituut.

Dettmer, K. (2002) *First-aid training for drug users and (in emergency) naloxone.* Informe sobre un estudio piloto realizado por Fixpunkt e.V., Berlín. Documento presentado a la reunión de expertos del OEDT sobre «Prevención y gestión de la sobredosis», Lisboa, 24 y 25 de octubre de 2002.

DrugScope (2000) *Vulnerable Young People and Drugs: Opportunities to Tackle Inequalities*. DrugScope: Londres.

Eland, A. y Rigter, H. (2001) *Immigrants and Drug Treatment*. Estudio sobre antecedentes. Observatorio Nacional de la Droga, Utrecht.

EMCDDA (2002a) *Informe Anual sobre el problema de la drogodependencia en la Unión Europea y Noruega*. EMCDDA: Lisboa.

EMCDDA (2002b) *Update and Complete the Analysis of Drug Use, Consequences and Correlates Amongst Minorities*. EMCDDA Scientific Report. EMCDDA: Lisboa.

EMCDDA (2002c) *Strategies and coordination in the field of drugs in the European Union, a descriptive review,* November 2002. (http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/policy_law/strategies_report/national_strategies.pdf).

EMCDDA (2003a) *Alternatives to Prison for Drug Dependent Offenders*. Expert Meeting Report 2003. EMCDDA: Lisbon.

EMCDDA (2003b) *Social reintegration in the EU and Norway,* http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/responses/drugtreatment_socialreintegration.pdf.

Engineer, R., Phillips, A., Thompson, J. and Nicholls, J. (2003) *Drunk and Disorderly: a Qualitative Study of Binge Drinking among 18-24 Year Olds*. Estudio de investigación del Ministerio del Interior. Ministerio del Interior, Londres.

EORG (European Opinion Research Group) (2002) *Attitudes and Opinions of Young People in the EU on Drugs*. Eurobarometer 57.2/Special Eurobarometer 172. Informe a la Dirección General de Justicia y Asuntos de Interior, EORG, Bruselas.

ESPAD (European School Surveys Project) (2001) *Alcohol and other drug use among students in 30 European countries,* B. Hibell, B. Andersson, S. Ahlström, O. Balakireva, T. Bjarnason, A. Kokkevi, M. Morgan, Consejo Sueco de Información sobre el Alcohol y otras Drogas (CAN), Grupo Pompidou del Consejo de Europa, diciembre 2000).

Farrell, M., Neeleman, J., Gossop, M., et al. (1996). *A Review of the Legislation, Regulation and Delivery of Methadone in 12 Member States in the European Union*. Bruselas, Comisión Europea.

Farrell, M., Verster, A., Davoli, M., et al. (2000) *Reviewing Current Practice in Drug-substitution Treatment in the European Union*. OEDT: Lisboa.

Ferrari, A., Manaresi, S., Castellini, P., et al. (2001) *Overdose da oppiacei: analisi dei soccorsi effettuati dal Servizio Emergenze Sanitarie* «118» Modena Soccorso, nel 1997. *Bollettinio per le Farmacodipendenze e l'Alcoolismo,* año XXIV 2001, nº 2.

Field-Smith, M., Bland, J., Taylor, J., et al. (2002) *Trends in Death Associated with Abuse of Volatile Substances 1971-2000*. Report No. 15. Department of Public Health Sciences and Department of Cardiological Sciences, Toxicology Unit, St. George's Hospital Medical School: Londres (http://www.shms.ac.uk/depts/phs/vsa2000/vsa2000s.htm).

FitzGerald, M., Stockdale, J. y Hale, C. (2003) *Young People and Street Crime*. Consejo Judicial Juvenil de Inglaterra y Gales, Londres.

Fundación Secretariado General Gitano (2002) *Grupos étnicos minoritarios y consumo de drogas*. Fundación Secretariado General Gitano, Madrid.

Gallie, D. y Paugam, S. (2002) *Social Precarity and Social Integration*. Eurobarómetro 56.1. Informe a la Dirección General de Empleo de la Comisión Europea, EORG, Bruselas.

Godfrey, C., Eaton, G., McDougall, C. y Culyer, A. (2002) *The economic and social costs of Class A drug use in England and Wales,* 2000. Estudio de investigación nº 249 del Ministerio del Interior, Dirección de Desarrollo y Estadística, Londres.

Goulden C. y Sondhi, A. (2001) *At the Margins: Drug Use by Vulnerable Young People in the 1998/99 Youth Lifestyles Survey*. Estudio de investigación del Ministerio del Interior nº 228, Londres.

Grant, B. F. y Dawson, D. A. (1997) *Age at onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence: results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. Journal of Substance Abuse* 9: 103-110.

Griffiths, C. (2003) *Deaths related to drug poisoning: results for England and Wales, 1997-2001. Health Statistics Quarterly,* 17 (Spring 2003): 65-71.

