

# COSTES Y CONSECUENCIAS INDESEADAS DE LAS POLÍTICAS DE CONTROL DE DROGAS

## **Autores:**

Anne Line Bretteville-Jensen  
Sania Mikulic  
Pavel Bem  
Fivos Papamalis  
Yossi Harel-Fisch  
Janusz Sieroslowski  
Fatima Trigueiros  
Laura Piscociu  
Sergey Tsarev  
Peyman Altan  
Claudia Costa Storti



European Monitoring Centre  
for Drugs and Drug Addiction



Pompidou Group  
Groupe Pompidou



COUNCIL OF EUROPE  
CONSEIL DE L'EUROPE

# **COSTES Y CONSECUENCIAS INDESEADAS DE LAS POLÍTICAS DE CONTROL DE DROGAS**

**Informe del grupo de expertos sobre los posibles efectos adversos  
y los costes asociados de las políticas de control de drogas**

## **Autores:**

**Anne Line Bretteville-Jensen (Noruega)**  
Presidente del grupo de expertos  
del Instituto Noruego de Salud Pública

**Sania Mikulic (Croacia)**  
Oficina para la lucha contra el abuso de drogas del  
Gobierno de la República de Croacia

**Pavel Bem (República Checa)**  
Universidad Charles de Praga

**Fivos Papamalis (Grecia)**  
Asesor de la Coordinadora Nacional de Drogas griega

**Yossi Harel-Fisch (Israel)**  
Autoridad Antidroga israelí

**Janusz Sieroslowski (Polonia)**  
Instituto de Psiquiatría y Neurología

**Fatima Trigueiros (Portugal)**  
Dirección General de Intervenciones sobre  
Comportamientos Adictivos y Dependencias

**Laura Piscociu (Romania)**  
Agencia Nacional Antidroga rumana

**Sergey Tsarev (Federación Rusa)**  
Institución Médica Estatal  
"Hospital Chapaevsk Narkology"

**Peyman Altan (Turkey)**  
Institución de Salud Pública de Turquía, Ministerio de Salud

**Claudia Costa Storti (OEDT)**

*Las opiniones expresadas en este trabajo son  
responsabilidad de los autores y no reflejan  
necesariamente la política oficial del Consejo  
de Europa o el Grupo Pompidou.*

Todas las peticiones relativas a la reproducción o traducción de todo o parte de este documento deben dirigirse a la Dirección de Comunicación (F-67075 Strasbourg Cedex o [publishing@coe.int](mailto:publishing@coe.int)).

Toda la restante correspondencia relativa a este documento debe dirigirse al Grupo Pompidou.

Portada y diseño: Departamento de Producción de Documentos y Publicaciones (SPDP), Consejo de Europa

Esta publicación no ha sido editada por la Unidad Editorial del SPDP para corregir errores tipográficos y gramaticales.

© Consejo de Europa, noviembre de 2018  
Impreso en el Consejo de Europa

# Índice

<b>PREFACIO</b>	<b>5</b>
<b>AGRADECIMIENTOS</b>	<b>6</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>7</b>
Gasto público y evaluación de las políticas en materia de drogas	8
Consecuencias indeseadas de las políticas de control de drogas	9
Metas y esquema del informe	10
<b>GASTO PÚBLICO EN POLÍTICAS DE CONTROL DE DROGAS</b>	<b>11</b>
Introducción	11
Conceptos clave	12
Estimaciones empíricas del gasto en políticas de oferta y demanda	13
Pasos en la estimación y el análisis de los costes	14
Ejemplos de modelos sectoriales	18
Ejemplos de estudio nacionales	19
Estimaciones y bases de datos internacionales utilizadas para modelar el gasto público relacionado con las drogas	22
Conclusiones	22
Recomendaciones	23
<b>CONSECUENCIAS INDESEADAS DE LAS POLÍTICAS DE CONTROL DE DROGAS</b>	<b>25</b>
Efectos sobre la salud de la disponibilidad restringida de los medicamentos fiscalizados	26
Variación en la pureza	33
El comercio ilegal de drogas conduce a altos márgenes de beneficio	41
Efectos de los antecedentes penales y el encarcelamiento por delitos de drogas	47
<b>ANÁLISIS</b>	<b>51</b>
Mejorar y emplear las estimaciones de gasto público para las políticas de control de drogas	51
Reconocer y tener en cuenta las consecuencias indeseadas	52
Conclusión	54
<b>APÉNDICE 1 - BASES DE DATOS DISPONIBLES E INDICADORES POTENCIALES PARA LOS GASTOS PÚBLICOS RELACIONADOS CON LAS DROGAS</b>	<b>55</b>
<b>APÉNDICE 2 - LA CLASIFICACIÓN DE LAS FUNCIONES DE LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS (CFAP) INTERNACIONAL</b>	<b>58</b>
<b>APÉNDICE 3 - CUADROS ABREVIADOS: DATOS DE LAS BASES DE DATOS INTERNACIONALES</b>	<b>59</b>
<b>ACRÓNIMOS</b>	<b>64</b>
<b>REFERENCIAS DE LOS CUADROS</b>	<b>65</b>
<b>REFERENCIAS</b>	<b>66</b>



## Prefacio

---

La evaluación es una parte integral de un buen enfoque de gobernanza en cuanto a las políticas públicas. Este principio se aplica igualmente al componente de la política en materia de drogas diseñado para contrarrestar la disponibilidad y el acceso a las drogas ilícitas. La estimación o el cálculo de los costes totales de la inversión pública relacionada con las drogas —incluyendo tanto el gasto público como los costes indirectos y el impacto sobre los recursos públicos— debe, por lo tanto, ser un objetivo clave de toda evaluación.

Para evaluar y mejorar la política en materia de drogas, resulta imperativo conocer y tomar nota de todos los posibles efectos de las distintas intervenciones y actuaciones. Todas las políticas, independientemente de su finalidad o intención, acarrearán el riesgo de consecuencias indeseadas.

Las estimaciones del gasto público pueden utilizarse como una herramienta para evaluar si los resultados esperados o deseados de la política en cuestión se reflejan realmente en la acción, y constituyen una herramienta necesaria para implementar evaluaciones exhaustivas de las políticas. Los estudios sobre el gasto público deben incluir todas las actividades y los planteamientos políticos pertinentes y pueden resultar especialmente adecuados en tiempos de austeridad.

Las estimaciones exactas del gasto público ayudarán a los responsables políticos a planificar las intervenciones pertinentes y asignar los fondos necesarios a las autoridades encargadas de aspectos específicos de la implementación de las políticas. Una evaluación exhaustiva de los gastos de la política en materia de drogas también contribuye a la mejora de la transparencia y la rendición de cuentas de las instituciones públicas.

Esta publicación reúne los resultados de un estudio más amplio realizado por el Grupo Pompidou en cooperación con el OEDT, que pretende identificar los efectos indeseados y los costes asociados de las políticas de control de drogas. El objetivo de esta publicación es triple. En primer lugar, aumentar la sensibilización internacional sobre la importancia de estimar el gasto público en las iniciativas de reducción de la oferta. En segundo lugar, destacar la importancia de armonizar las definiciones y aumentar la disponibilidad, la comparabilidad y la fiabilidad de los datos, así como los métodos para realizar unas estimaciones sólidas. En tercer lugar, contribuir al desarrollo de las prácticas de estimación sólidas para obtener unas evaluaciones completas, precisas y fiables de las políticas en materia de drogas.

# Agradecimientos

---

Los autores desean agradecer a la Secretaría del Grupo Pompidou el apoyo prestado en la elaboración de este informe. Se expresa un especial agradecimiento a Thomas Kattau, Secretario Ejecutivo Adjunto del Grupo Pompidou, y Elena Hedoux, Directora de Proyectos, por su apoyo y sus aportaciones a lo largo del mandato del grupo de expertos del Grupo Pompidou sobre los efectos y los costes asociados de las políticas de control de drogas.

# Capítulo 1

## Introducción

---

**H**ay un amplio consenso en que un objetivo general de la política en materia de drogas es fomentar la salud y el bienestar de la humanidad y reducir los problemas sociales y de seguridad, individuales y públicos, relacionados con la salud, resultantes del abuso de estupefacientes y sustancias psicotrópicas (1). En la Asamblea General de la ONU celebrada en abril de 2016, los jefes de Estado y de Gobierno reafirmaron su determinación de prevenir y tratar el abuso de estas sustancias y prevenir y luchar contra su cultivo, producción, fabricación y tráfico ilegales. A pesar de este entendimiento general, el diseño y el contenido de las políticas nacionales en materia de drogas varían en gran medida. La variación refleja parcialmente las diferencias en la naturaleza de los problemas nacionales relativos a las drogas y los recursos asignados a este ámbito de la política, y evidencia asimismo las diferencias ideológicas en la manera en que los gobiernos responden a los problemas de las drogas.

En consonancia con gran parte de la doctrina académica (2), este informe utiliza la expresión “política en materia de drogas” de modo que incluye las políticas gubernamentales en materia de prevención, aplicación de la ley, tratamiento, reducción de daños y reinserción social. Las políticas incluyen las leyes y los programas destinados a influir en el consumo de drogas y sus consecuencias para los usuarios y la sociedad. La *política de control de drogas* nacional constituye un subconjunto de las políticas en materia de drogas y se basa en tres convenios acordados a nivel internacional, a saber, la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes; el Convenio de 1971 sobre sustancias psicotrópicas; y la Convención de las Naciones Unidas contra el tráfico ilícito de estupefacientes de 1988. Las legislaciones nacionales pueden introducir normas internas más estrictas que la exigida por los convenios, pero no deben promulgar legislación más laxa (3). Los países firmantes están obligados a calificar la oferta de drogas, es decir, la producción, la venta, el transporte y la distribución de drogas con fines no médicos, como un acto delictivo. Los convenios en materia de drogas obligan además a los Estados a garantizar que la posesión de drogas, incluso en pequeñas cantidades, sea una infracción castigada, aunque no necesariamente un delito. Los convenios ofrecen alternativas a la condena o castigo, tales como

el tratamiento, la educación, el postratamiento, la rehabilitación y la reinserción social (4).

El objetivo general de la *política de reducción de la oferta* es una reducción mensurable de la disponibilidad de drogas ilícitas y de la delincuencia asociada. Como elementos centrales para la consecución de este objetivo cabe citar la interrupción del tráfico ilícito de drogas, el desmantelamiento de los grupos de delincuencia organizada que están implicados en la producción y el narcotráfico, un uso eficiente del sistema de justicia penal, la eficaz aplicación de la ley basada en la inteligencia y un mayor intercambio de inteligencia, y la colaboración internacional para hacer frente a la delincuencia a gran escala, transfronteriza y organizada relacionada con las drogas (5). Si bien los convenios tratan las drogas catalogadas de manera similar, las legislaciones nacionales en materia de drogas y las prácticas de aplicación de la ley a menudo distinguen entre tipos de drogas. El uso, la posesión, la venta y la producción de cannabis, por ejemplo, se regulan y persiguen en la mayoría de los países de manera muy diferente a sustancias como las anfetaminas, la cocaína o la heroína. Los efectos deseados de estas respuestas legales, como condenar a un narcotraficante a prisión, son de dos tipos: en primer lugar, castigar al delincuente y, en segundo lugar, disuadir al delincuente y a otros de cometer delitos similares (los principios de castigo y disuasión).

Aunque las intervenciones de reducción de la oferta a menudo constituyen la parte dominante de la política de control de drogas, los procedimientos de aplicación de la ley contra los consumidores a menudo consiguen más atención pública y rechazo, con una crítica creciente en los últimos años. Cada vez más a menudo se escuchan voces que cuestionan la eficacia de las medidas de control de drogas y algunas incluso afirman que son contraproducentes (véase, por ejemplo, la Comisión global de drogas de 2011 (6)). La represión desigual y la respuesta desproporcionada han dado lugar a críticas sobre los esfuerzos de control de drogas. La utilización de la pena de muerte en algunos países es un ejemplo extremo de esto, pero los casos menos extremos en Europa también han sido objeto de debate. El aumento de las críticas a los esfuerzos de control de drogas es un factor que contribuye a los recientes cambios introducidos en la normativa en materia de drogas en muchos países y jurisdicciones.

La despenalización de las drogas en Portugal y la República Checa, la reciente legalización del cannabis en ocho estados de Estados Unidos, la regulación estatal del cannabis en Uruguay y la despenalización del cannabis prevista en Canadá son hechos ilustrativos de una tendencia más liberal en las políticas de control de drogas. La llamada a una mayor humanización y revisión de las políticas de control de drogas debe analizarse a la luz de la mayor atención sobre sus consecuencias adversas.

La política de control de drogas tiene dimensiones tanto nacionales como internacionales. A nivel nacional, incluye factores tales como (7): el desarrollo de marcos judiciales; la aplicación de las leyes anti-droga; la erradicación de la producción y el cultivo de drogas; el control de los precursores químicos; el fortalecimiento de las instituciones públicas para evitar la corrupción y garantizar la gobernabilidad; las inspecciones aduaneras del comercio y las personas que entran en el país y la detección de drogas en las prisiones. A nivel internacional, la política de control de drogas incluye elementos como: el desarrollo de marcos judiciales para la cooperación internacional; la creación de herramientas para la cooperación policial internacional; investigaciones internacionales coordinadas; el control de los precursores químicos; las iniciativas contra el blanqueo de capitales; la sustitución y la erradicación de cultivos de drogas, y las iniciativas contra la corrupción, el terrorismo y la trata de personas relacionados con las drogas.

Las medidas de control de drogas pueden agruparse en función de si se dirigen a los usuarios de las drogas o a los productores, traficantes y proveedores de las drogas. En ambos casos, los gobiernos tienen obligaciones dimanantes de los instrumentos jurídicos internacionales y nacionales de salvaguardar los principios fundamentales de los derechos humanos y del Estado de derecho, que se aplican a los delincuentes de drogas. Estas obligaciones se describen en el Convenio para la protección de los derechos humanos y de las libertades fundamentales del Consejo de Europa (CdE), que garantiza (8):

- ▶ El derecho a la vida
- ▶ El derecho a la protección de la salud
- ▶ El derecho a la no discriminación
- ▶ La prohibición de los tratos inhumanos o degradantes

Además, los derechos se recogen en:

El artículo 38.1 de la Convención Única de Estupefacientes de la ONU, que exige a los Estados que presten especial atención a la prevención del uso indebido de drogas y a la pronta identificación, tratamiento, educación, postratamiento, rehabilitación y reinserción social de los drogodependientes, y que adopten todas las medidas posibles al efecto;

El artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH), que garantiza a todos el derecho a un nivel de vida adecuado para su salud y bienestar, incluida la atención médica y los servicios sociales necesarios;

El artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU (PIDESC), que reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental; y exige a los Estados que aseguren asistencia médica y servicios médicos disponibles de manera equitativa para todos los que los necesiten.

El artículo 11 de la Carta Social Europea del CdE (revisada), que establece el derecho a la protección de la salud y establece el ejercicio efectivo del derecho a la protección de la salud.

### **Gasto público y evaluación de las políticas en materia de drogas**

La evaluación de las políticas en materia de drogas es una parte integral del enfoque de la lucha contra las drogas ilícitas (9). La estimación del gasto público relacionado con las drogas puede verse como un primer paso en esta dirección. Las estimaciones del gasto público tienen como objetivo calcular la cantidad de recursos dedicados, o requeridos, para poner en práctica intervenciones específicas en un ámbito de la política en particular. Estas estimaciones pueden revelar en qué medida las intenciones políticas se reflejan en los presupuestos correspondientes y están condicionadas por el tamaño y las características del fenómeno de las drogas. La mayoría de los países europeos tienen una política nacional en materia de drogas que se presenta en un documento de estrategia sobre drogas (5). Las estrategias nacionales sobre drogas intentan abordar la reducción tanto de la demanda de drogas como de la oferta, aunque estos dos sectores a menudo no reciben una cuota igual de los recursos y de la atención. En cambio, la asignación de los recursos depende de las prioridades y metas específicas de cada país para los diferentes sectores de la política en materia de drogas, así como del precio relativo de la implementación de cada actividad de una manera rentable.

Las estimaciones exactas del gasto público ayudarán a los responsables políticos a planificar las intervenciones pertinentes y a asignar los fondos necesarios a las autoridades encargadas de la implementación de las políticas. Una evaluación exhaustiva de los gastos de la política en materia de drogas también contribuirá a mejorar la transparencia y la rendición de cuentas de las instituciones públicas. Las estimaciones pueden proporcionar información sobre factores tales como la importancia relativa de las partidas de oferta y demanda y permiten comparaciones entre países en cuanto al nivel y la composición del gasto (10). Una

buena planificación, un mejor conocimiento de los recursos asignados a este ámbito de la política y la asignación rentable de los recursos resultan particularmente necesarios en tiempos de crisis económica, en los que se dispone de menos recursos.

Para optimizar la asignación de recursos a este ámbito de la política, sería idóneo que se llevara a cabo un análisis completo de coste-beneficio. El análisis coste-beneficio compara sistemáticamente todos los costes y beneficios de un área política o proyecto en particular para determinar si hay un beneficio neto positivo (es decir, si los beneficios superan los costes). Este tipo de análisis también puede comparar opciones de políticas alternativas y evaluar la eficacia de las partes separadas de una política integral. Para el sector de control de drogas, un análisis coste-beneficio debe tener en cuenta explícitamente todos los costes, incluidos los efectos adversos indeseados de la política, a la hora de evaluar si la política proporciona un beneficio neto a la sociedad. Por desgracia, no es posible actualmente realizar un análisis coste-beneficio periódico, puesto que la cuantificación de los beneficios y los costes de las políticas de control de drogas está subdesarrollada. Aun así, una mejor comprensión de los diferentes elementos implicados es posible y útil. En este informe se da el primer paso hacia un análisis sistemático mediante el examen del gasto público y las consecuencias indeseadas de la política de control de drogas.

Definimos los *costes de control de drogas* de modo que incluyen todo tipo de gasto público en los esfuerzos encaminados a reducir el consumo y la disponibilidad de las drogas a través de la aplicación de la legislación en materia de drogas. Por lo tanto, los costes de control de drogas comprenden los gastos gubernamentales en orden público y seguridad, tales como los gastos presupuestarios consignados para la policía, las aduanas, el sistema judicial y las prisiones. La gran mayoría de estos recursos se gastan en la persecución policial de los productores y distribuidores, pero los gastos también incluyen las actuaciones legales contra los consumidores de drogas en algunos países. Cabe señalar que la expresión “costes de control de drogas” se utilizará de forma intercambiable con “costes de reducción de la oferta” en este informe. Esto está en consonancia con la terminología utilizada por otras organizaciones internacionales tales como el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT).

La escasa disponibilidad de datos supone a menudo un reto a la hora de realizar un análisis del gasto público relacionado con las drogas. Muchos países no tienen presupuestos separados para los gastos relacionados con las drogas, ya que están incorporados en categorías presupuestarias más amplias. A menudo, más de un sector está involucrado y los gastos figuran en diferentes niveles administrativos (central, regional,

local). El capítulo 2 presenta ejemplos de análisis del gasto y ofrece sugerencias sobre cómo mejorar la recopilación de datos y las estimaciones.

## Consecuencias indeseadas de las políticas de control de drogas

Para evaluar y mejorar la política en materia de drogas, resulta imperativo conocer y tomar nota de *todos* los posibles efectos de las distintas intervenciones y actuaciones. Todas las políticas, independientemente del propósito o intención, acarrearán un riesgo de consecuencias indeseadas. Las consecuencias indeseadas pueden definirse como las consecuencias que no son deliberadas o intencionales; no son los efectos previstos de cualquier actuación determinada. No obstante, esto no supone necesariamente que estas consecuencias sean inesperadas; por el contrario, su aparición en algunos casos puede considerarse muy probable. Por ejemplo, la prohibición de la producción y venta de sustancias catalogadas conlleva un alto riesgo de aparición de un mercado de drogas ilegales.

Las consecuencias indeseadas variarán considerablemente de un país a otro dependiendo de la legislación nacional en materia de drogas y su aplicación *de facto*. Hay que tener en cuenta, sin embargo, que incluso los regímenes más liberales de control producirán efectos indeseados. Aunque todas las drogas estuvieran libremente disponibles y no se implementasen medidas de control, también habría una carga sustancial imprevista sobre la sociedad y los no consumidores como consecuencia de la cantidad y el tipo de drogas consumidas y los métodos de consumo de drogas. Además, las drogas legales pero reguladas como el alcohol y el tabaco también dan lugar a costes de control y consecuencias, tanto deseados como indeseados.

Las consecuencias indeseadas pueden además variar en función del contexto social/económico, el tipo de sustancia, las características individuales y el período de tiempo. Algunas de estas consecuencias se refieren a los participantes en el mercado de la droga (consumidores y proveedores de drogas), mientras que otras se refieren a los no participantes y a la sociedad en general. Las consecuencias indeseadas, mencionadas a menudo, que afectan a los delincuentes por drogas incluyen la estigmatización, la exclusión social, los efectos negativos de la reclusión penitenciaria, la reducción de las oportunidades educativas y en el mercado laboral, la desconexión con la vida laboral y las restricciones de viajes (denegación de visados), mientras que los no participantes sufren consecuencias como el acceso limitado a medicamentos esenciales para fines médicos y científicos. Además, las consecuencias sociales indeseadas pueden incluir factores tales como la aparición de la delincuencia organizada y el tráfico de personas o un riesgo general

de reducción de la seguridad pública debido a los métodos ilegales de financiación del narcotráfico. Algunos países productores como México y Colombia han experimentado una violencia extrema y miles de muertes, mientras que la salud pública, la seguridad y la protección pública se han visto afectadas negativamente en muchos países europeos (11).

Aunque la mayoría de las consecuencias indeseadas de la política de control de drogas influyen negativamente sobre los afectados, también puede haber algunas consecuencias indeseadas positivas. Por ejemplo, los delincuentes por drogas encarcelados reducen previsiblemente su comportamiento de riesgo y el consumo de drogas mientras están recluidos, y pueden tener acceso a atención sanitaria, educación y tratamiento en prisión. La persecución local de las drogas también puede reducir otros tipos de delitos, aumentando la seguridad en ciertos barrios. Las consecuencias indeseadas tanto positivas como negativas deben tenerse en cuenta adecuadamente en la formulación de políticas.

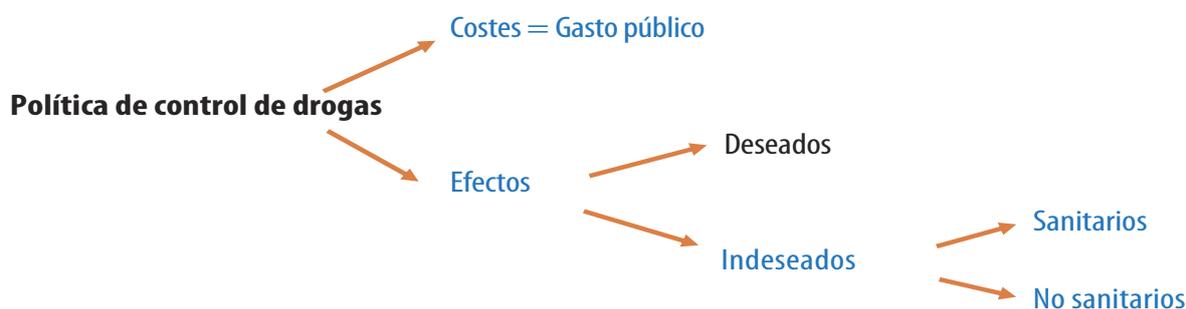
### Metas y esquema del informe

Este informe pretende definir e identificar los costes y los efectos negativos indeseados de las políticas de control de drogas, soportados por los individuos y la sociedad. Hacemos esto para mejorar la base de conocimientos y permitir que los responsables políticos tomen decisiones informadas en este ámbito. El conocimiento mejorado con respecto a los recursos que se asignan a este ámbito de la política ayudará a la planificación y al pensamiento estratégico, particularmente adecuados en tiempos de austeridad.

Como no hay manera de evitar por completo las consecuencias indeseadas, es importante tenerlas debidamente en cuenta a la hora de decidir sobre las metas y las medidas para el manejo del fenómeno de las drogas. Por otra parte, sugerimos posibles intervenciones para reducir el impacto de las consecuencias identificadas. Hay intervenciones disponibles que pueden reducir los efectos adversos e indeseados de la política de control de drogas, independientemente de qué régimen regulatorio se lleve a la práctica.

Algunos conceptos centrales de la política de control de drogas se definen y analizan en el Capítulo 1. El Capítulo 2 contiene directrices sobre cómo recopilar información de costes relevante y propone un conjunto común de definiciones y métodos a utilizar para el análisis y la evaluación del gasto público. Por otra parte, presentamos información nacional compilada sobre los niveles y las composiciones del gasto público relacionado con las drogas, que muestran que la mayoría de los países parecen gastar más en esfuerzos de reducción de la oferta que de la demanda. El Capítulo 3 presenta nuestro análisis de las consecuencias indeseadas. Aunque, por supuesto, reconocemos que la definición y la medición de los efectos deseados es una tarea importante para cualquier evaluación de políticas, este informe se centra en los indeseados efectos negativos. Estas consecuencias indeseadas se dividen en efectos sanitarios y no sanitarios y están relacionados con los afectados por estas consecuencias (consumidores y no consumidores de drogas). El capítulo también ofrece una lista de posibles intervenciones que pueden reducir las consecuencias indeseadas. El capítulo 4 expone nuestras conclusiones y sugiere una vía de actuación.

La Figura 1 ilustra el esquema del informe.



## Capítulo 2

# Gasto público en políticas de control de drogas

### Introducción

La finalidad de este capítulo es triple: en primer lugar, aumentar la sensibilización internacional sobre la importancia de estimar el gasto público en iniciativas de reducción de la oferta. En segundo lugar, aumentar la concienciación pública de la necesidad de ponerse de acuerdo sobre la armonización de las definiciones y el aumento de la disponibilidad, la comparabilidad y la fiabilidad de los datos, así como los métodos para producir estimaciones sólidas. En tercer lugar, contribuir al desarrollo de las prácticas nacionales e internacionales de estimación con el fin de obtener evaluaciones precisas, completas, fiables y comparables de las políticas en materia de drogas.

Como se mencionaba en el Capítulo 1, el objetivo general de la política de control de drogas es una reducción mensurable en la disponibilidad y accesibilidad de las drogas ilícitas. Las iniciativas de control de drogas comprenden todo el sistema de leyes, medidas regulatorias, líneas de actuación y prioridades de financiación en relación con las drogas ilícitas puestas en marcha por un gobierno o sus representantes. La estimación del gasto público relacionado con las drogas puede verse como un paso fundamental en el proceso de evaluación de las políticas. Un paso posterior consistiría en comparar sistemáticamente el gasto público y los otros costes posibles con los *outputs* o resultados medidos de la política. Dependiendo de cómo se definan y midan los resultados de la política, podría llevarse a cabo un análisis de coste-beneficio o coste-eficacia (véase el glosario). En este caso, los *inputs* de recursos (los costes de mano de obra, el capital y/o los equipos) están vinculados a los resultados intermedios (por ejemplo, el número de narcotraficantes detenidos), los *outputs* finales (por ejemplo, vidas salvadas, años de vida ganados, número de consumidores de drogas, reducción de daños relacionados con las drogas, porcentaje de reducción en los delitos cometidos), o los objetivos de las políticas. Sin embargo, con independencia de las medidas de *output* seleccionadas, el gasto público será un factor de coste central, ya que los gobiernos constituyen el principal proveedor de servicios de reducción de la oferta de drogas en Europa.

Una evaluación económica exhaustiva puede proporcionar a los responsables políticos la información necesaria para tomar decisiones bien fundadas. Aunque no se dispone actualmente de los datos y una cuantificación de todos los resultados y los elementos de coste requeridos para realizar los análisis más exhaustivos, un análisis un poco menos extenso y una mejor comprensión de los elementos individuales implicados son todavía posibles, útiles y deseables. En este informe se da el primer paso hacia un análisis sistemático mediante el examen de una serie de intentos representativos de estimar el gasto público en políticas de control de drogas. Se propone un conjunto común de definiciones que deben utilizarse para la valoración y la evaluación del gasto público. Además, se pretende establecer una base común para comprender este complejo asunto y para facilitar la comparabilidad en tres áreas principales: el tiempo, la política y los países afectados. Aunque el informe se centra principalmente en los gastos de control de drogas, con el fin de contextualizarlos, también detalla el gasto total relacionado con las drogas como proporción del producto interior bruto. Muestra además cómo se reparte el gasto entre las iniciativas de reducción de la demanda y de la oferta en varios países europeos. Para facilitar y promover futuros estudios empíricos del gasto, se enumeran y analizan las fuentes de datos pertinentes y las metodologías aplicadas en la realización de estimaciones empíricas. También se aportan ejemplos de modelos sectoriales de gasto público y ejemplos de estudios nacionales sobre gasto en reducción de la oferta. Por último, se ofrecen algunas conclusiones y recomendaciones.

En el Apéndice 1 se presentan las fuentes internacionales que han publicado datos en este ámbito y se resumen sus datos. Mientras que los datos agregados para amplias clases de gasto público se han publicado durante dos décadas, no se dispone de tendencias de datos para el gasto relacionado con las drogas en políticas de control. Se dispone de datos específicos que reflejan la actividad de las políticas nacionales de control de drogas, tales como el número de delitos o la evolución de la población reclusa. Sin embargo, los datos de este tipo precisan de una modelización adecuada antes de estar listos para ser utilizados en estimaciones del gasto público en políticas de control.

## Conceptos clave

### Gasto público

La expresión «gasto público» se refiere al valor de los bienes y servicios adquiridos por los gobiernos generales (a nivel central, regional y local) con el fin de desempeñar sus funciones. Por ejemplo, se refiere a los recursos dedicados a la salud, la justicia, el orden público y la seguridad, la educación, la protección social y así sucesivamente (12). El gasto público se cuantifica por medio de ejercicios de costes realizados por los gobiernos (10). El papel del gasto privado en la política en materia de drogas varía según los países, los cronogramas y los ámbitos de política. En muchos países, el tratamiento de la drogadicción lo financia en parte el sector privado (compañías de seguros, los consumidores de drogas o sus empleadores, los familiares, etc.). En otras áreas de la política en materia de drogas, tales como la reducción de la oferta, la financiación privada por lo general constituye una parte insignificante del gasto total (13).

### El gasto público relacionado con las drogas

El gasto público relacionado con las drogas es la suma invertida por los gobiernos en bienes y servicios con el objetivo de hacer frente al fenómeno de las drogas ilegales. Aunque las estimaciones del gasto en políticas en materia de drogas se consideran útiles, la mayoría de los países no elaboran presupuestos relacionados con las drogas por separado como parte de su ejercicio presupuestario ordinario. Los análisis y las estimaciones pertinentes pueden ser complicados ya que varios sectores interministeriales e intergubernamentales participan en los programas de control de drogas, incluidos la justicia, la policía y el control de fronteras, los establecimientos penitenciarios, la protección social, la educación y la salud. Desglosar el gasto en política en materia de drogas de los departamentos gubernamentales y las políticas intersectoriales sigue suponiendo un reto importante. Los cambios en la legislación y la estructura de la Administración pública pueden dificultar aún más la comparabilidad a lo largo del tiempo.

Una dificultad adicional radica en el hecho de que los programas y las actividades relacionados con las drogas pueden encontrarse en muchos niveles diferentes de la Administración pública. Por ejemplo, la financiación para encarcelar a los delincuentes por drogas la aporta normalmente el gobierno central, mientras que la prevención del menudeo callejero o los programas de reinserción social para los antiguos narcotraficantes frecuentemente los financian las autoridades locales. Esto hace que sea necesario compilar datos a diferentes niveles administrativos, lo cual puede resultar una tarea exigente.

Además, a menudo sólo una pequeña fracción del gasto público relacionado con las drogas se puede rastrear directamente hasta los documentos del gobierno o las partidas presupuestarias individuales y figura consignado como tal. Los datos requeridos respecto del gasto público relacionado con las drogas, en cambio, están incorporados en los presupuestos para sectores o programas más grandes (gasto no consignado), lo que significa que se requiere un proceso de modelización y cálculos para producir datos limpios. Por ejemplo, es habitual que las prisiones no tengan un presupuesto separado para los delincuentes por drogas, ya que normalmente tienen un presupuesto único para toda su actividad. Por lo tanto, los valores de este gasto incorporado sólo pueden estimarse a través de métodos de modelización (14). Esto requiere habilidades, técnicas y herramientas de modelización.

A pesar de varios factores que pueden poner en duda la solidez de los resultados de las estimaciones (escasa disponibilidad de datos, capas de hipótesis, cambios en las definiciones o en las regulaciones a lo largo del tiempo, etc.), la aplicación de los modelos existentes puede proporcionar información útil, como demuestran las experiencias de diversos países (véanse los ejemplos siguientes).

### Gasto público en iniciativas de reducción de la oferta

En este informe, el gasto público en la reducción de la oferta de drogas comprende los fondos invertidos por la Administración pública con el objetivo general de reducir la disponibilidad de las drogas ilegales con el apoyo de la policía, los tribunales de justicia y los servicios penitenciarios, dirigidos a contrarrestar el fenómeno de las drogas ilegales, como lo define Eurostat (12). En general, los servicios policiales comprenden la aplicación de las leyes y reglamentos nacionales, incluyendo factores tales como la prevención e investigación de los delitos, la vigilancia regular y auxiliar de los puertos y las fronteras, los guardacostas y las aduanas, así como la normativa y supervisión de la circulación vial. Los servicios prestados por los tribunales de justicia comprenden la gestión o apoyo a los tribunales de justicia civil y penal y los sistemas judiciales, la fiscalía, la recaudación de multas y los sistemas de libertad condicional. Los servicios penitenciarios comprenden las actividades de las administraciones penitenciarias y la gestión o el apoyo a las prisiones y otros lugares de detención o rehabilitación de delincuentes, como colonias penitenciarias, centros de trabajo, reformatorios, correccionales, asilos psiquiátricos, etc. (12).

En el caso del gasto público en iniciativas de reducción de la oferta de drogas, la gran mayoría de los recursos se dedican a la aplicación de la ley dirigida a los productores y distribuidores, pero también puede incluir actuaciones legales contra los consumidores por posesión de drogas cuando así lo requieren los sistemas judiciales nacionales.

## Estimaciones empíricas del gasto en políticas de oferta y demanda

Durante la última década, al menos 16 países europeos han proporcionado estimaciones exhaustivas del gasto público relacionado con las drogas (15). Las estimaciones de los países sugieren que el gasto relacionado con las drogas osciló entre el 0,01 % y el 0,5 % del producto interior bruto (PIB). Dado que los estudios pueden no haber aplicado las mismas clasificaciones de gasto o los mismos métodos de estimación, se requiere precaución al hacer comparaciones entre países (15).

Sin embargo, es interesante observar que la información disponible sugiere que las actividades de reducción de la oferta representaron la mayor proporción del gasto público relacionado con las drogas en la mayoría de los países. De los 16 países que elaboraron estimaciones completas en la última década, sólo cuatro países gastaron menos del 50 % de su presupuesto total en materia de drogas en reducción de la oferta, mientras que cinco países gastaron el 70 % o más. Los otros países dedicaron entre el 50 % y el 70 % de su gasto relacionado con las drogas a la reducción de la oferta.



