
Criminologia i drogodependència: qüestions actuals

PID_00270431

Agustín Madoz Gúrpide
Enrique Baca García

Temps mínim de dedicació recomanat: 7 hores



Agustín Madoz Gúrpide

Metge especialista en psiquiatria, psicòleg i criminòleg. És doctor en Medicina. Treballa a l'Hospital Universitari Ramón y Cajal, a Madrid. És professor associat de Ciències de la salut a la Universitat d'Alcalá i professor col·laborador a la Universitat Oberta de Catalunya en el grau de Criminologia. Entre els seus camps de recerca i publicacions figuren els relacionats amb els trastorns per ús de substàncies.

Enrique Baca García

Cap del Departament de Psiquiatria dels hospitals universitaris Fundación Jiménez Díaz, Rey Juan Carlos, Infanta Elena i Central de Villalba. És professor titular de Psiquiatria de la Universitat Autònoma de Madrid i està acreditat com a catedràtic per l'ANECA des del 2013. Ha estat professor associat de Psiquiatria a la Universitat de Colúmbia (Nova York) entre els anys 2008 i 2017.

L'encàrrec i la creació d'aquest recurs d'aprenentatge UOC han estat coordinats pel professor: Josep Maria Tamarit Sumalla (2020)

Primera edició: febrer de 2020

© Agustín Madoz Gúrpide, Enrique Baca García

Tots els drets reservats

© d'aquesta edició, FUOC, 2020

Av. Tibidabo, 39-43, 08035 Barcelona

Realització editorial: FUOC



Els textos i imatges publicats en aquesta obra estan subjectes –llevat que s'indiqui el contrari– a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada (BY-NC-ND) v.3.0 Espanya de Creative Commons. Podeu copiar-los, distribuir-los i transmetre'ls públicament sempre que en citeu l'autor i la font (FUOC. Fundació per a la Universitat Oberta de Catalunya), no en feu un ús comercial i no en feu obra derivada. La llicència completa es pot consultar a <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/legalcode.ca>

Índex

Introducció	5
Objectius	7
1. Història de les drogues i factors de consum	9
1.1. Història de les drogues	9
1.1.1. De l'Antiguitat al segle XX.....	9
1.1.2. Les drogues al segle XX.....	11
1.1.3. Drogues i globalització	12
1.2. Anàlisi d'una epidèmia actual: opiacis als Estats Units i Àfrica ...	14
1.2.1. L'epidèmia als Estats Units	14
1.2.2. El cas del continent africà	16
1.3. Factors actuals de consum	17
2. Criminologia i drogodependència	20
2.1. Limitacions metodològiques dels estudis sobre el tema	20
2.2. Impacte de les drogues en les xifres de delinqüència	21
2.3. Teories sobre la relació droga-delinqüència	23
2.3.1. Hipòtesi primera: la droga genera delinqüència	24
2.3.2. Hipòtesi segona: la delinqüència comporta drogodependència	25
2.3.3. Tercera hipòtesi: la relació entre drogoaddicció i delinqüència deriva de la incidència de factors comuns	25
2.3.4. Una revisió ampliada: la proposta de Bennet i Holloway	26
2.4. Relació entre determinades substàncies i delictes concrets	27
2.5. Criminologia i enfocament biopsicosocial de la drogodependència: variables relacionades	28
2.6. Tipus de delictes relacionats amb drogues	31
2.7. Criminologia i perillositat	32
2.8. Risc de victimització en poblacions consumidores	32
2.9. Propostes d'actuació i polítiques sobre drogues	33
2.10. A manera de conclusions	35
3. Neurobiologia i neuropsicologia de la dependència de substàncies: base biològica de la inimputabilitat?	36
3.1. Generalitats de l'estructura cerebral	36
3.2. Circuit de recompensa	37
3.3. Models actuals de l'addicció	38

