

1998

Resumen y aspectos más destacados

Informe anual de 1998 sobre el problema  
de la drogodependencia en la Unión Europea



O . E . D . T .

Observatorio Europeo de  
la Droga y las Toxicomanías

## ADVERTENCIA LEGAL

El Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías (OEDT) no se hace responsable real ni implícitamente, como tampoco persona ni empresa alguna que actúe en nombre del OEDT, del uso que se pueda dar a la información que figura en este documento. El contenido de este informe en modo alguno entraña la expresión de opinión alguna por parte del Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías sobre el estatuto de país, territorio, ciudad o zona algunos o de sus autoridades, incluido el trazado de sus fronteras o límites.

Salvo indicación en contrario, esta publicación, incluidas sus recomendaciones o manifestaciones de opinión, no representa la política del OEDT, de sus socios, de cualesquiera Estados miembros de la UE ni de ningún órgano o institución de la Unión Europea o de las Comunidades Europeas.

Existe en Internet abundante información adicional sobre la Unión Europea. Puede accederse a ella a través del servidor Europa (<http://europa.eu.int>) • Asimismo, puede obtenerse información sobre el OEDT en una dirección «web» (<http://www.emcdda.org>).

Este resumen está publicado también en alemán, danés, finés, francés, griego, inglés, italiano, neerlandés, portugués y sueco. Todas la traducciones fueron realizadas por el Centro de Traducción de los Órganos de la Unión Europea.

Al final de la obra figura una ficha bibliográfica.

Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas

ISBN 92-9168-064-8

© Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías, 1998

Reproducción autorizada, con indicación de la fuente bibliográfica

*Printed in Italy*



**O . E . D . T .**

**Observatorio Europeo de  
la Droga y las Toxicomanías**

Rua da Cruz de Santa Apolónia, 23-25  
P-1149-045 Lisboa

## Introducción

El Informe anual de 1998 sobre el problema de la drogodependencia en la Unión Europea es fundamental para lograr el progreso continuo de un conocimiento concertado, sobre cuya base se asentará un enfoque estratégico de las medidas contra la drogadicción dentro y fuera de los Estados miembros de la Unión Europea. El OEDT fomenta y a la vez es reflejo de los avances logrados en la comunicación y en lograr una conciencia compartida sobre la magnitud de los problemas causados por las drogas, así como la idoneidad de marcadores específicos como son los indicadores epidemiológicos a escala nacional e internacional.

La Declaración sobre los principios rectores de la reducción de la demanda de drogas, aprobada por Naciones Unidas en junio de 1998, reza así: «Los programas de reducción de la demanda han de estar basados en una evaluación continua de la índole y magnitud de los problemas del consumo y el uso indebido de drogas y los problemas conexos en la población. Esta evaluación es un imperativo para la identificación de las tendencias que van surgiendo. Los Estados deberán proceder a estas evaluaciones de manera exhaustiva, sistemática y periódica, aprovechando los resultados de los estudios pertinentes, teniendo en cuenta las consideraciones geográficas y aplicando definiciones, indicadores y procedimientos similares en la evaluación del problema de la droga. Las estrategias de reducción de la demanda deberán apoyarse en los conocimientos adquiridos mediante la investigación y en las lecciones derivadas de programas previos. Dichas estrategias deberán tener en cuenta los avances científicos en este campo, de conformidad con las obligaciones dimanantes de los tratados vigentes, a reserva de la legislación nacional, y con el «Plan amplio y multidisciplinario de actividades futuras en materia de fiscalización del uso indebido de drogas». Es exactamente este enfoque el que se refleja en el trabajo del OEDT en general, y en el contenido de su Informe anual en particular.

Cada Informe anual contribuye a adquirir una conciencia creciente de la necesidad de seguimiento, y también de que toda política eficaz estará sujeta a disponer de información satisfactoria y accesible. La OEDT disfruta de un reconocimiento creciente por constituir una valiosa fuente de información, cuya autonomía e independencia política le valen que

sus Informes anuales se consideren documentos clave para entender las características principales de los problemas originados por las drogas, así como las respuestas legales, políticas y sociales a dichos problemas adoptadas dentro de la Unión Europea. No obstante, cada Informe representa también una nueva configuración de los temas centrales relativos a los aspectos estratégicos y prácticos. En el Informe de 1998 esto se hace patente de forma más clara en el capítulo 3.

En este capítulo se examina la situación actual del problema de la drogodependencia en los diez países de Europa Central y Oriental (PECO) que participan en el proyecto PHARE para los candidatos a la adhesión a la UE. Al igual que en los quince Estados miembros, el objetivo del proyecto del OEDT es también doble: informar sobre los indicadores existentes, que proporcionan la imagen más exacta de la problemática de la drogadicción y las respuestas a ella en cada nación, a la vez que animar a los participantes a mejorar la calidad, fiabilidad, comparabilidad y exactitud de la información que recogen. Aunque el Observatorio es consciente de las restricciones habidas en los recursos, el perfeccionamiento gradual de los métodos múltiples de recopilación y difusión de datos sigue siendo fundamental para el objetivo de mejorar la comunicación y la cooperación.

En el capítulo 1 se introduce una nueva distinción entre las tendencias y direcciones actuales, basadas en una combinación de fuentes no oficiales y menos sistemáticas, y los indicadores epidemiológicos, estructurados en torno a definiciones consensuadas, siempre que se disponga de las mismas. De este modo, la sección sobre tendencias actuales permite la incorporación de medidas cualificadas y opiniones bien fundadas sobre acontecimientos recientes, cuyo interés reside en la actualidad de los datos, más que en su exactitud. En contraste, dentro de la sección sobre principales indicadores epidemiológicos, las tendencias reflejadas sobre la drogadicción son algo menos actuales, aunque es más probable que reúnan los criterios científicos de fiabilidad y validez. El objetivo general es emplear métodos diversos, estableciendo una amplia gama de imágenes sobre las actividades en materia de drogas y las respuestas, en lugar de confiar dema-

siado en instantáneas cuya claridad se ve comprometida por el tiempo necesario para procesarlas.

Sin embargo, el objetivo del OEDT de mejorar la calidad global de la información disponible se evidencia en la estructura del capítulo dedicado a la reducción de la demanda, donde se da más importancia a aquellos proyectos que han sido evaluados de forma adecuada. Particularmente el ámbito de la prevención primaria revela una carencia de pruebas científicas, no sólo en Europa, sino internacionalmente, y la intención ha sido presentar no sólo los proyectos que parezcan importantes e indicativos, sino también los que hacen un intento de evaluación satisfactoria. Por lo tanto, a la vez que se tienen plenamente en cuenta nuevos proyectos que puedan arrojar alguna luz, por ejemplo en la educación contra la drogadicción, el enfoque del OEDT consiste en fomentar la innovación aliada a un método sistemático y científico.

En los últimos capítulos se hace particular hincapié en las estructuras financieras existentes. En el capítulo 7 se examina la información disponible sobre el gasto público destinado a combatir los problemas causados por las drogas, apoyada con ejemplos extraídos de las limitadas fuentes de información disponibles. En el capítulo 5 se subrayan los cambios acaecidos en la financiación de la Unión Europea durante el año pasado y, en particular, los cambios en la repartición de la financiación entre dinero invertido dentro de la Unión y el invertido en todo el mundo. El capítulo 6 proporciona una relación actualizada de la actividad global de carácter más general y del trabajo reciente de las principales organizaciones internacionales para combatir los problemas causados por las drogas.

Aunque todavía queda mucho trabajo por hacer, los éxitos del pasado año reivindican claramente el trabajo del OEDT. El papel general del Observatorio se ha ampliado para convertirse en un centro de excelencia en materia de información sobre las toxicomanías, aunque el OEDT también se ha mostrado cada vez más activo en mejorar la base de conocimientos para los responsables de las decisiones estratégicas, los profesionales de la medicina

y los investigadores por igual. El Informe anual, como parte integrante de la actividad de la Unión Europea, no sólo refleja con una precisión y claridad crecientes la situación del problema de la droga en los Estados de la UE, sino que proporciona un análisis cada vez más valioso para iniciar una investigación y evaluación sistemáticas efectuadas comparativamente en la UE y fuera de sus fronteras.

Con todo, somos conscientes de que la UE no puede adoptar una posición más insular que los Estados miembros que la forman, y el OEDT seguirá promoviendo los esfuerzos por colaborar entre estos Estados miembros y las instituciones y organizaciones con un alcance más internacional. El OEDT se encuentra cada vez más en el núcleo de la relación entre los principales informantes nacionales e internacionales a través de sus puntos focales y de la red Reitox.

Nuestro trabajo es esencialmente educativo, progresivo y a priori debemos fomentar la función de recogida, gestión y difusión de la información como base crítica para cualquier decisión estratégica en la materia, y es aquí donde el Informe anual refleja el éxito de los esfuerzos realizados tanto por el OEDT como por los puntos focales nacionales. En cada Informe anual somos conscientes de la repercusión y el número creciente de lectores, así como de las mejoras en la comparabilidad y calidad. Hay un progreso lento y gradual, pero gracias al compromiso continuado y a la buena voluntad de quienes participan en él, tanto la calidad como el alcance seguirán aumentando.

Confiamos en que este Informe les resulte interesante y útil en su trabajo, y que les exhorta a apoyar la labor que el OEDT intenta realizar. Nuestro éxito necesita de su cooperación y somos conscientes de que sin el apoyo y la reacción de los lectores nuestros esfuerzos en pos de claridad y calidad se verían frustrados. Estamos comprometidos con la tarea de mejorar el conocimiento y la información, y esperamos que ustedes se sientan estimulados por nuestro empeño.

**Georges Estievenart**  
Executive Director  
OEDT

## 1. Tendencias, pautas y prevalencia de consumo

Esta sección señala las nuevas tendencias básicas del consumo de drogas y problemas derivados en la Unión Europea, incluye una perspectiva general de la situación de la drogodependencia y resume los principales indicadores epidemiológicos que permiten establecer comparaciones en el ámbito de la prevalencia, las consecuencias, las características y las pautas de consumo y de la oferta. Esta información se basa en dos enfoques con respecto a la recopilación de datos. Los indicadores son más sistemáticos y científicos, aunque menos actuales, mientras que la información sobre las nuevas tendencias es más actual pero necesariamente más cualitativa. Ambos enfoques deben considerarse aspectos complementarios de la presentación de una imagen global más fundada.