Griffiths, P., Vingoe, L., Jansen, K., et al. (1997) *Insights: New Trends in Synthetic Drugs*. OEDT, Lisboa.

Grupo de expertos sobre la libertad condicional y los servicios sociales (1999).

Hammersley, R., Marsland, L. y Reid, M. (2003) *Substance Use by Young Offenders: the Impact of the Normalisation of Drug Use in the Early Years of the 21st Century*. Estudio de investigación del Ministerio del Interior nº 361, Ministerio del Interior, Londres.

Hannon, F., Kelleher, C. y Friel, S. (2000) *General Healthcare Study of the Irish Prisoner Population*. Government Publications: Dublín.

Hansen, W. (1992) *School-based substance abuse prevention: a review of the state of the art in curriculum, 1980-1990. Health Education Research* 7: 403-430.

Hariga, F., Goosdeel, A. y Raedemaker, A. F. (1998) *Opération boule-de-neige sida, hépatites, overdoses*. Carnets du Risque 15. Modus Vivendi, Bruselas.

Hickey, C. (2002) *Crime and Homelessness*. Focus Ireland and PACE: Dublín.

Hurley, S. F., Jolley, D. J. y Kaldor, J. M. (1997) *Effectiveness of needle-exchange programmes for prevention of VIH infection. Lancet* 349: 1797-1800. Informatievoorziening Zorg (IVZ). Informes nacionales de la red Reitox (2002)

Kavounidi, T. (1996) *Social exclusion: concept, community initiatives, the Greek experience and policy dilemmas*. En: *Dimensions of Social Exclusion in Greece* (edición de D. Karantinos, L. Maratou-Alibranti y E. Fronimou), pp. 47-96. Atenas, EKKE.

Kopp, P. y Fenoglio, P. (2003) *Public Spending on Drugs in the European Union During the 1990s - Retrospective Research*.

Kraus, L. y Püschel, K. (eds) (2002) *Prävention von drogenbedingten Not- und Todesfällen*. Lambertus, Friburgo, Alemania.

Lehto-Salo, P., Kuuri, A., Matttunen, M., et al. (2002) *POLKU-tutkimus. Tutkimus nuorista kolmessa koulukodissa – Psykiatrinen ja neuropsykiatrinen näkökulma. Aiheita* 16. STAKES: Helsinki.

Lepère, B., Gourarier, L., Sánchez, M., et al. (2001) *Diminution du nombre de surdoses mortelles à l'héroïne en France, depuis 1994. A propos du role*

des traitements de substitution. Annales de Médicine Interne 152 (suplemento del nº 3): lS5–12.

Liebschutz, J., Savetsky J. B., Saitz R., et al. (2002) *The relationship between sexual and physical abuse and substance abuse consequences. Journal of Substance Abuse Treatment* 22: 121-128.

Lloyd, C. (1998) *Risk factors for problem drug use: Identifying vulnerable groups. Drugs, Education, Prevention and Policy 5* (3).

Lourenço, N. y Carvalho, M. (2002) *Jovens deliquentes e drogas: Espaços e trajectórias.* Lisboa (informe no publicado)

Lupton, R., Wilson, A., May, T., et al. (2002) *A rock and a hard place: drug markets in deprived neighbourhoods.* Estudio de Investigación del Ministerio del Interior nº 240, Ministerio del Interior, Londres.

Markert, J. (2001) *Sing a song of drug use-abuse: four decades of drug lyrics in popular music-from the sixties through the nineties. Sociological Inquiry* 71, 194-220.

Meijer, R. F., Grapendaal, M., Van Ooyen, M. M. J., et al. (2002) *Geregistreerde drugcriminaliteit in cijfers – Achtergrondstudie bij het Justitie onderdeel van de Nationale Drugmonitor – Jaarbericht 2002,* WODC: La Haya.

Millar, D., O'Dwyer, K. y Finnegan, M. (1998) *Alcohol and Drugs as Factors in Offending Behaviour: Garda Survey.* Informe de investigación nº 7/98. Unidad de Investigación de la Policía, Tipperary, Irlanda.

Mol, A. y van Vlaanderen, J. L. (2002) *Ontwikkeling van de Cocaïne hulpvraag; Periode 1994–2000; Het lijntje doorgetrokken.*

Molinae, M., Pecsteen, D., Hariga, F., et al. (2002), *L'usage de drogues en communauté francaise. Informe de la Comunidad Francesa 1999-2000.* Ministerio de la Comunidad Francesa, Bruselas.

Morral, A. R., McCaffrey, D. F. y Paddock, S. M. (2002) *Reassessing the marijuana gateway effect. Addiction* 97: 1493-1504.

Narkotikakommissionen (2000) *En strategi för lokalt narkotikaförebyggande arbete. Diskussionspromemoria nr 12.* Narkotikakommissionen, Socialdepartementet, Estocolmo.

ODCPP (2000) *Demand Reduction, A Glossary of Terms.* ODCPP, New York.