**Figura 1 Desglose del gasto relacionado con las drogas entre la reducción de la demanda y de la oferta.**  
Fuente: OEDT, 2014b (15)

El análisis también ha demostrado que los fondos asignados a las iniciativas relacionadas con las drogas representan sólo una pequeña proporción del gasto público general en el sector del “orden público y la seguridad”. Por ejemplo, en 2008 (el único año en que se llevó a cabo este ejercicio de manera sistemática en los países de la Unión Europea), el gasto en reducción de la oferta representó entre el 2 % y el 12 % del gasto público total en este sector, mientras que la proporción del gasto relacionado con las drogas en estas partidas representó menos del 1 % del gasto público total en el sector de “salud y protección social” durante ese mismo período. Dado que la mayoría del gasto público en iniciativas de reducción de la

demanda se clasifica en la partida de “salud y protección social”, estas cifras pueden sugerir que los países europeos dan una mayor prioridad política a las iniciativas de reducción de la oferta como parte de las actividades de orden público y seguridad que a las iniciativas de reducción de la demanda como parte de las actividades de salud pública general (10). Con periodicidad anual, el OEDT presenta las estimaciones disponibles más recientes para el gasto público nacional relacionado con las drogas en los países de la Unión Europea, Noruega y Turquía como porcentaje del producto interior bruto (PIB). Cuando está disponible, el OEDT también presenta la proporción de los fondos invertidos en iniciativas de reducción de la oferta (<http://www.emcdda.europa.eu/countries>).

## Pasos en la estimación y el análisis de los costes

La aclaración de definiciones, la mejora de los métodos de estimación, la concertación de buenas prácticas y la búsqueda de datos fiables y estandarizados reforzará la utilidad de las estimaciones del gasto público, puesto que se puede mejorar el análisis a lo largo del tiempo y en función de las áreas de política y de los países (16). Se necesitan datos de mejor calidad y más desarrollos metodológicos. Con este fin, recomendamos algunos pasos metodológicos generales en la estimación y el análisis de costes.

### Definición del alcance y los objetos

En términos generales, un primer paso para una estimación viable de costes consiste en definir el alcance y la naturaleza del gasto público tenido en cuenta. Además, es necesario indicar claramente qué área geográfica y qué función de la prestación de servicios públicos cubren las estimaciones.

### Elaboración de un inventario de los proveedores de servicios

En segundo lugar, es necesario identificar la entidad o las instituciones públicas responsables de la prestación de servicios relacionados con las drogas —en el caso de este informe, medidas e intervenciones de reducción de la oferta—. Las autoridades gubernamentales y las instituciones y los servicios públicos responsables de la ejecución de iniciativas de política en materia de drogas en los diferentes niveles competenciales deben ser inventariados.

### Cartografiado de entidades financieras

El tercer paso consiste en identificar las diferentes autoridades públicas e instituciones que financian los aspectos de la política en materia de drogas y los proveedores de servicios financieros. Independientemente de la estructura gubernamental, el gasto de todas las instituciones gubernamentales nacionales, regionales o locales competentes, directa o indirectamente relacionado con la política en materia de drogas, siempre debe incluirse en una estimación de costes.

Hacer que los grupos de interés responsables de prestar servicios de políticas en materia de drogas conecten con sus entidades financieras puede resultar complicado, ya que las entidades encargadas de prestar servicios públicos no siempre son obvias y fáciles de identificar. Por ejemplo, cuando los servicios de tratamiento por drogas se prestan dentro de las prisiones, la entidad encargada tiene el orden público y la seguridad como su primera función, pero la salud como su objetivo en esta situación. Por lo tanto, los analistas deben considerar si se deben incluir los costes de estas actividades como iniciativas de reducción de la oferta o de reducción de la demanda.

Eurostat, junto con la mayoría de las organizaciones internacionales que se ocupan de la evaluación de las políticas, incluye la prestación de servicios como el principal método para identificar en qué sector se utilizan los fondos, incluso cuando el proveedor es menos obvio. En este caso, el gasto público en el tratamiento por drogas realizado en las prisiones debe excluirse de las estimaciones de gasto para los servicios de reducción de la oferta y contabilizarse como gastos de salud relacionados con las drogas. A veces, la prestación será responsabilidad de las entidades privadas, mientras que la financiación es una responsabilidad del gobierno.

Cabe señalar, sin embargo, que el mismo servicio puede tener múltiples finalidades de política y debe evitarse la duplicación. Por ejemplo, en el caso de los programas de reinserción social en los barrios afectados, la financiación puede servir a la vez al propósito de prevenir la delincuencia por drogas (gasto para la reducción de la oferta) y al propósito de prevenir el consumo de drogas (inversión sanitaria en gasto para la reducción de la demanda). A efectos de contabilidad pública estos fondos no se deben contabilizar dos veces. Por lo tanto, los investigadores tendrán que incluir este gasto solo una vez, optando por consignarlo bajo la partida de salud preventiva o bien bajo la de prevención de la delincuencia. A veces, decidir en qué sector ha de incluirse el gasto es difícil y la mejor manera de lidiar con este tipo de situaciones es asegurarse de que los investigadores documenten las diferentes opciones y premisas que adopten.

### Recopilación de datos

El cuarto paso consiste en determinar una estrategia para recopilar los datos necesarios sobre el gasto público. Con el fin de obtener información relevante, los analistas tendrán que examinar los documentos de las políticas y los datos contables. También se recomienda realizar entrevistas con los principales interesados sobre el terreno como una forma de obtener una mejor información sobre los lugares donde se pueda disponer de datos financieros, y buscar conjuntos de datos internacionales.

### Clasificación e identificación de los datos sobre el gasto relacionado con las drogas

Resulta esencial clasificar el gasto público en función de la finalidad para la que se destina el gasto (12; 17). El siguiente paso que debe considerarse es cómo agrupar el gasto relacionado con las drogas en función de estas sub-finalidades. Habitualmente se utilizan dos sistemas de clasificación:

- ▶ Teniendo en cuenta el hecho de que el gasto relacionado con las drogas en iniciativas de reducción de la oferta comprende los fondos invertidos con el objetivo de abordar el

fenómeno de las drogas ilegales a través de la policía, los tribunales de justicia y el sistema penitenciario, la clasificación utilizada con frecuencia en las comparaciones internacionales es la Clasificación de las funciones de las Administraciones públicas (CFAP).<sup>1</sup> Bajo la CFAP, la mayor parte del gasto en políticas de control de drogas se incluye en la clase de gasto “orden público y seguridad”. Las subclases más directamente pertinentes son “servicios de policía”, “tribunales de justicia”, “prisiones” e “I+D del orden público y la seguridad” (12).

- Reuter (20) vincula el gasto público con las facetas de la oferta y la demanda del mercado, y subdivide los costes públicos en función de cuatro programas gubernamentales; los programas de prevención, aplicación de la ley, tratamiento y reducción de daños. Contabiliza el gasto público en reducción de la oferta bajo los “programas de aplicación de la ley” y considera que éstos son “programas destinados a los traficantes y productores para empujar al alza la curva de la oferta para las drogas; en igualdad de condiciones, deben elevar el precio de las drogas y reducir la cantidad. Los programas dirigidos a los consumidores y minoristas aumentan los costes de transacción de la compra de drogas”. En otras palabras, los programas de aplicación de la ley harán que la producción, el tráfico o el menudeo de drogas resulten más caros, porque provocarán un aumento en los costes unitarios de producción o bien introducirán un mayor riesgo en el negocio (21).

Estos dos sistemas de clasificación son sustancialmente diferentes. La CFAP fue diseñada conjuntamente por la oficina de estadística de la Unión Europea y la Comisión Europea, con conceptos y metodologías de recogida de datos bien definidos. La recopilación de datos obligatoria anual se ha implementado en todos los Estados miembros de la Unión Europea desde principios de 2000. El sistema cubre todas las funciones proporcionadas y financiadas por los gobiernos. Aunque las actividades relacionadas con las drogas se encuentran entre las tareas generales proporcionadas y financiadas por el sector público, no hay métodos concretos especificados ni datos recopilados sobre el gasto relacionado con las drogas. El gasto relacionado con las drogas está incorporado en partidas más amplias, como el gasto público en orden público y seguridad, sanidad, educación o protección social. Por el contrario, la clasificación de Reuter fue diseñada para organizar el gasto público invertido con el objetivo principal de abordar el fenómeno de las drogas. A pesar del hecho de que ninguna recopilación sistemática de datos se basa en este sistema, se aplica

con frecuencia en las estimaciones empíricas (véanse ejemplos en la sección 2.6 más adelante).

La comunidad investigadora no ha adoptado formalmente ninguno de estos sistemas de clasificación. Toda vez que Eurostat publica datos anualmente de conformidad con la clasificación CFAP, su sistema ofrece algunas ventajas, aunque los investigadores tienen que elegir los criterios y modelos de diseño para desglosar el gasto relacionado con las drogas dentro de las clases generales de gasto.

Como se ha mencionado, las iniciativas de reducción de la oferta a menudo están incorporadas en proyectos de política que tienen objetivos y presupuestos más amplios. Por lo tanto, es importante primero ir más allá del gasto que se utiliza exclusivamente para la política en materia de drogas e incluir también el gasto destinado a ámbitos de política más amplios que, indirectamente, pero de manera significativa, contribuye a la política en materia de drogas o causa impacto sobre esta. Por ejemplo, la inversión en políticas efectivas en ciertos barrios, con el fin de prevenir todo tipo de delitos, también puede contribuir a la prevención del menudeo de drogas. En consecuencia, es importante tener en cuenta los presupuestos generales para las iniciativas que puedan generar sinergias directas con los objetivos de la política en materia de drogas. En segundo lugar, se requieren técnicas de modelización con el fin de extraer los gastos relacionados con las drogas de los gastos generales. Por ejemplo, se precisan estimaciones específicas y metodologías bien definidas para desglosar el gasto en delitos relacionados con las drogas del gasto público total en tribunales de justicia (a continuación se recogen más detalles sobre las metodologías).

En el caso de que no se disponga de todos los datos requeridos en los conjuntos de datos internacionales, es preciso cartografiar las bases de datos nacionales. Cada país tiene diferentes estructuras para los servicios, la prestación y la financiación del control de drogas. El cartografiado de los datos nacionales puede conseguirse de diferentes maneras, tales como la extracción de información de los sistemas de registro y los informes anuales o mediante entrevistas con expertos y/o contactos clave que trabajan en este ámbito (22). El cartografiado detallado de los datos disponibles puede resultar exigente y hace un uso intensivo de los recursos. Sin embargo, es un paso fundamental para cualquier estimación del gasto público en control de drogas.

### La extracción de los datos sobre gasto: gasto consignado y no consignado

Algunos de los fondos asignados por los gobiernos al gasto relacionado con las drogas se identifican como tales en el presupuesto (gasto consignado). Sin embargo, la mayor parte del gasto relacionado con las drogas a menudo no se identifica (gasto no

1. Las estimaciones nacionales a veces utilizan definiciones alternativas. Véase Lievens et al., 2016 (18) o Kopp, 2006 (19) para consultar más detalles.

consignado) y debe estimarse utilizando enfoques de modelización. El gasto total relacionado con las drogas es la suma de los gastos consignados y no consignados relacionados con las drogas (23).

Puesto que los gastos consignados figuran claramente identificados en los presupuestos, no se requieren métodos de cálculo. A menudo se dispone de series temporales de datos para el gasto consignado. El mayor reto al compilar los datos sobre este gasto consiste en asegurar un cartografiado completo de todas las entidades encargadas de la prestación de estos servicios, ya que pueden estar repartidos a lo largo de diferentes niveles de gobierno. Dependiendo de las estructuras nacionales, siempre deben incluirse los gastos de todas las instituciones gubernamentales nacionales, regionales o locales competentes que estén asociados directa o indirectamente con la política en materia de drogas.

En cuanto al gasto no consignado, es necesario un procedimiento de modelización, y la modelización se basa en un enfoque de arriba hacia abajo o bien de abajo hacia arriba. Con frecuencia, estas estimaciones requieren el uso de los datos de actividad para desarrollar estimaciones, tales como el número de delitos, de delincuentes, de causas penales o de reclusos.

### Modelización del gasto no consignado

El enfoque de modelización de arriba hacia abajo se utiliza principalmente cuando los datos disponibles están incorporados en programas con objetivos más amplios y la fracción atribuible a las drogas puede identificarse como una proporción del presupuesto general. Con el fin de identificar esta proporción, los modelos identifican criterios objetivos y calculan las fracciones atribuibles.

Gasto relacionado con las drogas no consignado = Gasto general × Fracción atribuible

No hay ninguna metodología general para determinar las fracciones atribuibles, también conocidas como claves de reparto. En la práctica, la clave de reparto adecuada viene determinada por el objeto de la estimación, la disponibilidad de los datos y los enfoques de modelización disponibles. Las claves de reparto se determinan de manera diferente en función de la información proveniente de los datos de actividad. Estos datos de actividad se extraen de los sistemas de registro, los informes anuales y/o los contactos que trabajan en este ámbito (22). Al determinar las fracciones atribuibles, los datos utilizados deben estar preferiblemente a disposición del público o, incluso mejor, estar almacenados dentro de bases de datos internacionales. Esto puede garantizar la posibilidad de producir estimaciones comparables en los años que siguen y en otros países.

El Apéndice 3 resume la información sobre los datos disponibles en las bases de datos internacionales

más relevantes que se pueden utilizar para estimar el gasto público no consignado en reducción de la oferta. Describe los datos de actividad comunicados, los países comunicantes y los períodos temporales. Este apéndice recoge los datos disponibles relativos a las estadísticas anuales sobre gasto público nacional en policía, tribunales de justicia y prisiones comunicados por Eurostat. Estos datos incluyen no sólo el gasto en iniciativas relacionadas con las drogas, sino también el total gastado en todos los delitos. Por lo tanto, para extraer el gasto relacionado con las drogas y construir fracciones atribuibles, se requieren los datos de actividad.

Por ejemplo, los datos sobre el número de delincuentes por drogas en prisión en comparación con la población reclusa total permitirán que los investigadores estimen los gastos penitenciarios relacionados con las drogas como una proporción del gasto penitenciario total. Además, el número de casos relacionados con las drogas tramitados por la policía, los fiscales o los tribunales especializados en drogas en comparación con el número total de casos tramitados por estas instituciones puede también permitir que los investigadores estimen sus costes relacionados con las drogas.

Para diseñar las fracciones atribuibles, los modelos pueden utilizar datos sobre delincuencia y la actividad policial, judicial o penitenciaria. El Apéndice 3 presenta la información y los datos por grupos de variables. Estos grupos abarcan el gasto público total, el gasto público relacionado con las drogas, el gasto público en reducción de la oferta; los delitos por drogas; los delitos denunciados por la policía, la criminalidad relacionada con las drogas, las estadísticas de condenas y la población reclusa. Dentro de estos grupos, se enumeran las variables relevantes. Por cada variable, los datos disponibles se muestran por fuente, país y período temporal. Por último, este apéndice expone el número de observaciones disponibles para cada variable. Las fuentes pertinentes incluyen datos del Consejo de Europa, el OEDT, Eurostat, el Institut de Criminologie et Droit Penal de l'Université de Lausanne y la UNODC.

A pesar del hecho de que algunos de los datos sólo están disponibles para un corto período de tiempo y de que faltan aún datos en muchos países/años, la recopilación de la información que está disponible permitirá que los investigadores desarrollen unos métodos mejores y unas estimaciones más precisas en el futuro.

Cuando no se dispone de fuentes internacionales, se deben utilizar las estadísticas nacionales públicamente disponibles y los datos de los organismos públicos competentes.

*Ventajas del enfoque de arriba hacia abajo*

- Disponibilidad de los datos: los datos presupuestarios agregados son a menudo de fácil

acceso, lo que significa que se pueden aplicar fácilmente los enfoques de arriba hacia abajo.

- ▶ **Bajo coste:** la disponibilidad de los datos agregados significa que se puede reducir el tiempo y los costes necesarios para estimar un coste unitario de arriba hacia abajo.
- ▶ **Versatilidad:** la metodología permite a los analistas predecir cómo los costes pueden variar como resultado de una reducción/un aumento en la utilización de un servicio (por ejemplo, cuando se cometen más/menos delitos relacionados con las drogas que lo previsto en un año determinado) y cómo estos costes cambian con el tiempo.

Hay, sin embargo, algunas limitaciones asociadas con un enfoque de arriba hacia abajo. Este tipo de enfoque podría no identificar claramente los diferentes factores que impulsan los costes y, por tanto, a menudo enmascara los factores subyacentes que determinan por qué los costes unitarios varían dentro de un grupo de servicios único pero heterogéneo. Los criterios establecidos para estimar las fracciones atribuibles no siempre toman en cuenta todas las características que pueden impactar sobre los costes totales, lo que significa que las funciones de coste a menudo se simplifican. A menudo estas estimaciones pueden, por tanto, no resultar muy precisas. Sin embargo, se utilizan con frecuencia y proporcionan valiosos indicadores indirectos de los costes medios.

Un método alternativo para estimar el gasto relacionado con las drogas consiste en basar las estimaciones sobre el coste de proporcionar una unidad de servicio público, conocido como el enfoque de modelización de abajo hacia arriba. Por ejemplo, ¿cuánto cuesta mantener a un delincuente por drogas en prisión? Teniendo en cuenta los diferentes costes soportados por el gobierno para gestionar un centro penitenciario, tales como los costes reales del patrimonio estatal, los funcionarios de prisiones, la electricidad, el agua y el gas, la maquinaria, etc., es posible estimar cuánto cuesta cada recluso al día. Esta suma puede, a continuación, multiplicarse por el número de reclusos relacionados con las drogas, teniendo en cuenta los diferentes costes asociados a cada tipo de recluso, en función de las diferentes duraciones de las condenas de prisión, los diferentes niveles de seguridad, etc. Para obtener el gasto total en política de control de drogas, todos los elementos de coste deben ser identificados y totalizados.

El enfoque de abajo hacia arriba resulta particularmente atractivo cuando es fácil conocer los costes unitarios pertinentes. Si, por el contrario, cada tipo y elemento de la política en materia de drogas ha de ser estimado por separado, este enfoque puede resultar exigente y dificultoso.

#### *Ventajas de utilizar un enfoque de abajo hacia arriba*

- ▶ **Transparencia:** los datos detallados de costes permiten que se investiguen los errores potenciales y que se pruebe su impacto, lo que facilita un proceso de control de la calidad.
- ▶ **Simplicidad:** el cálculo requerido para estimar los costes unitarios es directo y fácil de entender, y ofrece una manera sencilla de cuantificar los costes administrativos y generales asociados con una gama de servicios públicos.
- ▶ **Detalle:** los datos detallados de costes pueden destacar las variaciones, permiten que los analistas exploren los factores que subyacen a las variaciones y determinen si, por ejemplo, algunos usuarios de los servicios suponen una parte desproporcionada de los costes.
- ▶ **Versatilidad:** la metodología permite que un analista pronostique cómo los costes pueden cambiar como resultado de una reducción en la utilización o la demanda de los servicios.

La desventaja principal asociada con el enfoque de abajo hacia arriba es que requiere información detallada concerniente tanto al tipo de costes asociados con la prestación de cada servicio (pleno conocimiento de la función de producción de cada servicio público) como al coste unitario de cada uno de los factores de producción.

Una combinación de los dos enfoques puede ser preferible. La ventaja de un método dual es que hace posible la verificación cruzada; los datos recogidos en un enfoque de arriba hacia abajo pueden ser verificados por duplicado y suplementarse con los datos obtenidos de los actores sobre el terreno.

### **Comunicar el valor de las estimaciones**

El formato básico utilizado para comunicar el valor de las estimaciones es el valor monetario en términos nominales. Sin embargo, para permitir la comparabilidad a lo largo del tiempo, las estimaciones deben ajustarse según la inflación si se comunican en unidades monetarias.

Algunos autores, sin embargo, comunican el valor de las estimaciones como porcentaje del PIB. Esta forma de presentar los resultados considera la dimensión económica de un país. Es probable que el gasto relacionado con las drogas sea mayor en un país con 85 millones de habitantes que en un país con 10 millones de habitantes. Lo mismo vale para un país con una renta superior (10). Por estas razones, la comunicación del valor de las estimaciones como porcentaje del PIB es una opción válida, ya que tiene en cuenta tanto la inflación como el tamaño y el nivel de renta de un país.

Otro enfoque utilizado con frecuencia consiste en comunicar el valor del gasto por número de consumidores de drogas problemáticos. En este caso, los

autores tienen en cuenta el contexto del problema de las drogas. Comunicar todas las mediciones complementarias del gasto público relacionado con las drogas facilita la validación de los datos mediante la verificación cruzada y aumenta la importancia económica y la utilidad de las estimaciones.

### Ejemplos de modelos sectoriales

Además de recoger datos sobre el gasto público consignado, se han aplicado varios modelos para identificar el gasto no consignado en el control de drogas en los contextos nacionales. Diferentes autores han aplicado diferentes definiciones, conjuntos de datos y modelos para estimar las partidas de gasto relacionado con las drogas. Esta sección presenta ejemplos de los modelos utilizados para estimar el gasto no consignado relacionado con las drogas en varios tipos de iniciativas de control de la oferta.

#### Policía

El gasto público en servicios policiales relacionados con las drogas probablemente se identifica mejor utilizando un enfoque de arriba hacia abajo.<sup>2</sup> Con el fin de desglosar este gasto respecto del gasto público total en orden público y seguridad, según lo publicado por Eurostat, se han calculado las fracciones atribuibles con la ayuda de los datos de actividad, como los delitos relacionados con las drogas en proporción con el número total de delitos. Los siguientes son ejemplos concretos de las variables disponibles en los conjuntos de datos nacionales e internacionales, que se han utilizado por separado para estimar las fracciones atribuibles:

- (1) El número de delitos relacionados con las drogas por cada 100 000 habitantes.
- (2) El número de casos relacionados con las drogas denunciados por la policía con respecto al número total de casos policiales.
- (3) El tiempo que las fuerzas policiales dedican a la lucha contra el fenómeno de las drogas en proporción con su tiempo total de trabajo.

Para estimar la cuota de los costes imputable al gasto en la acción policial contra las drogas ilícitas, la ratio se multiplica por el gasto total de los organismos policiales y se le restan todos los datos disponibles sobre el gasto consignado para el control de drogas.

2. Aunque también es posible utilizar un enfoque de abajo hacia arriba, ya que la actividad policial viene normalmente financiada por el presupuesto del gobierno central, un enfoque pragmático utilizado con frecuencia consiste en elaborar estimaciones basadas en estos presupuestos agregados. En este caso, las estimaciones del gasto público son relativamente completas, puesto que tienen en cuenta todos los costes pertinentes. Además, este método facilita la comparabilidad internacional de los resultados, ya que se dispone de datos comparables para la mayoría de los países europeos.

Un ejemplo concreto viene dado por las estimaciones de Italia. Genetti (24) estimó el gasto público relacionado con las drogas para las fuerzas policiales en base a la cantidad de tiempo que el personal dedicado al control de drogas en 2011: posesión de drogas ilícitas para consumo personal; producción, tráfico y menudeo de drogas ilícitas; y la conducción bajo la influencia de drogas y alcohol. La proporción que este tiempo representó del tiempo total de trabajo de las fuerzas policiales se utilizó como una «fracción atribuible» para desglosar la cantidad de dinero que se gastó en actividades policiales relacionadas con las drogas del gasto total en la actividad policial. Dentro de los fondos asignados al control de drogas, el 14 % se destinó a la actividad policial antidroga, mientras que los tribunales de justicia y las prisiones gastaron el restante 21 % y 65 % respectivamente.

Moolenaar (25) desarrolló un modelo y aportó un ejemplo de cómo estimar el gasto público en las iniciativas de reducción de la oferta en los Países Bajos. El autor aplicó un modelo de arriba hacia abajo basado en el coste promedio del tiempo policial dedicado a este trabajo. Moolenaar calculó la duración media de cada tipo de investigación penal en primer lugar por tipo de actividad delictiva (suponiendo que las diferentes actividades delictivas tengan diferentes costes de investigación sobre la base de una evaluación de la gravedad del delito) y en segundo lugar por el número de casos registrados para cada actividad delictiva.

#### Aduanas

Con respecto a los servicios aduaneros, el porcentaje de los funcionarios aduaneros que se ocupan de las actividades de control de drogas y/o la proporción de su tiempo de trabajo en comparación con el número total de funcionarios aduaneros y/o el tiempo total de trabajo se ha utilizado como una fracción atribuible. Como datos de *input*, el número de funcionarios aduaneros que están involucrados en actividades de control de drogas constituye la base para el cálculo. Estas estimaciones se aplican a continuación a los gastos totales de la administración aduanera (menos el gasto consignado específicamente dirigido a esta actividad). No obstante, cabe señalar que la mayoría de los funcionarios aduaneros no dedican exclusivamente su tiempo de trabajo a actividades de control de drogas, por lo que lo idóneo sería estimar el porcentaje o el promedio de tiempo de trabajo dedicado al control de drogas.

Kopp y Fenoglio (26) estimaron el gasto relacionado con las drogas de los servicios aduaneros sobre la base de la proporción de funcionarios aduaneros asignados a abordar el tráfico ilícito de drogas dentro del número total de funcionarios aduaneros. Esta proporción constituía la fracción atribuible aplicada al presupuesto aduanero total. Los autores concluyeron que, en 2000, el gasto relacionado con las drogas en los servicios aduaneros representó aproximadamente el 10 % del

total del gasto relacionado con las drogas en Francia. Como señalaban estos autores, omitir costes tales como los de equipos detectores o los perros detectores puede considerarse una limitación relevante, ya que estos costes pueden tener un fuerte impacto sobre unos presupuestos relativamente pequeños, como los de los servicios aduaneros.

Lievens et al. (18) estimaron el gasto relacionado con las drogas incurrido por aduanas basándose en la proporción que las infracciones de la legislación de drogas representaron sobre el número total de infracciones registradas por los servicios aduaneros ordinarios, los servicios de investigación y las brigadas motorizadas. Utilizaron un enfoque de arriba hacia abajo basado en el número de delitos de drogas como una proporción del número total de delitos. En 2012, el gasto aduanero representó el 3,6 % del gasto público total relacionado con las drogas dedicado a la reducción de la oferta en Bélgica.

## Sistemas judiciales

El gasto en servicios judiciales relacionados con las drogas se ha extraído del gasto nacional total en los tribunales de justicia en base a los siguientes datos de actividad:

- (1) La proporción de delitos relacionados con las drogas con respecto al número total de delitos.
- (2) La proporción de condenas relacionadas con las drogas con respecto al número total de condenas;
- (3) La proporción de personas encarceladas por delitos relacionados con las drogas con respecto al número total de presos.

Kopp y Fenoglio (26) estimaron el gasto que representa la delincuencia relacionada con las drogas en el sistema judicial francés. Adoptaron un enfoque de abajo hacia arriba, tomando las estimaciones del tiempo dedicado por los diversos tipos de jueces franceses y otros tipos de personal administrativo en los casos relativos a las drogas y luego multiplicando estas estimaciones por sus salarios promedio. Sobre la base de este método, los autores concluyeron que los tribunales de justicia representaron en torno al 24,4 % del gasto público total relacionado con las drogas en Francia en 2000.

En Croacia, el gasto relacionado con las drogas en los tribunales abarcó las causas relacionadas con las drogas tramitadas tanto por el Estado como por los tribunales (27). Se utilizó un enfoque de arriba hacia abajo sobre la base de las estimaciones del número de delitos relacionados con las drogas como una proporción del número total de delitos registrados por la policía. Los investigadores reconocieron que estas estimaciones eran toscas, pero no pudieron obtener una mejor aproximación para este componente en particular de las estimaciones.

En Suecia, se estimó el gasto en los procesos relacionados con las drogas y los casos judiciales (tribunal de distrito, tribunal de apelación y tribunal supremo) sobre la base de un enfoque de abajo hacia arriba, que combinó el número de casos y el coste promedio por caso (28). Los datos se obtuvieron de un funcionario del sistema judicial. Cabe señalar que no se registró el coste promedio de los casos por tipo de delito; en cambio, se utilizó el promedio para todos los tipos de delitos como un indicador de delitos relacionados con las drogas. Por otra parte, para el tribunal de apelación y el tribunal supremo, sólo se disponía del número total de causas penales y la proporción de las causas relacionadas con las drogas se estimó en función del número de causas en los tribunales de distrito (9 %). En cuanto al rango de estimaciones, cabe señalar que el autor incluyó, como un límite superior, un determinado porcentaje (30 %) de los costes de instrucción de otros delitos, que pueden haberse cometido bajo la influencia de las drogas.

## Prisiones

Los costes no consignados de los delincuentes por drogas en el sistema penitenciario pueden estimarse utilizando el número de presos condenados por delitos relacionados con las drogas expresado como una proporción del número global de condenas. Por ejemplo, para estimar el gasto relacionado con los delitos por drogas en prisiones, deben tenerse en cuenta dos elementos: el gasto global en prisiones para un determinado ejercicio fiscal y la fracción atribuible de los presos condenados por delitos en materia de drogas.

El OEDT (14) proporciona un ejemplo de cómo se puede estimar el gasto público en delincuentes por drogas en las prisiones. Sobre la base de los datos de gasto público en prisiones proporcionados por Eurostat y los datos sobre el número de delincuentes proporcionados por el Consejo de Europa, la proporción de presos condenados por un delito relativo a las drogas como su principal delito se comparó con el gasto público total en prisiones. Se calculó un rango de estimaciones, de modo que las estimaciones bajas tuvieron en cuenta únicamente los presos condenados por un delito de drogas y las estimaciones altas incluyeron también los presos preventivos. Entre 2000 y 2010, se estimó que este gasto osciló, de media, entre el 0,03 % y el 0,05 % del PIB en 22 países europeos. Al aplicar estos porcentajes a toda la UE para el año 2010, el gasto estimado se situó dentro del rango de entre 3700 y 5900 millones de euros.

## Ejemplos de estudio nacionales

Se han aplicado varios modelos y fuentes de datos en diferentes contextos nacionales para identificar el gasto consignado y no consignado asignado a las iniciativas de control de drogas. Debido a las

particularidades nacionales, ni su validez externa ni la comparabilidad de los métodos utilizados han sido objeto de prueba. El grado y la especificidad del gasto consignado relacionado con las drogas varían sustancialmente entre los países, al igual que los datos y los métodos aplicados para estimar el gasto no consignado. Por ello, las estimaciones nacionales que se presentan a continuación no son directamente comparables; sin embargo, aportan ejemplos de modelos y estimaciones útiles e ilustran algunos de los enfoques aplicados.

## Croacia

Budak et al. (27) se propusieron identificar el gasto público total relacionado con las drogas del gobierno central y desarrollar un método de estimación y asignación del gasto no consignado por tipo de programa de política en materia de drogas (prevención, tratamiento, reinserción social, reducción de daños y aplicación de la ley). Para el gasto consignado, se pidió a las instituciones gubernamentales que clasificasen el gasto presupuestario por función pública y por tipo de programa. Los gastos no consignados se identificaron indirectamente con un sistema de claves de reparto, que se aplicó al presupuesto unitario estatal total (menos los costes consignados). Las claves de reparto se estimaron utilizando datos sobre las actividades de reducción de la oferta. Los gastos públicos no consignados se estimaron partiendo de la premisa de que constituyen la parte del gasto público restante una vez que los gastos públicos consignados para la lucha contra el abuso de drogas se hayan deducido del gasto total de un organismo público.

Para el período de 2009-2012, el estudio sugiere que el gasto público en aplicación de la ley constituye alrededor del 73 % del total del gasto público relacionado con las drogas por parte del gobierno central, mientras que la prevención, el tratamiento, la reinserción social y la reducción de daños representaron el 12 %, 13 %, 0,3 % y 2 %, respectivamente. Al comparar el gasto no consignado para diferentes programas en un solo año (2011), el gasto no consignado en aplicación de la ley representó el 82 % del gasto total no consignado relacionado con las drogas. Por otra parte, la aplicación de la ley supuso el 4 % del gasto consignado total. En general, las estimaciones indican que el gasto relacionado con las drogas supuso el 0,2 % del PIB.

## Bélgica

El estudio *Drugs in Figures III* midió cuánto gastó el Gobierno belga en la política en materia de drogas en 2008 (29). Consistió en una ampliación de dos estudios anteriores (30; 31) mediante la realización de una estimación nueva y más ajustada del gasto público para contrarrestar las drogas ilegales. El estudio combinó un enfoque de arriba hacia abajo y otro de abajo hacia arriba para estimar el gasto público. La

gran mayoría (98,45 %) de los gastos se identificaron como resultado del enfoque de arriba hacia abajo. Los gastos públicos identificados mediante el enfoque de abajo hacia arriba (1,55 %) estaban relacionados con organizaciones que dependían del gobierno para la mayor parte de su financiación.

El gasto total relacionado con las drogas se desglosó por programas: aplicación de la ley, tratamiento, prevención, reducción de daños y otras partidas. Para 2008, el gasto público en aplicación de la ley constituyó el 45 % del gasto total. Este fue ligeramente menor que el total gastado en tratamiento (49 %) y sustancialmente superior al gastado en prevención (4 %), reducción de daños (0,8 %) y otras partidas (1,2 %). Al ser estimado de la misma manera para 2004, el gasto público en aplicación de la ley mostró un aumento sustancial entre 2004 y 2008, tanto nominalmente (de 186 038 337 euros a 243 000 490 euros) como en relación a otros programas (aumentó en 6 puntos porcentuales).

## Italia

Con objeto de estimar el gasto público relacionado con las drogas en Italia (32), se desarrolló un modelo para analizar el flujo de información sobre los costes proveniente de diversas fuentes. El modelo constaba de cuatro componentes: los costes privados o indirectos (costes individuales y costes debidos a la pérdida de la capacidad productiva) y el gasto público o los costes directos (costes de aplicación de la ley, costes sociales y sanitarios). Para determinar los costes de la aplicación de la ley, se utilizaron las siguientes fuentes de información: datos relativos al control del tráfico y los accidentes de tráfico, datos policiales sobre las personas sorprendidas con drogas para consumo personal, datos sobre el número de condenas por narcotráfico, y datos sobre delitos conexos al narcotráfico.

Para 2011, el coste de la aplicación de la ley en materia de drogas se estimó en 1 600 435 296,60 euros, o aproximadamente 40 euros por habitante con edad comprendida entre 15 y 64 años. El mayor componente de coste fueron las prisiones y las medidas alternativas (65 %), mientras que los juicios y los gastos legales, las actividades de aplicación de la ley y la administración representaron el 21,3 %, 13 % y 0,7 %, respectivamente.

## Francia

En un estudio francés, el método se basó en analizar los registros de actividad cuando se disponía de ellos en los organismos competentes (33). A continuación, se agregó el gasto total para las actividades relacionadas con las drogas en estos organismos. El enfoque de arriba hacia abajo aplicado en este caso aportó una indicación de la proporción del gasto por actividades relacionadas con el control de drogas en comparación con el gasto global de todas las instituciones y organismos competentes. Para obtener una estimación, se

aplicó una fracción a los costes totales de personal y a los costes operativos rutinarios del organismo en cuestión. En el año 2010, por ejemplo, el 10 % de las actividades policiales fueron atribuibles a las actividades de control de drogas, que involucraron a 60 unidades policiales. En este ejemplo, se calcularon los gastos policiales atribuibles a actividades relacionadas con las drogas multiplicando el gasto total de los servicios policiales por esta fracción del 10 %.