Hoy día, la cobertura informativa en el conjunto de la UE sigue siendo incoherente, y las comparaciones directas a veces inducen a error. Incluso disponiendo de información, es preciso tener en cuenta las diferencias culturales y metodológicas entre los Estados miembros. El trabajo del OEDT en torno a la aplicación de indicadores normalizados en la UE mejorará esta situación gradualmente.

### Perspectiva general del consumo de drogas y problemas derivados

**Cannabis:** es la droga ilegal más consumida en la UE, entre el 5 y el 20-30 % de la población lo ha probado y hasta un 40 % del grupo de adultos más jóvenes. Es menos frecuente una drogadicción reciente; entre el 1 y el 9 % de la población adulta y hasta el 20 % de los jóvenes han consumido cannabis en los últimos 12 meses. Tras un rápido aumento entre 1985 y 1994, los niveles de incautación se han estabilizado hace poco. Como su consumo es casi siempre intermitente, el cannabis no suele constituir un grave problema de drogodependencia (representa del 2 al 16 % de los ingresos para recibir tratamiento).

**Drogas sintéticas:** la anfetamina es la segunda droga ilegal más consumida en la mayoría de países (entre el 1 y el 9 % de la población adulta la ha probado y hasta un 6 % del grupo más joven de los adultos), mientras que sólo entre el 0,5 y el 3,0 % de la población adulta ha consumido éxtasis, y según las encuestas escolares y de población los porcentajes referidos a ambas sustancias han aumentado moderadamente con el paso del tiempo. Los fallecimientos ocasionados por las drogas sintéticas

### Nuevas tendencias del consumo de drogas y problemas derivados

**Cannabis:** estable después de un incremento a principios del decenio de los noventa, especialmente en países de mayor prevalencia, cierto aumento en otros.

Crecimiento de las poblaciones que se someten a tratamiento, lo que en parte puede reflejar prácticas de registro y otros factores.

**Anfetaminas:** sigue aumentando, y es probable que en el futuro sea más importante que el éxtasis.

**Éxtasis:** ya no aumenta en los Estados miembros en que apareció antes y la prevalencia es más alta, pero sigue incrementándose en otros. Cierta extensión a otras poblaciones.

**Otras drogas sintéticas:** se ha informado de productos nuevos en algunos Estados miembros, pero no sustituyen a las anfetaminas y al éxtasis.

**Cocaína:** aumento modesto pero constante, aunque la prevalencia sigue siendo baja; el *crack* sigue estando localizado, pero ha habido cierta extensión a círculos selectos.

**Heroína:** en algunos Estados miembros se ha observado el aumento entre consumidores de drogas sintéticas y otras poblaciones jóvenes.

**Pautas de consumo problemáticas:** en algunos países se ha registrado la extensión a pequeñas ciudades y áreas rurales.

**Muertes:** estabilización o descenso en general, aunque con algunas excepciones.

**Enfermedades infecciosas:** disminuyen los nuevos casos de sida gracias a nuevos tratamientos que retrasan el avance de la enfermedad. El sida se está convirtiendo en un indicador de los casos en tratamiento, más que de la infección por VIH.

Estabilización o descenso de la prevalencia de la infección de VIH en la mayoría de países, aunque sigue produciéndose la transmisión entre adultos jóvenes y nuevos toxicómanos por vía intravenosa.

La prevalencia de la infección de hepatitis C sigue siendo muy alta.

son escasos y no se suele solicitar tratamiento. Sin embargo, los consumos problemáticos derivados del consumo de anfetaminas son más frecuentes en Finlandia, Suecia, Bélgica y el Reino Unido, y más comunes entre las personas cuyo consumo es crónico y tiene lugar por vía intravenosa.<sup>(1)</sup>

**Cocaína:** desde 1996 las cantidades incautadas aumentaron drásticamente, aunque esto no parece haber influido en el precio o la disponibilidad. Entre el 1 y el 3 % de los adultos han probado la cocaína, siendo menor el consumo entre niños en edad escolar. No es común un consumo frecuente y problemático y la cocaína se menciona como la droga principal normalmente en menos del 5 % de ingresos para recibir tratamiento, mientras que el abuso de crack, principalmente en grupos que consumen opiáceos, sigue siendo un fenómeno restringido.

**Heroína y otros opiáceos:** aparentemente, las tendencias de la oferta, del consumo y de la depen-

dencia son relativamente constantes, aunque se ha comprobado que existe una nueva generación de jóvenes fumadores de heroína. Entre el 0,2 y el 0,3 % de la población de la UE es adicta a los opiáceos, menos que a otras drogas ilícitas, pero supone unos costes sociales desproporcionados desde el punto de vista de la justicia penal, la salud, el bienestar social y la mortalidad. Según ciertos datos, actualmente el consumo de heroína se difunde en el plano geográfico (de ciudades a áreas rurales) y sociocultural. Los opiáceos son el principal problema de drogodependencia en la mayoría de centros de tratamiento y están relacionados con la mayoría de casos de muerte fulminante por drogas.

**Otras sustancias:** los disolventes suelen ser la segunda sustancia más consumida por los adolescentes. Se ha registrado un aumento entre adultos del abuso de medicamentos, como las benzodiazepinas, a menudo combinados con alcohol.

**Drogas y salud:** la relación más estrecha entre el consumo ilegal y el daño para la salud se da entre

(1) Véase «New trends in synthetic drugs in the European Union» (serie Insights del OEDT).

## Temas clave del futuro

Para el OEDT y los puntos focales nacionales es prioritario mejorar la actualidad y relevancia de la información, para que ésta resulte más útil a los responsables de formular políticas, mediante:

1. La ampliación de la cobertura más allá de las fuentes institucionales y de los estudios de investigación para incluir fuentes menos formales y convencionales.
2. La mejora de los indicadores actuales y una mayor atención al análisis y la utilización de los datos facilitados por estos indicadores.
3. El desarrollo de métodos más innovadores de recopilación, análisis y predicción de datos para identificar, controlar y conocer mejor las nuevas pautas de consumo de drogas.

En el futuro será preciso prestar más atención a varios aspectos.

### Difusión geográfica

Aunque irregularmente, hoy día el consumo de drogas se extiende geográficamente de la ciudad a áreas rurales, lo que tiene implicaciones para la evaluación de necesidades, la prestación de servicios y la formación. Las diferencias de pautas de difusión también pueden mejorar nuestro conocimiento de la distribución de conductas asociadas a la drogodependencia a escala europea, local y regional.

### La cultura juvenil y las drogas

La aparición del éxtasis ilustra claramente la necesidad de analizar las tendencias de la drogodependencia que se

insertan en un contexto de tendencias sociales y económicas más amplias, en particular las relacionadas con la cultura juvenil. Igualmente, es preciso tener en cuenta el papel de los jóvenes en el mercado de consumo de productos de ocio, que incluye las drogas.

### Exclusión social, consumo de drogas, problemas derivados

La exclusión social, la marginación, las minorías y la migración suelen entrelazarse con el tráfico de drogas, el consumo de drogas y los problemas derivados, aunque la relación no es ni sencilla ni unidireccional. Para desarrollar estrategias eficaces que respondan a los problemas de la drogodependencia se necesitan análisis más amplios y meticulosos.

### Drogodelincuencia y seguridad pública

Los informes nacionales apenas facilitan información al respecto, pero según un proyecto piloto del OEDT de 1996 existe bastante información local, aunque posiblemente sea difícil dar con ella. Si se pretenden abordar cuestiones sobre drogodelincuencia o medidas de seguridad pública, entonces es preciso mejorar la disponibilidad y la calidad de la información.

### Mercados de drogas, disponibilidad y oferta

El principal foco de atención del trabajo epidemiológico del Observatorio ha sido la demanda de drogas. Seguirá siendo un tema central, pero será necesario prestar más atención a la oferta y a los mercados de drogas, donde convergen la demanda y la oferta.

los consumidores por vía intravenosa. Este grupo de consumidores tienen más probabilidades de contraer enfermedades de transmisión sanguínea (sida, hepatitis). Aunque la tasa de sida se ha estabilizado, el nivel extremo de casos de hepatitis puede tener graves implicaciones para la salud pública.

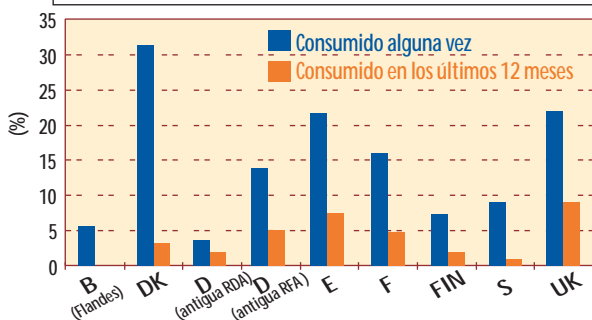
En general, el número de muertes fulminantes por drogas está estabilizado o desciende, con algunas excepciones.

## Indicadores de prevalencia, consecuencias y pautas de consumo

### Encuestas entre la población en general

- Existen diferencias entre países, pero deberían analizarse con cautela a causa de factores metodológicos, de muestreo y contextuales.
- Entre el 5-7 % de la comunidad flamenca en Bélgica, así como en Finlandia, y el 20-30 % de los encuestados de Dinamarca, España y el Reino Unido indican que han consumido cannabis a lo largo de toda su vida, registrándose niveles más

Gráfico 1. Consumo de cannabis entre la población adulta



altos entre el grupo de adultos más jóvenes (entre el 10 y el 40 %). Quienes a lo largo de su vida han consumido anfetaminas oscilan entre el 1 y el 9 %, los que han consumido cocaína entre el 1 y el 3 %, y éxtasis entre el 0,5 y el 3 %. Todas las cifras aumentan cuando se refieren al grupo más joven de los adultos.

- En cuanto al consumo reciente (en los doce últimos meses), entre el 1 y el 9 % mencionan el cannabis; el índice más bajo se ha registrado en la antigua Alemania Oriental, Finlandia y Suecia, y el más alto en España y el Reino Unido.

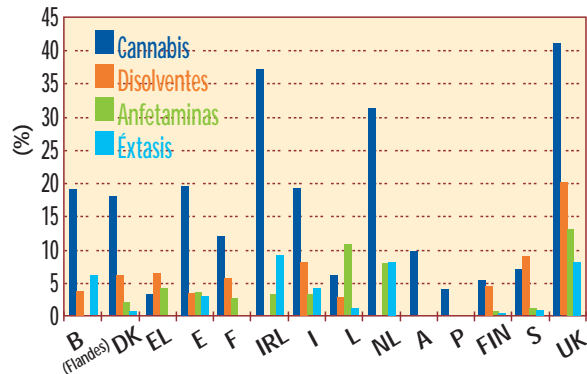
### Encuestas escolares

- En este grupo de edades, las variaciones de edad y de contexto social pueden influir sobre los resultados de forma sustancial —por ejemplo, en Finlandia, el 5,5 % de personas de 15 a 16 años afirmaron haber consumido cannabis a lo largo de su vida; en el mismo año, el 30 % de personas

de 17 y 18 años residentes en Helsinki declararon haber consumido cannabis alguna vez—. Por ello, es preciso interpretar las encuestas escolares con cautela.