Observatorio Español Sobre Drogas (2002) *Informe nº 5,* Ministerio de Interior, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

O'Higgins, K. (1999) Social order problems. En *Social Housing in Ireland: A Study of Success, Failure and Lessons Learned* (Fahey, T. ed.). The Katherine Howard Foundation and Combat Poverty Agency: Dublín (citado en el informe acional de Irlanda).

Origer, A. (1999) *Comparative study on the drug population of Portugal and a representative sample of Portuguese drug addict residents of the Grand Duchy of Luxembourg.* Point Focal OEDT – CRP-Santé: Luxembourg

Origer, A. (2002) *Le coût économique direct de la politique et des interventions publiques en matière d'usage illicite de drogues au Grand-Duché de Luxembourg,* Séries de recherche no. 4. Point focal OEDT Luxembourg – CRP-Santé.

Origer, A. y Delucci, H. (2002) *Etude épidemiologiqueet méthodologique des cas de décès liés à l'usage illicite de substances psycho-actives. Analyse comparative (1992-2000).* Series de recherche no. 3. Point Focal del OEDT en Luxemburgo-CRP Santé, Luxemburgo.

Paglia, A. y Room, R. (1999) *Preventing substance use problems among youth: a literature review and recommendations. Journal of Primary Prevention* 20: 3-50.

Pant, A. y Dettmer, K. (2002) *Videoprojekt: Erste Hilfe im Drogennotfall, Abschlussbericht.* Institut für Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung, Universidad Libre de Berlín.

Parker, H. y Egginton, R. (2002) *Adolescent recreational alcohol and drugs careers gone wrong: developing a strategy for reducing risks and harms. International Journal of Drug Policy* 13: 419-432.

Petraitis, J., Flay, B., Miller, T., et al. (1998) *Illicit substance use among adolescents: a matrix of prospective predictors. Substance Use & Misuse* 33: 2561-2604.

Poschadel, S., Höger, R., Schnitzler, J. and Schreckenberg, D. (2003) *Evaluation der Arbeit der Drogenkonsumräume in der Bundesrepublik Deutschland. Endbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung, volumen 149.* Nomos-Verlagsgesellschaft, Baden-Baden.

Postma, M. J., Wiessing, L. G. and Jager, J. C. (2001) *Pharmaco-economics of drug addiction; estimating the costs of hepatitis C virus, hepatitis B virus and human immunodeficiency virus infection among injecting drug users in Member States of the European Union. Boletín de las Naciones Unidas sobre Estupefacientes nº 53,* 79-89.

Pudney, S. (2002) *The road to ruin? Sequences of initiation into drug use and offending by young people in Britain.* Estudio de investigación del Ministerio del Interior nº 253. Ministerio del Interior, Londres.

Rehn, N., Room, R. y Edwards, G. (2001) *Alcohol in the European Region – consumption, harm and policies.* OMS, Oficina Regional para Europa, Copenhague.

Reinås, K., Waal, H., Buster, M. C. A., et al. (2002) *Strategic Choices for Reducing Overdose Deaths in Four European Cities. A Joint Project of the Cities of Oslo, Amsterdam, Copenhagen, and Frankfurt am Main.* Servicios de lucha contra el alcoholismo y la drogodependencia del Ayuntamiento de Oslo, Oslo.

Reinking, D., Nicholas, S., Van Leiden, I., et al. (2001) *Daklozen in Den Haag; Onderzoek naar omvang en kenmerken van de daklozenpopulatie.* Trimbos-instituut, Utrecht.

Seaman, S,. Brettle, R. y Gore, S. (1998) *Mortality from overdose among drug users recently released from prison: database linkage study. British Medical Journal* 316: 426-428.

Shillington, A. M. y Clapp, J. D. (2002) *Beer and bongs: differential problems experienced by older adolescents using alcohol only compared to combined alcohol and marijuana use. American Journal Drug Alcohol Abuse* 28: 379-397.

Single, E., et al. (2001) *International Guidelines for Estimating the Costs of Substance Abuse,* 2ª edición.

Skolverket (2000) *Nationella kvalitetsgranskningar 1999.* Skolverket: Estocolmo.

Social Exclusion Unit (2002) *Young Runaways.* Oficina del Viceprimer Ministro del Reino Unido, Londres (http://www.jrf.org.uk/home.asp).

Spooner, C., Hall, W. y Lynskey, M. (2001) *Structural Determinants of Youth Drug Use.* Australian National Council on Drugs: Woden, Australia.

Sporer, A. (2003) *Strategies for preventing heroin overdose. British Medical Journal* 326: 442-444.

Springer, A., Uhl, A., et al. (1999). *Bedeutung und Konsum von psychoaktiven Substanzen bei österreichischen Jugendlichen.* Ludwig Boltzmann-Institut für Suchtforschung und Österreichisches Jugendforschungsinstitut. Estudio no publicado encargado por el Ministerio Federal de Seguridad Social y Solidaridad Generacional. Viena (citado en el informe nacional de Austria).