También se adoptó un enfoque de abajo hacia arriba, basado en el tiempo de trabajo del personal que desempeña funciones de apoyo en relación con las actividades relacionadas con las drogas o los equipos utilizados, tal y como los registran los organismos competentes. Por ejemplo, el tiempo dedicado a dar charlas de prevención en los centros escolares y el tiempo empleado por las fuerzas policiales en los controles de alcoholemia se incluyeron en los cálculos.

Según Kopp (33), el gobierno francés dedicó 913 millones de euros en 2010 a «prevención y represión», lo que supuso cerca del 40 % del gasto público total relacionado con las drogas (el gasto total relacionado con las drogas se estimó en un 1 % del PIB).

## Luxemburgo

Desde 1999, los costes sociales de las drogas se han estimado en Luxemburgo anualmente. Estas estimaciones tienen en cuenta los costes totales de las consecuencias del consumo de drogas y el narcotráfico para los organismos públicos y privados. El gasto público se analiza en cinco sectores: prevención, tratamiento, reducción de daños, aplicación de la ley e investigación. En el ámbito de la aplicación de la ley, como en otros ámbitos, los analistas se enfrentan al doble reto de contabilizar los gastos relacionados con las drogas, financiados por los diferentes niveles gubernamentales, y desarrollar modelos para extraer el gasto no consignado relacionado con las drogas de los presupuestos más amplios (34).

Se estimó que la aplicación de la ley representó el 39 % del gasto público total relacionado con las drogas en 1999; el gasto en prevención, tratamiento y reducción de daños ascendió al 59 %, mientras que la investigación y otras partidas representaron el 2 %. En general, el gasto público relacionado con las drogas representó un 0,013 % del PIB.

## Rusia

En Rusia, se estimó el gasto público en los cuerpos de seguridad y en el sistema judicial como parte de un estudio social (35). El modelo integral abarcó los costes privados e indirectos (el coste para el individuo y los costes debidos a la pérdida de la capacidad de producción) y el gasto público, incluyendo el gasto directo en los servicios de reducción de la oferta. Estos se desglosaron como gasto en aplicación de la ley

y gasto en justicia penal, que incluyó factores tales como los cuerpos de seguridad y el servicio federal de control de drogas.

El gasto público en servicios de reducción de la oferta se estimó utilizando un enfoque de arriba hacia abajo y diversas fuentes de información: datos policiales sobre las personas sorprendidas con drogas para consumo personal, datos sobre el número de condenas por narcotráfico y datos sobre los delitos relacionados con el narcotráfico. Puesto que no había información publicada sobre la fracción atribuible a la delincuencia relacionada con las drogas en Rusia, se utilizó la fracción estimada en un estudio realizado por la Office of National Drug Control estadounidense (22 %) con el fin de estimar los gastos de la aplicación de la ley y del sistema judicial.

## Portugal

Hay pocos ejemplos de intentos de estimar el impacto de los cambios en el sistema jurídico sobre el gasto público relacionado con las drogas y los presupuestos relacionados con estas. Gonçalves et al. (36) son una excepción, ya que realizaron un análisis integral de los costes sociales de la situación antes y después de la despenalización en Portugal. Los autores detectaron una reducción significativa en los costes no relacionados con la salud de la política en materia de drogas entre 2000 y 2004, sobre todo en el sistema jurídico (costes directos). Aunque estas observaciones ponen de manifiesto cambios significativos, la prudencia sigue siendo necesaria al concluir que existe una relación causal entre la reducción en los costes de la política en materia de drogas y la nueva estrategia nacional de lucha contra las drogas (NSFAD) portuguesa.

## Otros estudios nacionales

Existen otros ejemplos de estudios de gasto público además de los mencionados anteriormente. Por ejemplo, Mostardt et al. (37) estimaron el gasto público en 2006 para Alemania a partir de datos de Eurostat y del sistema de la CFAP, concluyendo que la reducción de la oferta representó cerca del 65 % del total del gasto público relacionado con las drogas; Rigter (38) estimó que el 75 % del gasto público se destinó a la aplicación de la ley en los Países Bajos; Ramstedt (28) presentó estimaciones del gasto público para Suecia, concluyendo que el gasto público en reducción de oferta representó entre el 70 a 76 % del total; y Lievens et al. (18) publicaron un estudio de costes sociales, incluyendo estimaciones de gasto público en drogas legales e ilegales en Bélgica. También existen estimaciones estadounidenses (39) y australianas (40). A pesar de las diferencias sustanciales, todos los estudios pueden verse como los cimientos necesarios en las evaluaciones nacionales de las políticas en materia de drogas.

## Estimaciones y bases de datos internacionales utilizadas para modelar el gasto público relacionado con las drogas

La única compilación internacional disponible de las estimaciones actualizadas del gasto público relacionado con las drogas en la reducción de la oferta la publicó el OEDT para los Estados miembros de la UE (41). Esta presenta las estimaciones nacionales disponibles del gasto total relacionado con las drogas, dividido en iniciativas de reducción de la oferta y de la demanda. Sin embargo, el alcance de las comparaciones entre países es limitado porque las estimaciones de los países a menudo no utilizan definiciones, conjuntos de datos o metodologías comparables.

Otra base de datos de especial relevancia es Eurostat, porque se basa en un sistema de categorización homogéneo y en definiciones pactadas a nivel internacional, que son características necesarias para la comparación internacional. La Clasificación de las funciones de las Administraciones públicas (CFAP) es un sistema de clasificación detallado de las funciones u objetivos socioeconómicos que los órganos de la Administración pública intentan lograr a través de una serie de desembolsos (para más detalles, véase el Apéndice 2). Eurostat ha publicado datos anuales, según la clasificación CFAP para los países europeos desde principios de 1990. Esta fuente de datos ha demostrado ser relevante y susceptible de una amplia variedad de aplicaciones analíticas. Sin embargo, el conjunto de datos no comprende datos relativos a los gastos específicos en iniciativas públicas relacionadas con las drogas. Con el fin de extraer los gastos relacionados con las drogas de amplias clases de gasto público, se adoptan métodos de modelización en función del sector de la intervención.

El Apéndice 1 proporciona una lista de fuentes de datos relevantes. Además de las dos fuentes de datos ya mencionadas, hay información sobre los informes internacionales concernientes a los factores de reducción de la oferta, como la delincuencia relacionada con las drogas (el OEDT y el Instituto Europeo de Prevención del Delito y Lucha contra la Delincuencia), la actividad y los costes penitenciarios (el Consejo de Europa), y la delincuencia y los sistemas de justicia penal (Eurostat y el Instituto Europeo de Prevención del Delito y Lucha contra la Delincuencia). El apéndice 3 y la página web <http://www.emcdda.europa.eu/topics/drug-related-public-expenditure> recogen una amplia descripción de los datos publicados por las instituciones internacionales.

## Conclusiones

- ▶ Cada país europeo destina importantes recursos públicos al ámbito de la política en materia de

drogas. Los estudios sobre el gasto público pueden revelar cuánto están gastando las autoridades públicas en la política en materia de drogas y para qué fines se incurre en estos gastos.

- ▶ Las estimaciones del gasto público se pueden utilizar como una herramienta para evaluar si las intenciones de la política se ven realmente reflejadas en la actuación, y constituyen una herramienta necesaria para implementar evaluaciones exhaustivas de las políticas. Los estudios sobre el gasto público deben reflejar todas las actividades y los enfoques políticos pertinentes y pueden resultar especialmente adecuados en tiempos de austeridad.
- ▶ Existen estimaciones para 16 países de la UE de los 30 potenciales países informantes (42). Las estimaciones sugieren que el gasto relacionado con las drogas se sitúa en un rango del 0,01 % al 0,5 % del PIB. 12 de los 16 países informantes asignan la mayor parte del gasto público relacionado con las drogas a actividades de reducción de la oferta.
- ▶ La disponibilidad de los datos es una de las principales limitaciones en este ámbito. Se recomienda el uso de bases de datos internacionales, siempre que sea posible, porque estos conjuntos de datos emplean conceptos y definiciones ampliamente aceptados y proporcionan mejores datos comparables. A veces, sin embargo, los conjuntos de datos nacionales pueden contener información más detallada o fiable.
- ▶ El presupuesto total para los servicios de reducción de la oferta es la suma de los gastos consignados y no consignados. Los gastos consignados están claramente identificados en los presupuestos públicos, mientras que se requiere un procedimiento de modelización para estimar los no consignados. El modelo se basa en un enfoque de arriba hacia abajo o bien de abajo hacia arriba. Utilizar ambos enfoques por ser complementarios resulta ventajoso, pero caro. Se aporta una lista de las ventajas y limitaciones de ambos métodos, además de estudios empíricos del gasto para las actividades de reducción de la oferta en algunos países europeos.
- ▶ Sin dejar de reconocer las limitaciones que presentan los conjuntos de datos disponibles en la actualidad, este informe aporta ejemplos de la práctica actual y, al hacerlo, sugiere áreas de interés futuro para el desarrollo metodológico deseado. Se espera que la estimación del gasto público relacionado con las drogas en iniciativas de reducción de la oferta y la evaluación de las políticas avancen en Europa. Para conseguir

mejoras continuas, sin embargo, es esencial que se desarrolle y mantenga una red de expertos. Deben ampliarse y mantenerse las alianzas con el objetivo de desarrollar buenas prácticas, normas y directrices en este ámbito.

## Recomendaciones

1. Mejorar los métodos de estimación con los nuevos avances metodológicos, pactar buenas prácticas y buscar datos estandarizados fiables reforzará la utilidad de las estimaciones del gasto público, ya que estas acciones permitirán el análisis a lo largo del tiempo y en las distintas políticas y países.
2. Es necesario mejorar la calidad de los datos y desarrollar fuentes de datos relevantes para realizar estimaciones más precisas del gasto en medidas de control de drogas y para medir el impacto de las políticas de control de drogas. Una opción es desarrollar directrices para la recopilación de datos y la modelización económica de las evaluaciones.
3. Resulta esencial clasificar el gasto público en función de la finalidad para la que se destina el gasto. Por tanto, resulta útil utilizar un sistema de categorización homogéneo, como la Clasificación de las funciones de las Administraciones públicas (CFAP) internacional.
4. Las comparaciones entre países son importantes, pero sólo son posibles con una metodología común de estimaciones de gasto público. Se han de ampliar y mejorar los conjuntos de datos internacionales y las técnicas de modelización con el fin de aumentar la capacidad de extraer pruebas basadas en evaluaciones de las políticas en materia de drogas en el ámbito de las drogas.
5. Una metodología que utilice un conjunto de claves de reparto según las categorías de la CFAP puede ser un punto de partida con el fin de estimar los gastos no consignados relacionados con las drogas. Un acuerdo general entre todos los países participantes en cuanto a las definiciones y métodos ayudará a mejorar la comparabilidad de los resultados entre países.
6. Los estudios del gasto público conllevan un trabajo analítico, el cual requiere capacidades humanas y técnicas adecuadas en todos los ámbitos de las partes interesadas pertinentes. Este trabajo es importante para obtener la calidad de los datos necesaria para la agregación y la comparación. Para lograrlo, podría establecerse una red de expertos y desarrollarse un grupo de trabajo de expertos.
7. El desarrollo de métodos para estimar el gasto público en reducción de la oferta requiere unas alianzas de trabajo eficaces entre los responsables políticos en materia de drogas y los especialistas en la policía, los tribunales y los centros penitenciarios. Se requiere la colaboración de los expertos en contabilidad pública y de los responsables de la elaboración de modelos económicos para garantizar unas estimaciones significativas.



## Capítulo 3

# Consecuencias indeseadas de las políticas de control de drogas

**A**unque las políticas en materia de drogas tienen como objetivo reducir el consumo de drogas y sus consecuencias nocivas, las intervenciones de la política pueden tener consecuencias indeseadas. Algunas de estas consecuencias están relacionadas con la salud y pueden tener efectos directos sobre la morbilidad y la mortalidad, o pueden afectar indirectamente a factores tales como la disponibilidad, la accesibilidad y la utilización de los servicios de atención sanitaria. Otras consecuencias indeseadas no están relacionadas con la salud, sino más bien con una serie de consecuencias sociales y económicas para el delincuente por drogas, sus familias y la sociedad en su conjunto. Las consecuencias indeseadas tienen valor político por dos razones: en primer lugar, deben tenerse en cuenta cuando se tomen decisiones políticas, y, en segundo lugar, estos efectos indeseados pero predecibles deben ser mitigados cuando sea posible (20). Este capítulo tiene por objeto identificar y analizar las consecuencias indeseadas de las políticas de control de drogas e identificar a aquellos que las sufren. Además, por cada consecuencia indeseada identificada, sugerimos posibles intervenciones que se pueden llevar a la práctica para reducir su magnitud y sus efectos negativos.

La aplicación de la ley en materia de drogas está destinada a detectar y responder a la infracción de las leyes y los reglamentos existentes sobre drogas. La aplicación incluye actuaciones tales como la vigilancia, la aprehensión, la imposición de multas y la prisión. Una infracción de las leyes de drogas está asociada con una probabilidad de detección y un riesgo de castigo para el delincuente. El castigo tiene como objetivo tanto penalizar a la persona como disuadir a otros de cometer un delito similar. Una sentencia de prisión, por ejemplo, penaliza al restringir la libertad de movimiento del delincuente durante un período de tiempo. No está, sin embargo, destinada a generar estigmatización, reducir oportunidades de empleo ni restringir el acceso a los servicios sanitarios. Del mismo modo, una multa está destinada a reducir los recursos financieros del delincuente, no a limitar sus oportunidades educativas, los logros en materia de empleo o las posibilidades de viajar, lo cual puede suceder si la multa va acompañada de antecedentes penales. Aun teniendo en cuenta los efectos deseados de las políticas de control de drogas, este capítulo

hace hincapié en estas consecuencias indeseadas que a menudo acompañan a las deseadas.

Los criterios políticos sobre las respuestas óptimas al consumo de drogas y a los problemas asociados a las drogas varían sustancialmente en las distintas jurisdicciones en Europa y otros lugares. Estos criterios también pueden cambiar con el tiempo, como lo ilustran los recientes cambios observados en las respuestas legales al consumo de cannabis. Este informe no aboga por una opción política o método en particular de manejar la situación de las drogas, sino que tiene como objetivo presentar las posibles intervenciones que pueden llevarse a la práctica independientemente de qué reglamentación en materia de drogas y prácticas de aplicación de la ley estén actualmente en vigor. Dadas las actuales leyes en materia de drogas, el objetivo es sugerir intervenciones que puedan reducir la cantidad, los efectos y la gravedad de las consecuencias indeseadas. Algunas sugerencias incluyen intervenciones dirigidas a la reducción de riesgos sanitarios para los consumidores de drogas y sus familiares, algunas se refieren a la cooperación internacional en la lucha contra el blanqueo de capitales y el terrorismo, mientras que otras incluyen sugerencias para aumentar la disponibilidad de la medicación de alivio del dolor. En total, se enumeran y exponen casi 40 intervenciones.

Cabe suponer que los afectados por las consecuencias tanto deseadas como indeseadas son sólo los participantes en el mercado de la droga, pero esto no es así. Las consecuencias indeseadas afectan, en gran medida, a otras personas, como los familiares de los delincuentes por drogas, los pacientes con necesidad de alivio del dolor y cuidados paliativos, y la sociedad en general. Los ejemplos que se recogen a continuación de afectados y consecuencias incluyen las numerosas personas que sufren de un acceso reducido, o la falta de acceso, a medicación para el dolor; los hijos, cónyuges, padres y amigos de los consumidores de drogas que se ven afectados por la estigmatización y por los mayores riesgos para la salud de los consumidores de drogas. Como ejemplos de consecuencias también cabe citar la amenaza para la sociedad inducida por las enormes ganancias económicas de la producción y la venta de drogas ilegales, lo que lleva a la corrupción, el aumento del riesgo de conflictos armados y actividades terroristas, y la inestabilidad económica, entre otros. Al centrarse en quienes sufren las consecuencias, además de los

participantes del mercado de la droga, este informe hace hincapié en que las leyes en materia de drogas y la aplicación de la ley tienen amplias consecuencias e implicaciones, muchas de las cuales son indeseadas, que deben tenerse en cuenta al determinar la política y las intervenciones en materia de drogas.

En este capítulo, las consecuencias indeseadas de las políticas de control de drogas se subdividen en dos categorías principales: efectos sanitarios y no sanitarios. El análisis de ambas categorías se divide en tres secciones, cada una con tres cuadros que presentan i) el mecanismo, ii) una lista de consecuencias indeseadas, iii) los afectados por estos efectos (los participantes y los no participantes en el mercado de la droga) y iv) una lista de posibles intervenciones para reducir y hacer frente a estos efectos. Los cuadros están inspirados en la taxonomía de los daños relacionados con las drogas recogida en MacCoun y Reuter (43), pero se desvían de aquella al centrarse únicamente en las consecuencias indeseadas de las políticas de control y al sugerir posibles intervenciones. El texto acompañante explica con detalle el contenido de los cuadros.

A pesar de considerables esfuerzos, es imposible enumerar todas las posibles consecuencias indeseadas. Los afectados podrían haber sido descritos y agrupados de una manera más detallada y con toda probabilidad hay más intervenciones posibles que las que se sugieren aquí. Aun así, este informe puede ser un punto de partida útil para examinar la cuestión de las consecuencias indeseadas y cómo reducir su alcance e impacto. Además de disminuir los impactos negativos sobre los afectados, una reducción exitosa también puede aumentar

el apoyo público a las políticas y reglamentaciones del control de drogas.

### Efectos sobre la salud de la disponibilidad restringida de los medicamentos fiscalizados

La finalidad de los Convenios de la ONU sobre estupefacientes es doble: en primer lugar, evitar cualquier mal uso de sustancias fiscalizadas y, en segundo lugar, garantizar su disponibilidad para fines médicos y científicos. Esto implica que los gobiernos también tienen una doble obligación de desarrollar políticas y reglamentaciones para evitar un posible abuso y los daños, garantizando al mismo tiempo la adecuada disponibilidad para fines científicos y la adecuada disponibilidad, accesibilidad y asequibilidad para los necesitados. En la práctica, sin embargo, muchos estados se han centrado principalmente en el control y restricción de las sustancias enumeradas, dificultando gravemente la disponibilidad de los medicamentos fiscalizados para fines médicos y científicos. Por consiguiente, la aplicación de los convenios en la legislación y las políticas nacionales es a menudo mucho más estricta que lo exigido por los convenios en perjuicio de los pacientes que necesitan estas terapias, particularmente los pacientes con necesidad de alivio del dolor y cuidados paliativos y los drogodependientes de opiáceos que piden tratamiento (44).

**Cuadro 1 – Efectos sobre la salud de la disponibilidad restringida de los medicamentos fiscalizados**

Mecanismos	Consecuencias indeseadas	Consumidores	No consumidores	Posibles intervenciones (PI)
Regulaciones estrictas y acceso limitado a los fármacos con receta, en particular la morfina y otros analgésicos opiáceos.	Posibilidades reducidas de mejoras médicas relacionados con el dolor evitable y otros síntomas para los pacientes que lo necesitan.	X	X	<b>PI 1:</b> Asegurar el acceso, la disponibilidad y la asequibilidad de los medicamentos fiscalizados para los pacientes que los necesiten. <b>PI 2:</b> Asegurar la colaboración interinstitucional entre todos los grupos de interés, el gobierno y la sociedad civil, para promover respuestas coherentes de la política en materia de drogas. <b>PI 3:</b> Asegurar el acceso a un tratamiento pertinente respaldado por una atención psicosocial y una rehabilitación adecuadas. <b>PI 4:</b> Fomentar la sensibilización e impartir formación para el tratamiento con opiáceos entre los profesionales sanitarios. <b>PI 5:</b> Reclasificar el cannabis.
	Disponibilidad limitada de tratamiento de sustitución de opiáceos.	X		
	Posibilidades restringidas de llevar a cabo investigaciones sobre la marihuana medicinal.	X	X	

## Regulaciones estrictas y acceso limitado a los fármacos con receta

Un estudio realizado por el grupo Acceso a la Medicación Opióide en Europa (ATOME, Access to Opioid Medications in Europe) en 12 países europeos que han adoptado la Lista de Evaluación Nacional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) exponía que existe una serie de barreras legales y regulatorias (45). Los resultados indican que existe una serie de barreras regulatorias en las legislaciones nacionales en materia de prescripción, dispensación y uso de medicamentos opiáceos, así como del comercio y la distribución, la fabricación, la asequibilidad, las sanciones y el lenguaje. Además, más allá de las barreras de la legislación nacional, también hay dificultades en lo relativo a las estrategias nacionales de política, como la falta de conocimientos y formación adecuada de los profesionales sanitarios y unos sistemas sanitarios poco desarrollados (46). Se detectó que las regulaciones estrictas y las políticas inadecuadas tienen un impacto negativo sobre el acceso adecuado a los medicamentos opiáceos y graves consecuencias indeseadas sobre la vida de las personas que necesitan estos fármacos.

La morfina se considera como el estándar de oro para el tratamiento del dolor moderado y grave (47-49). Desde 1977, la morfina ha sido designada por la OMS como un medicamento esencial, indicando que debe estar disponible en todo momento y a un precio que los ciudadanos individuales y las comunidades puedan permitirse (50). Aun así, el dolor no aliviado sigue siendo una carga en todo el mundo. La OMS estima que más de 5500 millones de personas viven en países con escaso o ningún acceso a los medicamentos fiscalizados y no tienen o tienen un acceso insuficiente al tratamiento del dolor de moderado a grave.<sup>3</sup> Además, existen profundas desigualdades en el consumo de morfina entre los países de rentas elevadas y los países de rentas bajas y medias (51; 52). Según la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), un pequeño número de países con rentas elevadas consumen la mayor parte de la morfina del mundo, mientras que los países habitados por el 80 % de la población mundial consumen una pequeña fracción (53). La OMS afirma que una de las razones para este acceso limitado a los medicamentos con receta se debe a una aplicación demasiado estricta de los Convenios de la ONU (44).

Por otra parte, se estima que 16 millones de personas se inyectan drogas en todo el mundo y que 5,8 millones de ellas viven en Europa. Las personas que se inyectan drogas (inyectores) tienen un riesgo 20 veces mayor de mortalidad prematura y un riesgo sustancialmente elevado de morbilidad severa (5; 54). El tratamiento

de mantenimiento con agonistas opiáceos (también denominado tratamiento de sustitución de opiáceos, OST, por sus siglas en inglés), combinado con asistencia psicosocial, se considera la opción de tratamiento más eficaz (5; 55-57). Sin embargo, sólo una minoría de los inyectores tiene acceso a este tipo de tratamiento. Más allá de los beneficios de ayudar a la persona a superar la abstinencia, reducir el consumo de drogas y evitar las recaídas, el tratamiento de mantenimiento con opiáceos contribuye a un menor riesgo de mortalidad relacionada con sobredosis, la transmutación de las infecciones tales como el VIH y la hepatitis (véase para su revisión Gowing, Farrell, Bornemann, et al. (58)), y una reducción de la alteración del orden público y la criminalidad (véase Mattick, Breen, Kimber, et al. (59)). A pesar de los indicios fehacientes de la eficacia del tratamiento de la dependencia de opiáceos con agonistas opiáceos de actuación prolongada tales como la metadona oral y la buprenorfina, se estima que sólo el 8 % de los consumidores de drogas intravenosas tiene acceso al tratamiento para la dependencia de opiáceos (44). En Europa, la OMS indicó que en 15 de los 25 Estados miembros de la Unión Europea, el tratamiento médico con opiáceos era prácticamente inexistente. Esta ausencia de tratamiento de la drogadicción y las conductas adictivas conduce a la pérdida de vidas y socava el bienestar social (60).

Otros efectos de la legislación vigente y las prácticas de aplicación de la ley son las restricciones formales e informales sobre la investigación relativa al valor terapéutico y la eficacia de las propiedades medicinales del cannabis. Diversas barreras burocráticas, económicas y culturales en Europa y otros países desarrollados obstaculizan la investigación médica sobre la droga (61). El cannabis se define actualmente como una droga de la Lista I, con un "alto potencial de abuso y sin ningún valor médico aceptado." Para llevar a cabo la investigación con drogas de la Lista I, los científicos normalmente tienen que obtener una autorización especial y reforzar los protocolos de seguridad en sus laboratorios, los cuales son obstáculos caros y consumen mucho tiempo. Por consiguiente, las pruebas disponibles actualmente se derivan de estudios de eficacia a pequeña escala que no han seguido metodologías del estándar de oro para evaluar la práctica médica. Por lo tanto, los efectos de las intervenciones terapéuticas del cannabis y el conocimiento esencial de la droga, tales como la dosificación, las interacciones con otros medicamentos, la composición, los efectos secundarios, y para qué patologías pueden utilizarse, siguen estando empíricamente no testados. Esto implica que el uso médico actual de la marihuana se basa en pruebas y estándares clínicos muy poco satisfactorios. La evidencia anecdótica que respalda el uso de la marihuana medicinal debe ser confirmada por metanálisis y estudios de eficacia a largo plazo que sigan metodologías y protocolos estandarizados para evaluar la eficacia clínica, como también se señala en "The Health effects

3. Los países con acceso escaso o nulo se definen como países donde el consumo de analgésicos opiáceos es inferior al 30 % del consumo adecuado per cápita. El consumo adecuado se define como el promedio de consumo per cápita en los 20 primeros países del Índice de Desarrollo Humano.

*of cannabis and cannabinoids: The current State of Evidence and Recommendations for research*”, de la National Academy of Sciences de 2017 (62).

En resumen, una interpretación y aplicación demasiado estricta de los convenios sobre drogas afecta a los no usuarios de drogas ilegales en gran medida, a través de un acceso insuficiente a la medicación para el dolor y una escasa investigación sobre los posibles efectos beneficiosos de la marihuana medicinal. También afecta gravemente a los consumidores a través de la reducción del acceso a la opción de tratamiento más prometedora para la dependencia de opiáceos.

## Posibles intervenciones (PI)

*PI 1: Asegurar el acceso, la disponibilidad y la asequibilidad de los medicamentos fiscalizados para los pacientes que los necesiten*

La OMS ha instado a todos los gobiernos a “garantizar que los pacientes tengan un alivio del dolor de conformidad con las directrices de tratamiento nacionales e internacionales” (63). Las posibles respuestas pueden incluir:

- ▶ Llevar a la práctica las recomendaciones recogidas en la directriz de política de la OMS<sup>4</sup> titulada “Garantizando el equilibrio en las políticas nacionales sobre sustancias fiscalizadas, Orientación para la disponibilidad y accesibilidad de los medicamentos fiscalizados” (44).
- ▶ Asegurarse de no usar un lenguaje estigmatizante en los documentos legales y oficiales (por ejemplo, mediante el uso del término «estupefaciente» sólo para referirse a las sustancias fiscalizadas en virtud de la Convención Única);
- ▶ Establecer oportunidades periódicas de intercambio (redes de comunicación) entre las autoridades legales y gubernamentales, los profesionales de la atención sanitaria y los pacientes/familias con el fin de aumentar la sensibilización en cuanto al impacto y los requisitos de las

decisiones legales y políticas (comparación objetivo-rendimiento) respecto de la disponibilidad y accesibilidad de los opiáceos;

- ▶ Proporcionar y apoyar la implementación y el desarrollo de bases de datos nacionales para la investigación científica, la evaluación del tratamiento y el seguimiento de la demanda nacional de medicamentos esenciales;
- ▶ Aumentar la sensibilización en la población en general, por ejemplo, a través de campañas en medios de comunicación o información y folletos para los pacientes y familiares

*PI 2: Asegurar la colaboración interinstitucional entre todos los grupos de interés, el gobierno y la sociedad civil, para promover respuestas coherentes de la política en materia de drogas*

Con el fin de formular y aplicar políticas de control de drogas coherentes que garanticen la disponibilidad y accesibilidad de las sustancias fiscalizadas para fines médicos y científicos, se recomienda un aumento de la cooperación entre los grupos de interés relevantes. Esta cooperación podría adoptar la forma de una Junta Asesora Nacional que incluya representantes de autoridades gubernamentales, juntas médicas, profesionales sanitarios, pacientes y seguros de salud. La junta podría proporcionar sugerencias sobre cómo lograr un equilibrio adecuado entre la disponibilidad y la prevención, ayudar a realizar la evaluación de necesidades para los medicamentos fiscalizados e informar sobre el grado de acceso. También podría asesorar sobre la promoción del uso racional de los medicamentos fiscalizados, la implementación de las buenas prácticas, y el desarrollo de directrices nacionales de tratamiento.

*PI 3: Asegurar el acceso a un tratamiento pertinente respaldado por una atención psicosocial y una rehabilitación adecuadas*

Dado el efecto sobradamente documentado del tratamiento de sustitución de opiáceos (OST) en la reducción de los riesgos de mortalidad, morbilidad, delincuencia y alteración del orden público, se anima a todos los países a que destinen programas de OST a los dependientes de opiáceos que buscan tratamiento. Se ha determinado que el OST mejora la retención del tratamiento (64; 65), reduce el consumo de drogas ilegales (59; 66; 67), reduce la actividad delictiva (68-70) y reduce el riesgo de mortalidad entre sus pacientes (56; 71- 77). No obstante, también deben ofrecerse opciones de tratamiento sin drogas basadas en pruebas.

*PI 4: Fomentar la sensibilización e impartir formación para el tratamiento con opiáceos entre los profesionales sanitarios*

Todos los grupos de interés y organismos involucrados en el control de drogas (los funcionarios aduaneros, los de policía y los de tribunales) y los proveedores de

4. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció en 2007 el “Programa sobre el Acceso a los Medicamentos Fiscalizados” (PAMF) en consulta con la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) y en respuesta a las resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) y del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas (ECOSOC) (WHA58.22 y ECOSOC 2005/25). El programa tiene como objetivo promover la disponibilidad, la asequibilidad, la accesibilidad y el uso racional de los medicamentos fiscalizados; aborda todos los aspectos que actúan como barreras para la obtención de medicamentos fiscalizados para el tratamiento médico y proporciona orientación normativa, desarrollo y difusión de estándares internacionalmente reconocidos para el tratamiento, el análisis de políticas, así como la formación y el apoyo en la elaboración de planes de acción nacionales para mejorar el acceso a los medicamentos opiáceos. El PAMF, entre otros, colabora con la European Association for Palliative Care (EAPC), la International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC), el International Observatory on End of Life Care (IOELC), Human Rights Watch y Harm Reduction International (HRI).

atención sanitaria (médicos, enfermeros, profesionales sanitarios) deben tener un conocimiento suficiente de la política sanitaria del gobierno con respecto al tratamiento que hace uso de medicamentos fiscalizados. Los funcionarios encargados del control de drogas deben reconocer cuándo es lícito que los pacientes y los profesionales sanitarios estén en posesión de medicamentos y no ejercer medidas de control excesivas. Los médicos deben estar suficientemente formados para tratar el dolor y tener permitido recetar analgésicos opiáceos si es necesario. Debe desarrollarse una formación especializada para el tratamiento y uso de medicamentos fiscalizados de conformidad con las directrices internacionales. El tratamiento con opiáceos (conocimientos, habilidades, actitudes) se debe incluir en la educación de grado y postgrado para todos los profesionales sanitarios pertinentes.

*PI 5: Mejorar las posibilidades para la investigación del cannabis*

El medio más eficaz para mejorar la farmacología y la investigación terapéutica del cannabis consistiría en reclasificar la droga desde una sustancia fiscalizada de

la Lista I a la Lista II, ya que este es uno de los factores predominantes que impide que muchas instituciones y organizaciones de investigación emprendan investigaciones sobre este tema. Esto ya se ha implementado en algunos países, como Israel y el Reino Unido. Independientemente de una reclasificación, sin embargo, un aumento en el acceso legal a la droga (más productores legales) y una reducción de las restricciones formales e informales resultarían beneficiosos para la investigación.

### Efectos sanitarios debidos a la prohibición de las drogas

La creación de un “mercado negro” para las sustancias ilegales es un ejemplo de un efecto indeseado, aunque no imprevisto, de la prohibición de las drogas. Es probable que esta ilegalidad tenga consecuencias en los tipos, los precios y las calidades de los productos ofrecidos en el mercado ilegal y también puede causar estigmatización y efectos sociales negativos, todo lo cual puede dar lugar a efectos adversos sobre la salud de los consumidores.

**Cuadro 2 – Efectos sanitarios debidos a la aplicación de la prohibición de las drogas**

Mecanismos	Consecuencias indeseadas	Consumidores	No consumidores	Posibles intervenciones (PI)
Desplazamiento de sustancias a drogas más peligrosas pero “legales”.	Aumento del riesgo para la salud debido a sustancias desconocidas, a menudo peligrosas y potencialmente letales.	X		<p><b>PI 6:</b> Desarrollar estrategias de prevención: fomentar la sensibilización, facilitar información, educación y comunicación relevante dirigidas a grupos relevantes.</p> <p><b>PI 7:</b> Desarrollar regulaciones para NSP que tengan en cuenta las consecuencias indeseadas.</p> <p><b>PI 8:</b> Fortalecer los vínculos entre los organismos gubernamentales y los actores de la sociedad civil.</p> <p><b>PI 9:</b> Establecer un sistema para el intercambio de información entre los países sobre los últimos acontecimientos y las respuestas practicadas.</p>
Precio elevado de las drogas.	Aumento de los riesgos del consumo inseguro de drogas (por ejemplo, mediante inyección). Menos renta disponible para alimentación, atención sanitaria, ropa, vivienda, etc.	X  X		<p><b>PI 6:</b> (véase arriba)</p> <p><b>PI 10:</b> Aumentar las capacidades y mejorar las prácticas actuales de los servicios de umbral bajo<sup>5</sup></p> <p><b>PI 11:</b> Fomentar la formación entre pares y el trabajo de acercamiento (outreach work).</p>

5. Incluyendo, sin ánimo exhaustivo, la ampliación de los Programas de Intercambio de Jeringuillas (PIJ); los centros de consumo supervisado de drogas (SDCF, por sus siglas en inglés); los programas comunitarios de acercamiento (Community-based outreach programmes (COP)); el tratamiento de sustitución de opiáceos (OST, por sus siglas en inglés) y otros tratamientos para la drogadicción; la terapia antirretroviral (TAR); vacunación, diagnóstico y tratamiento de la hepatitis viral.