- Entre los adolescentes de 15 y 16 años, el con-

Gráfico 2. Consumo de drogas entre los estudiantes de primaria de 15-16 años (consumido en alguna ocasión)



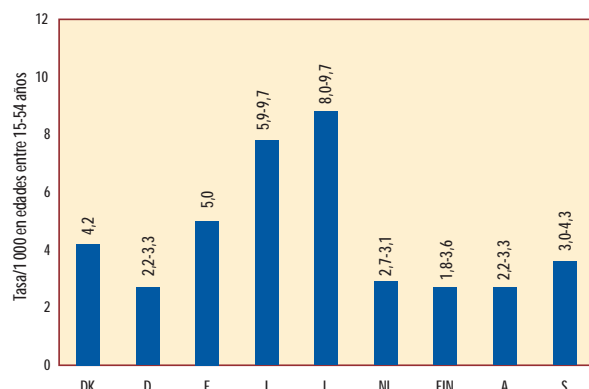
sumo de cannabis varía del 3-4 % (Finlandia y Portugal) al 40 % (Irlanda y Reino Unido). En la mayoría de países, los disolventes son la segunda sustancia más común, cuyo consumo oscila entre el 3 % aproximadamente (Bélgica, Luxemburgo y España) y el 20 % del Reino Unido.

- Del 2 al 13 % de los adolescentes de 15 y 16 años han consumido anfetaminas, del 1 al 9 % éxtasis y del 1 al 10 % LSD. Las cifras más bajas se refieren a la cocaína (1-3 %) y a la heroína (1-2 %).
- Los datos sobre tendencias reflejan un crecimiento gradual del consumo de cannabis a lo largo de la vida, un aumento del consumo de anfetaminas y éxtasis y un pequeño incremento de la cocaína.

### Cálculos del consumo problemático de drogas

- Los cálculos a escala local son más fiables que a escala nacional porque a veces existen grandes

Gráfico 3. Estimaciones sobre la prevalencia nacional en el consumo problemático de drogas



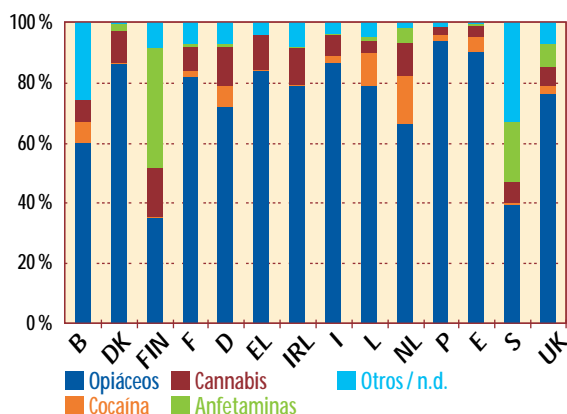
diferencias de prevalencia en un país y por la falta de datos nacionales.

- Los cálculos del consumo problemático de drogas relativos a diferentes ciudades de Europa oscilan entre 1,8 y aproximadamente 30 (22-39)/1000 habitantes de 15 a 54 años en pequeñas ciudades y entre 3,5 (3,2-3,9) y 14,1/1 000 en ciudades más grandes. Aunque los estudios difieren en cuanto a los métodos y las definiciones, en general estas cifras sugieren diferencias reales de prevalencia en el consumo problemático de drogas.
- Los cálculos referidos a países no varían tanto, oscilando entre 3 (1,8-3,6) y aproximadamente 9 (8,0-9,7)/1 000 habitantes de 15 a 54 años.
- El tipo de consumo problemático de drogas difiere entre países. La adicción más alta a los opiáceos se da en los países del sur y el oeste de Europa y la inyección de anfetaminas es más frecuente en los países nórdicos.

#### Población tratada

- Los datos sobre demanda de tratamientos constituyen un indicador indirecto y útil del consumo problemático de drogas; según estos datos, los opiáceos representan el 70-95 % de los ingresos para recibir tratamiento de todos los países excepto Finlandia (35 %) y Suecia (38 %). En estos últimos, los problemas asociados a las anfetaminas son muy comunes.
- Menos del 5 % de las personas que solicitan tratamiento mencionan la cocaína, aunque este porcentaje aumenta en Luxemburgo al 11 % y al 14 % en los Países Bajos. Muchos consumidores de opiáceos consideran que el consumo de cocaína es el segundo más problemático.
- Entre el 2-16 % de casos en tratamiento se

Gráfico 4. Sustancias estupefacientes para las que hubo mayor demanda de tratamiento en diferentes Estados de la UE



deben al cannabis. En la mayoría de países la proporción varía del 2 % a aproximadamente el 10 %, aunque alcanza el 13 % en Alemania y el 16,5 % en Finlandia.

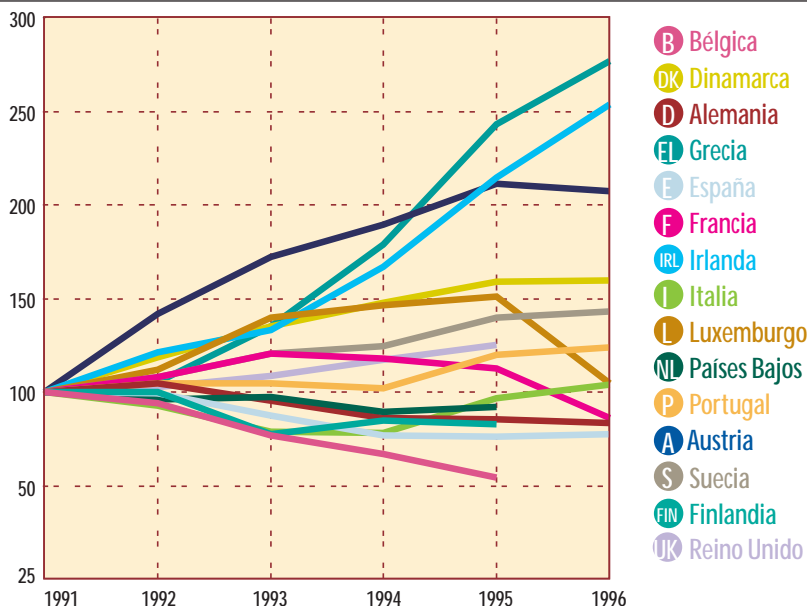
- Las anfetaminas son la causa del 1 al 2 % de los ingresos a tratamiento en la mayoría de países, pero en Finlandia el porcentaje asciende al 39,5 % y al 24,4 % en la comunidad flamenca de Bélgica.
- La mayoría de las personas que solicitan tratamiento son varones (70-90 %) de 20 a 30 años de edad. La media de edad de los consumidores de droga en tratamiento sigue aumentando ligeramente en casi todos los países.
- La prevalencia de pacientes que se inyectan y han sido admitidos a tratamiento varía sustancialmente de un país a otro, desde el 10-15 % a más del 80 %. La proporción de personas que se inyectan está disminuyendo en la mayoría de los países.

#### Muertes relacionadas con la droga y mortalidad de los consumidores de droga

- Es difícil establecer comparaciones debido a los diferentes tipos y procedimientos de registro en los distintos países. Actualmente, el OEDT intenta mejorar la comparabilidad de estos datos.
- Los consumidores de opiáceos por vía intravenosa corren un riesgo de mortalidad 20 a 30 superior que la población en general de su misma edad (por sobredosis, infección de VIH, suicidio y accidente).
- La mayoría de muertes por intoxicación grave se asocian a los opiáceos, aunque frecuentemente también al alcohol y a las benzodiazepinas.
- Aunque las muertes causadas por el éxtasis han recibido mucha publicidad, el número de muertes relacionadas con las drogas sintéticas es menor.
- Tras los marcados aumentos previos, en la mayoría de países de la UE se ha estabilizado o ha disminuido el número de muertes fulminantes asociadas a la droga, aunque continúan aumentando en algunos países.
- Es complicado interpretar los cambios de las tasas de mortalidad debido a las nuevas pautas de consumo, que pueden o no derivar de intervenciones selectivas. Además, cualquier variación en definiciones y procedimientos de registro de datos puede interferir con las tendencias reales.



Gráfico 5. Tendencias en el número de fallecimientos relacionados con el consumo de drogas en los países de la UE (1991-1996)  
Medias móviles de 3 años indexadas (1991=100)



Las cifras absolutas sobre fallecimientos repentinos relacionados con drogas no pueden compararse directamente entre diversos países debido a diferentes definiciones y métodos de recogida de datos. Nótese que se presentan tendencias y no cifras.

Gráfico 6. Incidencia del sida en consumidores de drogas por vía intravenosa, en los Estados miembros de la UE

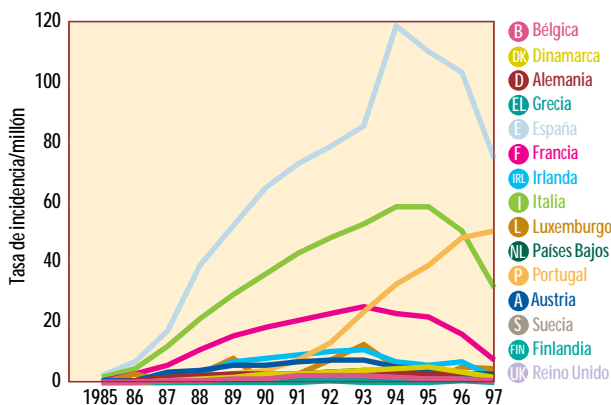
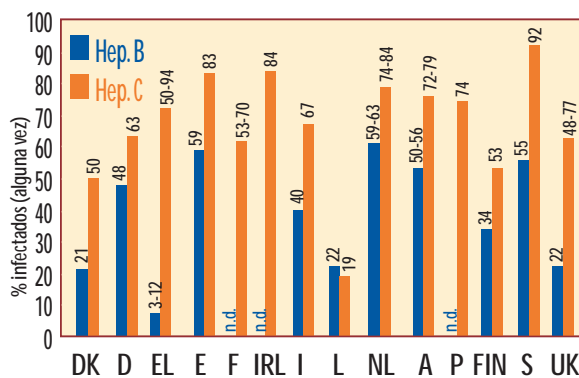


Gráfico 7. Infección por hepatitis B y C entre consumidores de drogas por vía intravenosa en la UE



n.d. = datos no disponibles.