Stauffacher, M. (1998) *Treated Drug Users in 22 European Cities. Annual update. 1996 Trends 1992-1996.* Grupo Pompidou, Consejo de Europa, Estrasburgo.

Stephenson, J. (2001) *Former addicts face barriers to treatment for HCV. Journal of the American Medical Association* 285: 1003-1005.

Stevens, A., Berto, D., Kerschl, V., et al. (2003) *QCT Europe: Literature Review Summary.* Universidad de Kent: Canterbury, Reino Unido.

Stöver, H. (2001) *Assistance to Drug Users in European Union Prisons: an overview study,* informe científico del OEDT, Lisboa y Londres.

Swadi, H. (1999) *Individual risk factors for adolescent substance use. Drug and Alcohol Dependence 55*, 209-224.

Tait, R. J, Hulse, G. K., Robertson, S. I. y Sprivulis, P. (2002) *Multiple hospital presentations by adolescents who use alcohol or other drugs. Addiction* 97: 1269-1275.

Tobler, N. (2001) *Prevention is a two-way process. Drug and Alcohol Findings* nº 5, pp. 25-27. The Findings Partnership, Londres.

Tomas, B. (2001) *Möglichkeiten und Grenzen sozialer Integration von SuchtmittelkonsumentInnen – Erfahrungen aus der Praxis. Tagungsband der Enquete Wirkungskreise – Was wirkt in der ambulanten Suchttherapie? Was braucht ambulante Suchttherapie um zu wirken?,* pp. 56-64. Verein Dialog: Viena.

Universidad Aristotélica de Salónica (2000) *Informe de evaluación del programa Leonardo da Vinci: evaluación de las necesidades y métodos para la formación profesional de delincuentes juveniles y adolescentes de riesgo,* Orestis. Universidad Aristotélica de Salónica, Salónica.

Uunk, W. J. G. y Vrooman, J. C. (2001) *Sociale uitsluiting.* In Armoedemonitor 2001, pp. 139-162. SCP/CBS, La Haya.

Varescon-Pousson, I., Boissonnas, A. y Ionescu, S. (1997) *La surdose non mortelle: etude descriptive d'une population de toxicomanes. Psychologie Française* 3: 255-260.

Vermeulen, K. T., Hendriks, V. M. y Zomerveld, R. (1999) *Dranbehandeling in Den Haag: Evaluatieonderzoek naar de effectiviteit van het behandelprogramma Triple-Ex voor justitiabele verslaafden.* Parnassia Addiction Research Centre (PARC), La Haya.

Vestel, V., Bakken, A., Geir, H. y Moshuus Tormod, Ø. (1997) *Ungdomskultur og narkotikabruk. NOVA Temahefte* 1/97.

Villalbi, J. R. y Brugal, M. T. (1999) *Sobre la epidemia de heroína, su impacto, su contexto y las políticas sanitarias. Medicina Clínica (Barcelona)* 112: 736-737.

Vrieling, I., Van Alem, V. C. M. y Van de Mheen, H. (2000) *Drop-out onder allochtonen in de ambulante verslavingszorg 1994-1998.* IVV/IVO: Houten/Rotterdam.

Waidner, G. (1999) *Die Viktimisierungserfahrungen drogenabhängiger Personen. Eine Untersuchung mit qualitativen Verfahren.* Tesis no publicada presentada a la Facultad de Ciencias Fundamentales y de la Integración de la Universidad de Viena, Viena.

Warner-Smith, M., Lynskey, M., Darke, S. y Hall, W. (2001) *Heroin overdose: prevalence, correlates, consequences and interventions.* Informe elaborado por el Centro de Investigación sobre el Alcohol y las Drogas de la Universidad de Nueva Gales del Sur, Consejo Nacional Australiano de Lucha contra las Drogas, Woden, Australia.

WHO (1998) *Opioid overdose: trends, risk factors, interventions and priorities for action.* World Health Organization, Programme on Substance Abuse, Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse: Ginebra.

Wiessing, L. (2001) *The access of injecting drug users to hepatitis C treatment is low and should be improved, Eurosurveillance Weekly,* número 31 (http://www.eurosurv.org/2001/010802.htm).