Mecanismos	Consecuencias indeseadas	Consumidores	No consumidores	Posibles intervenciones (PI)
Variación en la pureza.	Mayores riesgos de mortalidad y morbilidad.	X		PI 6, PI 10, PI 11 <b>PI 12:</b> Asegurar la distribución eficaz de naloxona para los servicios médicos y de emergencia para evitar sobredosis letales.
Estigmatización.	Desanima a los consumidores a la hora de buscar ayuda y apoyo.	X		<b>PI 13:</b> Garantizar la participación de los consumidores de drogas en la vida comunitaria y social y garantizar que sus opiniones se tengan en cuenta en la toma de decisiones sobre temas relevantes. <b>PI 14:</b> Llevar a cabo campañas contra la discriminación y proporcionar una formación especializada a los trabajadores sanitarios y sociales.
	Puede conducir a actitudes negativas de los proveedores de atención sanitaria.	X	X	
	Pérdida de la autoestima, problemas de bienestar de los consumidores y sus personas cercanas.	X		

### Desplazamiento de sustancias a drogas más peligrosas pero “legales”

Una consecuencia indeseada de la condición ilegal y las prácticas de aplicación de la ley contra ciertas drogas es el *desplazamiento de sustancias*, en el que el control de una sustancia provoca que los proveedores y los consumidores se pasen a otra droga con efectos similares, pero con menos regulaciones aparejadas (el llamado “efecto globo”). Los abastecedores de drogas, en un esfuerzo para evitar el control de drogas y mitigar los daños y las pérdidas relacionados con la aplicación de la ley, diseñan compuestos químicos (“euforizantes legales”) que imitan sustancias prohibidas como el cannabis o la cocaína; una pequeña variación en la estructura química de una sustancia prohibida puede hacer que recaiga fuera de la normativa internacional de fiscalización de drogas.

En 2015, se comunicaron 100 nuevas sustancias psicoactivas (NSP) por primera vez al Sistema de Alerta Temprana (SAT) de la UE, lo que llevó el número total de sustancias monitorizadas a 560; más de 380 (70 %) de estas se detectaron solamente en los cinco últimos años (5). La aparición sin precedentes de estas sustancias con compuestos ignotos y potencia y toxicidad desconocidas se ha relacionado con una amplia lista de efectos nocivos, incluyendo ingresos por urgencias y víctimas mortales, aumento de las sobredosis, alta tolerancia y síntomas de abstinencia y propiedades generadoras de dependencia (78).

### Posibles intervenciones (PI)

*PI 6:* Desarrollar estrategias de prevención: fomentar la sensibilización, facilitar información, educación y comunicación relevante dirigidas a grupos relevantes

Las intervenciones pueden incluir información, educación y comunicación (IEC) dirigidas a los consumidores de NSP. Las actividades de IEC pueden pasar por promover la reducción de la toma de riesgos y la autoprotección reforzada; mejorar la atención y la gestión de crisis médicas tales como sobredosis; influir en las normas y actitudes subculturales en una dirección que reduzca más los riesgos; e informar a los consumidores acerca de los servicios sanitarios y sociales disponibles y animarles a buscar tratamiento. Las campañas de sensibilización deben llevarse a cabo de forma sistemática. Estas campañas deben estar enfocadas, contar con recursos adecuados, y ampliarse y promoverse si se quiere que cumplan con su potencial y protejan adecuadamente a los niños y jóvenes frente a los perjuicios asociados con el consumo de NSP.

Actualmente hay un conocimiento limitado acerca del consumo de NSP y los perfiles del consumidor. Las estrategias de detección temprana, control y valoración dirigidas al consumo de NSP son inexistentes en muchos países (79). Debido a esto, la identificación de subgrupos específicos de jóvenes que son especialmente vulnerables al consumo de drogas se está convirtiendo en una herramienta importante para dirigir o canalizar las respuestas de la política y facilitar el desarrollo de intervenciones eficaces.

*PI 7: Desarrollo de regulaciones para NSP que tengan en cuenta las consecuencias indeseadas*

Muchos gobiernos han desarrollado una legislación prohibitiva para fiscalizar las NSP, apuntando a los proveedores y distribuidores de estas sustancias. Siguiendo el modelo de los convenios internacionales de fiscalización de drogas, las sustancias individuales se fiscalizan una vez que se ha evaluado su perjuicio. A menudo se dividen en cuadros/listas que las clasifican individualmente en función de su uso médico, su potencial relativo de abuso, y su probabilidad de causar dependencia cuando se abusa de ellas. Sin embargo, el proceso legislativo asociado con la colocación de nuevas sustancias bajo la legislación de fiscalización de drogas es a menudo largo y puede producir un lapso de tiempo prolongado entre la identificación de las NSP y la aplicación de las medidas de control. Por otra parte, hay escasa evidencia científica acerca de la toxicidad de las NSP, la responsabilidad por abuso y los riesgos asociados con el consumo a largo plazo. Además, estas sustancias son a menudo difíciles de identificar debido a sus diversas marcas y una heterogénea composición del producto, lo cual crea grandes dificultades a la hora de desarrollar respuestas de política eficaces.

Un enfoque ha consistido en incluir las nuevas sustancias en las leyes de fiscalización de drogas existentes o en otras formas de legislación, como la legislación de protección del consumidor o de la salud y la de normas comerciales. Sin embargo, puesto que la legislación en muchos países requiere de una identificación estricta y precisa de cada droga fiscalizada, los productores ilegales intentan evitar el control introduciendo continuamente productos “nuevos”, pero muy similares. En algunos casos, esto se ha traducido en un juego del “gato y el ratón” entre los productores y los organismos policiales (80). Como respuesta, los legisladores en algunas jurisdicciones han introducido la llamada legislación genérica, en la que se prohíben conjuntos de psicofármacos de forma preventiva. Sin embargo, la legislación genérica también puede ocasionar consecuencias indeseadas y debe darse prioridad a la búsqueda de una respuesta óptima para las NSP.

*PI 8: Fortalecer los vínculos entre los organismos gubernamentales y los actores de la sociedad civil para intercambiar conocimientos, las prácticas existentes y la cooperación en acciones conjuntas*

Un sistema integrador comunitario es el que desarrolla sinergias con las organizaciones de la sociedad civil (OSC) locales, médicos, hospitales y los servicios de reducción de la demanda y promoción de la salud del gobierno. La integración de estos actores puede aumentar la probabilidad de una implementación exitosa, aumentar la eficiencia de los servicios y reducir el gasto público, ya que puede proporcionar una gama más amplia de respuestas de servicio que estén

armonizadas con las necesidades individuales y hacer uso de los recursos e infraestructuras comunitarios ya disponibles (81).

*PI 9: Mejorar los sistemas para el intercambio de información entre los países sobre los últimos acontecimientos y las respuestas practicadas*

La creciente prevalencia de nuevas sustancias psicoactivas en todo el mundo plantea graves amenazas transfronterizas para la salud, lo que hace necesario reforzar la vigilancia, la alerta temprana y la respuesta. Los sistemas y las redes de alerta temprana son herramientas destinadas a identificar las amenazas potenciales, revisar la legislación existente y la nueva, y servir de base para la toma de decisiones sobre medidas de restricción temporal. Sería útil una mejora en el intercambio de información y en los foros internacionales para el análisis de las iniciativas de aplicación propuestas, medidas de prevención y estrategias de tratamiento basadas en las necesidades contextualizadas.

Ya existen Algunos sistemas de alerta temprana, como el Sistema de Alerta Temprana (EWA por sus siglas en inglés) de la UNODC y el Sistema de Alerta Temprana (SAT) de la UE. Aun así, se necesitan sistemas reforzados, que consigan reducir el lapso de tiempo desde la aparición de una nueva sustancia hasta una respuesta social. Estos sistemas podrían potenciar aún más el intercambio de información entre los Estados para ayudarles a anticiparse a una potencial amenaza para la salud pública, con un claro valor añadido al alertar a otros Estados en cuanto a las sustancias potencialmente dañinas que hayan aparecido.

## **Precio elevado de las drogas**

Los productores y vendedores de drogas quieren una compensación económica por sus costes y por los riesgos que asumen (riesgos de decomiso, violencia, encarcelamiento, etc.) al poner una mercancía ilegal a disposición de los consumidores de aquellas. Esto conduce a un nivel de precio elevado de las drogas ilegales. El aumento de los precios por lo general se traduce en un consumo reducido y es, como tal, un efecto deseado de la política en materia de drogas. El alto nivel de los precios, sin embargo, también puede inducir a algunos consumidores de drogas a cambiar su modo de administración de las drogas. Por ejemplo, los consumidores pueden cambiar de fumar o esnifar heroína a inyectarse drogas, puesto que la inyección es un modo más económico de consumo. La inyección de drogas, sin embargo, está altamente asociada con un mayor riesgo de mortalidad prematura, enfermedades transmisibles y una serie de otros problemas relacionados con la salud.

Unos precios más altos también pueden cambiar los tipos de drogas que se consumen. Como se mencionó anteriormente, los productores de drogas han diseñado drogas sintéticas baratas que imitan los efectos

deseables de sustancias sobradamente conocidas. Esto significa que el alto nivel de precios puede provocar un aumento de los riesgos sanitarios debidos al consumo de drogas sintéticas desconocidas, a menudo peligrosas y potencialmente mortales.

Por último, el alto nivel de precios a menudo supone que los consumidores de drogas, y especialmente los consumidores de drogas problemáticos, dedican una gran parte de sus ingresos a financiar su hábito. Más allá de la asociación con mayores índices de criminalidad generadora de ingresos que se analizará más adelante con más detalle, el alto nivel de precios reducirá el dinero disponible para los productos básicos importantes, tales como los artículos de higiene, los alimentos, la ropa, el alojamiento y la atención sanitaria, impactando negativamente en la salud y la calidad de vida de los consumidores de drogas.

### Posibles intervenciones (PI)

*PI 6: Introducir, o ampliar, la información, educación y comunicación (IEC) dirigida a los consumidores de drogas*

Como se ha mencionado anteriormente, las actividades de IEC dirigidas a los consumidores de drogas pueden pasar por promover la reducción de la asunción de riesgos y fomentar la autoprotección; mejorar la atención y la gestión de crisis médicas tales como la sobredosis; conformar normas subculturales; e informar a los consumidores acerca de los servicios sanitarios y sociales disponibles y animarles a buscar tratamiento.

*PI 10: Aumentar las capacidades y mejorar las prácticas actuales de los servicios de umbral bajo para responder más eficazmente a las necesidades sanitarias y sociales de los consumidores de drogas, incluyendo las intervenciones adaptadas a las personas que se inyectan drogas (inyectores)*

- ▶ Los **programas de tratamiento**, ya sea la sustitución de opiáceos o el tratamiento sin drogas, contribuirán a reducir las consecuencias negativas de los precios elevados de las drogas y las drogas inyectables.
- ▶ Los **programas de intercambio de jeringuillas** (PIJ) tienen por objeto reducir la propagación de enfermedades infecciosas tales como el VIH y la hepatitis C entre los inyectores. A menudo ofrecen diversos servicios, además de ofrecer material de inyección estéril, incluyendo la provisión de información sanitaria, educación sobre reducción del consumo de drogas, derivaciones para tratamiento por drogas, asistencia médica y servicios jurídicos y sociales. Una revisión de 200 estudios realizados por la OMS sugiere que el aumento de la disponibilidad y utilización de materiales de inyección estéril por los inyectores podría reducir sustancialmente la infección por VIH y que estos programas son rentables y

presentan beneficios adicionales y provechosos, además de reducir la infección por VIH (82). Estos programas también pueden ser beneficiosos para los no consumidores gracias a la reducción del riesgo de transmisión del VIH por vía sexual, ya que proporcionan gratuitamente preservativos y educación sobre sexo seguro.

- ▶ Los **programas comunitarios de acercamiento (community-based outreach programmes (COP))** tienen por objeto establecer un contacto cara a cara con los consumidores de drogas, proporcionar educación sobre la reducción del riesgo de contraer el VIH, distribuir preservativos y desinfectantes para las agujas y las jeringuillas, promover derivaciones a otros servicios sanitarios, mejorar el acceso a la evaluación de riesgos y las pruebas del VIH, y proporcionar asesoramiento y apoyo a las organizaciones comunitarias. Existen pruebas de que los programas de acercamiento están asociados a la reducción de la frecuencia de inyecciones y al cese de las inyecciones, a la reducción de la reutilización de las agujas y jeringuillas, a la desinfección de las agujas, a un mayor uso del preservativo y a la reducción de las relaciones sexuales sin protección y el aumento de la incorporación a tratamientos por drogas (83).
- ▶ Las **Instalaciones Supervisadas de Consumo de Drogas** (SDCF, por sus siglas en inglés) proporcionan entornos seguros e higiénicos para el consumo de drogas. Están asociadas con una reducción de los problemas de orden público y las molestias y una mejora de la salud para los inyectores gracias a la reducción de los comportamientos de riesgo y su función como puerta de acceso a otros servicios sanitarios (84). Aun así, no hay suficientes SDCF, o son inexistentes, en muchos países de la UE.
- ▶ **Vacunación, diagnóstico y tratamiento del VIH, la hepatitis viral y la tuberculosis (TB).** El VIH, la hepatitis viral y la tuberculosis entre los consumidores de drogas suponen un gravísimo problema de salud. El acceso a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo respecto del VIH, la hepatitis y la TB resulta fundamental para materializar el derecho universal a la salud. Los programas tales como la terapia antirretroviral (TAR) tienen el potencial de reducir las tasas de mortalidad y morbilidad entre las personas infectadas, mejorar su calidad de vida, actuar como profilaxis posexposición (85) y prevenir una ulterior transmisión de la infección por VIH (86; 87).

*PI 11: Fomentar la formación entre pares y el trabajo de acercamiento (outreach work)*

Se debe fomentar y apoyar la formación entre pares centrada en la implicación temprana de los servicios de

emergencia, en las medidas de acceso y el uso de los primeros auxilios, y en los medios para reducir el riesgo de muertes relacionadas con las drogas. La implicación de los consumidores de drogas puede ser un componente importante de la educación entre pares para intervenciones de acercamiento eficaces, porque los pares pueden ayudar a cambiar las normas sociales a través de la educación y demostrando los cambios en su propio comportamiento (88). Las personas que consumen drogas tienen un valioso conocimiento sobre las prácticas y patrones de consumo de drogas y a menudo son capaces de ayudar a identificar las maneras más eficaces de reducir la propagación de enfermedades de transmisión sanguínea y ayudar a sus pares de otras maneras (89).

Puesto que en la mayoría de los casos de sobredosis otros consumidores son los únicos testigos (90), se debe diseñar y promover un conjunto de prácticas de primeros auxilios practicados por los pares. Estas pueden incluir formación en técnicas de prevención y respuesta a sobredosis para pares que pueden servir para mejorar los primeros auxilios practicados por pares (91), campañas para animar a los consumidores de drogas a llamar a los servicios de emergencia, formación e información en materia de prevención de sobredosis y su gestión (formación en posición de recuperación y reanimación cardiopulmonar). Un área particular en la que es probable que la formación entre pares resulte de importancia es la distribución de naloxona, como se destaca en una revisión sistemática realizada por el OEDT (92). Los programas de naloxona para pares deben incluir la identificación y la respuesta a las sobredosis de opiáceos y la formación básica en primeros auxilios. La mayoría de los programas de formación entre pares incluían componentes didácticos e interactivos, reconocimiento de los síntomas de los opiáceos, formación sobre respuesta y contacto con el servicio médico de urgencias. Véase PI 12 más adelante para más detalles con respecto a los programas de naloxona.

### Variación en la pureza

Dada la producción ilegal y el tráfico de sustancias fiscalizadas y la falta de estandarización y control de calidad, hay una variación sustancial en la pureza de las drogas y las muestras a veces están contaminadas por ingredientes tóxicos. Esto conlleva un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad prematura, y las víctimas mortales en relación con la heroína contaminada, el envenenamiento por escopolamina, PMA dentro de comprimidos de «éxtasis» y las infecciones por *Clostridium* como el botulismo (Bargagli et al (93); Degenhardt et al. (54); OEDT (94; 95)) han aumentado.

### Posibles intervenciones (PI)

*PI 6: Introducir, o ampliar, la información, educación y comunicación (IEC) dirigida a los consumidores de drogas*

*PI 10: Aumentar las capacidades y mejorar las prácticas actuales de los servicios de umbral bajo para responder más eficazmente a las necesidades sanitarias y sociales de los consumidores de drogas, incluyendo las intervenciones adaptadas a los inyectores*

*PI 11: Fomentar el trabajo preventivo entre pares*

*PI 12: Asegurar la distribución eficaz de naloxona a los servicios médicos y de urgencias para evitar sobredosis letales*

La mayoría de las muertes inducidas por drogas son causadas por el consumo de opiáceos como la heroína y la metadona (96); el consumo de estas drogas mediante inyección aumenta el riesgo de mortalidad prematura. La naloxona es un antagonista opiáceo que bloquea las acciones de los medicamentos opiáceos y se ha utilizado desde hace mucho tiempo en el tratamiento de emergencia por sobredosis de opiáceos (97). Contrarresta los efectos respiratorios depresivos de los opiáceos y puede hacer que un paciente con sobredosis recupere la consciencia en cuestión de minutos tras su administración. A pesar de las directrices de la OMS (98) y sus recomendaciones de que haya naloxona disponible para reducir las tasas de mortalidad, actualmente se dispone del antídoto en menos de un tercio de los 28 Estados miembros de la UE (5). Se precisan urgentemente medidas para mejorar la disponibilidad de la naloxona para llevar.

Es necesaria la educación y formación de los profesionales sanitarios, los consumidores de drogas y los legos en materia de administración de naloxona. Los trabajadores en el ámbito de las drogas deben recibir información y formación actualizadas en materia de sobredosis como parte de su desarrollo profesional continuo. La entrega de kits de naloxona a legos reduce las muertes por sobredosis (99) y es segura (100) y rentable (101). Las organizaciones sanitarias estadounidenses e internacionales recomiendan la entrega de kits de naloxona a legos que pudieran presenciar una sobredosis de opiáceos, a los pacientes en programas de tratamiento por abuso de sustancias, a personas que salgan de cárceles y prisiones, y como un componente de la prescripción responsable de opiáceos (98; 102).

### Efectos sanitarios de la estigmatización

Las personas a las que se discrimina debido a juicios preconcebidos basados en su aspecto, discapacidades o estilo de vida son víctimas de estigmatización. Los consumidores de drogas a menudo experimentan estigmatización en términos de marginación y exclusión social. La estigmatización deteriora la autoestima

y el bienestar de las personas. Los consumidores de drogas pueden experimentar un menor acceso a los servicios sanitarios y sociales debido a la estigmatización relacionada con su consumo de drogas y la discriminación puede obstaculizar la búsqueda de tratamiento y la utilización de los servicios.

Según la OMS muchas personas con trastornos por consumo de drogas no reciben un tratamiento y una atención (103) eficaces. Hasta hace poco, la drogodependencia no se reconocía como un problema de salud en la sociedad en general, y el estigma y la discriminación asociados a la drogodependencia se han convertido en importantes barreras para el tratamiento adecuado. Los gobiernos deberían, como cuestión de prioridad política, identificar y proporcionar una atención médica y una asistencia social equitativa a todos los que la necesiten, particularmente a los individuos y grupos vulnerables en situación de exclusión. Esto se puede lograr mediante el ajuste o el desarrollo de directrices de tratamiento claramente formuladas.

Además, también pueden existir actitudes de estigmatización hacia las personas que consumen drogas entre el personal de los servicios de atención sanitaria. Esto puede ser una barrera para el acceso a, y la entrega de, un tratamiento eficaz para los consumidores de drogas y estigmatizar aún más a las personas con problemas de consumo de drogas o con problemas de salud tales como la hepatitis y la infección por VIH (104; 105). Los estudios han identificado que algunos profesionales sanitarios tienen creencias negativas sobre los consumidores de drogas, por ejemplo, que hacen un uso excesivo de los recursos de atención sanitaria, no invierten en su propia salud, abusan del sistema sanitario mediante la búsqueda y el desvío de drogas, y no respetan el tratamiento y cuidado recomendados (106).

La estigmatización puede afectar también a la salud de los no consumidores en términos de marginación y exclusión social de los familiares de los consumidores de drogas. Los hijos, padres, parejas y amigos de los consumidores de drogas pueden experimentar problemas de salud como resultado de ello y puede que no se atrevan a buscar ayuda adecuada por parte de los servicios y proveedores sanitarios.

### Posibles intervenciones (PI)

*PI 13: Garantizar la participación de los consumidores de drogas en la vida comunitaria y social y garantizar que sus opiniones sean tenidas en cuenta en la toma de decisiones sobre temas relevantes*

En el desarrollo y la implementación de políticas en materia de drogas a nivel nacional e internacional, se debe recabar la participación activa y significativa de la sociedad civil, las organizaciones no gubernamentales y las personas que consumen drogas. Se anima a los gobiernos a que apoyen las iniciativas de las

personas que consumen drogas ilegales y proporcionen mecanismos de apoyo para la participación activa de los consumidores de drogas en el proceso de toma de decisiones, el desarrollo de programas, y la implementación y la evaluación de las intervenciones relacionadas con las drogas.

*PI 14: Llevar a cabo campañas contra la discriminación y proporcionar una formación especializada a los trabajadores sanitarios, de la justicia y de los cuerpos de seguridad*

Para promover las políticas de diversidad y contra la discriminación, aumentar el conocimiento, la comprensión y el respeto de los derechos humanos, y fomentar la inclusión social de las personas con problemas de consumo de drogas, se anima a las autoridades a que desarrollen campañas públicas. Esto tiene por objetivo aumentar la sensibilización pública y ampliar la base de conocimientos sobre las consecuencias perjudiciales de la estigmatización y la discriminación, fortalecer los derechos humanos de los grupos vulnerables, y alentar la participación activa de los ciudadanos. Además, esto promovería un diálogo sobre los efectos de las políticas actuales sobre la salud, los derechos y la seguridad de las personas (107). También se exhorta a las autoridades a que desarrollen cursos de formación especializados y específicos y planes de estudio para quienes trabajan en primera línea. Esto puede incluir los profesionales del mundo sanitario (médicos, enfermeros, trabajadores sociales), del sector de la justicia (jueces, fiscales, personal administrativo) y de los cuerpos de seguridad.

### Efectos sanitarios resultantes de las actuaciones de aplicación de la ley

Algunos efectos indeseados vienen causados por la prohibición legal de sustancias, mientras que otros vienen causados por el método en el que se hacen cumplir las leyes en materia de drogas. Las actuaciones de control de drogas, tales como detenciones, controles fronterizos y verificaciones de identidad de los presuntos delincuentes por drogas, conllevan un contacto directo y cara a cara entre los agentes encargados de hacer cumplir la ley, la población en general y las personas involucradas con las drogas. Mantener el equilibrio entre la aplicación de las leyes y la protección de los derechos y la salud de las personas, incluidos los consumidores de drogas, resulta exigente y complicado. Los funcionarios policiales se enfrentan constantemente a estos retos en su práctica diaria. Aunque son una parte importante y necesaria del control de las drogas, estas actuaciones también pueden conducir a algunas consecuencias sanitarias graves e indeseadas.

**Cuadro 3 – Efectos sanitarios resultantes de las actuaciones de aplicación de la ley**

Mecanismos	Consecuencias indeseadas	Consumidores	No consumidores	Posibles intervenciones (PI)
Efectos contraproducentes sobre la salud y la utilización de la atención sanitaria y los servicios de reducción de daños.	<p>Aumento del riesgo de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Deterioro del estado de salud.</li> <li>– Propagación del VIH/sida y otras enfermedades infecciosas para los consumidores de drogas y sus parejas sexuales.</li> <li>– Los consumidores abandonan a otros consumidores que necesitan ayuda de emergencia por miedo a ser detenidos.</li> </ul>	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>	<p>X</p> <p>X</p>	<p>PI 6, PI 10, PI 11, PI 12</p> <p><b>PI 15:</b> Incluir apoyo psicosocial y prácticas preventivas de reducción de daños en los programas de formación para el personal penitenciario y los servicios policiales.</p> <p><b>PI 16:</b> Implementar programas de vigilancia y prevención comunitarios.</p> <p><b>PI 17:</b> Desarrollar e implementar indicadores de rendimiento del servicio policial en función de objetivos de seguridad y de salud pública.</p> <p><b>PI 18:</b> Introducir programas de derivación para el tratamiento disponible y servicios de umbral bajo.</p> <p><b>PI 19:</b> Fomentar que los testigos llamen a los servicios sanitarios para los consumidores que lo necesiten.</p> <p><b>PI 20:</b> Crear una base de datos centralizada para la monitorización sistemática de las necesidades específicas de los diferentes grupos de consumidores de drogas.</p>
Contacto físico entre agentes policiales y presuntos delincuentes por drogas.	Riesgo de uso inadecuado de la fuerza, vulneración de derechos, lesiones físicas y mentales y angustia.	<p>X</p> <p>X</p>		<p>PI 15, PI 16, PI 17</p> <p><b>PI 21:</b> Implementar mecanismos para la rendición de cuentas de los agentes policiales.</p> <p><b>PI 22:</b> Desarrollar mecanismos de denuncia independientes y transparentes.</p>
Barreras para la implementación del tratamiento adecuado y servicios de bajo umbral durante la detención (prisión, detención preventiva, custodia policial, etc.).	Aumento del riesgo de problemas de salud tales como el VIH/sida, la Hepatitis C, la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas.	<p>X</p>	<p>X</p>	<p><b>PI 23:</b> Prestar servicios de tratamiento y rehabilitación pertinentes en las prisiones, centros de detención e instalaciones para refugiados e inmigrantes.</p> <p><b>PI 24:</b> Facilitar programas de vacunación adecuados y medidas profilácticas a los consumidores de drogas y las personas vinculadas a éstos.</p>

## Contrarrestar los efectos sobre la salud y utilización de los servicios

En años recientes, algunos estudios han examinado el impacto potencial de la presencia policial sobre el acceso de los consumidores de drogas a los servicios sanitarios. Sugieren que los períodos de actividad policial intensa están asociados con la reticencia de los inyectores y otros consumidores de drogas a buscar ayuda médica por miedo a ser detenidos, así como a una disminución de la asistencia a los programas de tratamiento voluntario y los servicios de intercambio de jeringuillas (108-111). Esto puede afectar gravemente a la salud y el bienestar social de los consumidores de drogas.

La actividad policial también se ha asociado con un mayor intercambio de jeringuillas entre inyectores. A pesar de las conclusiones de los estudios que indican que el acceso a jeringuillas estériles es un factor clave a la hora de prevenir la propagación del VIH (112), las detenciones y los decomisos policiales pueden en algunos países impedir que los inyectores se acerquen a estos servicios o se lleven kits de inyección y desinfección segura (110; 111; 113-116). Además, en algunos casos, la policía ha destruido el material de inyección o ha forzado a los consumidores de drogas a tirarlos a la basura (117). También hay estudios que sugieren que los consumidores de drogas que se inyectan se ven obligados a modificar sus prácticas de inyección en un esfuerzo para consumir la droga antes de que la policía la decomise. Los estudios indican que los inyectores son más propensos a compartir material de inyección debido al apresuramiento y al miedo a ser detenidos por la policía y son menos propensos a limpiar los lugares de inyección antes de la inyección o a curar las heridas después. Este apresuramiento durante el proceso de administración a menudo significa saltarse importantes pasos de la fase de preparación (118); las drogas se pueden mezclar sin ser calentadas primero para matar las bacterias ni ser filtradas para eliminar las impurezas (119). El apresuramiento también puede aumentar el riesgo de daño vascular (120) y de sobredosis dado que las drogas se inyectan rápidamente y no se comprueba su pureza primero.

Además, el desplazamiento de los consumidores de drogas a nuevos barrios a veces es consecuencia de las intervenciones policiales. Esto puede conducir a un aumento de la inyección en público, a la eliminación insegura de jeringuillas (121-124) y a un mayor riesgo de enfermedades infecciosas, lo cual puede a su vez poner en peligro tanto la cohesión comunitaria como la salud pública. En los EE. UU. y Europa, el desplazamiento a menudo genera la denominada "sala de inyecciones" (125). Sin acceso suficiente a los servicios de promoción de la salud que proporcionan material de inyección estéril y otros artículos necesarios, el desplazamiento aumenta el riesgo de enfermedades

infecciosas y de mortalidad prematura (126-131). La propagación del VIH y otras enfermedades de transmisión sanguínea es también una amenaza para los no consumidores. Los familiares, las parejas, los amigos, los clientes de prostitución, el personal sanitario y otras personas en contacto habitual con inyectores corren el riesgo de infectarse.

## Posibles intervenciones (PI)

*PI 6: Desarrollar estrategias de prevención: fomentar la sensibilización, facilitar información, educación y comunicación relevantes dirigidas a grupos relevantes*

*PI 10: Aumentar las capacidades y mejorar las prácticas actuales de los servicios de bajo umbral para responder mejor a las necesidades sociales y de salud de los consumidores de drogas<sup>5</sup>, incluyendo las intervenciones adaptadas a los consumidores de NSP*

*PI 11: Fomentar el trabajo entre pares y promover la formación entre pares en el trabajo de acercamiento (outreach work), incluyendo medidas para reducir las muertes relacionadas con las drogas, la participación temprana de los servicios de urgencias y medidas de acceso y uso de primeros auxilios*

*PI 12: Asegurar la distribución eficaz de naloxona a los servicios médicos y de urgencias para evitar las sobredosis letales*

*PI 15: Incluir el apoyo psicosocial y las prácticas preventivas de reducción de daños en los programas de formación para el personal penitenciario y los servicios policiales*

Aunque el trabajo policial tradicionalmente ha desempeñado un papel fundamental en la reducción de la oferta, hay una concienciación creciente de que la policía puede desempeñar también un papel importante y participar activamente en la implementación efectiva de las estrategias de promoción de la salud. Como intermediarios entre el sistema de justicia penal y la comunidad en su conjunto, la policía puede actuar como un mecanismo regulador y coordinar programas que tengan como objetivo reducir los daños relacionados con las drogas para las personas y las comunidades. La policía puede derivar a las personas a los organismos de tratamiento por drogas u otros tipos de asistencia, actuar como un recurso útil para los programas de educación sobre drogas y proporcionar un entorno de apoyo para los programas de intercambio de jeringuillas, siempre

5. Incluyendo, sin ánimo exhaustivo, la ampliación de los Programas de Intercambio de Jeringuillas (PIJ); los centros de consumo supervisado de drogas (SDCF, por sus siglas en inglés); los programas comunitarios de acercamiento (Community-based outreach programmes (COP)); el tratamiento de sustitución de opiáceos (OST, por sus siglas en inglés) y otros tratamientos para la drogadicción; la terapia antirretroviral (TAR); vacunación, diagnóstico y tratamiento de la hepatitis viral.

que no se centre en detener a los consumidores en las proximidades de estos programas.

Con el fin de dotar mejor a los funcionarios de policía para su importante papel en la salud pública y aumentar su concienciación sobre las implicaciones de sus actuaciones para la salud y el bienestar, se requieren diferentes niveles de formación especializada en reducción de daños. La formación puede incorporarse a la academia con un plan de estudios estandarizado para diferentes ámbitos de la actividad policial. Se deben preparar mejores manuales de formación y directrices en buenas prácticas que se basen en las pruebas disponibles en cuanto a las intervenciones de promoción de la salud para los funcionarios de policía. Estos pueden incluir temas tales como el impacto y la contribución de la aplicación de la actividad policial sobre la salud pública y los derechos humanos, los itinerarios de derivación y la atención integral con la colaboración entre organismos y las sinergias con los servicios sanitarios y las OSC, y actualizaciones sobre aseguramiento de la calidad e información periódica.

*PI 16: Implementar programas de vigilancia policial y prevención comunitarios*

La vigilancia policial comunitaria (CBP, por sus siglas en inglés) es una iniciativa estratégica que se centra en la construcción de lazos y sinergias entre la policía y los miembros de la comunidad. Está diseñada para apoyar la colaboración activa entre las autoridades policiales y las comunidades locales mediante el refuerzo de su capacidad y competencia para responder eficazmente a los retos contemporáneos de manera colaborativa. La CBP representa un modelo colaborativo para la reducción de las consecuencias adversas relacionadas con la salud mental, las drogas y la delincuencia, mediante el uso de activos comunitarios que hacen un uso eficaz de los recursos disponibles para atender las necesidades identificadas dentro de un marco que promueva intervenciones sostenibles y específicas en función del lugar (132). El personal de CBP adopta una doble función, ejercen como agentes de policía y como agentes sociales. Como agentes de policía, mantienen la tranquilidad pública y el orden público; protegen los derechos y las libertades fundamentales de las personas; previenen y detectan los delitos y reducen el miedo. Como agentes sociales, pueden prestar asistencia y servicios a la población; reducir los daños y derivar para tratamiento; entregar naloxona en un caso de sobredosis o participar en campañas sanitarias locales y promover estilos de vida saludables.

Esta colaboración mutuamente beneficiosa con los recursos comunitarios de base (asociaciones multidisciplinarias con organizaciones comunitarias, otros organismos gubernamentales, entidades sin fines de lucro y organizaciones activistas, empresas, medios de comunicación y organizaciones individuales), potencia la capacidad para responder adecuadamente

a los retos actuales y fortalecer la resiliencia de las comunidades.

*PI 17: Desarrollar e implementar indicadores de rendimiento del servicio policial basados en objetivos de seguridad pública y salud*

El desarrollo y la implementación de indicadores de rendimiento para los servicios policiales basados en objetivos más allá del trabajo policial tradicional, tales como la tasa de resolución de delitos, podrían facilitar y complementar las metas de salud pública, toda vez que los agentes de policía serían un componente suplementario al hacer frente a las necesidades sociales y sanitarias de las poblaciones vulnerables. Esto pasa por alejarse de las métricas simplistas como el número de detenciones relacionadas con las drogas, las incautaciones de drogas y las hectáreas de cultivos de drogas erradicadas, y movernos hacia indicadores de salud y bienestar comunitario, como las reducciones en la violencia relacionada con el mercado y la corrupción, las mejoras en la salud pública y el desarrollo económico y el fortalecimiento de las instituciones comunitarias. Los indicadores de rendimiento del servicio policial deben, cuando sea posible, respaldar la agenda más amplia de la salud pública.

*PI 18: Introducir sistemas de derivación al tratamiento disponible y servicios de umbral bajo*

Los sistemas de derivación en materia de drogas (DRS, por sus siglas en inglés) son alianzas entre la policía y los servicios locales en materia de drogas que utilizan una detención como una oportunidad para que los trabajadores independientes en materia de drogas ofrezcan ayuda a los detenidos y les deriven a los servicios de tratamiento adecuados, principalmente como un medio para reducir sus delitos relacionados con las drogas. Además, también pueden proporcionar una vía hacia los servicios de pruebas y orientación sobre VIH, la terapia antirretroviral (TAR), la prevención y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (ETS), la vacunación, el diagnóstico y el tratamiento de la hepatitis viral, y la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la tuberculosis (TB). Los DRS permiten que los trabajadores en materia de drogas con formación especial (trabajadores de derivación de detención por drogas) se pongan en contacto con los detenidos mientras se encuentran bajo custodia de la policía y tengan tiempo suficiente para entrevistar al detenido y cumplimentar un formulario de «evaluación de necesidades», que servirá de base para un plan de tratamiento y atención.

*PI 19: Fomentar que los testigos llamen a los servicios sanitarios para los consumidores que lo necesiten*

La policía puede evitar las detenciones en la escena de una sobredosis de drogas y al hacerlo, fomentar que la gente pida ayuda médica sin demora y sin temor a ser procesados. Los consumidores de drogas también

deben poder llamar a los servicios de ambulancias y de salud de forma anónima.