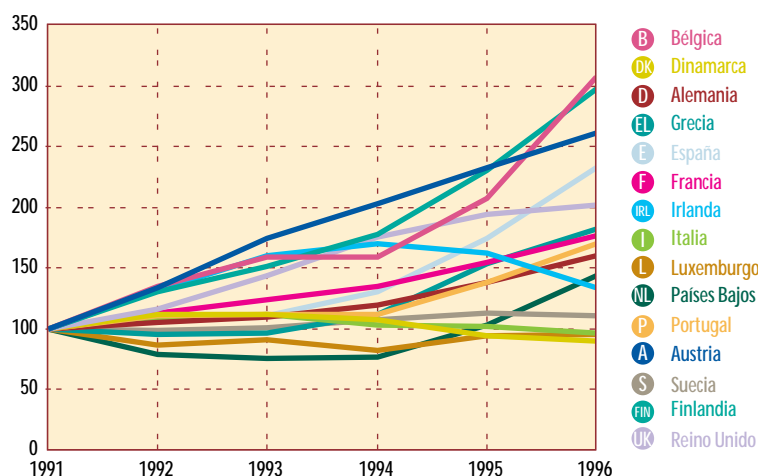
**Enfermedades infecciosas asociadas a la droga**

- Los índices de infección de VIH en consumidores de drogas por vía intravenosa oscilan entre 0 % y el 30 % en un mismo país, región y ciudad, y entre varios países, regiones y ciudades. La explicación de estas diferencias tiene que ver con el momento de la introducción del virus, el impacto y la oportunidad de las intervenciones y con el cambio de conducta de los consumidores por vía intravenosa (CVI).
- La prevalencia del VIH entre los CVI es estable o descende en todos los países de la UE; no obs-

tante, los CVI jóvenes siguen contrayendo infecciones.

- Hoy día, los porcentajes de nuevos casos de sida disminuyen drásticamente debido a los nuevos tratamientos que retrasan la aparición de la enfermedad. Esto convierte al sida en un indicador de los casos en tratamiento, más que de la infección por VIH.
- La prevalencia de la hepatitis B oscila del 3 al 75 %, mientras que la hepatitis C registra porcentajes superiores al 90 % incluso en países con índices bajos de VIH.

Gráfico 8. Arrestos debidos a delitos relacionados con la droga en los Estados de la UE entre 1990-1996  
Medias móviles de 3 años indexadas (1991=100)



- Se han calculado 500 000 CVI infectados por hepatitis C en la UE, lo que puede tener implicaciones importantes para las futuras necesidades sanitarias.

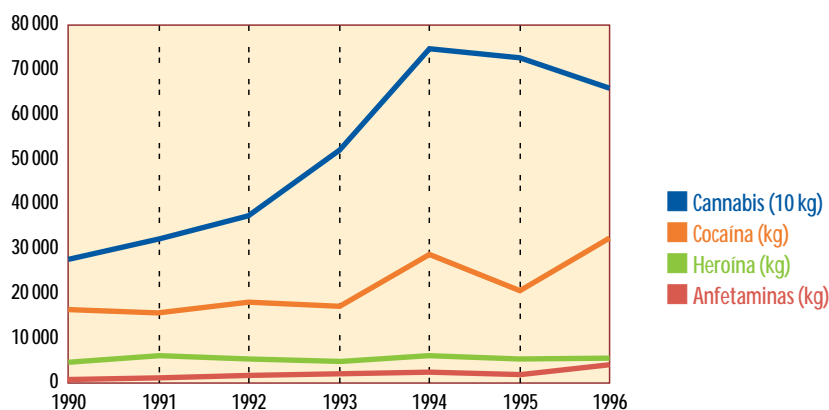
#### Indicadores del sistema de justicia penal

- Estos datos se refieren a las intervenciones represivas, por lo que varían de acuerdo con las diferencias de legislación, procedimientos de registro y recursos y prioridades policiales de los Estados miembros.
- Desde 1985 han aumentado las detenciones en todos los países, más del cuádruple en Bélgica, Finlandia, Grecia, Portugal, España y el Reino Unido. En los últimos años, estos aumentos se

han acelerado en muchos países, aunque en Dinamarca, Irlanda, Italia Suecia y el Reino Unido se han estabilizado o reducido. En los países que proporcionaron estos datos de entre todos los delitos que terminan en detención predominan los delitos relacionados con el consumo, entre un 65 % a más de un 85 %. El cannabis es la droga preponderante en todos los países citados, a excepción de Italia, Países Bajos y Suecia.

- Pocos países disponen de información fiable sobre el consumo de droga en las prisiones y el tipo de datos varía mucho, pero según los cálculos los consumidores de droga representan entre el 25 y el 70 % de la población encarcelada,

Gráfico 9. Cantidades de cannabis, heroína, cocaína y anfetaminas aprehendidas en los Estados de la UE entre 1990-1996

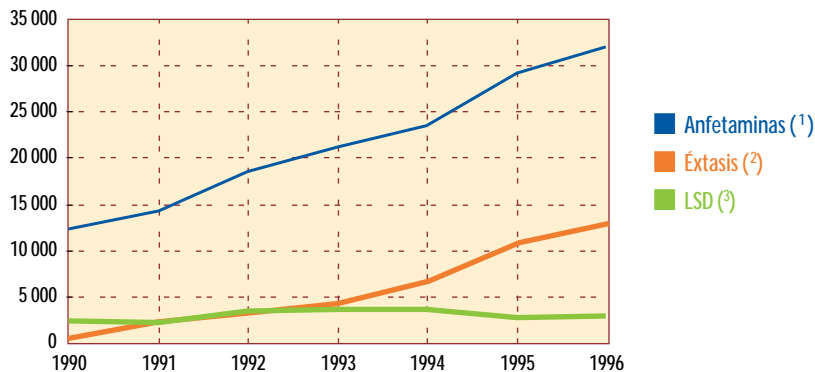


del 20 al 50 % si consideramos a los consumidores problemáticos.

- Cannabis: la cantidad total aprehendida ha permanecido estable en los últimos años, siendo España donde en 1997 se registraron las mayores cantidades. En la mayoría de países, la cifra de

aprehensiones de cannabis sigue aumentando, contrariamente a las cantidades aprehendidas. El cannabis ha sido objeto del mayor número de incautaciones en comparación con las demás drogas. Parece que el precio del cannabis ha alcanzado un estabilidad relativa.

Gráfico 10. Número de aprehensiones de drogas de síntesis en Estados seleccionados dentro de la UE, en el período 1990-1996



(1) Austria, Bélgica, Dinamarca, Francia, Alemania, Irlanda, Italia, Luxemburgo, España, Suecia, Reino Unido.

(2) Austria, Bélgica, Dinamarca, Francia, Irlanda, Italia, Luxemburgo, España, Suecia, Reino Unido.

(3) Austria, Bélgica, Dinamarca, Francia, Alemania, Irlanda, Italia, Luxemburgo, España, Suecia, Reino Unido..

N.B.: Para Bélgica, Irlanda y el Reino Unido, los datos que faltan relativos a 1996 y 1997 se han extrapolado a partir de la tendencia general en otros países.

- Heroína: desde 1991 las cantidades han fluctuado en torno a las 5 y 6 toneladas, y las mayores incautaciones corresponden a Alemania y el Reino Unido. Tras un continuo aumento entre 1985 y 1992, recientemente el número de incautaciones se ha estabilizado. El precio de la heroína varía significativamente dentro de cada país y entre países, pero parece estable. El grado de pureza varía de menos del 25 % a más de un 40 %.
- Cocaína: se han producido significativos incrementos de la cantidad y el número de incautaciones de cocaína desde 1994, y las mayores incautaciones de 1997 corresponden a España. El precio de la cocaína se ha estabilizado relativamente en la mayoría de países, y en general la pureza es superior al 50 %.
- Drogas sintéticas: las cantidades de Anfetaminas y Éxtasis incautadas experimentaron un rápido aumento a principios del decenio de los noventa, y en 1996 las incautaciones de Éxtasis se in-

crementaron drásticamente. En el Reino Unido, Países Bajos y Alemania se han registrado las mayores cantidades aprehendidas. Las incautaciones de LSD son menos comunes. El precio de las Anfetaminas y el Éxtasis ha ido en descenso recientemente, mientras que la pureza puede variar considerablemente para ambos.

### Conclusiones

La tendencia a un consumo de drogas múltiple, que incluye el alcohol y medicamentos utilizados para usos no médicos, así como el creciente perfil de las Anfetaminas, requieren una evaluación rápida y cuidadosa y una planificación de servicios flexible y abierta. Además, es preciso ampliar el foco de atención para incorporar los sustratos interpersonales, culturales y demográficos del consumo experimental y del consumo problemático de sustancias. Por último, hay que mejorar la calidad de los datos para poder orientar las intervenciones con más rapidez y evaluarlas con mayor exactitud.

## 2. Reducción de la demanda

La definición dada por el OEDT de la reducción de la demanda engloba todas las actividades de los sistemas sanitario, social, educativo y judicial encaminadas a evitar el consumo de drogas, a ayudar y a tratar a los consumidores de drogas, a reducir las consecuencias perjudiciales del consumo de drogas y a promover la (re)inserción social de los ex consumidores. La reducción de la demanda se dirige a las personas, familias, grupos y comu-

nidades como base de un enfoque social más amplio del abuso de sustancias, en el cual la cooperación entre organismos oficiales, personas y grupos comunitarios es un requisito previo indispensable.

Las tendencias generales reflejan una diversificación en el área de la prevención, mediante una estrategia bidireccional: amplia promoción educativa y sanitaria dirigida a la población en general y

complementada por acciones concretas dirigidas a grupos vulnerables y de riesgo. La asistencia a los consumidores de drogas adopta con una frecuencia creciente la forma de distintos servicios orientados a casos individuales, mientras se busca la coordinación simultánea de los servicios existentes y la mejora de las estructuras de cooperación.