Puntos focales Reitox

Belgique/België

Institut scientifique de la santé publique/Wetenschappelijk Instituut Volkgezondheid

Rue Juliette Wytsman, 14
B-1050 Bruxelles/Brussel
Denise WALCKIERS
Tel. (32-2) 642 50 35
Fax (32-2) 642 54 10
E-mail: BIRN@iph.fgov.be

Danmark

Sundhedsstyrelsen

Islands Brygge, 67 — Postbox 1881
DK-2300 København S
Ole Kopp CHRISTENSEN/Kari GRASAASEN
Tel. (45) 72 22 77 60
Fax (45) 72 22 74 11
E-mail: okc@sst.dk, kag@sst.dk

Deutschland

Deutsche Referenzstelle für die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht

Parzivalstraße, 25
D-80804 München
Roland SIMON
Tel. (49-89) 36 08 04 40
Fax (49-89) 36 08 04 49
E-Mail: Simon@ift.de

Elláda

University of Mental Health Research Institute

Argirokastrou & Ionias Street
Papagou
GR-15601 — Athens
Manina TERZIDOU
Tel. (30) 21 06 53 69 02
Fax (30) 21 06 53 72 73
E-mail: ektepn@ektepn.gr

España

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

Recoletos, 22
E-28001 Madrid
Elena GARZÓN/Ana Andrés BALLESTEROS
Tel. (34) 915 37 27 25/2686
Fax (34) 915 37 26 95
E-mail: egarzon@pnd.mir.es, anaab@pnd.mir.es

France

Observatoire français des drogues et des toxicomanies
105, rue Lafayette
F-75110 Paris
Jean-Michel COSTES
Tel. (33) 153 20 16 16
Fax (33) 153 20 16 00
E-mail: jecos@ofdt.fr

Ireland

Drug Misuse Research Division
Health Research Board
73, Lower Baggot Street
Dublin 2
Ireland
Hamish SINCLAIR
Tel. (353-1) 676 11 76 ext 160
Fax (353-1) 661 18 56
E-mail: Hsinclair@hrb.ie

Italia

Ministero del Lavoro e degli Affari sociali, dipartimento delle politiche sociali e Previdenziali, direzione generale per le tossicodipendenze e l'osservatorio nazionale
Via Fornovo 8 — Pal. B
I-00187 Roma
Mariano MARTONE/Silvia ZANONE
Tel. (39) 06 36 75 48 01/06
Fax (39) 06 36 75 48 11
E-mail: mmartone@welfare.gov.it, szanone@welfare.gov.it

Luxembourg

Direction de la santé, point focal OEDT, Luxembourg
Allée Marconi — Villa Louvigny
L-2120 Luxembourg
Alain ORIGER
Tel. (352) 47 85 625
Fax (352) 46 79 65
E-mail: alain.origer@ms.etat.lu

Nederland

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

Österreich

Österreichisches Bundesinstitut
für Gesundheitswesen
Stubenring, 6
A-1010 Wien
Sabine HAAS
Tel. (43-1) 515 61 60
Fax (43-1) 513 84 72
E-mail: HAAS@oebig.at

Portugal

Instituto da Droga e da Toxicodependência
Av. João Crisostomo, 14
P-1000 — 179 Lisboa
Fernando NEGRÃO/Maria MOREIRA
Tel. (351) 213 10 41 00/41 26
Fax (351) 213 10 41 90
E-mail: Fernando.Negrao@ipdt.pt, Maria.Moreira@ipdt.pt

Suomi/Finland

Sosiaali ja terveysalan tutkimus ja kehittämiskeskus
PO Box 220
(Office: Lintulahdenkuja, 4 — 00530 Helsinki)
FIN-00531 Helsinki
Ari VIRTANEN
Tel. (358-9) 39 67 23 78
Fax (358-9) 39 67 24 97
E-mail: ari.virtanen@stakes.fi

Sverige

Statens folkhälsoinstitut
(Office: Olof Palmes gata, 17)
S-103 52 Stockholm
Bertil PETTERSSON
Tel. (46-8) 56 61 35 13
Fax (46-8) 56 61 35 05
E-mail: Bertil.Pettersson@fhi.se

United Kingdom

Sexual Health and Substance Misuse Policy
Department of Health, Skipton House
80, London Road
London SE1 6LH
United Kingdom
Alan LODWICK
Tel. (44-20) 79 72 51 21
Fax (44-20) 79 72 16 15
E-mail: Alan.Lodwick@doh.gsi.gov.uk

European Commission/Commission européenne

Directorate-General for Justice and Home Affairs — Drugs Coordination Unit/Direction générale de la justice et des affaires intérieures — Unité coordination de la lutte antidrogue
Rue de la Loi/Wetstraat 200 (Lx-46 3/186)
B-1049 Brussels/Bruxelles
Timo JETSU
Tel. (32-2) 299 57 84
Fax (32-2) 295 32 05
E-mail: Timo.Jetsu@cec.eu.int

Norge

Statens institutt for rusmiddelforskning
PB 565 Sentrum
NO-0105 Oslo
(Office: Øvre Slottsgate 2B)
NO-0157 Oslo
Knut BROFOSS/Odd HORDVIN
Tel. (47) 22 34 04 00
Fax (47) 22 34 04 01
E-mail: odd@sirus.no

Puntos focales de los países en vías de adhesión o candidatos a la adhesión:

http://www.emcdda.eu.int/partners/candidates_focalpoints.shtml

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías

Informe anual 2003. El problema de la drogodependencia en la Unión Europea y en Noruega

Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas
2001 — 82 pp. — 21 x 29,7 cm
ISBN 92-9168-155-5

Venta • Salg • Verkauf • Πωλήσεις • Sales • Vente • Vendita • Verkoop • Venda • Myynti • Försäljning
http://eur-op.eu.int/general/en/s-ad.htm

BELGIQUE/BELGIË

Jean De Lannoy
Avenue du Roi 202/Koningslaan 202
B-1190 Bruxelles/Brussel
Tél. (32-2) 538 43 08
Fax (32-2) 538 08 41
E-mail: jean.de.lannoy@infoboard.be
URL: http://www.jean-de-lannoy.be

La librairie européenne/
De Europese Boekhandel
Rue de la Loi 244/Wetstraat 244
B-1040 Bruxelles/Brussel
Tél. (32-2) 295 26 39
Fax (32-2) 735 08 60
E-mail: mail@libeurop.be
URL: http://www.libeurop.be

Moniteur belge/Belgisch Staatsblad
Rue de Louvain 40-42/Leuvenseweg 40-42
B-1000 Bruxelles/Brussel
Tél. (32-2) 552 22 11
Fax (32-2) 511 01 84
E-mail: eusales@just.fgov.be

DANMARK

J. H. Schultz Information A/S
Herstedvang 12
DK-2620 Albertslund
Tlf. (45) 43 63 23 00
Fax (45) 43 63 19 69
E-mail: schultz@schultz.dk
URL: http://www.schultz.dk

DEUTSCHLAND

Bundesanzeiger Verlag GmbH
Vertriebsabteilung
Amsterdamer Straße 192
D-50735 Köln
Tel. (49-221) 97 66 80
Fax (49-221) 97 66 82 78
E-Mail: vertrieb@bundesanzeiger.de
URL: http://www.bundesanzeiger.de

ΕΛΛΑΔΑ/GREECE

G. C. Eleftheroudakis SA
International Bookstore
Panepistimiou 17
GR-10564 Athina
Tel. (30-1) 331 41 80/1/2/3/4/5
Fax (30-1) 325 84 99
E-mail: elebooks@netor.gr
URL: elebooks@hellasnet.gr

ESPAÑA

Boletín Oficial del Estado
Trafalgar, 27
E-28071 Madrid
Tel. (34) 915 38 21 11 (libros)
913 84 17 15 (suscripción)
Fax (34) 915 38 21 21 (libros),
913 84 17 14 (suscripción)
E-mail: clientes@com.boe.es
URL: http://www.boe.es

Mundi Prensa Libros, SA
Castelló, 37
E-28001 Madrid
Tel. (34) 914 36 37 00
Fax (34) 915 75 39 98
E-mail: libreria@mundiprensa.es
URL: http://www.mundiprensa.com

FRANCE

Journal officiel
Service des publications des CE
26, rue Desaix
F-75727 Paris Cedex 15
Tél. (33) 140 58 77 31
Fax (33) 140 58 77 00
E-mail: europublications@journal-officiel.gouv.fr
URL: http://www.journal-officiel.gouv.fr

IRELAND

Alan Hanna's Bookshop
270 Lower Rathmines Road
Dublin 6
Tel. (353-1) 496 73 98
Fax (353-1) 496 02 28
E-mail: hannas@iol.ie

ITALIA

Licosa SpA
Via Duca di Calabria, 1/1
Casella postale 552
I-50125 Firenze
Tel. (39) 055 64 83 1
Fax (39) 055 64 12 57
E-mail: licosa@licosa.com
URL: http://www.licosa.com

LUXEMBOURG

Messageries du livre SARL
5, rue Raiffeisen
L-2411 Luxembourg
Tél. (352) 40 10 20
Fax (352) 49 06 61
E-mail: mail@mdl.lu
URL: http://www.mdl.lu

NEDERLAND

SDU Servicecentrum Uitgevers
Christoffel Plantijnstraat 2
Postbus 20014
2500 EA Den Haag
Tel. (31-70) 378 98 80
Fax (31-70) 378 97 83
E-mail: sdu@sdu.nl
URL: http://www.sdu.nl

PORTUGAL

Distribuidora de Livros Bertrand Ld.ª
Grupo Bertrand, SA
Rua das Terras dos Vales, 4-A
Apartado 60037
P-2700 Amadora
Tel. (351) 214 95 87 87
Fax (351) 214 96 02 55
E-mail: dlb@ip.pt

Imprensa Nacional-Casa da Moeda, SA
Sector de Publicações Oficiais
Rua da Escola Politécnica, 135
P-1250-100 Lisboa Codex
Tel. (351) 213 94 57 00
Fax (351) 213 94 57 50
E-mail: spoce@incm.pt
URL: http://www.incm.pt

SUOMI/FINLAND

Akateeminen Kirjakauppa/
Akademiska Bokhandeln
Keskuskatu 1/Centralgatan 1
PL/PB 128
FIN-00101 Helsinki/Helsingfors
P./tfn (358-9) 121 44 18
F./fax (358-9) 121 44 35
Sähköposti: sps@akateeminen.com
URL: http://www.akateeminen.com