*PI 20: Crear una base de datos centralizada para la monitorización sistemática de las necesidades sanitarias específicas de los diferentes grupos de consumidores de drogas*

Los riesgos de consecuencias perjudiciales del uso de sustancias varían sustancialmente dependiendo del tipo de sustancia y el patrón de uso, incluyendo la frecuencia, la cantidad y el consumo concurrente de varias drogas. El conocimiento de los patrones cuantitativos y cualitativos del consumo de drogas es un elemento clave para el desarrollo de las políticas en materia de drogas adaptadas a subgrupos de alto riesgo, sus necesidades individuales y las demandas contextuales. A nivel europeo, el seguimiento del consumo de sustancias se basa en procedimientos organizados por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) para las drogas ilegales y por la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) para los fármacos con receta, en el contexto de la farmacovigilancia. Además de la información sobre los grupos de consumidores y sus patrones de uso, se precisa un sistema integrador para evaluar el potencial de abuso de diversas sustancias psicoactivas, así como las consecuencias de ese uso en lo tocante a la morbilidad y la mortalidad.

Un sistema de vigilancia centralizado sería de gran ayuda para desarrollar políticas adaptadas a las necesidades individuales y las demandas contextuales y para evaluar el impacto de las medidas para minimizar el riesgo de abuso.

## **El contacto físico entre los agentes policiales y los presuntos delincuentes por drogas**

La vigilancia policial práctica y el contacto físico entre los agentes policiales y los presuntos delincuentes por drogas presentan un riesgo de uso inadecuado de la fuerza, de violación de los derechos humanos, así como de daño físico y mental y angustia. Cada uno de estos elementos tiene previsiblemente efectos adversos para la salud de las víctimas (133). Se ha denunciado la violencia y el uso excesivo de la fuerza contra los consumidores de drogas en diversas zonas geográficas (134-138), así como violaciones de los derechos humanos, incluyendo extorsión a presuntos consumidores de drogas, desintoxicación forzada y pruebas obligatorias del VIH (139; 140).

### **Posibles intervenciones (PI)**

*PI 15: Incluir apoyo psicosocial y prácticas preventivas de reducción de daños en los programas de formación para el personal penitenciario y los servicios policiales*

*PI 16: Implementar programas de vigilancia y prevención comunitarios*

*PI 17: Desarrollar e implementar indicadores de rendimiento del servicio policial en función de objetivos de seguridad y de salud pública*

*PI 21: Implementar mecanismos para la rendición de cuentas de los agentes policiales y visibilizarlos*

La policía y las fuerzas del orden son la manifestación más visible de la autoridad gubernamental. Las Naciones Unidas han articulado un conjunto de principios para los organismos policiales que incluyen la aplicación de la ley por igual a todos los ciudadanos, orientación sobre el uso de la fuerza, garantías de seguridad y trato justo a las personas detenidas o arrestadas, permitir que la comunidad responsabilice a los funcionarios de policía por sus acciones, y proteger los derechos de mujeres, jóvenes y refugiados (141). La práctica policial democrática exige que la policía rinda cuentas ante los ciudadanos, sus representantes, el Estado y la ley.

Las facultades de los servicios de policía deben ser verificadas y fiscalizadas por la población a través de procesos de rendición de cuentas, y es preciso desarrollar “medidas eficaces propias para garantizar la integridad del personal de policía y su adecuado comportamiento”. Los informes de evaluación del rendimiento y de rendición de cuentas serán previsiblemente importantes herramientas para los altos mandos policiales a la hora de evaluar y responder a las denuncias por prejuicios raciales, patrones de comportamiento abusivo, o falta de protección.

*PI 22: Desarrollar mecanismos independientes y transparentes de denuncia civil*

La existencia de un órgano de supervisión ciudadana con responsabilidades sobre la tramitación de quejas contra la policía es un requisito esencial de rendición de cuentas y transparencia y un requisito previo en un entorno democrático. Una finalidad estatutaria estándar, en las jurisdicciones en las que se han codificado los sistemas de queja policial, consiste en responsabilizar a los funcionarios de policía en los procesos penales y disciplinarios sobre la base de las pruebas obtenidas en la investigación de una denuncia (142).

Un sistema eficaz de denuncias policiales puede reducir el riesgo de desarrollo de una cultura de la impunidad. Un sistema de denuncias sirve como un medio por el cual la policía, los fiscales y los tribunales identifican los actos y omisiones de comportamiento delictivo, mala conducta y rendimiento insuficiente por parte de los agentes de policía. Las culturas de la impunidad son susceptibles de desarrollarse como resultado de la falta de adopción, por parte de los mandos policiales, los fiscales y los tribunales, de las medidas adecuadas contra un funcionario, por un lado, o la reticencia de los ciudadanos a denunciar debido a su falta de confianza en el sistema de denuncias, por otra parte. Las instituciones de supervisión pueden incluir el ejecutivo (control político, control financiero

y supervisión horizontal por los organismos gubernamentales), el legislativo (parlamentarios, comisiones parlamentarias de investigación), el poder judicial, así como las comisiones de derechos humanos, las juntas de revisión de denuncias civiles o los defensores del pueblo independientes. Asimismo, los medios de comunicación pueden desempeñar un papel importante al facilitar información a la población sobre las actividades de la policía.

### **Barreras para la implementación de programas de reducción de daños en los centros penitenciarios**

En muchos países, los delitos relacionados con las drogas representan uno de los principales motivos de encarcelamiento y los consumidores de drogas constituyen una gran parte de la población reclusa (13). Aunque algunos presos ponen fin o reducen su consumo de drogas tras la entrada en prisión, otros se inician en el consumo de drogas o desarrollan comportamientos más perjudiciales durante el encarcelamiento (143). El consumo y la inyección de drogas a menudo continúan mientras se encuentran en prisión. Además, las intervenciones que han reducido las inyecciones y los riesgos sanitarios relacionados con estas en entornos comunitarios a menudo siguen sin estar disponibles en prisión (144; 145). El acceso a jeringuillas estériles es, con frecuencia, muy escaso. La investigación sugiere que el 50 % o más de los consumidores de drogas declaran haberse inyectado mientras se encontraban en prisión (146-148), y una proporción sustancial de los internos que se inyectan drogas participan en intercambios de agujas y jeringuillas durante el encarcelamiento. El intercambio de agujas y jeringuillas aumenta el riesgo de infecciones contagiosas y de problemas relacionados con la salud como las lesiones en las venas, cicatrices y infecciones bacterianas y virales. A nivel mundial, los niveles de prevalencia del VIH dentro de las poblaciones reclusas tienden a ser mucho mayores que en la población general (149).

Además, la interrupción del tratamiento debido al encarcelamiento o después del encarcelamiento puede conducir a graves consecuencias sanitarias para los delincuentes condenados. Estas consecuencias se derivan de la indisponibilidad de opciones de tratamiento en los centros penitenciarios para los internos que han estado en tratamiento antes de su encarcelamiento, o bien son resultado de no poder continuar el tratamiento tras la excarcelación. La interrupción del tratamiento tras la excarcelación puede conducir al consumo de drogas callejeras de nuevo, ocasionando un alto riesgo de sobredosis y muerte. Los mismos riesgos existen al revés, cuando los presos no pueden continuar el tratamiento en prisión. Se pueden ocasionar riesgos adicionales en el encarcelamiento de corta duración, incluida la

detención policial y la detención preventiva, donde a menudo no se proporcionan opciones de tratamiento adecuadas (150).

Un problema principal en este sentido es la coordinación y cooperación inadecuadas, o ausencia de estas, entre los sistemas sanitarios penitenciarios y los sistemas de salud pública fuera de los centros penitenciarios. A menudo, la asistencia sanitaria en los centros penitenciarios opera en aislamiento completo del sistema general de salud, menoscabando la calidad y la continuidad de la atención médica tras la excarcelación. Esto puede ocasionar retrasos en la derivación al tratamiento y, por consiguiente, no está asegurada la necesaria continuación de la atención. Además, la falta de servicios sanitarios adecuados en las prisiones dificulta significativamente la reinserción social de los reclusos y conduce al mismo tiempo a la propagación de enfermedades transmisibles y potencialmente mortales en las prisiones y en la comunidad (151).

Los principios básicos de las Naciones Unidas para el tratamiento de los reclusos reconocen que “los reclusos tendrán acceso a los servicios de salud de que disponga el país, sin discriminación por su condición jurídica” (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1990).<sup>6</sup> Sin embargo, en muchos países de la UE, las autoridades se resisten a implementar programas de reducción de daños en entornos como las prisiones o los centros de detención. Esto predispone a los grupos marginados a un mayor riesgo de contraer el VIH/sida y otras enfermedades infecciosas, ya que quedan excluidos entonces de las intervenciones y servicios de salud pública. La falta de acceso y de disponibilidad de la asistencia sanitaria y los servicios de reducción de daños en las prisiones plantean graves preocupaciones éticas y morales.

Además, la introducción de medidas de reducción de daños y promoción de la salud en las prisiones también protege al resto de la población, puesto que la mayoría de los reclusos están en prisión sólo por períodos temporales relativamente cortos y luego son excarcelados en sus comunidades. Las medidas

6. Las Reglas mínimas de las Naciones Unidas para el tratamiento de los reclusos (152) y las reglas de las Naciones Unidas para el tratamiento de las reclusas y medidas no privativas de libertad para las mujeres delincuentes (las Reglas de Bangkok) (153). La Directriz revisada 6 de las directrices de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos (154) establece que los Estados deben “tomar también las medidas necesarias para asegurar a todas las personas, sobre una base sostenida e igualitaria, el suministro de y la accesibilidad a bienes de calidad, servicios e información para la prevención, tratamiento, atención y apoyo del VIH/SIDA”. Las Directrices de la OMS de 1993 sobre la infección por el VIH y el sida en las cárceles (155) establecen lo siguiente: “En los países en que se facilitan jeringas y agujas hipodérmicas limpias a los usuarios de drogas inyectables en la comunidad, debe tomarse en consideración la posibilidad de proporcionar instrumental hipodérmico limpio, durante la detención y en el momento de la liberación, a los presos que lo soliciten”.

de prevención del VIH/sida y de reducción de daños también protegerán a la población general, mientras que la denegación del acceso situará a los no consumidores en riesgo respecto de estos daños.

### **Posibles intervenciones (PI)**

*PI 23: Prestar servicios de tratamiento y rehabilitación pertinentes en las prisiones, centros de detención e instalaciones para refugiados e inmigrantes*

Tal y como recomiendan la OMS, UNODC y ONUSIDA, los gobiernos pueden introducir, o ampliar, los programas de intercambio de jeringuillas (PIJ) con el fin de evitar y prevenir la amenaza de epidemia del VIH entre los reclusos que se inyectan drogas. Los presos deben tener acceso fácil y confidencial a los PIJ, y los reclusos y el personal deben recibir información y educación acerca de los programas y participar en su diseño e implementación. Esto no debe debilitar ni impedir la prestación de programas de tratamiento de drogodependencia, incluyendo OST, sino actuar como una intervención complementaria que proteja el estado de salud de los consumidores de drogas. Los gobiernos podrían introducir OST en la estrategia sanitaria penitenciaria, ya que ofrece la oportunidad de que los presos eviten el uso de agujas y el intercambio de jeringuillas.

*PI 24: Facilitar programas de vacunación adecuados y medidas profilácticas a los consumidores de drogas y las personas vinculadas a éstos*

Se recomienda la vacunación para las personas cuando pueda producirse una exposición a los fluidos corporales o dispositivos contaminados, incluidos los trabajadores sanitarios, las personas que se inyectan drogas, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, los reclusos, las personas con un historial de infecciones de transmisión sexual, y las personas que tienen relaciones sexuales sin protección (156). Las vacunas contra el VHB pueden reducir significativamente el riesgo de infección (157) y ofrecer protección contra la infección para más del 90 % de los individuos sanos (158). De conformidad con

las Normas Internacionales para el tratamiento de los trastornos por el uso de drogas de la UNODC y la OMS (159), los servicios de tratamiento deben ofrecer vacunas contra la hepatitis B a todos los pacientes dependientes de opiáceos. Sin embargo, en muchos países, sólo se han realizado escasos esfuerzos para la implementación práctica de las vacunas contra la hepatitis B. Actualmente no existen vacunas contra el VIH o el VHC.

### **Efectos de los elevados márgenes de beneficio y niveles de precios de las drogas ilegales**

La UNODC estima que las drogas ilegales representan aproximadamente el 20 % del producto de los delitos globales y equivalen a aproximadamente el 0,6-0,9 % del producto interior bruto global (160). En 2013, se estima que el mercado minorista de drogas ilícitas en la UE ascendió, por lo menos, a 24 000 millones de euros (11). El mercado de las drogas está constantemente desarrollándose y adaptándose a las nuevas tendencias e innovaciones técnicas. En los últimos años, también se han detectado mercados de drogas ilegales en plataformas basadas en Internet. Algunas ventas por Internet se realizan a través de sitios web de superficie abierta, mientras que otras operaciones se realizan a través de la "red oscura", una parte cifrada de Internet (11). Cuando se combina con el uso de criptomonedas, los distribuidores y los compradores son difíciles de identificar y localizar para las autoridades legales.

Los beneficios ilegales fluyen por fuera de los sistemas financieros y por lo tanto están exentos de control financiero, contabilidad y tributación. El desarrollo de los mercados ilegales por lo tanto tiene consecuencias de amplio alcance para la sociedad y para las personas, ya que afecta a la economía legal, a la seguridad nacional e internacional, a las instituciones gubernamentales y a la sociedad en su conjunto. Además, el alto nivel de precios de las drogas ilegales tiene consecuencias para los consumidores de drogas, ya que hace que les sea más difícil mantener su hábito a través de medios legales.

**Cuadro 4 – Efectos no sanitarios del comercio de drogas ilegales**

Mecanismos	Consecuencias indeseadas	Consumidores	No consumidores	Posibles intervenciones (PI)
Elevados márgenes de beneficio.	Atraer y financiar grupos de delincuencia organizada, incluidas las actividades terroristas. Aumento del riesgo de narcotráfico y corrupción. Actividades de blanqueo de capitales. Alto nivel de violencia, motivación criminal y asunción de riesgos.	X  X  X  X	X  X  X  X	<b>PI 25:</b> Obtener el compromiso político para las respuestas basadas en las pruebas para enfrentarse al narcotráfico, las ventas y la delincuencia organizada. <b>PI 26:</b> Fortalecer la cooperación internacional, incluidas las organizaciones de la sociedad civil. <b>PI 27:</b> Concentrar las intervenciones de aplicación de la ley en la producción, el tráfico y la delincuencia organizada. <b>PI 28:</b> Introducir instrumentos legales contra el blanqueo de capitales y la incautación de activos.
Altos niveles de precios	Los consumidores de drogas cometen delitos patrimoniales para financiar su consumo de drogas.	X	X	PI 6, PI 10, PI 11, PI 12 <b>PI 29:</b> Mejora de los medios para la rehabilitación de los consumidores de drogas que cometen delitos.

### El comercio ilegal de drogas conduce a altos márgenes de beneficio

Los mercados de drogas ilegales resultan atractivos para los delincuentes y los grupos de delincuencia organizada, debido a los altos márgenes de beneficio y porque el dinero se desvía fuera de los flujos financieros legales. Ambos factores contribuyen a explicar los vínculos observados con otras operaciones de la delincuencia organizada. El volumen sustancial de dinero relacionado con la droga que viaja por flujos no detectados por todo el mundo hace que este mercado negro resulte de gran interés para otras redes de delincuencia organizada, en particular las dedicadas al blanqueo de capitales, el tráfico de personas, el contrabando de armas y el terrorismo. Los delitos relacionados con las drogas y los no relacionados con estas están conectados de diferentes maneras. Los grupos terroristas ven en el mercado de las drogas ilegales la oportunidad de obtener financiación para sus actividades, provocando, como un ejemplo de los daños directos, tensas relaciones internacionales (161). Otro ejemplo sucede cuando los beneficios generados en los mercados de drogas ilegales fomentan la diversificación en otras actividades ilícitas, y las redes y la infraestructura logística establecidos para este fin se utilizan también para traficar con otras mercancías (11).

El desvío de importantes sumas de dinero causa daños económicos a los sistemas financieros y a los presupuestos estatales por igual. La corrupción de los funcionarios públicos, desde los agentes policiales de bajo nivel en un extremo del espectro hasta los miembros de alto nivel del poder judicial y los políticos en el otro extremo, es una característica sistemática de todos los mercados ilícitos. Los mercados de drogas han sido identificados como una de las dos influencias más corruptoras en Europa, y los grupos de delincuencia organizada abordan más comúnmente a policías de bajo rango y empleados de la Administración pública (11). El objetivo al corromper a los agentes policiales es normalmente obtener información sobre las investigaciones u operaciones, o proteger actividades ilegales en curso. La presión ejercida por magistrados o fiscales corruptos puede, por ejemplo, obstruir investigaciones policiales de personas influyentes que son miembros de redes delictivas. La corrupción de funcionarios públicos en todos los niveles, y muy especialmente en el ámbito de las fuerzas del orden, las instituciones judiciales y los sistemas penitenciarios, es un factor importante para asegurar el funcionamiento ágil de los mercados ilegales. Esto, por consiguiente, produce un efecto corrosivo sobre las instituciones públicas, socavando la autoridad gubernamental (11).

Una proporción significativa de la actividad de blanqueo de capitales se basa en el efectivo, es de baja tecnología e intensivo en mano de obra. Los sectores empresariales más afectados incluyen la gastronomía, la industria del juego y los casinos, el comercio minorista, y en especial los sectores de alimentación, ropa, y transporte (162). Este tipo de blanqueo de capitales de «bajo nivel» representa aproximadamente el 20 % de todos los fondos blanqueados (163). El narcotráfico genera grandes sumas de dinero que a la postre han de ser transferidas a los mercados financieros legales. Aunque es difícil estimar la magnitud de los flujos financieros ilícitos, se presume que el narcotráfico es una parte importante de todos los fondos ilícitos de Europa. Se calcula que el tráfico ilícito de drogas representa aproximadamente el 20 % de todos los ingresos delictivos y alrededor del 50 % de todos los ingresos de la delincuencia organizada transnacional en 2009 (160). Se estima que los mercados de drogas ilícitas en la UE (heroína, cocaína, marihuana, anfetaminas y éxtasis) representan una cuarta parte de los ingresos de todos los mercados minoristas ilícitos (162). El OEDT presupone que alrededor del 44 % de los beneficios minoristas se blanquean desde los mercados europeos de drogas y estima que, basándose en esa suposición, podría blanquearse una cifra de hasta 11 000 millones de euros derivada del comercio minorista de drogas en la UE al año (11).

La violencia puede verse como un componente inherente y sistémico del mercado de drogas ilícitas y puede ser el resultado de diferentes factores. En primer lugar, puede ser el resultado de los efectos que tienen las drogas sobre los consumidores individuales, tales como la violencia derivada de la psicosis inducida por drogas, o como parte de un delito patrimonial, como el robo. Además, la producción y el tráfico de drogas ilícitas están vinculados a delitos violentos, incluyendo los homicidios (guerras de bandas, etc.). La violencia puede utilizarse para obtener o mantener cuotas de mercado o para resolver disputas (164; 165). Esto está relacionado con la falta de mecanismos legítimos de resolución de problemas en los mercados ilegales. Los conflictos que afectan a partes que están involucradas en actos delictivos están destinados a resolverse fuera del ordenamiento jurídico, y de ahí el aumento de la probabilidad de las soluciones violentas.

La influencia del comercio ilegal de drogas sobre la delincuencia organizada, el terrorismo, la corrupción, el blanqueo de capitales y la violencia relacionada con los mercados tiene sustanciales efectos negativos sobre la sociedad y los miembros individuales, incluidos los consumidores de drogas. Los consumidores de drogas pueden verse afectados por la delincuencia organizada, el terrorismo y otras actividades ilícitas tanto como otros miembros de la sociedad, pero además pueden verse afectados de manera

más directa a través de sus actividades relacionadas con las drogas. En un entorno de corrupción, por ejemplo, los funcionarios policiales corruptos pueden animar a los consumidores de drogas a comprar su escapatoria de una investigación penal mediante el pago de sobornos.

### Posibles intervenciones (PI)

*PI 25: Obtener el compromiso político para enfrentarse al narcotráfico, las ventas, y la delincuencia organizada*

Para obtener los recursos humanos y económicos necesarios para enfrentarse a y reducir el tráfico, la venta y la delincuencia organizada, se necesita un compromiso político. Las diferentes formas y modalidades de los mercados de drogas ilegales requieren un enfoque coordinado de reducción de la oferta por parte de múltiples organismos. Las medidas aplicadas y las intervenciones deben basarse en las pruebas. Si bien la reducción de la oferta es un área clave de la política en materia de drogas, hay grandes lagunas en la base de conocimientos existente (166). El trabajo en curso realizado por el OEDT en el desarrollo de indicadores de reducción de la oferta constituye un paso importante hacia unas políticas más basadas en pruebas y más eficaces en este ámbito (167).

*PI 26: Fortalecer la cooperación internacional, incluidas las organizaciones de la sociedad civil*

La actuación colaborativa entre la sociedad civil y las autoridades públicas conduce a un desarrollo y a una implementación más dinámicos, eficientes y eficaces de las políticas y planes de actuación en materia de drogas. En particular en la política en materia de drogas, que influye en una amplia gama de ámbitos de actuación y aspectos de interés, los actores transversales o de la sociedad civil organizados en red a menudo pueden superar las barreras sectoriales mucho más fácilmente que los actores de la Administración pública. Además, la cooperación con la sociedad civil asegura que los ciudadanos no sean ajenos al proceso político, una preocupación de las democracias modernas. Las aportaciones de la sociedad civil generan un valor añadido a la planificación de políticas y al proceso de implementación, reforzando la legitimidad, la calidad, la comprensión y la aplicabilidad a largo plazo de las iniciativas políticas. Las organizaciones de la sociedad civil proporcionan una amplia gama de aportaciones al desarrollo y a la implementación de políticas (168).

La creación de redes internacionales entre los diferentes grupos de interés y organismos a nivel profesional, tales como el Grupo de Aeropuertos del Grupo Pompidou, la Red Internacional para el Control de Precusores, y Cooperación de Europa Sudoriental, establece ejemplos de modelos prácticos, reforzados y flexibles de cooperación.

*PI 27: Concentrar las intervenciones de aplicación de la ley contra la producción, el tráfico y la delincuencia organizada*

Con el fin de aumentar la eficacia y la eficiencia de la aplicación de la ley, se anima a muchos gobiernos a que concentren sus actividades de aplicación de la ley en la producción de drogas, el tráfico y las estructuras de la delincuencia organizada (1). Se debe facilitar una mayor cooperación, información e intercambio de inteligencia entre los equipos de seguridad especializados, que se centre en los grupos delictivos que trafican con estos diferentes tipos de drogas, para garantizar la ausencia de lagunas en el análisis estratégico y las consecuentes respuestas policiales (11).

*PI 28: Introducir instrumentos legales contra el blanqueo de capitales y la incautación de activos*

La identificación, la interrupción, y el desmantelamiento de los grupos de delincuencia organizada involucrados en el narcotráfico, el blanqueo de capitales y la corrupción son elementos clave de las actividades de aplicación de la ley en Europa. Existen diferentes instrumentos legales, como el seguimiento, el embargo, la incautación y la confiscación de activos tanto a nivel nacional como internacional (169). La cooperación judicial en casos de blanqueo transfronterizo de capitales es de suma importancia para conseguir que estos instrumentos funcionen con eficacia. Por otra parte, hay que tener en cuenta que para que el blanqueo de capitales sea eficaz, se necesitan facilitadores que trabajen en los sectores financiero y legal. Uno de los factores facilitadores clave en estos sectores es la negligencia o incompetencia al aplicar las medidas contra el blanqueo de capitales (170). Las autoridades deben estar atentas a esto y deben garantizar procedimientos y mecanismos adecuados de supervisión.

### **El comercio ilegal de drogas conduce a nivel elevado de precios**

Como se ha mencionado en el punto 3.2.2, las compensaciones económicas por el riesgo de respuestas legales graves al que se enfrentan los implicados en la fabricación y el tráfico de drogas han llevado a un nivel elevado de precios para las drogas ilegales. Además de las consecuencias para la salud ya expuestas, el alto nivel de precios también hace que sea difícil que los consumidores de drogas y, en particular, los consumidores de drogas problemáticos, satisfagan su hábito únicamente por medios legales. Los fondos necesarios se obtienen a menudo a través de diversas formas de delincuencia adquisitiva, la prostitución y el narcotráfico, tales como el narcotráfico a pequeña escala como un medio para obtener drogas como pago en especie. El fraude, los delitos contra la propiedad y el robo son comúnmente mencionados como fuentes de ingresos de los consumidores de drogas (80) y algunos estudios sugieren que los robos aumentan

como consecuencia de los aumentos de precios en los mercados de drogas ilegales (171). Estas actividades ilegales de generación de ingresos ocasionan perjuicios y costes sustanciales para la sociedad en su conjunto (172) y tienen repercusiones negativas sobre la conducta y el comportamiento económico de muchos consumidores de drogas. También pueden arrastrar a muchos consumidores a circunstancias en las que están más expuestos al riesgo de ser coaccionados a la explotación y el tráfico sexual (173).

Tal como se pretende, la disponibilidad reducida y los altos niveles de precios se suman a la complejidad de la obtención de drogas y es probable que reduzcan el consumo. Los consumidores de drogas como la heroína y las anfetaminas responden a los aumentos de precios reduciendo su consumo (174), pero la propiedad adictiva de muchas sustancias puede disminuir esta respuesta en cierta medida. Uno de los resultados del elevado nivel de precios, sin embargo, es que los consumidores dedican una gran parte de su renta disponible y de su tiempo a tratar de obtener drogas y fondos, gastando menos en las necesidades diarias tales como alimentos, ropa, vivienda y otras necesidades vitales.

### **Posibles intervenciones (PI)**

*PI 6: Desarrollar estrategias de prevención: fomentar la sensibilización, facilitar información, educación y comunicación relevante dirigidas a grupos relevantes*

*PI 10: Aumentar las capacidades y mejorar las prácticas actuales de los servicios de umbral bajo para responder con mayor eficacia a las necesidades sanitarias y sociales de los consumidores de drogas<sup>7</sup>, incluyendo las intervenciones adaptadas a las personas que se inyectan drogas (inyectores)*

*PI 11: Fomentar el trabajo entre pares, y promover la formación entre pares en el trabajo de acercamiento (outreach work), incluyendo medidas para reducir las muertes relacionadas con las drogas, la participación temprana de los servicios de urgencias y medidas de acceso y uso de primeros auxilios*

*PI 12: Asegurar la distribución eficaz de naloxona a los servicios médicos y de urgencias para evitar las sobredosis letales*

*PI 29: Mejora de los medios para la rehabilitación de los consumidores de drogas que cometen delitos*

7. Incluyendo, sin ánimo exhaustivo, la ampliación de los Programas de Intercambio de Jeringuillas (PIJ); los centros de consumo supervisado de drogas (SDCF, por sus siglas en inglés); los programas comunitarios de acercamiento (Community-based outreach programmes (COP)); el tratamiento de sustitución de opiáceos (OST, por sus siglas en inglés) y otros tratamientos para la drogadicción; la terapia antirretroviral (TAR); vacunación, diagnóstico y tratamiento de la hepatitis viral.

Además de las diversas PI antes mencionadas, la adopción de medidas tales como el tratamiento, la educación y la formación, que se pueden utilizar como alternativas a, o además de, la condena o el castigo por delitos relacionados con las drogas, constituye un medio importante para la rehabilitación de los consumidores de drogas que están en conflicto con la ley. También es importante para la prevención de las consecuencias adversas y, a menudo, a largo plazo que pueden derivarse de una condena penal (véase el apartado 3.5 más adelante).

### Efectos resultantes de la estigmatización

- ▶ La estigmatización, y las respuestas posteriores, como la discriminación y la marginación, pueden ser el resultado de:
  - ▶ Consumir drogas ilegales/comportamiento delictivo
  - ▶ Tener antecedentes penales
  - ▶ Haber estado preso
  - ▶ Haber sido detenido públicamente

La percepción de que los consumidores de drogas son «delincuentes» a menudo puede conducir a un comportamiento discriminatorio hacia ellos. Existe una preocupación creciente entre los responsables políticos y la gente en general acerca de la estigmatización de la drogodependencia y la posterior discriminación de los drogodependientes. La estigmatización de los drogodependientes ha ido en aumento en los países que han implementado medidas de austeridad (175). La aceptación política y social de la dependencia como una patología sanitaria, poco diferente de otras enfermedades crónicas, parece verse gravemente debilitada por la falta de conocimiento y la existencia de prejuicios y estigmatización en todos los niveles de la sociedad. La estigmatización también puede afectar a los consumidores recreativos de drogas ilegales.

**Cuadro 5 – Efectos resultantes de la estigmatización**

Mecanismos	Consecuencias indeseadas	Consumidores	No consumidores	Posibles intervenciones (PI)
Estigmatización debida a la percepción de los consumidores de drogas como delincuentes.	Baja autoestima y escasa motivación para que los consumidores de drogas participen en la actividad económica y la vida social.	X	X	PI 16
	Acceso limitado o reducido a la vida comunitaria y los servicios.	X	X	<b>PI 30:</b> Reconocer e implementar las obligaciones dimanantes de los instrumentos jurídicos internacionales y nacionales.
	Potencial exacerbación de formas ya existentes de discriminación.	X	X	<b>PI 31:</b> Generar sensibilización sobre las consecuencias de no respetar los derechos de los consumidores de drogas.
	Aumento de la disposición a participar en actividades de estatus bajo o ilegales.	X	X	<b>PI 32:</b> Desarrollar manuales de buenas prácticas y formación antidiscriminación para profesionales.
	Aumento del riesgo de arresto y detención preventiva.	X	X	<b>PI 33:</b> Establecer indicadores de rendimiento para evitar la discriminación y la estigmatización. <b>PI 34:</b> Ofrecer oportunidades de empleo y formación profesional para los consumidores de drogas.

## Efectos de la estigmatización

Una etiqueta delictiva puede llevar a los consumidores de drogas a identificarse a sí mismos como delincuentes (baja autoestima), y también puede conducir a otros, como los empleadores, a identificar a los consumidores como delincuentes. La estigmatización se deriva de un proceso de identificación interna y externa, y puede reducir tanto la oportunidad como la motivación para la participación en la vida social. Por ejemplo, la exposición socialmente visible a la actuación represiva, como una detención, tiene el potencial de perjudicar la reputación y la autoestima de un consumidor, lo que conduce a una menor motivación para el éxito y la participación en la vida social.

Existe una relación de interdependencia entre la drogodependencia y el desempleo y la pobreza. El estigma del consumo de drogas y su criminalización puede reducir las perspectivas de empleo de una persona al reducir la productividad y las posibilidades de encontrar trabajo. A su vez, el desempleo puede causar estrés y ansiedad, dificultades financieras, insatisfacción y desafección, todos los cuales son factores de riesgo para la iniciación, perpetuación, intensificación o reanudación del consumo de drogas (176). Esto se ha descrito como un proceso de “desventaja acumulativa” (177). Además, las prácticas discriminatorias aplicadas por los empleadores, que pueden estar relacionadas con los antecedentes penales o el estigma social como consumidores de drogas, a menudo reducen las posibilidades de encontrar un empleo estable o, en algunos casos hacen que sea imposible, sobre todo en tiempos de elevado desempleo general. Muchos consumidores de drogas son muy conscientes de esta estigmatización puesto que sus habilidades limitadas, su titulación escasa o inexistente y sus lagunas en su trayectoria laboral pueden hacer que la búsqueda de empleo resulte extremadamente difícil. Esto a menudo conduce a la conclusión de que la búsqueda de empleo no tiene ningún sentido (178) y, como consecuencia, hay un alto riesgo de que se asuma deliberadamente el papel de marginado social. Esto puede llevar a los consumidores a vincularse a sí mismos con el mundo de los delincuentes y la actividad delictiva como fuente de identificación y de pertenencia, y como una manera de encontrar oportunidades para ganarse la vida.

La estigmatización y la posterior marginación de las personas que consumen habitualmente drogas también tienen un impacto negativo sobre las relaciones sociales. El estigma y la exclusión social pueden llevar a la pérdida de capital humano, ya que las personas que consumen drogas son incapaces de contribuir o participar en la sociedad y la comunidad (179). El consumo de drogas y su criminalización pueden arrastrar a los consumidores a los márgenes de la sociedad y crear distancia entre ellos y sus comunidades y familias. Los consumidores de drogas que son criminalizados

pueden experimentar un debilitamiento de los lazos sociales con la sociedad convencional (180). Este desajuste social puede, a su vez, conducir a la reincidencia y a un mayor consumo de drogas. Además, la marginación puede contribuir al consumo de drogas, al igual que el consumo de drogas puede contribuir a la marginación de algunos consumidores. De hecho, el consumo de drogas puede causar un deterioro de las condiciones de vida, mientras que los procesos de marginación social pueden ser una razón para iniciarse en el consumo de drogas (181). Varios factores de riesgo de marginación pueden atribuirse al consumo de drogas, incluyendo el desempleo, la falta de vivienda, la reducción del acceso a los servicios asistenciales, el encarcelamiento, y la prostitución (181).

Se reconoce generalmente que los consumidores de drogas de ciertos grupos étnicos o minorías pueden experimentar un doble estigma. Esto se debe a la prevalencia de imágenes populares que caracterizan a las minorías visibles como consumidores de drogas habituales, sobre todo porque muchas drogas ilegales provienen de fuera de Europa. Como señala la UNODC, en el caso del abuso de sustancias, la gente a menudo culpa convenientemente a los “extranjeros”, “forasteros” o unos genéricos “otros” de la propagación de las drogas y los problemas sociales asociados (182). Los datos existentes muestran, sin embargo, que hay pocas pruebas para que tales percepciones resulten ciertas. La información sobre el consumo de drogas, los patrones y las consecuencias dentro de las minorías sigue siendo escasa. El miedo a la estigmatización hace que la recopilación y difusión de datos resulte difícil. Por lo tanto, rara vez son posibles las comparaciones con la población en general sobre los niveles de consumo de drogas.

Las prácticas existentes en las investigaciones penales, la aplicación de la ley y los procedimientos penales varían en toda Europa, dependiendo de las leyes y los reglamentos existentes, así como de su interpretación. Existen diferencias notables en lo que se refiere al riesgo de detención y prisión preventiva de los presuntos consumidores, distribuidores y traficantes de drogas. Aun así, parece que hay una tendencia general según la cual las personas de las se sospeche el consumo de drogas o que sean consumidores conocidos se enfrentan a un mayor riesgo de detención o prisión preventiva. Esto a su vez conduce a un mayor riesgo de exposición a las consecuencias adversas de la detención y la prisión preventiva, incluidas la estigmatización, la posible pérdida de empleo o vivienda y la tensión sobre las relaciones sociales. Estas consecuencias afectan por igual tanto a los consumidores de drogas como a sus círculos familiares y sociales de manera adversa.