En el informe de 1997, el OEDT se centra en proyectos e intervenciones suficientemente evaluados, considerándolos un criterio de calidad para determinar la relevancia de las políticas. El hecho de que no se evalúen muchos proyectos y programas va en detrimento de la calidad en la reducción de la demanda. Entre las principales áreas de actividad de 1997 se han incluido:

**Prevención:** se incide cada vez más en emprender programas educativos en una fase temprana como medio para establecer factores de protección contra el consumo de drogas posterior. Estos programas se basan en una lógica de prevención del consumo de droga en el contexto de una vida sana, y amplían el foco de atención a la familia, la escuela y la comunidad como factores clave. Sin embargo, escasean los programas de prevención integrales de carácter comunitario. Los resultados de las evaluaciones reflejan la mejora de las relaciones interpersonales, la autonomía y la resistencia a la presión del entorno como factores de protección cruciales. Los proyectos realizados en grupos entre compañeros han resultado útiles para incorporar una prevención básica a las actividades de tiempo libre de los jóvenes. Aunque se han evaluado poco las campañas de los medios de comunicación, algunos datos reflejan que pueden incrementar la sensibilización. Internet se utiliza cada vez más para divulgar información.

Si bien ya se ha dedicado mucho esfuerzo en este sentido, la clave para avanzar en el futuro es la coordinación y la participación comunitarias, respaldadas por unos criterios precisos para evaluar los objetivos y la influencia de los proyectos (mediante la evaluación de procesos y la investigación de resultados). La población destinataria son los jóvenes considerados en situación «de riesgo» y la comunidad en general.

**Intervención temprana y grupos de riesgo:** en toda la UE hay un interés creciente por reducir el daño entre los grupos que experimentan con el éxtasis y otras drogas en las discotecas. Las medidas específicas comprenden directrices para «festivales seguros», que incluyen agua potable gratis, áreas de

descanso, información y asesoramiento, así como la prestación de servicios de pruebas in situ.

Las estrategias de proyección exterior han accedido a grupos «de riesgo» y marginados, a menudo en el contexto de redes naturales de apoyo social. Este hecho ha dado resultados alentadores tanto en el cambio de conductas de salud y de riesgo, en el contexto de una estrategia de reducción del daño, como para el acercamiento a grupos que experimentan con drogas en una fase temprana.

Se ha empleado una serie de estrategias de reducción de la demanda y del daño para minimizar los riesgos derivados del consumo de sustancias entre jóvenes. Estas estrategias incluyen medidas de seguridad en festivales, enfoques de proyección exterior y proyectos comunitarios que intentan movilizar los recursos locales en la lucha contra el daño asociado a la droga.

**Prevención de enfermedades infecciosas:** las medidas de reducción del daño han desempeñado un papel importante a la hora de combatir la propagación del VIH. Se ha combinado una serie de estrategias —prescripción de mantenimiento con sucedáneos como la metadona, programas de intercambio de jeringuillas y agujas, servicios de fácil acceso («de bajo umbral») y campañas educativas e informativas— para influir positivamente en una serie de países de la UE. No obstante, no hay datos de incidencia en la transmisión de la hepatitis C. También preocupa la infección por tuberculosis entre los consumidores de droga.

Se ha demostrado la posibilidad de prevenir la propagación de enfermedades infecciosas entre las poblaciones que consumen droga si se pone en práctica una serie de estrategias de reducción del daño. Aunque la gama disponible es amplia, es probable que incluya tratamientos de sustitución, programas de intercambio de agujas y jeringuillas, prestación de asistencia posterior y una serie de servicios adaptados de fácil acceso.

**Programas de sustitución y tratamiento:** en muchos países, el aumento de la disponibilidad de programas de sustitución ha venido acompañado de la necesidad de una prestación constante y de indicadores precisos de la eficacia (más abajo se indican estimaciones de prescripción de sucedáneos de los Estados miembros). Aunque se reconoce la eficacia de la metadona desde el punto de vista de la salud y la integración social, es posible que la creciente práctica de tratamientos de sustitución haya planteado cuestiones sobre el control de calidad.

Tabla 1. Cifras estimadas en tratamientos de sustitución (generalmente, metadona)

Estado miembro	Cifras estimadas	Comentario
Bélgica	6 617	
Dinamarca	2 400	
Alemania	60 000	40 000 metadona/20 000 codeína
Grecia	400	
España	51 000	
Francia	46 700 - 56 700	41 000 - 51 000 Subutex /5 700 metadona
Irlanda	3 000	
Italia	40 864	
Luxemburgo	158	
Países Bajos	11 676	
Austria	2 966	
Portugal	2 324	2 007 metadona/317 LAAM
Finlandia	200	
Suecia	600	
Reino Unido	28 776	Adictos registrados que reciben tratamiento de sustitución (1996)
<b>Total</b>	<b>Más de 265 664</b>	

Además de la metadona, en varios países europeos se están explorando una serie de alternativas: LAAM, buprenorfina y heroína con receta. Todos los países de la UE reconocen la importancia de una serie de opciones de tratamiento de sustitución y sin drogas para pacientes externos e internos, adaptadas a las necesidades individuales. También se reconoce ampliamente la necesidad de una asistencia posterior eficaz y de cooperación entre servicios e instalaciones de tratamiento y responsables de prestar servicios sanitarios y sociales. Por último, se estima necesario prestar una atención sanitaria básica a los consumidores de drogas, y se han desarrollado programas de colaboración con médicos de medicina general y hospitales.

Es preciso evaluar con más detalle la eficacia de las intervenciones entre los Estados miembros y en cada uno de ellos. Aunque sabemos que los tratamientos de drogodependencia funcionan, deberían adaptarse a las necesidades individuales y ofrecerse

en un marco más amplio de participación comunitaria y asistencia posterior.

**Política judicial:** además de su papel tradicional en la reducción de la oferta, la policía participa cada vez más en la reducción de la demanda y en la educación, así como en estrategias de apoyo a la colaboración comunitaria. Todos los miembros de la UE facilitan alternativas al encarcelamiento de drogodelincuentes, basadas en la desviación personal de la cárcel al tratamiento o a la realización de trabajos comunitarios. Una serie de proyectos han explorado la formación y la rehabilitación como alternativas, mientras que en algunos países se obliga a los drogodelincuentes a someterse a tratamiento. Aunque es complicado establecer comparaciones entre la prevalencia de los consumidores de drogas en la cárcel debido a la diferencia de definiciones y criterios relativos a la toxicomanía, en general se sitúa entre el 15 y 50 %. Los programas sin drogas y de sustitución son cada

vez más frecuentes en las cárceles y ya han cosechado algunos éxitos.

Se reconoce ampliamente la necesidad de alternativas al encarcelamiento de los consumidores de droga, especialmente si se trata de la primera infracción o un delito menor, y las opciones de tratamiento en la cárcel pueden complementar las alternativas al encarcelamiento. Estos programas han sido rentables y han constituido mecanismos receptivos para facilitar alternativas a la escalada del consumo (y la consiguiente preocupación por la salud pública), que se produce cuando se encarcela sin más a los drogodependientes.

**Grupos-objetivo concretos:** una serie de países han reconocido la necesidad de enfoques de la prevención específicos por sexo, mientras que los servicios que abordan las necesidades de tratamiento específicas de mujeres —maternidad, violencia sexual y prostitución— son cada vez más comunes en toda Europa. Algunos países han intentado abordar las necesidades de los toxicómanos proce-

dentos de entornos étnicos y culturales particulares. Por último, la asistencia a los hijos de los consumidores también ha adquirido importancia en los programas de prevención y tratamiento.

La necesidad de abordar con sensibilidad los problemas provocados por la drogodependencia ha llevado a desarrollar servicios especializados y opciones de tratamiento para personas con necesidades específicas: mujeres, grupos étnicos y padres e hijos de toxicómanos.

Para concluir, los logros de 1997 justifican el trabajo anterior de incidir en la necesidad de una colaboración comunitaria como base para el tratamiento y la prevención del consumo abusivo de sustancias, y la evaluación adquiere mayor importancia como pauta para medir la eficacia. Aunque todo el trabajo en curso es admirable y efectivo a escala local, la coordinación y la cooperación en cada Estado miembro y entre los mismos a través del diálogo y la evaluación son fundamentales para lograr un alto nivel constante en la prestación de servicios.

### 3. Naturaleza y alcance del consumo de drogas en Europa Central y Oriental

Los países en cuestión son: Albania, Bosnia-Herzegovina, Bulgaria, República Checa, Estonia, la Antigua República Yugoslava de Macedonia, Hungría, Letonia, Lituania, Polonia, Rumanía, la República Eslovaca y Eslovenia. El análisis del ESPAD («European school-survey project»: proyecto europeo de encuestas escolares), realizado en 1995 bajo los auspicios del Grupo Pompidou del Consejo de Europa, incluía siete

PECO (República Checa, Estonia, Hungría, Lituania, Polonia, República Eslovaca y Eslovenia) y facilitaba información valiosa sobre el consumo de drogas entre estudiantes de 15 y 16 años de estos países.

#### Pautas de consumo históricas y actuales

El consumo de drogas ilegales en los PECO no fue motivo de preocupación hasta después de los cambios políticos de principios del decenio de los noven-

**Tabla 2.** Consumo de cannabis durante el período vital entre escolares (15 y 16 años)

País	Tamaño de la muestra	Consumo (%)	
		Chicos	Chicas
República Checa	2 962	25	18
Estonia	3 118	10	5
Hungría	2 571	5	4
Lituania	3 196	2	1
Polonia	8 940	2	5
República Eslovaca	2 376	12	6
Eslovenia	3 306	4	12

ta. Sin embargo, algunos países (Polonia, Hungría, Eslovenia y la antigua Checoslovaquia) ya habían reconocido anteriormente que el consumo de drogas ilegales era un problema, y desarrollaron estrategias apropiadas de investigación y tratamiento.

A finales del decenio de los setenta, en algunos PECO (Checoslovaquia, Polonia, Lituania, Letonia, Bulgaria y Hungría) se registró un consumo intravenoso de drogas de producción casera. En este mismo período, el abuso de fármacos en Hungría, la antigua Checoslovaquia, Polonia y, en menor medida, Bulgaria, era común. Más recientemente, también se ha conver-

tido en un problema en Albania, Bosnia-Herzegovina y la Antigua República Yugoslava de Macedonia. Los cambios políticos acaecidos en la región a principios del decenio de los noventa han acarreado un aumento no sólo del tráfico de drogas a través de muchos PECO, sino también del consumo interior de drogas importadas.