SVERIGE

BTJ AB
Traktorvägen 11-13
S-221 82 Lund
Tlf. (46-46) 18 00 00
Fax (46-46) 30 79 47
E-post: btjeu-pub@btj.se
URL: http://www.btj.se

UNITED KINGDOM

The Stationery Office Ltd
Customer Services
PO Box 29
Norwich NR3 1GN
Tel. (44) 870 60 05-522
Fax (44) 870 60 05-533
E-mail: book.orders@theso.co.uk
URL: http://www.itsofficial.net

ÍSLAND

Bokabud Larusar Blöndal
Skólavördustig, 2
IS-101 Reykjavik
Tel. (354) 552 55 40
Fax (354) 552 55 60
E-mail: bokabud@simnet.is

SCHWEIZ/SUISSE/SVIZZERA

Euro Info Center Schweiz
c/o OSEC Business Network Switzerland
Stampfenbachstraße 85
PF 492
CH-8035 Zürich
Tel. (41-1) 365 53 15
Fax (41-1) 365 54 11
E-mail: eics@osec.ch
URL: http://www.osec.ch/eics

BĂLGARIJA

Europress Euromedia Ltd
59, blvd Vitosha
BG-1000 Sofia
Tel. (359-2) 980 37 66
Fax (359-2) 980 42 30
E-mail: Milena@mbox.cit.bg
URL: http://www.europress.bg

CYPRUS

Cyprus Chamber of Commerce and Industry
PO Box 21455
CY-1509 Nicosia
Tel. (357-2) 88 97 52
Fax (357-2) 66 10 44
E-mail: demetrap@ccci.org.cy

EESTI

Eesti Kaubandus-Tööstuskoda
(Estonian Chamber of Commerce and Industry)
Toom-Kooli 17
EE-10130 Tallinn
Tel. (372) 646 02 44
Fax (372) 646 02 45
E-mail: einfo@koda.ee
URL: http://www.koda.ee

HRVATSKA

Mediatrade Ltd
Pavla Hatza 1
HR-10000 Zagreb
Tel. (385-1) 481 94 11
Fax (385-1) 481 94 11

MAGYARORSZÁG

Euro Info Service
Szt. István krt.12
III emelet 1/A
PO Box 1039
H-1137 Budapest
Tel. (36-1) 329 21 70
Fax (36-1) 349 20 53
E-mail: euroinfo@euroinfo.hu
URL: http://www.euroinfo.hu

MALTA

Miller Distributors Ltd
Malta International Airport
PO Box 25
Luqa LQA 05
Tel. (356) 66 44 88
Fax (356) 67 67 99
E-mail: gwirth@usa.net

NORGE

Swets Blackwell AS
Hans Nielsen Hauges gt. 39
Boks 4901 Nydalen
N-0423 Oslo
Tel. (47) 23 40 00 00
Fax (47) 23 40 00 01
E-mail: info@no.swetsblackwell.com
URL: http://www.swetsblackwell.com.no

POLSKA

Ars Polona
Krakowskie Przedmiescie 7
Skr. pocztowa 1001
PL-00-950 Warszawa
Tel. (48-22) 826 12 01
Fax (48-22) 826 62 40
E-mail: books119@arspolona.com.pl

ROMÂNIA

Euromedia
Str.Dionisie Lupu nr. 65, sector 1
RO-70184 Bucuresti
Tel. (40-1) 315 44 03
Fax (40-1) 312 96 46
E-mail: euromedia@mailcity.com

SLOVAKIA

Centrum VTI SR
Nám. Slobody, 19
SK-81223 Bratislava
Tel. (421-7) 54 41 83 64
Fax (421-7) 54 41 83 64
E-mail: europ@tbb1.sltk.stuba.sk
URL: http://www.sltk.stuba.sk

SLOVENIJA

GV Zalozba
Dunajska cesta 5
SLO-1000 Ljubljana
Tel. (386) 613 09 1804
Fax (386) 613 09 1805
E-mail: europ@gvestnik.si
URL: http://www.gvzalozba.si

TÜRKIYE

Dünya Infotel AS
100, Yil Mahallessi 34440
TR-80050 Bagcilar-Istanbul
Tel. (90-212) 629 46 89
Fax (90-212) 629 46 27
E-mail: aktuel.info@dunya.com

ARGENTINA

World Publications SA
Av. Cordoba 1877
C1120 AAA Buenos Aires
Tel. (54-11) 48 15 81 56
Fax (54-11) 48 15 81 56
E-mail: wpbooks@infovia.com.ar
URL: http://www.wpbooks.com.ar

AUSTRALIA

Hunter Publications
PO Box 404
Abbotsford, Victoria 3067
Tel. (61-3) 94 17 53 61
Fax (61-3) 94 19 71 54
E-mail: jpdavies@ozemail.com.au