## Posibles intervenciones (PI)

*PI 30: Reconocer las obligaciones dimanantes de los instrumentos jurídicos internacionales y nacionales*

En este contexto, es importante recordar que los gobiernos tienen la obligación dimanante de los instrumentos jurídicos internacionales y nacionales de salvaguardar los principios fundamentales de los derechos humanos y el Estado de derecho, que también se aplican a los consumidores de drogas. Como se mencionaba en el capítulo 1, estas obligaciones se describen en el Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales del Consejo de Europa (CdE) y en documentos de la ONU (8) y garantizan:

- ▶ El derecho a la vida
- ▶ El derecho a la protección de la salud
- ▶ El derecho a la no discriminación
- ▶ La prohibición de tratos inhumanos o degradantes

*PI 31: Generar sensibilización sobre las consecuencias de no respetar los derechos de los consumidores de drogas*

Las consecuencias de no respetar los derechos humanos, legales y sociales de los consumidores de drogas son diversas e integrales. Se precisa una mayor atención pública y un mejor conocimiento para aumentar la sensibilización de los grupos de interés pertinentes. La recopilación periódica de los datos adecuados y unos análisis sólidos ayudarán a los responsables políticos a emprender actuaciones.

Un ejemplo es la recopilación de datos relacionados con la etnicidad y la cultura. Este podría ser un instrumento beneficioso para dar forma a las intervenciones de la política en materia de drogas para grupos objetivo específicos y podría dar lugar a la adopción de estrategias sobre drogas culturalmente sensibles. Esos datos pueden proporcionar información de referencia sobre la situación de los grupos minoritarios, la cual a su vez sirva de base para la actuación y posteriormente ayude a evaluar la eficacia de los resultados. La recopilación de datos pertinentes no tiene por qué ser estigmatizante, sino que puede ayudar a evitar los prejuicios y la discriminación. También sirve para evaluar la eficacia de las políticas, de modo que se puedan efectuar los cambios y ajustes necesarios (183).

*PI 32: Desarrollar manuales de buenas prácticas y formación antidiscriminación para profesionales*

La legislación europea contra la discriminación, una vez codificada por las directivas contra la discriminación de la UE y el artículo 14 y el Protocolo 12 del Convenio Europeo de Derechos Humanos, prohíbe la discriminación en una serie de contextos y ámbitos. La legislación europea contra la discriminación dimana de estas dos fuentes como sistemas complementarios, apoyándose en ellas indistintamente en la medida en

que se solapan, destacando al tiempo las diferencias, si existen. Un manual, elaborado por el Consejo de Europa con un extenso cuerpo de jurisprudencia desarrollada por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos y el Tribunal de Justicia de la Unión Europea en el ámbito de la no discriminación proporciona un punto de partida muy útil y accesible para desarrollar manuales nacionales contra la discriminación. El material contenido en el manual está destinado a servir a los profesionales, incluyendo a los jueces, fiscales y abogados, así como a los funcionarios de policía, y de igual modo a los responsables políticos en la UE y los Estados miembros del Consejo de Europa, etc. (184).

*PI 33: Establecer indicadores de rendimiento para evitar la discriminación y la estigmatización*

Para garantizar la implementación efectiva de la política y la estrategia contra la discriminación, los indicadores de rendimiento son una herramienta importante y útil. Estos deben desarrollarse en diferentes niveles, incluyendo indicadores sobre los tipos y niveles existentes de discriminación de los consumidores de drogas, indicadores de discriminación institucional y estructural e indicadores sobre las prácticas profesionales y las percepciones (185). Deberán llevarse a cabo auditorías sobre la base de estos indicadores en todas las instituciones y servicios pertinentes (186). En la práctica, esto incluiría las fuerzas del orden, los servicios sociales y de salud, así como otras instituciones que entran en contacto con los consumidores de drogas, tales como los organismos de vivienda y de empleo y las oficinas de protección social.

*PI 34: Ofrecer formación profesional y oportunidades de empleo para los consumidores de drogas*

La relación entre el consumo de drogas y la situación laboral es compleja y se caracteriza por la causalidad recíproca: el consumo de drogas exacerba el riesgo de desempleo, mientras que el desempleo puede aumentar el riesgo de consumo de drogas. Para romper este ciclo, son necesarios diferentes pasos. En primer lugar, deben identificarse y abordarse los problemas personales, de salud, de estilo de vida y de otro tipo de los consumidores de drogas antes de que estén listos para la formación profesional, la rehabilitación laboral y la conservación de un empleo remunerado (187). Después de esto, se precisan ofertas educativas adecuadas para mejorar los expedientes educativos deficientes y, posteriormente, deben ofrecerse cursos de formación y cualificación profesional junto con posibilidades de empleo auxiliado o asistido. Este proceso debe ir acompañado de medidas tales como el asesoramiento en materia de deudas y la participación en grupos de autoayuda para apoyar el proceso de estabilización individual.

## Efectos de los antecedentes penales y el encarcelamiento por delitos de drogas

Mientras que las consecuencias deseadas de los antecedentes penales siguen siendo válidas en todos los aspectos, los efectos indeseados pueden reducir muchas oportunidades de vida social y pueden tener un efecto significativo sobre las relaciones

interpersonales de los consumidores. Estas consecuencias pueden incluir el alejamiento de los familiares y amigos y las limitaciones en el apoyo social disponible. Además, el encarcelamiento de los consumidores de drogas penados tiene importantes consecuencias indeseadas, que pueden tener grandes efectos sobre las sus vidas y sus oportunidades de rehabilitación.

**Cuadro 6 – Efectos de los antecedentes penales y el encarcelamiento por delitos de drogas**

Mecanismos	Consecuencias indeseadas	Consumidores	No consumidores	Posibles intervenciones (PI)
Limitación de oportunidades debido a los antecedentes penales.	Empleabilidad reducida.	X	X	PI 29, PI 34
	Acceso limitado a la vivienda.	X	X	<b>PI 35:</b> Restringir el contenido de los antecedentes penales proporcionados a efectos de empleo, vivienda, etc.
	Oportunidades educativas limitadas.	X		
	Movilidad restringida debido a las restricciones de viaje y la pérdida del permiso de conducir.	X		<b>PI 36:</b> Coordinación entre organismos y cooperación entre los servicios policiales, sanitarios y sociales.
	Aumento del riesgo de estigmatización y exclusión social.	X	X	
Aumento del riesgo de ser objeto de vigilancia e investigaciones policiales.	X	X	<b>PI 37:</b> Formación del personal penitenciario y los funcionarios a cargo de la libertad condicional para ayudar a los consumidores de drogas en libertad condicional a adquirir oportunidades de formación, empleo y vivienda.	
Confinamiento social y ruptura de vínculos con la comunidad debido al encarcelamiento.	Ruptura de vínculos con las redes individuales de apoyo social.	X		PI 23, PI 24, PI 29, PI 34, PI 35
	Aumento del riesgo de reincidencia y recaída.	X		<b>PI 38:</b> Establecer salas libres de drogas y comunidades terapéuticas en las prisiones.
	Exposición a la violencia y los riesgos sanitarios relacionados con la subcultura carcelaria.	X	X	

## Limitación de oportunidades debido a los antecedentes penales

Tras ser interceptados por los agentes de policía, los delitos tales como el narcotráfico, el menudeo o la producción de drogas por lo general generan antecedentes penales para el infractor. En varios países, sin embargo, esto puede también ocurrir si un consumidor de drogas problemático o un consumidor recreacional es detenido por consumo y/o posesión de drogas. Para los jóvenes en particular, que pueden estar consumiendo drogas por estar buscando riesgos, por espíritu de contradicción y/o por ser vulnerables, los efectos negativos de los antecedentes penales pueden ser sustanciales y de larga duración. Para todos los delincuentes por drogas, sin embargo, tener antecedentes penales por delitos relacionados con las drogas puede tener varios efectos graves pero indeseados.

Los antecedentes penales, especialmente cuando contienen delitos relacionados con las drogas, son con frecuencia un obstáculo para conseguir un empleo. Para muchas profesiones o tipos de centros de trabajo, un delito relacionado con las drogas es un criterio de exclusión para el empleo. Esto se suma a los efectos negativos de la estigmatización resultantes de la criminalización de las drogas. Además, cuando se intenta alquilar una vivienda, los antecedentes penales pueden también ser un obstáculo. Para muchos arrendadores, la existencia de una condena por un delito relacionado con las drogas constituye un motivo único y singular para rechazar el arrendamiento. Por lo tanto, el mercado de la vivienda se ha convertido cada vez más en un problema para los consumidores de drogas y un obstáculo para la reinserción de los consumidores de drogas problemáticos. Por otra parte, los antecedentes penales también pueden influir en las oportunidades educativas. Algunas instituciones educativas requieren la presentación de antecedentes penales, y los delitos relacionados con las drogas constituyen un criterio de exclusión. En algunos países, los cursos conducentes a titulaciones en estudios médicos o farmacéuticos excluyen a las personas con antecedentes penales por delitos relacionados con las drogas a la hora de matricularse en los estudios o colegiarse para el ejercicio.

Los regímenes de visados y los requisitos de entrada en varios países excluyen a las personas con condenas previas por el consumo de drogas a la hora de entrar, ya sea para fines privados, educativos, profesionales o de otro tipo. Además, las condenas anotadas por delitos relacionados con las drogas a menudo conducen al estigma de ser drogadicto y delincuente, con las consecuencias correspondientes de marginación y exclusión de la vida social y comunitaria convencional. Esto a su vez puede conducir a la reducción de la accesibilidad a los servicios sociales y sanitarios (véase el apartado 3.2 anterior). Por otra parte, las personas

con antecedentes penales por consumo de drogas corren el riesgo de un aumento de la vigilancia policial y de convertirse en sospechosos en las investigaciones.

### Posibles intervenciones (PI)

*PI 29: Opciones alternativas de condena*

*PI 34: Ofrecer formación profesional y oportunidades de empleo para los consumidores de drogas*

*PI 35: Restringir el contenido de los antecedentes penales proporcionados a efectos públicos*

Para mitigar los efectos adversos de los antecedentes penales, la legislación podría incluir plazos de prescripción (188):

- ▶ Ciertos tipos de delitos (leves) relacionados con las drogas se podrían eliminar de los antecedentes penales después de un cierto período de tiempo.
- ▶ Los apercibimientos, las órdenes de servicios comunitarios y las órdenes de tratamiento podrían quedar exentos de su inclusión en los antecedentes penales.
- ▶ El contenido proporcionado a partir de los antecedentes penales para uso público (a los efectos de obtención de vivienda, empleo, etc.) podría ser restringido y excluir los delitos (leves) relacionados con las drogas.
- ▶ La infracción de las leyes administrativas podría excluirse en los antecedentes penales que se proporcionen para uso público.

*PI 36: Coordinación y cooperación entre organismos*

Con el fin de garantizar que las intervenciones dirigidas a contrarrestar las consecuencias indeseadas de los antecedentes penales se implementen eficazmente, es importante que se comprometan todas las partes interesadas y los organismos involucrados. Si esto no se logra, se corre el riesgo de que las diferentes culturas y perspectivas institucionales anulen los efectos esperados. En este sentido, la formación conjunta sobre la sensibilización y la aplicación de diferentes opciones alternativas, tales como las antes expuestas, puede ayudar a asegurar la integración institucional y la búsqueda coherente de objetivos. La organización de actividades conjuntas de formación para los organismos policiales, judiciales, y sociales y sanitarios será probablemente un medio eficaz para aumentar la cooperación en el logro de la coherencia política intersectorial.

*PI 37: Formación del personal penitenciario y los funcionarios a cargo de la libertad condicional*

El personal penitenciario y los funcionarios a cargo de la libertad condicional que ayudan a adquirir oportunidades de formación, empleo y vivienda, desempeñan una función clave en la reinserción de los penados y deben llevarse a cabo esfuerzos específicos con el

fin de prestar asistencia. El empleo y la vivienda son factores cruciales para una reinserción exitosa de los penados en la sociedad, toda vez que la falta de vivienda y empleo adecuados son causas frecuentes de recaída en el consumo de drogas y la reincidencia delictiva. Desde esta perspectiva, la formación del personal penitenciario y de los funcionarios a cargo de la libertad condicional es especialmente prioritaria.

### **Confinamiento social y ruptura de vínculos con la comunidad debido al encarcelamiento**

Los consumidores de drogas constituyen una parte significativa de la población reclusa en general, muchos de los cuales han consumido drogas ilícitas en algún momento, y muchos de los cuales tienen problemas crónicos de consumo de drogas. Debido a la ilegalidad del mercado de las drogas y al alto coste del consumo de drogas, a menudo financiado por la actividad delictiva, las formas más problemáticas del consumo de drogas van acompañadas de un aumento del riesgo de encarcelamiento (189).

El proceso de detención y encarcelamiento y la actitud hacia los consumidores durante el encarcelamiento puede aumentar el riesgo de violencia y de otros actos específicos de la subcultura carcelaria. Los efectos negativos del encarcelamiento se ven agravados por el potencial de participación delictiva continuada como resultado de la drogadicción y la exposición diaria a las redes delictivas en el medio penitenciario. Ser un recluso, especialmente uno condenado por un delito de drogas, aumenta el riesgo de grave estigma social y discriminación. Esto crea una situación que puede dar lugar a importantes dificultades para la reinserción social y la independencia económica tras la ejecución de la sentencia y el regreso a la comunidad. Muchas veces, los efectos negativos del encarcelamiento también se reflejan en las familias y otros familiares cercanos de los presos.

Como consecuencia de la ruptura de los vínculos con las redes familiares y sociales durante el período de encarcelamiento, los presos se exponen a una serie de retos físicos, prácticos y psicosociales tras su excarcelación y durante el regreso a sus comunidades. Entre estos retos se incluye el potencial aislamiento social y el no encontrar empleo y vivienda, entre otros. Estos

retos aumentan el riesgo de recaída y/o consumo de drogas, así como de implicación en actividades delictivas. Otra consecuencia es un aumento significativo del riesgo de mortalidad entre los que regresan al consumo callejero de drogas (190).

### **Posibles intervenciones (PI)**

*PI 23: Prestar servicios de tratamiento y rehabilitación pertinentes en las prisiones, centros de detención e instalaciones para refugiados e inmigrantes*

*PI 24: Facilitar programas de vacunación adecuados y medidas profilácticas a los consumidores de drogas y las personas vinculadas a éstos*

*PI 29: Opciones alternativas de condena*

*PI 34: Ofrecer formación profesional y oportunidades de empleo para los consumidores de drogas*

*PI 35: Restringir el contenido de los antecedentes penales proporcionados a efectos públicos*

*PI 38: Establecer salas libres de drogas y comunidades terapéuticas en las prisiones*

Las salas libres de drogas y las comunidades terapéuticas han demostrado ser un medio eficaz de reducir la exposición a la subcultura carcelaria delictiva a la que con frecuencia se ven arrastrados los reclusos consumidores de drogas (191). La cárcel puede presentar una oportunidad para entrar en tratamiento y el medio penitenciario permite la creación de comunidades terapéuticas y salas libres de drogas. Varios proyectos piloto han demostrado el éxito de este enfoque, que por un lado deriva a los reclusos consumidores de drogas a terapia y tratamiento, y por otra parte presta una atención exhaustiva a quienes estaban en terapia antes de su encarcelamiento (191).

*PI 39: Fortalecer los vínculos entre las autoridades penitenciarias y las autoridades locales*

Deben mejorarse los vínculos de cooperación y comunicación entre los servicios sanitarios penitenciarios y los situados fuera de las prisiones. Las reuniones periódicas a nivel regional o comunitario y la formación conjunta del personal médico de los servicios sanitarios penitenciarios y de los servicios sanitarios públicos pueden ser un medio muy eficaz a este respecto.



## Capítulo 4

# Análisis

Aunque se reconoce que la política de control de drogas es un elemento importante de un enfoque integrado y equilibrado para contrarrestar los problemas de las drogas ilegales, todavía se citan con frecuencia los costes del control y las consecuencias indeseadas como argumentos para un cambio de política. En particular, cada vez se está poniendo más en duda la represión contra los consumidores de drogas, a la que se acusa de violar principios fundamentales de las sociedades democráticas, como los derechos humanos. La prohibición de las drogas en sí está siendo cuestionada, y la reciente legalización de la oferta de cannabis y el uso recreativo en algunos estados de Estados Unidos refleja esta oposición. Además, la forma en que los gobiernos asignan sus recursos es siempre un tema controvertido, particularmente en tiempos de austeridad. Por lo tanto, el gasto público en las intervenciones de la política de control de drogas es sometido a escrutinio tanto por quienes quieren cambiar la política actual en materia de drogas como por quienes afirman que los escasos recursos no se gastan de manera óptima. Este informe ha examinado los costes y las consecuencias indeseadas de la política de control de drogas.

### **Mejorar y emplear las estimaciones de gasto público para las políticas de control de drogas**

Un mejor conocimiento del gasto público en políticas de control de drogas resulta útil y deseable. Las estimaciones del gasto público calculan el volumen de recursos invertidos, o requeridos, para poner en práctica intervenciones específicas y pueden revelar en qué medida las intenciones políticas se reflejan en los presupuestos pertinentes. Sin embargo, muchos gobiernos no proporcionan un resumen completo de los recursos invertidos en la política en materia de drogas en general y en la política de control en

particular. La falta generalizada de un conocimiento exhaustivo dificulta gravemente una sólida planificación y evaluación necesarias para mejorar el diseño y la implementación de intervenciones rentables para alcanzar los objetivos de la política. Se precisan evaluaciones sistemáticas para averiguar qué resulta eficaz, qué medios son los óptimos para reducir los problemas relacionados con las drogas y qué intervenciones resultan más rentables económicamente. Las estimaciones del gasto público relacionado con las drogas son una parte indispensable de esa evaluación de las políticas. Independientemente de si se quiere llevar a cabo un análisis de coste-beneficio o un análisis de coste-eficacia, se requieren estimaciones fiables y válidas de los recursos públicos consumidos por las políticas. El capítulo 2 hace hincapié en la importancia de obtener dichas estimaciones e insta a una normalización de las definiciones y los métodos para elaborar estimaciones comparables en el tiempo, en las áreas de política y entre países. Los responsables políticos deben reconocer plenamente la importancia de los estudios de costes como una herramienta para tomar decisiones con base científica y darles mayor prioridad.

Para mejorar las estimaciones del gasto público, es preciso abordar algunas cuestiones cruciales. En primer lugar, debe llegarse a un entendimiento común acerca del alcance del ejercicio. ¿Ha de reflejar todos los gastos públicos en delincuencia relacionada con las drogas o únicamente el gasto público en aplicación de la ley en materia de drogas? Por ejemplo, se ha discutido si los costes de la lucha contra los delitos cometidos bajo la influencia de drogas deben incluirse en las estimaciones del gasto público de la política de control. La respuesta elegida a esta y otras preguntas similares tiene un impacto sustancial sobre el tamaño de la estimación y sobre su interpretación. Hasta el momento, no ha existido ninguna definición comúnmente pactada de lo que debe incluirse en las estimaciones del gasto público en este ámbito.

En segundo lugar, los datos pertinentes han de ser mejorados, difundidos, y puestos a disposición de los analistas. Un inventario integral de los conjuntos de datos de gasto nacional e internacional sería un buen comienzo, incluida una recopilación sistemática de los conjuntos de datos internacionales con definiciones armonizadas y datos comparables. Los apéndices de este informe y la página web acompañante (<http://www.emcdda.europa.eu/topics/drug-related-public-expenditure>) pueden considerarse como una primera aportación sistemática hacia este fin.

En tercer lugar, aunque existen algunas fuentes de datos útiles, gran parte de la información sobre costes requerida no es de fácil acceso. Por ejemplo, el dinero gastado en el control de drogas a menudo no se consigna como tal en los presupuestos y cuentas públicas. Cuando los datos sobre el gasto se incorporan en unos presupuestos más amplios o más generales (por ejemplo, los fondos que abarcan objetivos de salud o de seguridad más integrales) se requiere un acuerdo común sobre las premisas y los tipos de modelos aplicados con el fin de extraer la fracción de los fondos atribuible a las drogas. En el Capítulo 2 se han presentado dos enfoques metodológicos alternativos para estimar el gasto público en estos casos: el enfoque de arriba hacia abajo y el de abajo hacia arriba. Para ilustrar cómo se han aplicado estos métodos, el Capítulo 2 ha ofrecido asimismo ejemplos de estudios empíricos de sectores de control de drogas individuales (gastos públicos en policía, sistemas judiciales y aduanas y prisiones) y de estimaciones nacionales del gasto total en la política de control de drogas. Los ejemplos han indicado claramente que incluso dentro de cada uno de los dos enfoques metodológicos, existen grandes diferencias en cómo se estiman los mismos tipos de gasto y qué tipos de gasto se incluyen en los estudios. Por lo tanto, el desarrollo de directrices para mejorar los sistemas de recopilación de datos y desarrollar modelos económicos para estimar los costes resulta altamente deseable.

Los análisis empíricos antes mencionados han mostrado algunas conclusiones interesantes y útiles. El gasto público en políticas de control relacionadas con las drogas representa entre el 40 % y el 70 % del total de fondos invertidos en la política en materia de drogas en Europa, dependiendo del país. Teniendo en cuenta que los recursos para todos los elementos de la política en materia de drogas (iniciativas de prevención, aplicación de la ley, tratamiento y reducción de daños) ascendieron a un intervalo de entre el 0,01 % y el 0,5 % del producto interior bruto (PIB) de estos países, se puede concluir que el volumen de los recursos consumidos para la política de control es significativo. Sin embargo, para aumentar aún más el conocimiento y obtener estimaciones más precisas, se requieren más y mejores datos y técnicas de modelización.

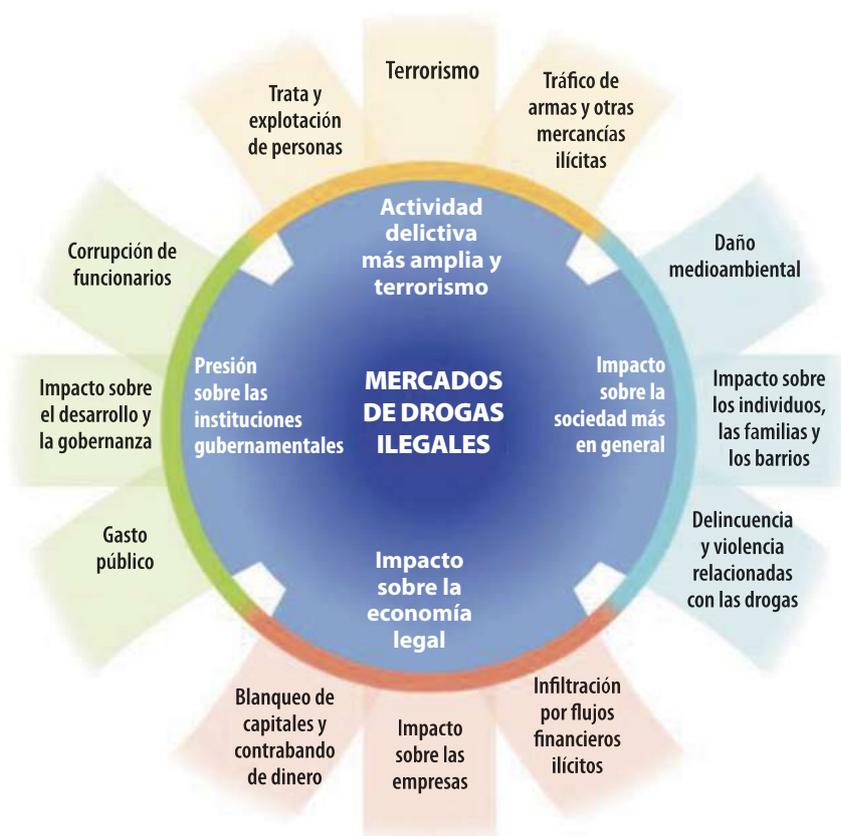
## Reconocer y tener en cuenta las consecuencias indeseadas

Las consecuencias indeseadas expuestas en el Capítulo 3 tienen valor político por dos razones. En primer lugar, deben tenerse en cuenta cuando se tomen decisiones políticas. En segundo lugar, estos efectos negativos indeseados pero predecibles deben mitigarse cuando sea posible (20). Con el fin de conseguir esto último, es importante identificar tanto las fuentes de esas consecuencias como los afectados. Además de exponer una amplia gama de efectos sanitarios y no sanitarios de las consecuencias indeseadas, este informe ha identificado a sus afectados y enumera casi 40 posibles intervenciones que pueden reducir los efectos negativos.

Las consecuencias indeseadas de la prohibición de las drogas han generado un sufrimiento humano considerable y han absorbido grandes cantidades de recursos humanos y económicos que podrían haberse asignado a otros objetivos políticos. La necesidad insatisfecha de alivio del dolor y cuidados paliativos debido a la estricta aplicación de los convenios de la ONU es quizás una de las consecuencias más graves para los no consumidores de drogas ilegales. La Organización Mundial de la Salud ilustra el amplio alcance del problema al estimar que 5500 millones de personas tienen un acceso gravemente reducido, o ausencia total del mismo, a medicamentos esenciales, y sugiere que esto puede deberse en parte a la implementación estricta por parte de los gobiernos de los convenios de la ONU (44). Además, el hecho de que a muchos consumidores dependientes de opiáceos se les niegue el acceso al tratamiento más eficaz —el tratamiento de sustitución de opiáceos (OST, por sus siglas en inglés)— es de importancia crítica para los consumidores de drogas afectados y sus familias.

Por otra parte, los mercados ilegales tienen consecuencias para los individuos y la sociedad, incluida la implicación de los participantes en otros tipos de actividades delictivas y de terrorismo, sus impactos sobre los negocios legítimos y la economía en general, su presión sobre las instituciones gubernamentales y la corrupción de estas, y su impacto sobre la sociedad en general (11). La figura 4.1 ilustra estas consecuencias:

**Figura 4.1 - La ramificación generalizada de los mercados de drogas ilícitas**



Fuente: OEDT/Europol (11).

Como se ha expuesto en el Capítulo 3, la prohibición de la fabricación y venta de drogas ha inducido grandes márgenes de beneficio en cada nivel de la cadena de distribución. Se estima que el mercado ilegal minorista de las drogas en la UE ascendía a no menos de 24 000 millones de euros (rango de 21 000 millones a 31 000 millones de euros) en 2013, siendo el mayor mercado el del cannabis (35 %), seguido de los mercados de la heroína (28 %) y la cocaína (24 %) (11). Estos ingresos arriesgados pero enormes han atraído a delincuentes y grupos de delincuencia organizada a la economía de la droga.

Además de la actividad de aplicación de la ley orientada a interrumpir la oferta de drogas ilícitas, la mayoría de los países europeos también imponen algún tipo de sanción contra los consumidores, con los efectos deseados de disuadir el consumo de drogas y prevenir la normalización y la propagación del consumo. Los convenios sobre drogas obligan a los Estados a garantizar que la posesión de drogas, incluso en pequeñas cantidades, sea un delito punible. Ofrecen, sin embargo, alternativas a la condena o el castigo, incluyendo el tratamiento, la educación, el postratamiento, la rehabilitación y la reinserción social (4). Existe una gran variación en el grado de dureza con

el que los países aplican las leyes en materia de drogas y sobre qué sustancias. Aunque algunos países son conocidos por su aplicación extrema, muchos otros han despenalizado el consumo y posesión de drogas, y muy pocos encarcelan a los infractores únicamente por el consumo de drogas.

Aun así, la política de control de drogas y los derechos humanos están vinculados muy a menudo. Las obligaciones de los Estados en virtud de los convenios del Consejo de Europa y de las Naciones Unidas consisten en proteger los derechos y las libertades fundamentales, en particular el derecho a la vida y a la dignidad humana, el derecho a la protección de la salud, el derecho a un acceso equitativo a los servicios de atención sanitaria de calidad para todos, la prohibición de todo tipo de discriminación (8), así como el derecho de los niños a ser protegidos frente a los estupefacientes y las sustancias psicoactivas. Sin embargo, como se ha expuesto en el Capítulo 3, la ejecución estatal de las leyes penales en materia de drogas ha ocasionado en algunos casos, directa o indirectamente, violaciones graves y en ocasiones generalizadas y sistemáticas de los derechos humanos. Cuando se desarrollan e implementan deficientemente, las políticas en materia de drogas han conducido al acoso y la violencia policial,

detenciones arbitrarias, sentencias y encarcelamientos desproporcionados, discriminación, violaciones del derecho a la salud y otros malos tratos. Estas consecuencias indeseadas de la política de control tienden a variar mucho, dependiendo de la droga y del contexto operativo. Las consecuencias indeseadas para los consumidores de drogas también varían previsiblemente según la edad, el sexo, la raza y los factores socioeconómicos, afectando desproporcionadamente a grupos ya desfavorecidos. Los ejemplos de violaciones de derechos humanos han alimentado la llamada a la liberalización y humanización de las políticas de control de drogas.

El control de drogas no es simplemente una elección entre la prohibición total y la plena legalización. Es una elección entre las opciones de un continuo entre estos dos extremos. El principio de la respuesta proporcionada a los delitos de drogas ha ido ganando un apoyo creciente y es evidente en importantes documentos de política, como el "Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2016" de la ONU (4). Como se ha ilustrado en fecha reciente en "*Penalties for drug law offences in Europe at a glance*" (5), los convenios de la ONU se aplican de manera muy diferente en toda Europa. En todos los países europeos, sin embargo, muchos grupos de interés han sugerido y alentado repetidamente alternativas a las sanciones coercitivas. La más reciente es quizá el plan de actuación de la UE en materia de drogas 2017-2020, que insta explícitamente al uso de sanciones alternativas para los infractores que consuman drogas (192). Dos informes de actualidad, "*Alternatives to punishment for drug-using offenders*" (193) y "*Study on alternatives to coercive sanctions as response to drug law offences and drug-related crimes*" (194), examinan los posibles cambios dentro del espíritu de los convenios de la ONU. Unas respuestas proporcionadas y un mayor uso de sanciones alternativas garantizarán previsiblemente la legitimidad y el apoyo continuo a la política de control.

## Conclusión

El coste y las consecuencias indeseadas de la política de control de drogas seguirán siendo temas objeto de controversia y debate. Este informe ha puesto de relieve la necesidad de unas mejores estimaciones del gasto público, ya que ello puede mejorar la planificación y evaluación de las políticas en materia de drogas. Este informe también ha enumerado una serie de consecuencias indeseadas, sus mecanismos y sus afectados, y ha ofrecido una extensa lista de posibles intervenciones para mitigar sus efectos negativos. Es importante señalar, sin embargo, que no existe un consenso público sobre qué consecuencias indeseadas importan más; pueden asignarse diferentes ponderaciones a la misma consecuencia. Tampoco hay consenso sobre qué medidas debe permitirse tomar a los gobiernos al gestionar estos perjuicios. Sin embargo, un mayor reconocimiento y enfoque sobre las numerosas y amplias consecuencias indeseadas de la política de control de drogas ha avivado la respuesta pública. Para mantener el apoyo político y la legitimidad, deben implementarse unas intervenciones ajustadas a nivel local para mitigar los efectos negativos e indeseados.

Esperamos que este informe contribuya a una mejora de las estimaciones del gasto público y a la comprensión de su importancia. Además, esperamos que las consecuencias indeseadas se tengan más en cuenta cuando se planifique e implemente la política de control de drogas y que las posibles intervenciones se empleen con mayor frecuencia para reducir sus efectos negativos.

# Apéndice 1 - Bases de datos disponibles e indicadores potenciales para los gastos públicos relacionados con las drogas

Ejemplos de bases de datos internacionales, que pueden utilizarse para estimar los gastos públicos relacionados con las drogas

Nivel de estimación	Ejemplos de bases de datos	Datos de la estimación
Internacional	Boletín Estadístico del OEDT y base de datos de gasto público	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El boletín estadístico del OEDT abarca una amplia gama de áreas, incluyendo las estimaciones más recientes de la delincuencia relacionada con las drogas sobre incautaciones de drogas, tipos de delito, precio, pureza y consumo en prisión, y las respuestas de los países a la situación de las drogas en Europa. <a href="http://www.emcdda.europa.eu/data/stats2015">http://www.emcdda.europa.eu/data/stats2015</a></li> <li>- El OEDT también publica los datos nacionales más recientes sobre los gastos públicos relacionados con las drogas disponibles en Europa.</li> <li>- <a href="http://www.emcdda.europa.eu/topics/drug-related-public-expenditure">http://www.emcdda.europa.eu/topics/drug-related-public-expenditure</a></li> </ul>
	Base de datos de la OMS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Global Information System on Resources for the Prevention and Treatment of Substance Use Disorders (Sistema Global de Información sobre recursos para la prevención y el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias)</b>, que incluye información sobre: la prevalencia y la carga de la enfermedad, seguimiento y vigilancia; política; sistema y servicios de tratamiento; tratamiento farmacológico; programas de prevención del consumo de sustancias y los daños relacionados; y recursos humanos y participación de la sociedad civil.</li> </ul>
	Eurostat	<p><b>Gasto público con arreglo a la Clasificación de las funciones de las Administraciones públicas (CFAP)</b></p> <p>La CFAP publica datos según dos niveles de clasificación (Naciones Unidas, 2008). La primera clasifica los gastos en 10 funciones generales, una de las cuales es el "Orden público y seguridad". La segunda clasifica el gasto en 69 grupos, en los cuales hay tres indicadores de interés: servicio policial, tribunales y prisiones. Las siguientes definiciones vienen establecidas por la UNODC.</p> <p>Del apartado de Orden público y seguridad:</p> <p><b>Servicios policiales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Administración de asuntos y servicios policiales, incluyendo la inscripción de extranjeros, la emisión de documentos de trabajo y de viaje para inmigrantes, el mantenimiento de antecedentes y estadísticas de detención relacionadas con el trabajo policial, la regulación y el control del tráfico vial, la prevención del contrabando y el control de la pesca de altura y de bajura.</li> <li>- Gestión de las fuerzas policiales ordinarias y auxiliares, de guardias portuarios, fronterizos y guardacostas, y de otras fuerzas policiales especiales mantenidas por las autoridades públicas; gestión de laboratorios policiales; gestión o apoyo a programas de formación policial.</li> </ul>

Nivel de estimación	Ejemplos de bases de datos	Datos de la estimación
		<p><b>Tribunales de justicia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Administración, gestión o apoyo a los tribunales de justicia civil y penal y al sistema judicial, incluida la recaudación de multas y transacciones legales impuestas por los tribunales, y gestión de sistemas de libertad condicional.</li> <li>- Representación y asesoramiento legal en nombre del gobierno o en nombre de terceros prestado por el gobierno, en efectivo o en servicios.</li> </ul> <p><b>Prisiones</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Administración, gestión o apoyo a las prisiones y otros lugares de detención o rehabilitación de delincuentes, como colonias penitenciarias, centros de trabajo, reformatorios, asilos psiquiátricos, etc.</li> </ul>
	<p><b>UN-CTS (Estadísticas de delitos y justicia penal)</b></p>	<p>Los datos elaborados por la UNODC provienen de múltiples fuentes. Los Estados miembros envían periódicamente a la UNODC estadísticas en materia de drogas (a través del Cuestionario del Informe Anual) y en materia de delitos y justicia penal (a través de las Encuestas anuales sobre Tendencias Delictivas y Funcionamiento de los Sistemas de Justicia Penal). Otros datos se recogen a través de encuestas nacionales llevadas a cabo por la UNODC en cooperación con los gobiernos nacionales o se recompilan a partir de las publicaciones científicas. La UNODC intenta maximizar la comparabilidad de los datos y calcular las estadísticas regionales y globales.</p>
	<p><b>SPACE</b></p>	<p>SPACE une dos proyectos relacionados: SPACE I proporciona datos sobre los establecimientos penitenciarios y la población privada de libertad, así como sobre ciertas condiciones de detención, mientras que SPACE II recopila información sobre las personas que cumplen sanciones no privativas de libertad y medidas alternativas.</p> <p>Los datos se recopilan cada dos años por medio de dos cuestionarios enviados a los equivalentes de los ministerios de justicia, las administraciones penitenciarias y las autoridades a cargo de la libertad condicional de cada país de Europa. La recopilación y validación de estos datos se lleva a cabo en la Universidad de Lausana, donde se formulan los análisis e interpretaciones de ambos proyectos a través de una metodología común. Esta metodología tiene como objetivo permitir comparaciones entre los estados a nivel europeo, proponiendo categorías de SPACE en lugar de las categorías nacionales propias de cada país, sin dejar de incluir preguntas acerca de las particularidades de sus sanciones y medidas específicas. El proyecto SPACE elabora dos informes anuales: SPACE I – Poblaciones reclusas y SPACE II – Personas que cumplen sanciones y medidas no privativas de libertad, los cuales presentan los datos recopilados y los puntos clave de los resultados.</p>
	<p><b>Colección Europea de Estadísticas de Delincuencia y Justicia Penal</b></p>	<p>La Colección contiene datos de 41 países europeos en cuanto a sus sistemas de justicia penal. La colección está estructurada en seis capítulos principales que abarcan las diferentes etapas del sistema judicial: Estadísticas policiales, Estadísticas de enjuiciamientos, Estadísticas de condenas, Estadísticas de prisiones, Estadísticas de libertades condicionales y, para la edición de 2014, un capítulo final sobre Encuestas Nacionales de Victimización. Los datos aportados van acompañados sistemáticamente por textos y notas relativos a la especificidad de cada país y que exponen los diferentes retos atribuidos a la comparación de los datos.</p>

Nivel de estimación	Ejemplos de bases de datos	Datos de la estimación
	<b>Base de datos sobre gasto social</b>	La base de datos sobre gasto social de la OCDE (SOCX) proporciona una herramienta única para observar las tendencias en el gasto social agregado y analizar los cambios en su composición. Las principales áreas de política social son las siguientes: vejez, supervivencia, prestaciones relacionadas con la invalidez, salud, familia, políticas activas de empleo, desempleo, vivienda y otras áreas de la política social.
	<b>ESPAD</b>	Prevalencia del abuso de las drogas entre los adolescentes en los países europeos.
<b>Nacional</b>	<b>Base de datos de las estadísticas nacionales</b>	Los gastos de los diferentes grupos, en los que se pueden encontrar algunos indicadores de interés: servicios de policía, tribunales, prisiones, servicios médicos y sociales.
	<b>Informe anual del Departamento de Servicios Sociales</b>	Datos sobre los gastos del Departamento de Servicios Sociales a nivel regional y el número de consumidores de drogas que reciben prestaciones sociales en relación con el consumo de drogas.