#### Tendencias específicas de drogas concretas

En el análisis del ESPAD de 1995 destacaba el cannabis como la droga de consumo más frecuente

**Tabla 3. Porcentaje de usuarios que consumen principalmente heroína en diversas ciudades de algunos PECO**

País	Ciudad	Tratamiento solicitado	Heroína como droga principal (1996)		Inyección IV (1994-96)	
			%	Tendencia	%	Tendencia
Bulgaria	Sofía	449	95	creciente	63	decreciente
Bulgaria	Varna	70	86	creciente	73	estable
Rep. Checa	Praga	634	38	creciente	72	estable
Hungría	Szeged	378	52	estable	50	creciente
Polonia	Gdansk	955	77	estable	77	estable
Polonia	Varsovia	1 023	57	decreciente	59	decreciente
Rep. Eslovaca	Bratislava	829	95	estable	86	creciente
Eslovenia	Ljubljana	139	69	estable	84	decreciente

Solicitud de tratamiento-heroína/opiáceos (M. Stauffacher, noviembre 1997). P-PG/Epid (97) 24/borrador.

entre adolescentes y el grupo más joven de adultos en los siete PECO participantes.

Según la misma encuesta, los disolventes son la segunda sustancia más prevalente de abuso. Desde principios del decenio de los noventa, en muchos PECO ha aumentado el consumo de heroína (Bulgaria, República Checa, la Antigua República Yugoslava de Macedonia, Hungría, República Eslovaca y Eslovenia). Tendencias más recientes reflejan un cambio gradual a la inyección de heroína importada (véase la tabla 3). El consumo de fármacos combinados con drogas ilegales se ha convertido en práctica común en los últimos años en Bulgaria, Bosnia-Herzegovina,

la Antigua República Yugoslava de Macedonia, Hungría, República Eslovaca y Eslovenia. El nivel de consumo de cocaína sigue siendo bajo, aunque las incautaciones reflejan un aumento del tráfico en Polonia, República Checa, Hungría y Rumanía.

#### La respuesta jurídica

Los PECO se esfuerzan por adaptar su legislación al cumplimiento de las normas de la UE en materia legislativa. Todos han aprobado una nueva legislación en el ámbito de la drogodependencia (la mayoría de 1996 en adelante). La producción y el tráfico de drogas constituyen un delito penalizado en todos

los países, pero no así, en general, el consumo de drogas ilegales. Todos los países, excepto Albania, han firmado los tres Convenios de la ONU sobre estupefacientes, sustancias psicotrópicas y el tráfico ilegal, y los han ratificado, a excepción de Estonia, que todavía no ha ratificado el Convenio de 1988.

#### Organismos interministeriales

Todos los países, excepto Bosnia-Herzegovina y Rumanía, han establecido un organismo interministerial de drogodependencia para planificar y coordinar los esfuerzos de control del consumo de drogas entre los diferentes Ministerios (el organismo interministerial en Albania no es operativo). Estos grupos han asumido la responsabilidad de preparar una nueva legislación, proyectos, informes y programas nacionales sobre drogas. El resultado ha sido la aprobación de un programa nacional, exhaustivo y multidisciplinario sobre el consumo de drogas en varios PECO.

#### Reducción de la demanda de drogas

La historia de la reducción de la demanda de drogas varía en toda la región. Se ha aplicado a lo largo de dos decenios en Polonia y solamente durante unos pocos años en Rumanía. En general, la reducción de la demanda de drogas sigue teniendo poca importancia en la mayoría de los PECO, que asignan en su mayor parte más recursos a la represión (reducción de la oferta).

Predomina el tratamiento en entornos hospitalarios, por parte de psiquiatras y otros profesionales de la

salud. En la mayoría de los PECO, únicamente en las ciudades más grandes se dispone de servicios de tratamiento. En casi todos estos países, actualmente se desarrollan a un ritmo rápido tratamientos sin drogas para pacientes externos y a largo plazo para pacientes internos.

La prevención es una prioridad fundamental en casi todas las estrategias y programas nacionales, que incluyen la promoción sanitaria y educativa en las escuelas.

En los últimos años se han añadido servicios de proyección exterior y de reducción del daño a las estrategias de reducción de la demanda. La disponibilidad de programas de sustitución (mantenimiento con metadona) y de intercambio de agujas ha aumentado en toda la región. A pesar del aumento, la disposición de estas opciones de reducción del daño sigue siendo escasa, incluso en las grandes ciudades.

Las organizaciones no gubernamentales siguen en su mayor parte infrautilizadas y mal dotadas de fondos. Las principales necesidades consisten en fortalecer la capacidad y el rendimiento, ampliar los fondos y mejorar la comunicación y la cooperación con organizaciones oficiales.

#### Drogas sintéticas

Casi todos los países registran un aumento de las incautaciones, pero los informes sobre el consumo siguen siendo en gran medida anecdóticos.

## 4. Estrategias nacionales

Los cambios legislativos deben interpretarse en el contexto de un enfoque equilibrado entre las actividades de reducción de la demanda y de la oferta y el papel de las sanciones alternativas, y de enfoques de cooperación a la hora de abordar los problemas de la drogodependencia en la UE.

Se esbozan desarrollos legislativos concretos que inciden especialmente en la distinción entre enfoques médicos y terapéuticos, frente a la lucha contra la criminalidad relacionada con el tráfico de drogas y una respuesta concreta al control del cannabis, que ha destacado como foco de atención del debate público y privado en 1997 en todos los Estados miembros. Algunos países de la UE toleran el consumo y la posesión de cannabis en casos aislados y en determinadas circunstancias, mientras que, en la práctica, otros aplican sanciones menos severas por infracciones relacionadas con el cannabis. Todos los

Estados miembros han decidido combatir la criminalidad ligada al consumo del cannabis.

La controversia del cannabis se sitúa en las estructuras nacionales, donde las respuestas jurídicas son específicas de cada droga o genéricas, es decir, la respuesta jurídica es la misma para todas las drogas ilegales. No obstante, incluso los países cuyas leyes no distinguen entre sustancias tienden a contar con procedimientos de aplicación adaptados a las circunstancias y al tipo o cantidad de la sustancia ilegal en cuestión. Por ello, en ciertos países europeos las sanciones están, en parte, determinadas por la clasificación de la incautación en una de tres bandas cuantitativas, y es más probable que la posesión de pequeñas cantidades para consumo personal acarree una amonestación o cualquier medida alternativa, y no un procesamiento. La tabla 4 destaca la política de los Estados miembros relativa al consumo de cannabis.



Tabla 4. Medidas legales relativas al cannabis

<b>Bélgica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La posesión y cultivo para uso personal corren menos riesgos de ser castigados.</li> <li>• Consumirlos en público, incitar a su uso, vender o traficar siguen siendo delitos graves.</li> </ul>
<b>Dinamarca</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No existe distinción formal entre drogas.</li> <li>• Una primera infracción se anota en el Registro Central de Antecedentes Penales.</li> <li>• Los delitos posteriores dan lugar a multas o a condenas.</li> <li>• Recomendación de advertencias en caso de poseer pequeñas cantidades.</li> </ul>
<b>Alemania</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La posesión de pequeñas cantidades para consumo personal es un delito, aunque no será perseguido/castigado de no suponer un daño para terceros.</li> </ul>
<b>Grecia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No se distingue entre drogas «blandas» y «duras».</li> <li>• Se considera que su consumo puede provocar dependencia psicológica y/o física, actuando como una «puerta de entrada a la droga» y un riesgo para la sociedad.</li> </ul>
<b>España</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se sanciona la posesión y el consumo en lugares públicos con medidas administrativas.</li> <li>• Se distingue, en cuanto al cultivo y el tráfico, entre drogas que perjudican gravemente la salud y las que no.</li> </ul>
<b>Francia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No existe distinción legal entre drogas, cuyo consumo puede resultar en multa y/o hasta un año de prisión. Tratamiento médico y atención social para consumidores muy afectados al cannabis, pudiendo la aceptación de tratamiento constituir una alternativa a las condenas.</li> <li>• Amonestación al primer delito de consumo de cannabis, si el mismo es ocasional y el consumidor está socialmente adaptado.</li> </ul>
<b>Irlanda</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Distinción entre posesión para consumo personal y la posesión con intención de venderla.</li> <li>• Multas por la posesión de cannabis para uso personal, cuando se trate de un primer o segundo delito.</li> </ul>
<b>Italia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amonestación en la primera infracción por posesión para consumo personal.</li> <li>• Las posteriores infracciones supondrán sanciones (suspensión del permiso de conducir, de la licencia de armas o del pasaporte).</li> </ul>
<b>Luxemburgo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No distingue entre drogas blandas y duras, pero los tribunales distinguen entre: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los consumidores pueden recibir una amonestación (si se trata de la primera vez) o tratamiento (no se suele perseguir el consumo).</li> <li>• Traficantes: se les persigue con medidas represivas.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Países Bajos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se permite el consumo y la posesión de hasta 5 g en los «coffee shops».</li> <li>• Las directrices especifican los términos y las condiciones de posesión y consumo.</li> </ul>
<b>Austria</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retirada de antecedentes judiciales en caso de un primer consumo de cannabis.</li> <li>• Las penas se establecen también en relación con la cantidad de droga. Delitos menores (pequeña cantidad): multa y/o hasta 6 meses de prisión.</li> </ul>
<b>Portugal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existe un límite oficial de dosis diaria para cada droga.</li> <li>• La posesión constituye una infracción. Las pequeñas cantidades pueden ser consideradas como delito de consumo, y por lo tanto ser castigadas menos severamente con una «exención de castigo» (que, pese a todo, queda registrado en el Registro de Antecedentes Penales) si se prueba que son únicamente para consumo personal y que su detentador es un consumidor ocasional. Si la cantidad sobrepasa tres veces la media diaria permitida, se castiga más severamente dependiendo de si la sustancia está exclusivamente destinada al consumo personal o para tráfico.</li> </ul>
<b>Finlandia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El consumo se penaliza con multa, o un máximo de 2 años de prisión.</li> <li>• Para la aplicación de sanciones no se distingue entre tipos de drogas.</li> <li>• No obstante, la legislación finlandesa contiene el concepto de «droga muy peligrosa», referido a narcóticos que pueden causar muerte por sobredosis o un serio perjuicio para la salud.</li> </ul>
<b>Suecia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La posesión o consumo con fines no médicos o científicos acarrea una pena máxima de tres años.</li> <li>• La posesión de cantidades pequeñas puede reducir la sanción a una multa o a un máximo de 6 meses; para cantidades mínimas de cannabis puede contemplarse la retirada de los cargos.</li> </ul>
<b>Reino Unido</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las sustancias controladas se dividen en tres clases: A, B y C.</li> <li>• La posesión (hasta 30 g) de cannabis (droga de clase B) supone un máximo de 5 años de cárcel.</li> <li>• Pena máxima de 14 años por tráfico de cannabis.</li> <li>• Los tribunales también pueden amonestar, conceder libertad condicional u obligar a prestar servicios comunitarios.</li> </ul>

## 5. Medidas adoptadas por la Unión Europea

El tercer Plan de acción europeo de lucha contra las drogas, que no ha experimentado cambios sustanciales en su estrategia u organización dentro de la UE, sigue siendo el marco general para la acción antidroga respecto del nuevo marco establecido por el Tratado de Maastricht para combatir la drogodependencia con un enfoque integral. Este enfoque se centra en tres áreas: reducción de la demanda, reducción de la oferta y cooperación internacional, reforzando la cooperación entre las políticas antidroga. Cada vez más frecuentemente, la información fiable y con base científica se considera un requisito previo indispensable para toda estrategia eficaz. Los desarrollos más significativos de 1997 se ciñen a áreas de actividad seleccionadas, a las modificaciones de los acuerdos de financiación interna y a los desarrollos de la financiación externa.