BRESIL

Livraria Camões
Rua Bittencourt da Silva, 12 C
CEP
20043-900 Rio de Janeiro
Tel. (55-21) 262 47 76
Fax (55-21) 262 47 76
E-mail: livraria.camoes@incm.com.br
URL: http://www.incm.com.br

CANADA

Les éditions La Liberté Inc.
3020, chemin Sainte-Foy
Sainte-Foy, Québec G1X 3V6
Tel. (1-418) 658 37 63
Fax (1-800) 567 54 49
E-mail: liberte@mediom.qc.ca

Renouf Publishing Co. Ltd
5369 Chemin Canotek Road, Unit 1
Ottawa, Ontario K1J 9J3
Tel. (1-613) 745 26 65
Fax (1-613) 745 76 60
E-mail: order.dept@renoufbooks.com
URL: http://www.renoufbooks.com

EGYPT

The Middle East Observer
41 Sherif Street
Cairo
Tel. (20-2) 392 69 19
Fax (20-2) 393 97 32
E-mail: inquiry@meobserver.com
URL: http://www.meobserver.com.eg

MALAYSIA

EBIC Malaysia
Suite 45.02, Level 45
Plaza MBf (Letter Box 45)
8 Jalan Yap Kwan Seng
50450 Kuala Lumpur
Tel. (60-3) 21 62 92 98
Fax (60-3) 21 62 61 98
E-mail: ebic@tm.net.my

MÉXICO

Mundi Prensa México, SA de CV
Río Pánuco, 141
Colonia Cuauhtémoc
MX-06500 México, DF
Tel. (52-5) 533 56 58
Fax (52-5) 514 67 99
E-mail: 101545.2361@compuserve.com

SOUTH AFRICA

Eurochamber of Commerce in South Africa
PO Box 781738
2146 Sandton
Tel. (27-11) 884 39 52
Fax (27-11) 883 55 73
E-mail: info@eurochamber.co.za

SOUTH KOREA

The European Union Chamber of
Commerce in Korea
5th FI, The Shilla Hotel
202, Jangchung-dong 2 Ga, Chung-ku
Seoul 100-392
Tel. (82-2) 22 53-5631/4
Fax (82-2) 22 53-5635/6
E-mail: eucck@eucck.org
URL: http://www.eucck.org

SRI LANKA

EBIC Sri Lanka
Trans Asia Hotel
115 Sir Chittampalam
A. Gardiner Mawatha
Colombo 2
Tel. (94-1) 074 71 50 78
Fax (94-1) 44 87 79
E-mail: ebicsl@slnet.ik

T'AI-WAN

Tycoon Information Inc
PO Box 81-466
105 Taipei
Tel. (886-2) 87 12 88 86
Fax (886-2) 87 12 47 47
E-mail: euitupe@ms21.hinet.net

UNITED STATES OF AMERICA

Bernan Associates
4611-F Assembly Drive
Lanham MD 20706-4391
Tel. (1-800) 274 44 47 (toll free telephone)
Fax (1-800) 865 34 50 (toll free fax)
E-mail: query@bernan.com
URL: http://www.bernan.com

ANDERE LÄNDER
OTHER COUNTRIES
AUTRES PAYS

Bitte wenden Sie sich an ein Büro Ihrer Wahl/Please contact the sales office of your choice/Veuillez vous adresser au bureau de vente de votre choix

Office for Official Publications of the European Communities
2, rue Mercier
L-2985 Luxembourg
Tel. (352) 29 29-42455
Fax (352) 29 29-42758
E-mail: info-info-opoce@cec.eu.int
URL: publications.eu.int

2/2002

16 17 5 TD-AC-03-001-ES-C

Acerca del OEDT

El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) es uno de los organismos descentralizados de la Unión Europea. Se creó en 1993, tiene su sede en Lisboa y es la principal fuente de información sobre drogas y toxicomanías en Europa.

El OEDT recopila, analiza y difunde información objetiva, fiable y comparable sobre las drogas y las toxicomanías, con lo que proporciona a los interesados una imagen basada en datos empíricos del fenómeno de las drogas en Europa.

Las publicaciones del Observatorio constituyen una fuente de información primordial para un gran número de interesados, entre ellos los responsables de la adopción de medidas políticas y sus asesores; profesionales e investigadores que trabajan en el campo de las drogas; y, de manera más general, los medios de comunicación y el público en general.

El Informe anual, una visión general del OEDT sobre el fenómeno de las drogas en los Estados miembros de la UE y Noruega, es un libro de referencia fundamental para quienes deseen conocer los últimos hallazgos sobre las drogas en Europa. La publicación impresa se complementa con una versión electrónica en línea ampliada que puede consultarse en la dirección: **http://annualreport.emcdda.eu.int**

Oficina de Publicaciones
Publications.eu.int

ISBN 92-9168-155-5
9 789291 681556