## Apéndice 2 – La Clasificación de las funciones de las Administraciones públicas (CFAP) internacional

La clasificación CFAP tiene tres niveles estructurales. En el primer nivel, el gasto público se desglosa en 10 funciones. Estas se dividen a su vez en 69 grupos (segundo nivel de la CFAP), que a su vez se dividen en clases en el tercer nivel —el nivel de clasificación más detallado—. La CFAP permite un examen a lo largo del tiempo de las tendencias en los desembolsos públicos en funciones particulares (12).

La estructura detallada en tres niveles de la CFAP incluye los flujos financieros de las finanzas públicas, que van desde los presupuestos estatales y locales (regionales y municipales) a organizaciones no lucrativas (ONL) con programas de política en materia de drogas. La CFAP es un sistema de clasificación funcional utilizado por el Sistema de Cuentas Nacionales de 1993. La CFAP es un sistema de clasificación internacional útil para la comparación espacial (entre países) y también para la comparación temporal (a lo largo del tiempo). En principio, sus unidades de clasificación son las transacciones individuales. Esto significa que a cada desembolso (compra o transferencia) se le debe asignar un código CFAP según la función para la que sirva la transacción. Este principio es válido tanto para las transferencias de capital (inversión) como para las transferencias corrientes (no inversión). Eurostat ha publicado datos anuales de conformidad con las

definiciones de la CFAP para los países de la Unión Europea desde comienzos de la década de 2000.

La amplia estructura de la CFAP contrasta con la división en cuatro categorías introducida por Reuter (20), basada en los efectos probables de los servicios prestados por los programas de la política en materia de drogas (a saber, la prevención, el tratamiento, la aplicación de la ley y la reducción de daños). La división de programas de Reuter es la clasificación de los receptores (ONL) con programas de política en materia de drogas.

En el siguiente cuadro se muestra un ejemplo de una visión general de los grupos de gasto público, desglosados en función de las principales funciones públicas con arreglo a la clasificación internacional de las funciones de las Administraciones públicas en el tercer nivel.

Un enfoque pragmático con respecto a la investigación relacionada con las drogas y a las estimaciones del gasto público podría sugerir la adopción de una clasificación como la CFAP, según lo propuesto por Eurostat. El sistema de clasificación CFAP garantiza datos disponibles anualmente para la mayoría de los países europeos, con arreglo a definiciones armonizadas y procedimientos normalizados de recopilación de datos.

### Gastos públicos con arreglo a la Clasificación de las funciones de las Administraciones públicas

Funciones públicas	Funciones públicas en el tercer nivel de clasificación
01 Servicios públicos generales	014 Investigación básica
03 Orden público y seguridad	031 Servicios de policía
	033 Tribunales de justicia
	034 Prisiones
07 Salud	071 Productos, aparatos y equipos médicos
	072 Servicios ambulatorios
	073 Servicios hospitalarios
	074 Servicios de salud pública
	075 I+D en salud
09 Educación	091 Educación pre-primaria y primaria
	092 Educación secundaria
	094 Educación terciaria
	095 Educación no atribuible a ningún nivel
	096 Servicios auxiliares de la educación
10 Protección social	105 Desempleo
	106 Vivienda
	107 Exclusión social

## Apéndice 3 – Cuadros abreviados: datos de las bases de datos internacionales

**Cuadro 1 – Gasto público**

Datos y estadísticas	Conjunto de datos	Tipo de información	BASE DE DATOS	AÑOS	Número de observaciones(*)
<b>Gasto público</b>	Gasto de las Administraciones públicas	Tribunales de justicia	<b>Eurostat, Unión Europea (UE)</b>	1995-2015	Europa (31) = 473/651
		Servicios policiales			Europa (31) = 473/651
		Prisiones			Europa (31) = 473/651
<b>Gasto público relacionado con las drogas</b>	Gasto público en reducción de la oferta	Gasto público total relacionado con las drogas	<b>Perfiles de Drogas de Países, OEDT, (UE)</b>	Último año disponible	UE (30) =20/30
		Porcentaje dedicado a la reducción de la oferta			
		Porcentaje dedicado a la reducción de la demanda			

(\*) El número de observaciones indica el número de registros de datos, teniendo en cuenta el territorio, los países y los años disponibles. La ratio compara el número de observaciones comunicadas eficazmente con el número total de registros, si no faltan datos. Ejemplo: Europa (44) = 28/368: en el Cuadro 4, la Colección europea de estadísticas sobre delincuencia y justicia penal recoge 28 registros de datos para las sanciones comunitarias impuestas por delitos de drogas en 2010, en comparación con los 368 registros de datos que existirían si no faltasen datos, en la región de Europa (que representa a 44 países).

**Cuadro 2 – Delitos de drogas**

Datos y estadísticas	Conjunto de datos	Tipo de información		BASE DE DATOS	AÑOS	Número de observaciones(*)		
<b>Delitos de drogas</b>	Delitos de drogas	Número de delitos	Delitos		<b>OEDT (UE)</b>	1995-2014	UE (30) = <b>364</b> /600	
			Delincuente				UE (30) = <b>262</b> /600	
		Delitos por tipo	Consumo			2004-2013	UE (30) = <b>230</b> /300	
			Oferta				UE (30) = <b>238</b> /300	
		Cannabis	Total	2004-2013		UE (30) = <b>203</b> /300		
				Consumo		2005-2013	UE (30) = <b>163</b> /270	
				Oferta			UE (30) = <b>160</b> /270	
		Heroína	Total	2004-2013		UE (30) = <b>186</b> /300		
				Consumo		2005-2013	UE (30) = <b>159</b> /270	
				Oferta			UE (30) = <b>160</b> /270	
		Cocaína	Total	2004-2013		UE (30) = <b>185</b> /300		
				Consumo		2005-2013	UE (30) = <b>159</b> /270	
				Oferta			UE (30) = <b>176</b> /270	
		Crack	Total	2005-2013		UE (30) = <b>50</b> /270		
				Consumo		UE (30) = <b>47</b> /270		
				Oferta		UE (30) = <b>37</b> /270		
		Anfetamina	Total	2005-2013		UE (30) = <b>163</b> /270		
				Consumo		UE (30) = <b>74</b> /270		
				Oferta		UE (30) = <b>87</b> /270		
		Metanfetamina	Total	2005-2013		UE (30) = <b>98</b> /270		
				Consumo		UE (30) = <b>74</b> /270		
				Oferta		UE (30) = <b>87</b> /270		
		Éxtasis	Total	2005-2013		UE (30) = <b>162</b> /270		
				Consumo		UE (30) = <b>144</b> /270		
				Oferta		UE (30) = <b>153</b> /270		
		LSD	Total	2005-2013		UE (30) = <b>127</b> /270		
				Consumo		UE (30) = <b>108</b> /270		
				Oferta		UE (30) = <b>95</b> /270		

### Cuadro 3 - Población reclusa

Datos y estadísticas	Conjunto de datos	Tipo de información	BASE DE DATOS	AÑOS	Número de observaciones(*)
<b>Población reclusa</b>	Personas reclusas en instituciones para delincuentes consumidores de drogas fuera de las instituciones penitenciarias	Disponibilidad de instituciones para delincuentes consumidores de drogas fuera de las instituciones penitenciarias	<b>SPACE I, Consejo de Europa (CdE)</b>	2014	CdE (47) = <b>28/53</b>
	Situación de la población reclusa	Población el 1 de enero		2009 y 2014	2009: CdE (47) = <b>343/424</b> 2014: CdE (47) = <b>255/265</b>
		Número total de presos (incluidos los presos preventivos)			
		Número total de detenidos reclusos en instituciones / secciones de prisión preventiva (previa al juicio)			
		Número total de presos reclusos en instituciones que cumplen una condena			
		Capacidad total de las instituciones penitenciarias			
		Superficie por preso (m <sup>2</sup> )			
	Evolución de la población reclusa	Número total de presos		2000-2014	CdE (47) = <b>707/795</b> CdE (47) = <b>683/795</b>
		Población reclusa			
	Situación jurídica de la población reclusa	Detenidos sin juicio (sin resolución judicial)		2009 y 2014	2009: CdE (47) = <b>274/424</b> 2014: CdE (47) = <b>315/477</b>
		Detenidos declarados culpables pero aún sin sentencia			
		Presos condenados (apelaron o pueden hacerlo)			
		Detenidos sin sentencia firme, pero cumpliendo una sentencia de prisión por adelantado			
Presos condenados (sentencia firme), de los cuales:					
- infractores leves					
- con revocación, suspensión o anulación de la libertad condicional					
Otros casos					
Número total de presos (incluidos los presos preventivos)					

Datos y estadísticas	Conjunto de datos	Tipo de información	BASE DE DATOS	AÑOS	Número de observaciones(*)
	Principal delito de los presos condenados (Sentencia Firme)	Delitos de drogas		2009 y 2014	CdE (47) = <b>88</b> /106
	Duraciones de las penas impuestas (presos condenados en firme)	Duración de las penas por mes, años o perpetuas		2009	CdE (47) = <b>405</b> /583
				2014	CdE (47) = <b>557</b> /689
Población reclusa (incluyendo presos preventivos): Stock	Población reclusa Stock – Total	Población reclusa Presos preventivos	<b>Colección Europea de estadísticas de delincuencia y justicia penal, Universidad de Lausana</b>	2003-2011	Europa (44) = <b>387</b> /414
					Europa (44) = <b>356</b> /414
	Población reclusa condenada por tipo de delito	Delitos totales		2006 y 2010	Europa (44) = <b>88</b> /92
				2010	Europa (44) = <b>38</b> /46
				2006 y 2010	Europa (44) = <b>46</b> /92
	Delitos de drogas (de los cuales %)	Población reclusa condenada en 2010 Delitos de drogas: total			
Condenados reclusos en prisiones	Delitos de drogas	Tráfico de drogas	<b>UNODC</b>	2010-2012	Europa (26) = <b>49</b> /81
					Europa (26) = <b>36</b> /81

## Cuadro 4 - Casos registrados por la policía, los fiscales y los tribunales de justicia

Datos y estadísticas	Conjunto de datos	Tipo de información		BASE DE DATOS	AÑOS	Número de observaciones(*)		
Estadísticas policiales	Delitos registrados por la Policía	Total		Eurostat	1993-2007	Europe (36) = 536/585		
		Actos ilegales relacionados con drogas o precursores fiscalizados			1993-2007	Europe (36) = 486/585		
					2008-2014	Europe (39) = 275/287		
	Delitos relacionados con drogas a nivel nacional, número de delitos registrados por la policía	Total		UNODC	2003-2008	Europe (40) = 215/258		
		Posesión de drogas				Europe (21) = 101/138		
		Tráfico de drogas				Europe (37) = 175/240		
	Estadísticas policiales – Delitos/ Delincuentes	Delitos	Delitos		Colección Europea de estadísticas sobre delincuencia y justicia penal	2003-2011	Europe (42) = 347/387	
			Delitos de drogas				Europe (42) = 333/387	
			Tráfico de drogas				Europe (41) = 269/387	
		Delincuentes	Delincuentes				Europe (42) = 263/396	
Delincuentes por drogas			Europe (42) = 245/396					
Tráfico de drogas			Europe (42) = 190/396					
Estadísticas de condena	Causas penales tramitados por las autoridades fiscales	Producción de causas: Total		Colección Europea de estadísticas sobre delincuencia y justicia penal	2003-2011	Europe (42) = 218/396		
		Porcentaje llevado ante un tribunal de la producción total de causas penales tramitados por las autoridades fiscales				Europe (42) = 198/396		
		Producción de causas por grupos de delito	Delitos de drogas			2010	Europe (42) = 33/88	
			Tráfico de drogas				Europe (42) = 25/88	
	Estadísticas de condenas - Personas condenadas	Delitos		2003-2011	Europe (42) = 293/369			
		Delitos de drogas			Europe (42) = 272/369			
		Tráfico de drogas			Europe (42) = 193/369			
	Total de personas que reciben sanciones / medidas	Delitos		2006	Europe (41) = 203/473			
		Delitos de drogas		2010	Europe (41) = 176/602			
		Delitos de drogas		2006	Europe (41) = 175/473			
		Delitos de drogas		2010	Europe (41) = 158/602			
		Tráfico de drogas		2006	Europe (41) = 113/473			
		Tráfico de drogas		2010	Europe (41) = 104/602			
	Sanciones comunitarias y medidas impuestas	Delitos		2010	Europe (44) = 52/368			
Delitos de drogas		Europe (44) = 28/368						

## Acrónimos

---

**Consejo de Europa (47) = CdE (47):** Albania, Alemania, Andorra, Antigua República Yugoslava de Macedonia, Armenia, Austria, Azerbaiyán, Bélgica, Bosnia-Herzegovina, Bulgaria, Chipre, Croacia, Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estonia, Federación Rusa, Finlandia, Francia, Georgia, Grecia, Hungría, Irlanda, Islandia, Italia, Letonia, Liechtenstein, Lituania, Luxemburgo, Malta, Mónaco, Montenegro, Noruega, Países Bajos, Polonia, Portugal, Reino Unido, República Checa, República de Moldavia, Rumania,

**Unión Europea (30) = UE (30):** Alemania, Austria, Bélgica, Bulgaria, Chipre, Croacia, Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Irlanda, Italia, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Malta, Noruega, Países Bajos, Polonia, Portugal, Reino Unido, República Checa, Rumania, Suecia, Turquía

**Europa (21):** Bielorrusia, Bulgaria, República Checa, Hungría, Polonia, Rumania, Finlandia, Islandia, Lituania, Noruega, Suecia, Reino Unido, Albania, Croacia, Malta, Eslovenia, Bélgica, Francia, Liechtenstein, Luxemburgo, Suiza

**Europa (26):** Bulgaria, República Checa, Polonia, Rumania, Rusia, Dinamarca, Estonia, Finlandia, Irlanda, Letonia, Lituania, Noruega, Suecia, Reino Unido, Andorra, Grecia, Italia, Malta, Portugal, Serbia, Eslovenia, Austria, Liechtenstein, Mónaco, Países Bajos, Suiza

**Europa (31):** Alemania, Austria, Bélgica, Bulgaria, Chipre, Croacia, Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia,

España, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Irlanda, Italia, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Malta, Noruega, Países Bajos, Polonia, Portugal, Reino Unido, República Checa, Rumania, Suecia, Turquía

**Europa (36):** Europa (31) + Antigua República Yugoslava de Macedonia, Liechtenstein, Montenegro, Serbia, Turquía

**Europa (37):** Europa (21) + República de Moldavia, Federación Rusa, Eslovaquia, Ucrania, Dinamarca, Estonia, Irlanda, Bosnia-Herzegovina, Italia, Montenegro, Portugal, Serbia, España, Antigua República Yugoslava de Macedonia, Alemania, Mónaco

**Europa (39):** Europa (36) + Albania, Bosnia-Herzegovina, Kosovo

**Europa (40):** Bielorrusia, Bulgaria, República Checa, Hungría, Polonia, Moldavia, Rumania, Eslovaquia, Ucrania, Dinamarca, Estonia, Finlandia, Islandia, Irlanda, Letonia, Lituania, Noruega, Suecia, Reino Unido, Albania, Bosnia-Herzegovina, Croacia, Grecia, Italia, Malta, Montenegro, Portugal, Serbia, Eslovenia, España, Antigua República Yugoslava de Macedonia, Austria, Bélgica, Francia, Alemania, Liechtenstein, Luxemburgo, Mónaco, Países Bajos, Suiza

**Europa (41):** Europa (42), excepto Luxemburgo

**Europa (42):** Europa (31) + Albania, Antigua República Yugoslava de Macedonia, Armenia, Bosnia-Herzegovina, Georgia, Kosovo, Moldavia, Rusia, Serbia, Turquía, Ucrania

**Europa (44):** Europa (42) + Azerbaiyán, Montenegro

## Referencias de los cuadros

---

Aebi, M.F., Delgrande, N. (2011). SPACE I – Estadísticas Penales Anuales del Consejo de Europa. Encuesta de 2009. Estrasburgo: Consejo de Europa

Aebi, M.F., Tiago, M.M. & Burkhardt, C. (2015). SPACE I – Estadísticas Penales Anuales del Consejo de Europa: Poblaciones reclusas. Encuesta de 2014. Estrasburgo: Consejo de Europa

OEDT. (2017). <http://www.emcdda.europa.eu/data/stats2015>

OEDT. (2017). <http://www.emcdda.europa.eu/topics/drug-related-public-expenditure>

Eurostat. (2017). [http://ec.europa.eu/eurostat/data/database?node\\_code=gov\\_10a\\_exp](http://ec.europa.eu/eurostat/data/database?node_code=gov_10a_exp)

UNODC. (2017). <http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/statistics/crime.html>

UNODC. (2017). <http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/statistics/crime.html>

## Referencias

---

1. Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Documento final del período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el problema mundial de las drogas celebrado en Nueva York, 19-21 de abril de 2016: Nuestro compromiso conjunto de abordar y contrarrestar eficazmente el problema mundial de las drogas. Disponible en: <https://www.unodc.org/documents/postungass2016/outcome/V1603301-E.pdf>
2. Babor T, Caulkins JP, Edwards G, Fischer B, Foxcroft DR, Humphreys K, et al. *Drug policy and the public good*. Oxford: Oxford University Press; 2010.
3. Fazey CSJ. *The Commission on Narcotic Drugs and the United Nations International Drug Control Programme: politics, policies and prospect for change*. Int J Drug Policy 2003;14(2):155-69.
4. Junta Internacional de Fiscalización de Estupeficientes. Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupeficientes para 2016. Viena: Oficina de Naciones Unidas en Viena; 2017. Disponible en: [https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2016/English/AR2016\\_E\\_ebook.pdf](https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2016/English/AR2016_E_ebook.pdf)
5. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Informe Europeo sobre Drogas 2016: tendencias y novedades. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea; 2016. Disponible en: <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2637/TDAT16001ENN.pdf>
6. Sobre drogas: informe de la Comisión Global de Políticas de Drogas. Ginebra: Comisión Global de Políticas de Drogas; 2011. Disponible en: [https://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp\\_v1/pdf/Global\\_Commission\\_Report\\_English.pdf](https://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp_v1/pdf/Global_Commission_Report_English.pdf)
7. *A Comprehensive Approach: 7. Reducing the Supply of Illegal Drugs*. En: 1999 National Drug Control Strategy. Washington, D.C.: Office of National Drug Control Policy. Disponible en: <https://www.ncjrs.gov/ondcppubs/publications/policy/99ndcs/iv-g.html>
8. Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales, reformado por los Protocolos nº. 11 y nº. 14. Roma: Consejo de Europa; 1950. Serie de Tratados Europeos – nº. 5. Disponible en: <https://rm.coe.int/1680063765>
9. Consejo de la Unión Europea. Estrategia de la UE en materia de lucha contra la droga (2013-2020). Bruselas: Consejo de la Unión Europea; 2012. JAI901, 17547/2. Disponible en: <http://register.consilium.europa.eu/doc/srv?l=EN&f=ST%2017547%202012%20INIT>
10. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. *Towards a Better Understanding of Drug-Related Public Expenditure in Europe*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas; 2008. Edición seleccionada 2008. Disponible en: [http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/495/TDSI08001ENC\\_WEB\\_109830.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/495/TDSI08001ENC_WEB_109830.pdf)
11. *EU Drug markets report: in-depth analysis*. Lisboa y La Haya: Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías; Europol; 2016. Disponible en: <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2373/TD0216072ENN.PDF>
12. Eurostat. Manual sobre fuentes y métodos para la recopilación de estadísticas de la CFAP: Clasificación de las funciones de las Administraciones públicas (CFAP). Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea; 2011. Metodologías y documentos de trabajo de Eurostat. Disponible en: <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3859598/5917333/KS-RA-11-013-EN.PDF/2eb9714a-ee4b-49fe-baab-e9af5ca457b1>
13. Comisión Europea. La calidad del gasto público en la UE. Bruselas: Comisión Europea; 2012. Documentos ocasionales 125. Disponible en: [http://ec.europa.eu/economy\\_finance/publications/occasional\\_paper/2012/pdf/ocp125\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/occasional_paper/2012/pdf/ocp125_en.pdf)
14. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. *Estimating public expenditure on drug-law offenders in prison in Europe*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas; 2014. Documentos del OEDT. Disponible en: <http://>

- www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/783/TDAU13007ENN\_462778.pdf
15. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Informe Europeo sobre Drogas: tendencias y novedades. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas; 2014. Disponible en: <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/963/TDAT14001ENN.pdf>
  16. Single E. *Why we should still estimate the costs of substance abuse even if we needn't pay undue attention to the bottom line*. Drug Alcohol Rev 2009;28(2):117-21.
  17. Reuter P, Ramstedt M, Rigter H. *Developing a framework for estimating government drug policy expenditures: report for the European Monitoring Center on Drugs and Drug Abuse*. Lisboa: OEDT; 2004. Disponible en: [http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_21247\\_EN\\_Reuter%202004.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_21247_EN_Reuter%202004.pdf)
  18. Lievens D, Vander Laenen F, Verhaeghe N, Schils N, Putman K, Pauwels L, et al. *The social cost of legal and illegal drugs in Belgium*. Amberes: Maklu; 2016. Serie de estudios del IRCP, Tomo 51.
  19. Kopp P. *Économie de la drogue*. París: La Découverte; 2006.
  20. Reuter P. *What drug policies cost: estimating government drug policy expenditures*. Addiction 2006;101(3):315-22.
  21. Costa Storti C, De Grauwe P. *The cocaine and heroin markets in the era of globalisation and drug reduction policies*. Int J Drug Policy 2009;20(6):488-96.
  22. De Ruyver B, Van Malderen S, Vander Laenen F. *Study into public expenditure with regard to national drug policies: a feasible plan for the national focal points*. Gante: Academia Press; 2007.
  23. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Lista de países [recurso web]. Lisboa: Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías [actualizado en mayo de 2016; citado el 16 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.emcdda.europa.eu/countries>
  24. Genetti B. *First component of costs (costs of enforcing the Law) – conceptual model, methodology and results in Italy*, en "A national study on drug-related social costs", 7-11 de abril de 2014, Zagreb.
  25. Moolenaar DEG. *Modelling criminal justice system costs by offence; lessons from the Netherlands*. Eur J Crim Policy Res 2009;15(4):309-26.
  26. Kopp P, Fenoglio P. *Calculating the social cost of illicit drugs: methods and tools for estimating the social cost of the use of psychotropic substances*. Estrasburgo: Grupo Pompidou, Editorial del Consejo de Europa; 2002.
  27. Budak J, Alibegović DJ, Slijepčević S, Švaljek S. *Analiza javnih rashoda za praćenje ostvarivanja ciljeva u području suzbijanja zlouporabe droga u Republici Hrvatskoj* [Análisis del gasto público para la vigilancia de la consecución de objetivos en el ámbito de la lucha contra el abuso de las drogas en la República de Croacia]. Zagreb: Ekonomski institut, Zagreb i Ured za suzbijanje zlouporabe droga Vlade Republike Hrvatske, Zagreb; 2013. Disponible en: <http://www.eizg.hr/Download.ashx?FileID=0491305c-a179-4571-b2b0-0e9e3f-cfdf39>
  28. Ramstedt M. *What drug policies cost: estimating drug policy expenditures in Sweden, 2002: work in progress*. Addiction 2006;101(3):330-8.
  29. Lievens D, Laenen FV, Caulkins J, De Ruyver B. *Drugs en Figures III - Study of public expenditures on drug control and drug problems*. En: Cools M, De Ruyver B, Easton M, Pauwels I, Ponsaers P, Walle GV, et al., editores. *European criminal justice and policy Governance of Security Research Paper Series*, No 7. Amberes: Maklu; 2012. p. 41-63.
  30. De Ruyver B, Casselman J, Pelc I. *Drug policy in figures. Study of the actors involved, cost price calculation and population reached*. Gante: Academia Press; 2004.
  31. De Ruyver B, Graeve D, Pelc I, Bucquoye A, Cornelis L, Nicaise P. *Drug Policy in Figures II: Follow-up Research into the Actors, Public Spending and Reached Target Groups*. Gante: Academia Press; 2007. Disponible en: [http://www.belspo.be/belspo/organisation/publ/pub\\_ostc/Drug/rDR24r\\_en.pdf](http://www.belspo.be/belspo/organisation/publ/pub_ostc/Drug/rDR24r_en.pdf)
  32. Reitox Italian Focal Point. Informe nacional 2014 (datos de 2013) para la OEDT elaborado por el Reitox Italian Focal Point: *Italy: new developments and trends*. Rome Reitox Italian Focal Point; 2014. Disponible en: <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/997/2014%20National%20Report.pdf>
  33. Kopp P. *Le coût social des drogues en France*. Saint Denis la Plaine Cedex: Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies; 2015. Disponible en: <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxpkvc.pdf>
  34. Origer A. *Le coût économique direct de la politique et des interventions publiques en matière d'usage illicite de drogues au Grand-Duché de Luxembourg*. Luxemburgo: Point focal OEDT Luxembourg – CRP-Santé; 2002. Séries de rescherche n°4.

- Disponible en: <http://www.relis.lu/Portals/1/RappFinal-CoutAntidrogues%204.pdf>
35. Potapchik E, Popovich L. *Social Cost of Substance Abuse in Russia*. Value in Health Regional Issues 2014;4(Septiembre):1-5.
  36. Goncalves R, Lourenco A, Silva SN. *A social cost perspective in the wake of the Portuguese strategy for the fight against drugs*. Int J Drug Policy 2015;26(2):199-209.
  37. Mostardt S, Floter S, Neumann A, Wasem J, Pfeiffer-Gerschel T. *Schätzung der Ausgaben der öffentlichen Hand durch den Konsum illegaler Drogen in Deutschland*. Gesundheitswesen 2010;72(12):886-94.
  38. Rigter H. *What drug policies cost: drug policy spending in the Netherlands in 2003*. Addiction 2006;101(3):323-9.
  39. National Drug Control Strategies. Washington D.C.: Office of the National Control Policy; 1898-2015.
  40. Moore TJ. *The size and mix of government spending on illicit drug policy in Australia*. Drug Alcohol Rev 2008;27(4):404-13.
  41. *Drug-related public expenditure* [página web]. Lisboa: OEDT [actualizado el 13 de abril de 2016; citado el 15 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.emcdda.europa.eu/topics/drug-related-public-expenditure>
  42. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. *Financing drug policy in Europe in the wake of the economic recession*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas; 2014. Documentos de la OEDT. Disponible en: <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/962/TDAU14008ENN.PDF>
  43. MacCoun RJ, Reuter P. *Drug war heresies: learning from other vices, times, and places*. Cambridge: Cambridge University Press; 2001. *RAND studies in policy analysis*.
  44. Organización Mundial de la Salud. *Garantizando el equilibrio en las políticas nacionales sobre sustancias fiscalizadas. Orientación para la disponibilidad y accesibilidad de los medicamentos fiscalizados*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2011. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44519/1/9789241564175\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44519/1/9789241564175_eng.pdf)
  45. Radbruch L, Junger S, Mantel-Teeuwisse A, Gilson A, Cleary J, Payne S, et al. *Re: Ensuring patient access to essential medicines while minimizing harmful use: a revised World Health Organization tool to improve national drug control policy*. Carta al editor. J Pain Palliat Care Pharmacother 2012;26(2):200-1.
  46. Pain & Policy Studies Group. *Improving Global Opioid Availability for Pain & Palliative Care: A Guide to a Pilot Evaluation of National Policy*. Madison, WI: University of Wisconsin School of Medicine and Public Health Carbone Cancer Center; 2013. Disponible en: <http://www.pain-policy.wisc.edu/sites/www.painpolicy.wisc.edu/files/Global%20evaluation%202013.pdf>
  47. Inturrisi CE, Lipman AG. *Opioid analgesics*. En: Rathmell JP, Fishman SM, editores. *Bonica's Management of Pain 4th ed*. Filadelfia: Lippincott Williams & Wilkins; 2010. p. 1172-87.
  48. Consejo de Europa, Comité de Ministros. *Recomendación Rec. (2003) 24 del Comité de Ministros de los Estados miembros sobre organización de cuidados paliativos: adoptada por el Comité de Ministros el 12 de noviembre de 2003 en la 860ª Reunión de Representantes Ministeriales*. Estrasburgo: Consejo de Europa; 2003. Disponible en: [http://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec\(2003\)24\\_en.pdf](http://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec(2003)24_en.pdf)
  49. Caraceni A, Hanks G, Kaasa S, Bennett MI, Brunelli C, Cherny N, et al. *Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC*. Lancet Oncol 2012;13(2):e58-68.
  50. Organización Mundial de la Salud. *Medicamentos esenciales* [página web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud [actualizado 2017; citado el 16 de mayo de 2017]. Disponible en: [http://www.who.int/topics/essential\\_medicines/en/](http://www.who.int/topics/essential_medicines/en/)
  51. Seya MJ, Gelders SF, Achara OU, Milani B, Scholten WK. *A first comparison between the consumption of and the need for opioid analgesics at country, regional, and global levels*. J Pain Palliat Care Pharmacother 2011;25(1):6-18.
  52. Gilson AM, Maurer MA, Ryan KM, Rathouz PJ, Cleary JF. *Using a morphine equivalence metric to quantify opioid consumption: examining the capacity to provide effective treatment of debilitating pain at the global, regional, and country levels*. J Pain Symptom Manage 2013;45(4):681-700.
  53. Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes. *Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes relativo a la Disponibilidad de sustancias sometidas a fiscalización internacional: Garantizar suficiente acceso a esas sustancias para fines médicos y científicos*. Nueva York: Naciones Unidas; 2011. Disponible en: [https://www.unodc.org/documents/lpo-brazil/noticias/2011/03-marco/Jife/Report\\_of\\_the\\_Board\\_on\\_the\\_availability\\_of\\_controlled\\_substances.pdf](https://www.unodc.org/documents/lpo-brazil/noticias/2011/03-marco/Jife/Report_of_the_Board_on_the_availability_of_controlled_substances.pdf)

54. Degenhardt L, Bucello C, Mathers B, Briegleb C, Ali H, Hickman M, et al. *Mortality among regular or dependent users of heroin and other opioids: a systematic review and meta-analysis of cohort studies*. *Addiction* 2011;106(1):32-51.
55. Connock M, Juarez-Garcia A, Jowett S, Frew E, Liu Z, Taylor RJ, et al. *Methadone and buprenorphine for the management of opioid dependence: a systematic review and economic evaluation*. *Health Technol Assess* 2007;11(9).
56. Pacula RL. *Funding Considerations in the Fight Against the Opioid Epidemic: What the Science Tells Us*. Santa Monica, CA.: RAND Corporation. Testimony. Disponible en: [https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/testimonies/CT400/CT469/RAND\\_CT469.pdf](https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/testimonies/CT400/CT469/RAND_CT469.pdf)
57. Lenne M, Lintzeris N, Breen C, Harris S, Hawken L, Mattick R, et al. *Withdrawal from methadone maintenance treatment: prognosis and participant perspectives*. *Aust N Z J Public Health* 2001;25(2):121-5.
58. Gowing L, Farrell MF, Bornemann R, Sullivan LE, Ali R. *Oral substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection*. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;(8):CD004145.
59. Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M. *Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence*. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(3):CD002209.
60. Anderson P, Braddick F, Conrod P, Gual A, Hellman M, Matrai S, et al. *The New Governance of Addictive Substances and Behaviours*. Oxford: Oxford University Press; 2016. Governance of Addictive Substances and Behaviours Series.
61. Nutt D. *Illegal drugs laws: clearing a 50-year-old obstacle to research*. *PLoS Biol* 2015;13(1):e1002047.
62. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. *The Health Effects of Cannabis and Cannabinoids: The Current State of Evidence and Recommendations for Research*. Washington, DC: The National Academies Press; 2017. Disponible en: <https://www.nap.edu/catalog/24625/the-health-effects-of-cannabis-and-cannabinoids-the-current-state>
63. Milani B, Magrini N, Gray A, Wiffen P, Scholten W. *WHO Calls for Targeted Research on the Pharmacological Treatment of Persisting Pain in Children with Medical Illnesses*. *Evidence-Based Child Health* 2011;6(3):1017-20.
64. Gruber VA, Delucchi KL, Kielstein A, Batki SL. *A randomized trial of 6-month methadone maintenance with standard or minimal counseling versus 21-day methadone detoxification*. *Drug Alcohol Depend* 2008;94(1-3):199-206.
65. Schwartz RP, Highfield DA, Jaffe JH, Brady JV, Butler CB, Rouse CO, et al. *A randomized controlled trial of interim methadone maintenance*. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63(1):102-9.
66. Dolan KA, Shearer J, MacDonald M, Mattick RP, Hall W, Wodak AD. *A randomised controlled trial of methadone maintenance treatment versus wait list control in an Australian prison system*. *Drug Alcohol Depend* 2003;72(1):59-65.
67. Yancovitz SR, Des Jarlais DC, Peyser NP, Drew E, Friedmann P, Trigg HL, et al. *A randomized trial of an interim methadone maintenance clinic*. *Am J Public Health* 1991;81(9):1185-91.
68. Bukten A, Skurtveit S, Gossop M, Waal H, Stangeland P, Havnes I, et al. *Engagement with opioid maintenance treatment and reductions in crime: a longitudinal national cohort study*. *Addiction* 2012;107(2):393-9.
69. Lind B, Chen SL, Weatherburn D, Mattick R. *The effectiveness of methadone maintenance treatment in controlling crime - An Australian aggregate-level analysis*. *Br J Criminol* 2005;45(2):201-11.
70. Oliver P, Keen J, Rowse G, Ewins E, Griffiths L, Mathers N. *The effect of time spent in treatment and dropout status on rates of convictions, cautions and imprisonment over 5 years in a primary care-led methadone maintenance service*. *Addiction* 2010;105(4):732-9.
71. Gibson A, Degenhardt L, Mattick RP, Ali R, White J, O'Brien S. *Exposure to opioid maintenance treatment reduces long-term mortality*. *Addiction* 2008;103(3):462-8.
72. Strang J, Hall W, Hickman M, Bird SM. *Impact of supervision of methadone consumption on deaths related to methadone overdose (1993-2008): analyses using OD4 index in England and Scotland*. *BMJ* 2010;341:c4851.
73. Clausen T, Waal H, Thoresen M, Gossop M. *Mortality among opiate users: opioid maintenance therapy, age and causes of death*. *Addiction* 2009;104(8):1356-62.
74. Mathers BM, Degenhardt L, Bucello C, Lemon J, Wiessing L, Hickman M. *Mortality among people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis*. *Bull World Health Organ* 2013;91(2):102-23.
75. Ledberg A. *Mortality related to methadone maintenance treatment in Stockholm, Sweden, during 2006-2013*. *J Subst Abuse Treat* 2017;74:35-41.