**Áreas de actividad:** la medida más significativa en el ámbito de reducción de la demanda fue la aplicación del programa de acción comunitario para la prevención de la drogodependencia, que pretende potenciar la cooperación entre los Estados miembros y respaldar sus esfuerzos. Se promoverán actividades en las áreas de recogida de información, investigación y evaluación, y en los ámbitos de información, educación sanitaria y formación. En 1997 se apoyaron 22 proyectos de prevención. Las posteriores actividades de reducción de la demanda se relacionaron con la reinserción de toxicómanos (a través de la iniciativa Empleo-Integra) y con una propuesta de reducir la conducción bajo los efectos del alcohol, medicamentos o drogas ilegales. Las principales iniciativas de reducción de la oferta se ceñían al seguimiento del comercio de productos químicos utilizados en la fabricación de drogas ilegales («precusores») e incidieron más en las estrategias contra el blanqueo de dinero. En una iniciativa general que promueve la cooperación internacional, el programa PHARE multinacional para

la lucha contra la droga hace un seguimiento de los esfuerzos por controlar el consumo de droga de los diez países de Europa Central y Oriental (PECO) que actualmente se preparan para integrarse en la UE. Se aprobó y entró en vigor un reglamento por el que se establecen los principios, objetivos y modalidades de la cooperación norte-sur de la UE en materia de drogodependencia [Reglamento (CE) n° 2046/97 de 13.10.1997]. En junio de 1997, el Tratado de Amsterdam reforzó las actividades comunitarias encaminadas a reducir el daño asociado a la drogodependencia, que incluían la información y la prevención para consolidar nuevos objetivos y la acción comunitaria en materia de seguridad y justicia.

**Actividad de financiación interna:** en 1997, con un coste de 33 millones de ecus, la UE aprobó ocho líneas presupuestarias, tres de las cuales estaban específicamente destinadas a la drogodependencia. Estas líneas son «el programa de acción comunitario para la prevención de la drogodependencia» (con un presupuesto anual de 4,9 millones de ecus, de los que el 69 % se dedicó a apoyar las redes europeas), «aspectos globales de la lucha contra las drogas» (con un presupuesto anual de 1,2 millones de ecus, de los que el 67 % se dedicó a la reducción de la oferta), y «OEDT» (con un presupuesto global de 6,3 millones de ecus, que apoya investigaciones, formación e información, análisis e intercambio). Las demás áreas principales de gasto interno se circunscriben al programa Empleo-Integra para la reinserción de toxicómanos (18,4 millones de ecus), a la cooperación en los ámbitos de la justicia y de los asuntos de interior (4,5 millones de ecus) y al programa de investigación BIO-MED sobre aspectos neurofisiológicos o neuropsicológicos de la adicción (1 millón de ecus). La cifra total del gasto interno de 1997 fue de 33,3 millones de ecus, lo que supone un incremento respecto de los 15,2 millones de ecus gastados en 1996.

### Sistema de alerta rápida sobre nuevas drogas sintéticas

El Consejo de la UE aprobó en junio una acción común destinada a crear un sistema de alerta rápida sobre nuevas drogas sintéticas y a evaluar los riesgos que entrañan, con el fin de aplicar las medidas de control sobre sustancias psicotrópicas aplicables en los Estados miembros, además de a las nuevas drogas

sintéticas. El OEDT y la Unidad de Drogas de Europa (UDE) han recibido el mandato de recoger la información necesaria y participar en el comité encargado de evaluar los posibles riesgos provocados por el consumo y el tráfico de nuevas drogas sintéticas.

**Actividades de gasto externo:** en 1997 se financiaron dos líneas presupuestarias específicas contra la droga. Estas líneas se destinaron a:

- la «cooperación norte/sur» (8,9 millones de ecus para financiar la reducción de la demanda, los esfuerzos represivos y el control de precursores químicos en América Latina, Asia, Caribe y África y la región del Mediterráneo);
- el «programa PHARE multinacional para la lucha contra la droga» (5,0 millones de ecus para establecer sistemas de información, aprobar leyes en materia de blanqueo de dinero, compatibilizar el control de precursores con la UE, elaborar estrategias de reducción de la demanda y formación del personal).

Las líneas presupuestarias no específicas de proyectos relacionados con la droga sumaban un total de 6,2 millones de ecus en 1997 de los que el 92 % se destinó a África y el 8 % al Caribe. El 81 % del total se dedicó a proyectos de reducción de la demanda.

En conjunto, en 1997 se dedicaron más de 53 millones de ecus a actividades relacionadas con la drogodependencia —el 62 % para actividades en la UE y el 38 % fuera de la Unión—. En la UE, la mayor parte se gastó en actividades de rehabilitación, mientras que fuera de la UE el 60 % del presupuesto exterior se destinó África y a los PECO. Esta última cifra constituye una ligera disminución respecto de los 61 millones de ecus gastados en 1996, mientras que la proporción del gasto interno ha aumentado considerablemente desde 1996.

Gráfico 11. Análisis del gasto interno (%)

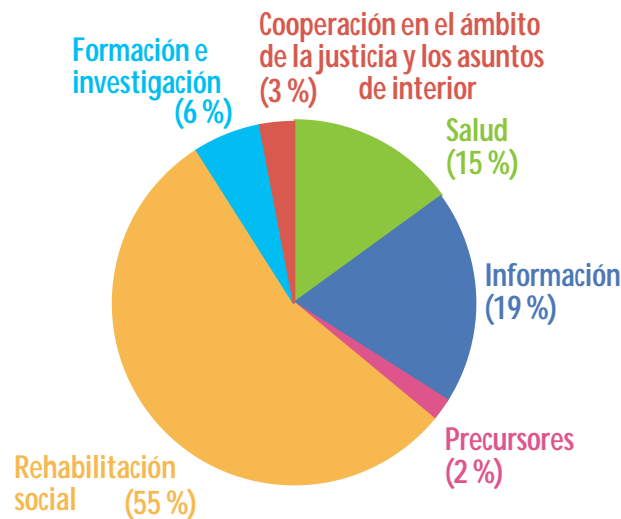
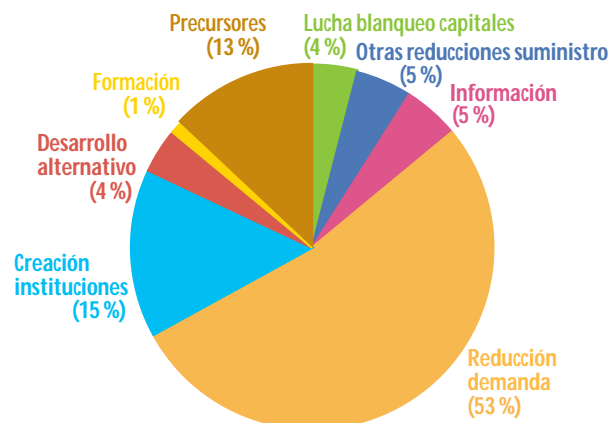


Gráfico 12. Gasto exterior de la Comunidad en materia de droga en relación con los ámbitos de interés



## 6. Acción internacional

La acción internacional en el ámbito de la drogodependencia sigue las pautas marcadas por las funciones y actividades de las principales organizaciones que abordan cuestiones relativas a la droga a escala internacional, y por sus actividades y logros de 1997. Los informes sobre pautas y tendencias de las incautaciones de estupefacientes concretos y sustancias psicotrópicas también forman parte de los indicadores importantes de 1997.