76. Schwartz RP, Gryczynski J, O'Grady KE, Sharfstein JM, Warren G, Olsen Y, et al. *Opioid agonist treatments and heroin overdose deaths in Baltimore, Maryland, 1995-2009*. *Am J Public Health* 2013;103(5):917-22.
77. Kimber J, Copeland L, Hickman M, Macleod J, McKenzie J, De Angelis D, et al. *Survival and cessation in injecting drug users: prospective observational study of outcomes and effect of opiate substitution treatment*. *BMJ* 2010;341:c3172.
78. Comité de expertos de la OMS en farmacodependencia: 34° informe. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2006. OMS, serie de informes técnicos 942. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43608/1/9789241209427\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43608/1/9789241209427_eng.pdf)
79. Addiction EMCfDaD. Observaciones finales: Primer foro multidisciplinario internacional sobre nuevas drogas, 11-12 de mayo de 2011, Lisboa [documento web]. Lisboa: Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías [actualizado el 13 de mayo de 2011; citado el 18 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.emcdda.europa.eu/news/2011/new-drugs-forum-conclusion>
80. Bretteville-Jensen AL, Tuv SS, Bilgredi OR, Fjeld B, Bachs L. *Synthetic Cannabinoids and Cathinones: Prevalence and Markets*. *Forensic Sci Rev* 2013;25(1-2):7-26.
81. Papamalis EF, Knight K, Papanastasiatos G. *Translating research to practice: the role of treatment evaluation for policy formulation and clinical applicability*. En: *Deliberaciones de la 14ª Conferencia de la Federación Europea de Comunidades Terapéuticas*; 17-20 de septiembre; Praga, República Checa 2013.
82. Organización Mundial de la Salud. *Advocacy guide: HIV/AIDS prevention among injecting users: workshop manual*. Ginebra: OMS/ONUSIDA; 2004. Disponible en: <http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/en/advocacyguideen.pdf>
83. Coyle SL, Needle RH, Normand J. *Outreach-based HIV prevention for injecting drug users: a review of published outcome data*. *Public Health Rep* 1998;113 Suppl 1:19-30.
84. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Informe Europeo sobre Drogas: tendencias y novedades. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas; 2015. Disponible en: <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/974/TDAT15001ENN.pdf>
85. Organización Mundial de la Salud. *Post-exposure prophylaxis to prevent HIV infection: joint WHO/ILO guidelines on post-exposure prophylaxis (PEP) to prevent HIV infection*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43838/1/9789241596374\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43838/1/9789241596374_eng.pdf)
86. Günthard HF, Saag MS, Benson CA, del Rio C, Eron JJ, Gallant JE, et al. *Antiretroviral Drugs for Treatment and Prevention of HIV Infection in Adults: 2016 Recommendations of the International Antiviral Society-USA Panel*. *JAMA* 2016;316(2):191-210.
87. Granich RM, Gilks CF, Dye C, De Cock KM, Williams BG. *Universal voluntary HIV testing with immediate antiretroviral therapy as a strategy for elimination of HIV transmission: a mathematical model*. *Lancet* 2009;373(9657):48-57.
88. Hunt N, Ashton M, Lenton S, Mitcheson L, Nelles B, Stimson G. *A review of the evidence-base for harm reduction approaches to drug use*. Londres: *Forward Thinking on Drugs*; 2003. Disponible en: <https://www.hri.global/files/2010/05/31/HIVTop50Documents11.pdf>
89. Wood AM, Maltby J, Stewart N, Joseph S. *Conceptualizing gratitude and appreciation as a unitary personality trait*. *Pers Individ Dif* 2008;44(3):621-32.
90. Liu Y, Liang J, Zhao C, Zhou W. *Looking for a solution for drug addiction in China: exploring the challenges and opportunities in the way of China's new Drug Control Law*. *Int J Drug Policy* 2010;21(3):149-54.
91. Tobin KE, Davey MA, Latkin CA. *Calling emergency medical services during drug overdose: an examination of individual, social and setting correlates*. *Addiction* 2005;100(3):397-404.
92. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. *Preventing fatal overdoses: a systematic review of the effectiveness of take-home naloxone*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea; 2015. Documentos de la OEDT. Disponible en: [http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/932/TDAU14009ENN.web\\_.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/932/TDAU14009ENN.web_.pdf)
93. Bargagli AM, Hickman M, Davoli M, Perucci CA, Schifano P, Buster M, et al. *Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries*. *Eur J Public Health* 2006;16(2):198-202.
94. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. *Cost and financing of drug treatment services in Europe*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea; 2011. Edición seleccionada 2011. Disponible en: [http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/648/TDSI11001ENC\\_314423.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/648/TDSI11001ENC_314423.pdf)

95. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. *Drug supply reduction and internal security policies in the European Union: an overview*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea; 2013. Documentos de la OEDT. Disponible en: [http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_220676\\_EN\\_TDAU13006ENN.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_220676_EN_TDAU13006ENN.pdf)
96. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, Europol. Informe anual de OEDT-Europol de 2011 sobre la implementación de la Decisión 2005/387/JAI del Consejo: De conformidad con el artículo 10 de la Decisión del Consejo relativa al intercambio de información, la evaluación del riesgo y el control de las nuevas sustancias psicoactivas. Lisboa: Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías; 2012. Disponible en: [http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/689/OEDT-Europol\\_Annual\\_Report\\_2011\\_2012\\_final\\_335568.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/689/OEDT-Europol_Annual_Report_2011_2012_final_335568.pdf)
97. Maxwell S, Bigg D, Stanczykiewicz K, Carlberg-Racich S. *Prescribing naloxone to actively injecting heroin users: a program to reduce heroin overdose deaths*. *J Addict Dis* 2006;25(3):89-96.
98. Organización Mundial de la Salud. *Community management of opioid overdose*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137462/1/9789241548816\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137462/1/9789241548816_eng.pdf)
99. Walley AY, Xuan Z, Hackman HH, Quinn E, Doe-Simkins M, Sorensen-Alawad A, et al. *Opioid overdose rates and implementation of overdose education and nasal naloxone distribution in Massachusetts: interrupted time series analysis*. *BMJ* 2013;346:f174.
100. Doyon S, Aks SE, Schaeffer S. *Expanding access to naloxone in the United States*. *Clin Toxicol (Phila)* 2014;52(10):989-92.
101. Coffin PO, Sullivan SD. *Cost-effectiveness of distributing naloxone to heroin users for lay overdose reversal*. *Ann Intern Med* 2013;158(1):1-9.
102. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. *SAMHSA Opioid overdose prevention toolkit*. rev. ed. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2014.
103. Organización Mundial de la Salud. *People with drug dependence need better access to health care: WHO maps treatment and prevention resources in 147 countries: Note for the media* [documento web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud [actualizado el 26 de junio de 2012; citado el 15 de mayo de 2017]. Disponible en: [http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/drug\\_use\\_20120626/en/](http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/drug_use_20120626/en/)
104. Churcher S. *Stigma related to HIV and AIDS as a barrier to accessing health care in Thailand: a review of recent literature*. *WHO South-East Asia J Public Health* 2013;2(1):12-22.
105. Zarei N, Joulaei H, Darabi E, Fararouei M. *Stigmatized Attitude of Healthcare Providers: A Barrier for Delivering Health Services to HIV Positive Patients*. *Int J Community Based Nurs Midwifery* 2015;3(4):292-300.
106. Livingston JD, Milne T, Fang ML, Amari E. *The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: a systematic review*. *Addiction* 2012;107(1):39-50.
107. Papamalis EF. *Initiate Dialog: Towards a balanced and comprehensive system of care*, en el Día Internacional de la Lucha contra el Uso Indebido y el Tráfico Ilícito de Drogas, 2012; Belgrado.
108. Aitken C, Moore D, Higgs P, Kelsall J, Kerger M. *The impact of a police crackdown on a street drug scene: evidence from the street*. *Int J Drug Policy* 2002;13(3):193-202.
109. Bluthenthal RN, Kral AH, Erringer EA, Edlin BR. *Drug paraphernalia laws and injection-related infectious disease risk among drug injectors*. *J Drug Issues* 1999;29(1):1-16.
110. Koester SK. *Copping, running, and paraphernalia laws: Contextual variables and needle risk behavior among injection drug users in Denver*. *Hum Organ* 1994;53(3):287-95.
111. Rhodes T, Mikhailova L, Sarang A, Lowndes CM, Rylkov A, Khutorskoy M, et al. *Situational factors influencing drug injecting, risk reduction and syringe exchange in Togliatti City, Russian Federation: a qualitative study of micro risk environment*. *Soc Sci Med* 2003;57(1):39-54.
112. Des Jarlais DC. *Structural interventions to reduce HIV transmission among injecting drug users*. *AIDS* 2000;14 Suppl 1:S41-6.
113. Diaz T, Vlahov D, Hadden B, Edwards V. *Needle and syringe acquisition among young injection drug users in Harlem, New York City*. 1999. National HIV Prevention Conference, 654.
114. Bastos FI, Strathdee SA. *Evaluating effectiveness of syringe exchange programmes: current issues and future prospects*. *Soc Sci Med* 2000;51(12):1771-82.
115. Bluthenthal RN, Kral AH, Lorvick J, Watters JK. *Impact of law enforcement on syringe exchange programs: a look at Oakland and San Francisco*. *Med Anthropol* 1997;18(1):61-83.
116. Gleghorn AA, Jones TS, Doherty MC, Celentano DD, Vlahov D. *Acquisition and use of needles and syringes by injecting drug users in Baltimore*,

- Maryland. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol* 1995;10(1):97-103.
117. Maher L, Dixon D. *Policing and public health: Law enforcement and harm minimization in a street-level drug market*. *Br J Criminol* 1999;39(4):488-512.
  118. Broadhead RS, Kerr TH, Grund J-PC, Altice FL. *Safer Injection Facilities in North America: Their Place in Public Policy and Health Initiatives*. *J Drug Issues* 2002;32(1):329-55.
  119. Wood RA, Zettel P, Stewart W. *Harm reduction nursing practice: The Dr Peter Centre Centre supervised injection project*. *Can Nurse* 2003;99(5):20-4.
  120. Maher L, Dixon D. *The cost of crackdowns: Policing Cabramatta's heroin market*. *Curr Issues Crim Justice* 2001;13(1):5-22.
  121. Norris C, Armstrong G. *The maximum surveillance society: the rise of CCTV*. Oxford: Berg; 1999.
  122. Caulkins JP. *Thinking about Displacement in Drug Markets: Why Observing Change of Venue Isn't Enough*. *J Drug Issues* 1992;22(1):17-30.
  123. Friedman SR, Kottiri BJ, Neaigus A, Curtis R, Vermund SH, Des Jarlais DC. *Network-related mechanisms may help explain long-term HIV-1 seroprevalence levels that remain high but do not approach population-group saturation*. *Am J Epidemiol* 2000;152(10):913-22.
  124. Zimmer L. *Proactive policing against street-level drug trafficking*. *Am J Police* 1990;9(1):43-74.
  125. Des Jarlais DC, Friedman SR. *Shooting galleries and AIDS: infection probabilities and 'tough' policies*. *Am J Public Health* 1990;80(2):142-4.
  126. Darke S, Ross J. *Heroin-related deaths in South Western Sydney 1992-1996*. Sídney: National Drug and Alcohol Research Centre; 1998. Informe técnico de la NDARC nº. 52. Disponible en: <https://ndarc.med.unsw.edu.au/sites/default/files/ndarc/resources/T.R.%20052.pdf>
  127. Broadhead RS, Kerr TH, Grund JPC, Altice FL. *Safer injection facilities in North America: Their place in public policy and health initiatives*. *J Drug Issues* 2002;32(1):329-55.
  128. Battjes RJ, Pickens RW, Haverkos HW, Sloboda Z. *HIV risk factors among injecting drug users in five US cities*. *AIDS* 1994;8(5):681-7.
  129. Chaisson RE, Moss AR, Onishi R, Osmond D, Carlson JR. *Human immunodeficiency virus infection in heterosexual intravenous drug users in San Francisco*. *Am J Public Health* 1987;77(2):169-72.
  130. McGregor C, Darke S, Ali R, Christie P. *Experience of non-fatal overdose among heroin users in Adelaide, Australia: circumstances and risk perceptions*. *Addiction* 1998;93(5):701-11.
  131. Zolopa AR, Hahn JA, Gorter R, Miranda J, Wlodarczyk D, Peterson J, et al. *HIV and tuberculosis infection in San Francisco's homeless adults. Prevalence and risk factors in a representative sample*. *JAMA* 1994;272(6):455-61.
  132. E.F. P. *Integrative community based treatment for substance misuse [project report]*. Belgrado: Ministerio de Salud, Departamento de Política Social; 2014.
  133. Cooper H, Moore L, Gruskin S, Krieger N. *Characterizing perceived police violence: implications for public health*. *Am J Public Health* 2004;94(7):1109-18.
  134. Dixon D, Maher L, Anh Hai: *Policing, Culture and Social Exclusion in a Street Heroin Market*. *Policing Soc* 2002;12(2):93-110.
  135. Eastwood N, Shiner M, Bear D. *The Numbers In Black And White: Ethnic Disparities in the Policing and Prosecution of Drug Offences in England and Wales*. Londres: Release; 2013. Disponible en: <http://www.release.org.uk/sites/default/files/publications/Release%20-%20Race%20Disparity%20Report%20final%20version.pdf>
  136. Kerr T, Kaplan K, Suwannawong P, Jurgens R, Wood E. *The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria: funding for unpopular public-health programmes*. *Lancet* 2004;364(9428):11-2.
  137. Zakrisson TL, Hamel PA, Hwang SW. *Homeless people's trust and interactions with police and paramedics*. *J Urban Health* 2004;81(4):596-605.
  138. Kirschner RH. *Police brutality in the USA*. *Lancet* 1997;350(9088):1395.
  139. Human Rights Watch. *Bangladesh: ravaging the vulnerable: abuses against persons at high risk of HIV infection in Bangladesh*. Nueva York: Human Rights Watch; 2003. Vol. 15, No. 6 (C). Disponible en: <https://www.hrw.org/reports/2003/bangladesh0803/bangladesh0803full.pdf>
  140. Human Rights Watch. *Thailand: not enough graves: the war on drugs, HIV/AIDS, and violations of human rights in Thailand*. Nueva York: Human Rights Watch; 2004. Tomo 16, Nº. 8 (C).
  141. Daruwala M, Doube C, editors. *Police Accountability: too important to neglect: too urgent to delay: a report of the international advisory commission of the Commonwealth Human Rights Initiative chaired by Sam Okudzeto*. Nueva Delhi: CHRI; 2005.
  142. Consejo de Europa, Comité de Ministros. *Recomendación Rec. (2001) 10 del Comité de Ministros a los Estados miembros sobre el Código Europeo de Ética de la Policía*. Estrasburgo:

- Consejo de Europa; 2001. Disponible en: [https://search.coe.int/cm/Pages/result\\_details.aspx?ObjectID=09000016805e297e](https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016805e297e)
143. Lukasiewicz M, Falissard B, Michel L, Neveu X, Reynaud M, Gasquet I. *Prevalence and factors associated with alcohol and drug-related disorders in prison: a French national study*. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2007;2:1.
  144. Rotily M, Weilandt C, Bird SM, Kall K, Van Haastrecht HJ, Iandolo E, et al. *Surveillance of HIV infection and related risk behaviour in European prisons. A multicentre pilot study*. *Eur J Public Health* 2001;11(3):243-50.
  145. Thaisri H, Lerwitworapong J, Vongsheree S, Sawanpanyalert P, Chadbanchachai C, Rojanawiwat A, et al. *HIV infection and risk factors among Bangkok prisoners, Thailand: a prospective cohort study*. *BMC Infect Dis* 2003;3:25.
  146. Carvell AL, Hart GJ. *Risk behaviours for HIV infection among drug users in prison*. *BMJ* 1990;300(6736):1383-4.
  147. Clarke JG, Stein MD, McGarry KA, Gogineni A. *Interest in smoking cessation among injection drug users*. *Am J Addict* 2001;10(2):159-66.
  148. Koulirakis G, Gnardellis C, Agrafiotis D, Power KG. *HIV risk behaviour correlates among injecting drug users in Greek prisons*. *Addiction* 2000;95(8):1207-16.
  149. Seaman SR, Bird SM, Brett RP. *Historical HIV prevalence in Edinburgh Prison: a database-linkage study*. *J Epidemiol Biostat* 2000;5(4):245-50.
  150. Penninckx P, Teltzrow R, Hedoux E, Tumulty. *Drugs in Prisons Programme: Final Project Report*. [s.l.]: [s.n.]; 2013. P-PG/Prisons (2013)3. Disponible en: [https://www.coe.int/T/DG3/Pompidou/Source/Activities/Prisons/P-PG\\_Prisons\(2013\)3\\_Drugs\\_in\\_Prisons\\_Final.pdf](https://www.coe.int/T/DG3/Pompidou/Source/Activities/Prisons/P-PG_Prisons(2013)3_Drugs_in_Prisons_Final.pdf)
  151. Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. *Reforma del Sistema Penitenciario y medidas alternativas al encarcelamiento: Nota de concepto*. Viena: Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito; 2011. Disponible en: [https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/UNODC\\_Prison\\_reform\\_concept\\_note.pdf](https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/UNODC_Prison_reform_concept_note.pdf)
  152. Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos: Adoptadas por el Primer Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente, celebrado en Ginebra en 1955, y aprobadas por el Consejo Económico y Social en sus resoluciones 663C (XXIV) de 31 de julio de 1957 y 2076 (LXII) de 13 de mayo de 1977. Nueva York: Naciones Unidas; 1977. Disponible en: [https://www.unodc.org/pdf/criminal\\_justice/UN\\_Standard\\_Minimum\\_Rules\\_for\\_the\\_Treatment\\_of\\_Prisoners.pdf](https://www.unodc.org/pdf/criminal_justice/UN_Standard_Minimum_Rules_for_the_Treatment_of_Prisoners.pdf)
  153. Reglas de las Naciones Unidas para el tratamiento de las reclusas y medidas no privativas de la libertad para las mujeres delincuentes (las Reglas de Bangkok). Nueva York: Naciones Unidas; 2010. Asamblea General de las Naciones Unidas A/RES/65/229. Disponible en: [https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Bangkok\\_Rules\\_ENG\\_22032015.pdf](https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Bangkok_Rules_ENG_22032015.pdf)
  154. Directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos. ed. rev. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA; 2002. Directriz 6 / UNAIDS/02.49E. Disponible en: [http://data.unaids.org/publications/irc-pub02/jc905-guideline6\\_en.pdf](http://data.unaids.org/publications/irc-pub02/jc905-guideline6_en.pdf)
  155. Directrices de la OMS sobre la infección por el VIH y el SIDA en las cárceles. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA; 1993. Disponible en: [http://www.who.int/hiv/idu/WHO-Guidel-Prisons\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/hiv/idu/WHO-Guidel-Prisons_en.pdf?ua=1)
  156. Organización Mundial de la Salud. *Tratamiento antirretroviral de la infección por el VIH en adultos y adolescentes: recomendaciones para un enfoque de salud pública*. ed. rev. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44379/1/9789241599764\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44379/1/9789241599764_eng.pdf)
  157. Organización Mundial de la Salud. *Essential prevention and care interventions for adults and adolescents living with HIV in resource-limited settings*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008. Disponible en: [http://www.who.int/entity/hiv/pub/prev\\_care/OMS\\_EPP\\_AFF\\_en.pdf](http://www.who.int/entity/hiv/pub/prev_care/OMS_EPP_AFF_en.pdf)
  158. Shepard CW, Simard EP, Finelli L, Fiore AE, Bell BP. *Hepatitis B virus infection: epidemiology and vaccination*. *Epidemiol Rev* 2006;28:112-25.
  159. Comité de expertos de la OMS en farmacodependencia: 36° informe. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2006. OMS, serie de informes técnicos de la OMS 991. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/153834/1/WHO\\_TRS\\_991\\_eng.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/153834/1/WHO_TRS_991_eng.pdf?ua=1&ua=1)
  160. Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. *Estimaciones de los flujos financieros derivados del tráfico ilícito de drogas y otros delitos organizados transnacionales: informe de investigación*. Viena: Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito; 2011. Disponible en: [https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/Studies/Illicit\\_financial\\_flows\\_2011\\_web.pdf](https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/Studies/Illicit_financial_flows_2011_web.pdf)
  161. Reuter P, Truman E. *Money Laundering Controls and Terrorist Finance*. *Financ Regul* 2005;10(2).

162. Savona EU, Riccardi M, editores. *From illegal markets to legitimate business: the portfolio of organized crime in Europe, Final Report of Project OCP: Organised Crime Portfolio*. Trento: Transcrime-Università degli Studi di Trento; 2015. Disponible en: [http://www.ocportfolio.eu/\\_File%20origi-nali/OCP%20Full%20Report.pdf](http://www.ocportfolio.eu/_File%20origi-nali/OCP%20Full%20Report.pdf)
163. Grupo de Acción Financiera Internacional. *Trade based money laundering*. París: GAFI/OCDE; 2006. Disponible en: <http://www.fatf-gafi.org/media/fatf/documents/reports/Trade%20Based%20Money%20Laundering.pdf>
164. Goldstein PJ. *The Drugs/Violence Nexus: A Tripartite Conceptual Framework*. J Drug Issues 1985;15(4):493-506.
165. Miron JA. *The Effect of Drug Prohibition on Drug Prices: Evidence from the Markets for Cocaine and Heroin*. Rev Econ Stat 2003;85(3):522-30.
166. Kilmer B, Hoorens S, editors. *Understanding illicit drug markets, supply reduction efforts, and drug-related crime in the European Union*. Santa Monica, CA: Rand Corporation; 2010. Disponible en: [http://ec.europa.eu/justice/anti-drugs/files/understanding-drug-markets-2009\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/justice/anti-drugs/files/understanding-drug-markets-2009_en.pdf)
167. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Primera Conferencia Europea sobre indicadores de oferta de drogas: una iniciativa conjunta para desarrollar opciones sostenibles para la vigilancia de los mercados de drogas, la delincuencia y las actividades de reducción de oferta, 20-22 de octubre de 2010, Bruselas: conclusiones clave. Lisboa: Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías; 2010.
168. *Government interaction with civil society: policy paper on government interaction with civil society on drug policy issues: Principles, ways and means, opportunities and challenges*. Estrasburgo: Grupo Pompidou, Consejo de Europa; 2016.
169. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Reducción de la oferta de drogas: una descripción de las políticas y medidas de la UE. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea; 2017. Documentos de la OEDT. Disponible en: [http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/3633/TDAU16002ENN\\_web\\_file.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/3633/TDAU16002ENN_web_file.pdf)
170. *Goods gone bad: addressing money-laundering risk in the trade finance system*. [s.l.]: PricewaterhouseCoopers LLP; 2015. Disponible en: <http://www.pwc.com/us/en/risk-assurance-services/publications/assets/pwc-trade-finance-aml.pdf>
171. Bryna M, Del Bono E, Pudney S. *Drug-related crime*. Colchester: Institute for Social and Economic Research, University of Essex; 2013. Serie de documentos de trabajo. Disponible en: <https://www.iser.essex.ac.uk/research/publications/working-papers/iser/2013-08.pdf>
172. Bretteville-Jensen AL, Gjersing L. *Drug prices and illegal income: a drug policy dilemma*. Oslo: Instituto Noruego de Investigación sobre Alcohol y Drogas (SIRUS); 2012. Disponible en: [http://www.issdp.org/conference-papers/2012/2012\\_papers/Bretteville-Jensen%20A%20and%20Gjersing%20L%20-%20Drug%20prices%20and%20illegal%20income.pdf](http://www.issdp.org/conference-papers/2012/2012_papers/Bretteville-Jensen%20A%20and%20Gjersing%20L%20-%20Drug%20prices%20and%20illegal%20income.pdf)
173. Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. *An Introduction to Human Trafficking: Vulnerability, Impact and Action*. Nueva York: Naciones Unidas; 2008. Documento informativo. Disponible en: [https://www.unodc.org/documents/human-trafficking/An\\_Introduction\\_to\\_Human\\_Trafficking\\_-\\_Background\\_Paper.pdf](https://www.unodc.org/documents/human-trafficking/An_Introduction_to_Human_Trafficking_-_Background_Paper.pdf)
174. Bretteville-Jensen AL. *Drug Demand – Initiation, Continuation and Quitting*. De Economist 2006;154(4):491-516.
175. *Austerity: Athens Declaration on protecting public health by ensuring essential services in drug policy under austerity budgets - and explanatory memorandum*. Estrasburgo: Grupo Pompidou, Consejo de Europa; 2013. Disponible en: <https://www.coe.int/T/DG3/Pompidou/Source/Documents/AthensDeclarationWebEnglish.pdf>
176. Sumnall H, Brotherhood A. *Social Reintegration and Employment: Evidence and Interventions for Drug Users in Treatment*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea; 2012. Insights nº. 13 del OEDT. Disponible en: [http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/673/TDXD12013ENC\\_Web-1\\_394929.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/673/TDXD12013ENC_Web-1_394929.pdf)
177. Sampson RJ, Laub JH. *A Life-Course Theory of Cumulative Disadvantage and the Stability of Delinquency*. En: Thornberry TP, editor. *Developmental Theories of Crime and Delinquency*. New Brunswick, N.J.: Transaction Publishers; 1997. p. 133-61.
178. Spencer JD, J., Seddon T, Ralphs R, Boyle J. *Getting Problem Drug Users (Back) into Employment: part two*. Londres: United Kingdom Drug Policy Commission; 2008. Disponible en: [http://www.ukdpc.org.uk/wp-content/uploads/Evidence%20review%20-%20Getting%20problem%20drug%20users%20\(back\)%20into%20employment\\_%20employer,%20provider%20and%20service%20user%20perspectives.pdf](http://www.ukdpc.org.uk/wp-content/uploads/Evidence%20review%20-%20Getting%20problem%20drug%20users%20(back)%20into%20employment_%20employer,%20provider%20and%20service%20user%20perspectives.pdf)
179. Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Informe Mundial sobre las Drogas 2016. Publicación de Naciones Unidas. Nueva York: Naciones Unidas; 2016. Disponible en: [http://www.unodc.org/doc/wdr2016/WORLD\\_DRUG\\_REPORT\\_2016\\_web.pdf](http://www.unodc.org/doc/wdr2016/WORLD_DRUG_REPORT_2016_web.pdf)

180. Paternoster R, Iovanni L. *The Labeling perspective and delinquency: An elaboration of the theory and an assessment of the evidence*. Justice Q 1989;6(3):359-94.
181. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. El problema de la drogodependencia en la Unión Europea y en Noruega. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas; 2003. Informe Anual 2003. Disponible en: [http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/275/ar2003eu\\_en\\_69564.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/275/ar2003eu_en_69564.pdf)
182. Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Prevención del uso indebido de drogas entre los jóvenes de minorías étnicas e indígenas. Nueva York: Naciones Unidas; 2004. Disponible en: [http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_231011\\_EN\\_INT07\\_UNODC\\_Drug%20Abuse%20Prevention%20among%20Youth%20from%20Ethnic%20and%20Indigenous%20Minorities.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_231011_EN_INT07_UNODC_Drug%20Abuse%20Prevention%20among%20Youth%20from%20Ethnic%20and%20Indigenous%20Minorities.pdf)
183. Simon P. *Ethnic's statistics and data protection in the Council of Europe countries: study report*. Estrasburgo: Consejo de Europa; 2007. Disponible en: [https://www.coe.int/t/dghl/monitoring/ecri/activities/Themes/Ethnic\\_statistics\\_and\\_data\\_protection.pdf](https://www.coe.int/t/dghl/monitoring/ecri/activities/Themes/Ethnic_statistics_and_data_protection.pdf)
184. Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, Tribunal Europeo de Derechos Humanos - Consejo de Europa, Manual de legislación europea contra la discriminación. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea; 2011. Disponible en: [http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra\\_uploads/1510-fra-case-law-handbook\\_en.pdf](http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/1510-fra-case-law-handbook_en.pdf)
185. Comisión Europea. *The fight against discrimination and the promotion of equality: how to measure progress done*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas; 2008. Disponible en: [www.ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=770&langId=en](http://www.ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=770&langId=en)
186. Comisión Europea. *Compendium of practice on Non-Discrimination/Equality Mainstreaming*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea; 2011. Disponible en: [http://ec.europa.eu/justice/discrimination/files/compendium\\_mainstreaming\\_equality\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/justice/discrimination/files/compendium_mainstreaming_equality_en.pdf)
187. Kemp PA, Neale J. *Employability and problem drug users*. CSP Crit Soc Policy 2005;25(1):28-46.
188. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. *Drug offences: sentencing and other outcomes*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea; 2009. Edición seleccionada 2009. Disponible en: [http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/536/TDSI09001ENC\\_187978.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/536/TDSI09001ENC_187978.pdf)
189. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. *Prisons and drugs in Europe: the problem and responses*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea; 2012. Edición seleccionada 2012. Disponible en: [http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/747/TDSI12002ENC\\_399981.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/747/TDSI12002ENC_399981.pdf)
190. *Prevention of acute drug-related mortality in prison populations during the immediate post-release period*. Copenhague: Oficina Regional de la OMS para Europa; 2010.
191. *Prison, Drugs and Society: a consensus Statement on Principles, Policies and Practices*. Berna: OMS (Oficina Regional para Europa) y el Grupo Pompidou del Consejo de Europa; 2002. Disponible en: [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0003/99012/E81559.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0003/99012/E81559.pdf)
192. Plan de Acción de la UE en materia de lucha contra la droga 2017-2020. Diario Oficial de la Unión Europea 2017; (C215, 5 de julio):21-58.
193. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. *Alternatives to punishment for drug-using offenders*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea; 2015. Documentos de la OEDT. Disponible en: <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/1020/TDAU14007ENN.pdf>
194. Kruithof K, Davies M, Disley E, Strang L, Ito K. *Study on Alternatives to Coercive Sanctions as Response to Drug Law Offences and Drug-Related Crimes*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea; 2016. Disponible en: [https://ec.europa.eu/home-affairs/sites/homeaffairs/files/what-we-do/policies/organized-crime-and-human-trafficking/drug-control/eu-response-to-drugs/docs/acs\\_final\\_report\\_new\\_ec\\_template\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/home-affairs/sites/homeaffairs/files/what-we-do/policies/organized-crime-and-human-trafficking/drug-control/eu-response-to-drugs/docs/acs_final_report_new_ec_template_en.pdf)

La evaluación de las políticas en materia de drogas es una parte integral de un enfoque rentable para combatir las drogas ilícitas. Este informe da un primer paso hacia un análisis sistemático, al examinar un conjunto de intentos representativos de estimar el gasto público en intervenciones de reducción de la oferta. Propone un conjunto común de definiciones, con el objetivo de establecer una base común para comprender este asunto y facilitar la comparabilidad en tres dimensiones principales: el tiempo, la política y los países. Aunque se limita principalmente a los gastos de reducción de la oferta, a fin de fijar el contexto, describe la proporción que el gasto total relacionado con las drogas representa sobre el gasto público nacional; y presenta el equilibrio entre el gasto en reducción de la demanda y de la oferta para varios países europeos. Por último, con el objetivo de facilitar y promover futuros estudios empíricos de gasto y de sentar las bases para el desarrollo de buenas prácticas, se exponen las fuentes de datos y las metodologías aplicadas pertinentes, y se brindan ejemplos selectivos de los modelos sectoriales del gasto público.

El Grupo Pompidou es el grupo de cooperación del Consejo de Europa para combatir el abuso de las drogas y el tráfico ilícito de drogas. Como acuerdo parcial ampliado del Consejo, está abierto a los Estados miembros así como a Estados no miembros de Europa y otras partes del mundo. A 1 de octubre de 2017, el Grupo reúne a 39 países de Europa y otros territorios. Solo un enfoque equilibrado y multifacético reúne los beneficios potenciales de los diferentes aspectos de la política en materia de drogas. La política en materia de drogas debe ser innovadora y basarse en las pruebas. Tiene que incluir prevención, reducción de daños, tratamiento y aplicación de la ley. Partiendo de estos principios, el Grupo Pompidou proporciona conocimiento, apoyo y soluciones para unas políticas en materia de drogas eficaces y humanas.

[www.coe.int/pompidou](http://www.coe.int/pompidou)

El Consejo de Europa es la principal organización del continente que defiende los derechos humanos. Cuenta con 47 Estados miembros, 28 de los cuales son miembros de la Unión Europea. Todos los Estados miembros han suscrito el Convenio Europeo de Derechos Humanos, tratado concebido para proteger los derechos humanos, la democracia y el Estado de derecho. El Tribunal Europeo de Derechos Humanos supervisa la aplicación del Convenio en los Estados miembros.

[www.coe.int](http://www.coe.int)