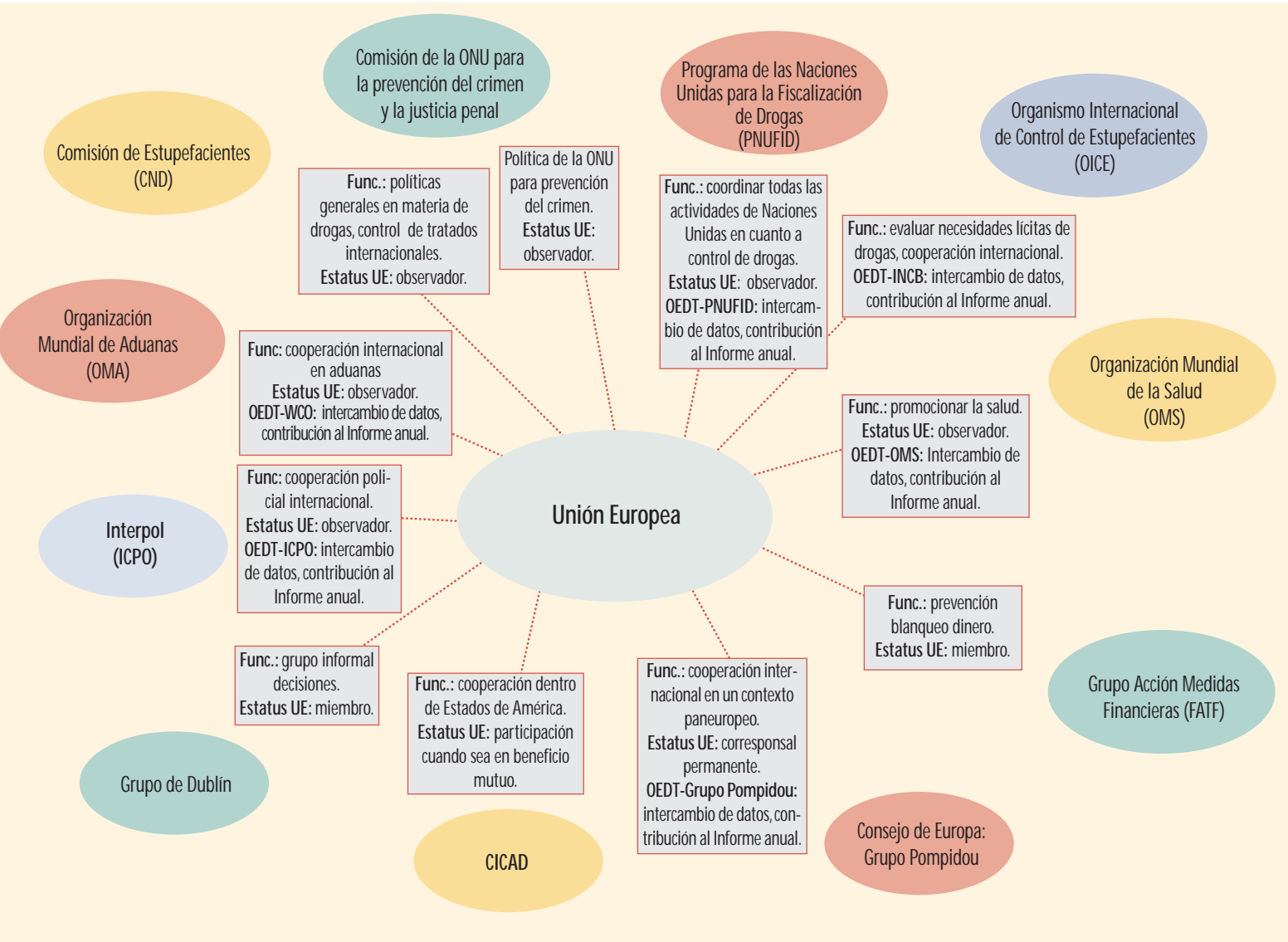
**Avances de 1997:** tras la firma de Austria en 1997, todos los Estados miembros de la UE han suscrito los tratados internacionales para el control del consumo de drogas de la ONU. Un avance clave fue la organización de una sesión especial de la Asamblea General de la ONU (UNGASS) sobre las drogas ilícitas (8-10 de junio), para cuya declaración de reducción de la demanda el UNDCP se encargó de elaborar documentación complementaria. La OMS siguió desarrollando su programa sobre el uso indebido de sustancias, al mismo tiempo que la Interpol transmitía más de dos millones de mensajes referidos a delitos durante 1997 y celebraba una asamblea general que aprobó dieciocho resoluciones, entre otras las relativas al blanqueo de dinero. La Organización Mundial de Aduanas (WCO) informó de que desde 1996 las detenciones debidas a las drogas habían aumentado más del 10 %.

**Cambios en la oferta de drogas en la UE:** a pesar del aumento de los esfuerzos represivos, la oferta global de droga sigue aumentando, como lo indican la estabilidad en los precios y la disponibilidad. En 1997, las incautaciones de cocaína y anfetaminas experimentaron incrementos significativos, las de resina de cannabis aumentaron ligeramente y las incautaciones de heroína y hojas de cannabis (marihuana) disminuyeron. Aunque las rutas de tráfico apenas se han modificado, han aumentado la producción y el comercio de nuevas drogas sintéticas en la UE y en países de Europa del Este, e incluso hay pruebas de que estos países exportan drogas sintéticas a otras regiones. Según la Interpol, anualmente se producen en todo el mundo cerca de 800 toneladas de cocaína y 450 de heroína. Buena parte de estas cantidades llega a la UE (en 1997 se incautaron 38 toneladas de cocaína y 4,4 de heroína en la Unión Europea, según la información proporcionada por la Unidad de Drogas de Europol).

### Los protagonistas internacionales también pueden dividirse en tres categorías

- Naciones Unidas: ha creado una serie de agencias que abordan cuestiones relativas a la droga. Se encargan de vigilar el cumplimiento de los tratados internacionales. Concretamente el INCB (Consejo de Control Internacional) es un órgano independiente y de carácter semijudicial responsable de la aplicación y el seguimiento de los convenios internacionales de control de la drogadicción; la Comisión de Estupefacientes es el organismo central de la ONU encargado de las actividades de control del consumo de drogas; por último, el PNUFID (Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de las Drogas) hace de secretaría tanto para la Comisión de Estupefacientes como para el INCB, colaborando con los Estados signatarios en la aplicación de las resoluciones de los organismos decisorios. Por su parte, también la Organización Mundial de la Salud (OMS) de Naciones Unidas promueve la salud pública y unas mejores condiciones de vida. Otros organismos especializados de Naciones Unidas participan asimismo en el control de los narcóticos.
- Otras agencias internacionales: la Interpol promueve la cooperación internacional en materia de represión para frenar la producción, la fabricación y el tráfico de drogas ilegales. Es necesario consolidar los vínculos establecidos en 1995 entre el OEDT y la Interpol. La Organización Mundial de Aduanas (OMA) intenta armonizar los procedimientos aduaneros y aumentar la eficacia en la detección de envíos de drogas.
- Organizaciones regionales: el Grupo Pompidou del Consejo de Europa promueve un enfoque multidisciplinario para abordar los problemas de la drogodependencia sobre una base paneuropea, mientras que el Grupo de Dublín es un organismo internacional que coordina la política internacional de control del consumo de drogas. La Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CI-CAD) se centra en el tráfico, la producción y el consumo; el grupo de acción financiera (FATF) se centra en el blanqueo de dinero en el sistema financiero.

Tabla 5. La Unión Europea y la comunidad internacional en el tema de las drogas.



Para concluir, aunque la cooperación y la coordinación internacionales han seguido creciendo en 1997, deben incrementarse en los años venideros si

se quiere frenar el continuo aumento de la disponibilidad de estupefacientes y sustancias psicotrópicas.

## 7. Análisis del gasto público en materia de drogodependencia

El OEDT pretende analizar el impacto financiero de las políticas sobre drogas en la UE y el desglose del gasto público en materia de drogas, así como esbozar enfoques que permitan realizar un análisis comparativo de la eficacia del gasto público. Los tres dominios del gasto público considerados son la

represión (centrada en el cumplimiento de las leyes antidroga), el tratamiento (concretamente en relación con los costes sanitarios asociados al sida) y la prevención.

El gasto se divide entre el destinado directamente a proyectos relacionados con la droga y el de Minis-

Tabla 6. Gasto público y presupuesto destinado a la lucha contra la droga (resumen)

Gasto público	Bélgica	Dinamarca	Francia <sup>(1)</sup>	Irlanda	Portugal	España	Suiza <sup>(2)</sup>	Reino Unido <sup>(3)</sup>
Presupuesto conjunto de todos los cuerpos nacionales	1 724,71	667,37	3 780,15	620,61	n.d.	3 166,43	865,77	12 516,37
Interpelaciones por delitos relativos a las drogas	23 762	13 992	79 271	n.d.	9 333	79 445	42 000	998
Presupuesto de las aduanas <sup>(1)</sup>	n.d.	n.d.	585,32	65,05	n.d.	n.d.	n.d.	1 282,28
Presupuesto del sistema de justicia penal <sup>(1)</sup>	463,83	1 062,28	3 094,73	894,44	707,12	n.d.	n.d.	2 024,92
Número de reclusos por delitos relativos a las drogas	n.d.	1 282	11 816	225	3 653	9 925	n.d.	6 400
Presupuesto de instituciones especialistas en el tratamiento de la drogadicción <sup>(1)</sup>	69,38	n.d.	n.d.	10,09	3,77	94,61	n.d.	273,27
Líneas presupuestarias asignadas a la prevención de la drogadicción	n.d.	n.d.	n.d.	0,46	12,14	36,77	n.d.	252,25
Presupuesto de instituciones especialistas en la prevención de la drogadicción <sup>(1)</sup>	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Gasto público en investigación <sup>(1)</sup>	n.d.	n.d.	6,35	1,30	n.d.	7,35	n.d.	n.d.
Gasto público en medidas internacionales <sup>(1)</sup>	n.d.	n.d.	10,58	0,19	0,01	4,26	n.d.	273,27

(1) Millones de ecus.

(2) Kopp and Palle, MILDT report (1996).

(3) Estermann, J., *Consommation et trafic de drogues: les coûts de la répression* (estimación para Suiza, 1991).

(4) *Tackling drugs together. Strategy for England, 1995-98*, HMSO, mayo de 1995.

n.d. = no disponible.

terios y administraciones públicas, que incluye el llamado esfuerzo antidroga (aunque es difícil calcular la proporción exacta gastada de esta manera).

La tabla 6 se basa en los proyectos francés y suizo, con datos reunidos también en Bélgica, Dinamarca, Irlanda, Portugal, España y el Reino Unido. Los datos ilustran muchos de los problemas de la indisponibilidad de datos y la falta de comparabilidad entre países. Por ello, es posible que los datos sobre detenciones por «drogodelincuencia» incluyan el número de personas detenidas o el número de infracciones de la ley.

Se esboza un método para calcular un «presupuesto de drogodependencia», en el cual el gasto directo de acciones asociadas a la droga se utiliza como base para calcular el gasto de la administración pública. El ejemplo de cálculo de la asignación de tiempo policial es generalizable, por ejemplo, al gasto del sistema judicial, mientras que para el sistema carcelario el cálculo se complica debido a la comisión de delitos no asociados a las drogas para financiar actividades en torno a la droga o mientras se está bajo sus efectos.

Es necesario elaborar un estudio comparativo europeo sobre «presupuestos de drogodependencia»

como medio para evaluar el alcance del esfuerzo que supone el gasto público de cada país. El presupuesto de drogodependencia como proporción del PIB es similar en los tres países europeos, pero sustancialmente más alto en Estados Unidos. Como proporción del gasto público, las cifras correspondientes a Estados Unidos son significativamente más altas que las de Francia, los Países Bajos y el Reino Unido.

En Europa, el presupuesto asignado a la aplicación de la ley (en torno al 80 % en los tres países) es significativamente inferior al de Estados Unidos (93 %). Sin embargo, en todos los países es difícil calcular la cantidad dedicada a la prevención por su naturaleza descentralizada. Se tiende a reforzar los recursos para una línea presupuestaria a expensas de otra, pues no es probable que aumente el gasto global cuando los recursos son limitados.

Para concluir, para posteriores análisis será necesaria más información comparable de los Estados miembros, así como evaluar los costes sociales generados por el problema de las drogas, como un primer paso hacia un mayor conocimiento de la eficacia del gasto público en materia de drogodependencia.

Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías

**Resumen y aspectos más destacados. Informe anual de 1998 sobre el problema de la drogodependencia en la Unión Europea**

Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas

1998 — 22 pp. — 21 x 29,7 cm

ISBN 92-9168-064-0



OFICINA DE PUBLICACIONES OFICIALES  
DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS

L-2985 Luxembourg