4. Tràfic de substàncies: aspectes criminològics.....	39
4.1. Crim organitzat i tràfic de substàncies a gran escala	39
4.1.1. Què s'entén per crim organitzat	39
4.1.2. Impacte del tràfic de substàncies en l'economia mundial	40
4.2. Corrupció i tràfic de substàncies	41
4.3. Narcotràfic i terrorisme internacional	42
4.4. Noves polítiques en la lluita contra el crim organitzat	43
4.5. Tràfic de droga: dades epidemiològiques	46
4.6. Situació geogràfica i producció, trànsit i consum de substàncies	48
4.6.1. Europa	48
4.6.2. Amèrica del Nord	49
4.6.3. Amèrica del Sud	51
4.6.4. Centreamèrica i Carib	52
4.6.5. Àsia oriental i sud-oriental (sud-est asiàtic)	52
4.6.6. Àsia meridional	53
4.6.7. Àsia occidental i Àsia central	54
4.6.8. Àfrica	56
4.6.9. Oceania	57
4.7. Països productors i països consumidors: les rutes de tràfic de substàncies	58
4.7.1. Cocaïna	58
4.7.2. Estimulants	58
4.7.3. Cànnabis	59
4.7.4. Al·lucinogens	60
4.7.5. Opiacis	61
 5. Legalització enfront d'il·legalització de les drogues: la regulació del consum.....	 63
5.1. Legalització enfront d'il·legalització: una revisió actual d'una qüestió antiga	63
5.2. Arguments a favor i en contra de la legalització: una anàlisi crítica	64
5.3. La regulació com a alternativa al debat	68
5.4. Anàlisi de resultats dels programes de legalització de la marihuana	69
 Resum.....	 73
 Exercicis d'autoavaluació.....	 75
 Solucionari.....	 77
 Glossari.....	 78
 Bibliografia.....	 80

Introducció

El fet que la Criminologia i el consum de substàncies recorren des de fa dècades camins paral·lels i relacionats és una realitat que no escapa a ningú. En els últims anys se sumen nous aspectes d'estudi a les qüestions clàssiques de quin tipus de relació causal s'estableix entre ells o com és la delinqüència relacionada amb drogues. Aquests aspectes són les bases cerebrals de la dependència que condicionen les mesures terapèutiques i rehabilitadores, o la cada vegada major complexitat del tràfic de substàncies per organitzacions criminals internacionals.

En el primer apartat d'aquest mòdul l'estudiant té una visió històrica de les drogues, des de l'Antiguitat fins a l'actualitat, per a comprovar com ha anat evolucionant el seu consum i com determinats usos socialment acceptats en un moment històric donat no ho són en altres èpoques. És important remarcar el paper de la legislació internacional i l'aparició de noves molècules de síntesis que tracten d'establir-se als llims de la legalitat o almenys de la «alegalitat».

En un segon apartat es fa una revisió completa de la delinqüència generada per les drogues i quines són les teories clàssiques i modernes que tracten d'explicar la relació entre drogues i crim; quins tipus de delictes s'associen a un perfil de subjecte determinat i quin és el seu impacte en el conjunt de la delinqüència; quines variables socials i personals hi estan implicades i quines són les polítiques recomanades per a minimitzar aquesta repercussió. També s'exposa una breu referència al risc de victimització inherent al consum de substàncies.

El tercer apartat presenta la dependència com una malaltia amb base al cervell. Nous models d'addicció cerebral i coneixements neuropsicològics estableixen una possible base científica per al concepte jurídic d'atenuació de la *imputabilitat*.

El tràfic de substàncies, tractat en el quart apartat, és un aspecte criminològic conegut des de fa temps, amb una dificultat creixent tant per la modernització de les tecnologies a disposició del traficant com per l'aparició de noves rutes i vehicles de transport, la major complexitat de les organitzacions criminals i per la concomitància inherent amb altres delictes (blaqueig de capitals, pràctiques de corrupció...).

Periòdicament, en els mitjans de comunicació reapareix el vell debat sobre la legalització o il·legalització del consum de substàncies. En els últims anys aquesta qüestió ha quedat reservada a determinades substàncies –cànnabis especialment–, i des de fa poc temps es porten a la pràctica projectes de legalit-

zació i regulació del seu ús. En l'últim apartat es plantegen a l'estudiant els punts clau de cada postura i s'apunta cap a una realitat menys dràstica que els extrems, que és la regulació del seu consum.

Objectius

Amb l'estudi d'aquest mòdul i el treball de les activitats corresponents, s'hauran d'aconseguir els objectius següents:

- 1.** Conèixer l'evolució històrica de l'ús de substàncies i els factors que expliquen l'expansió del seu consum en les últimes dècades.
- 2.** Adquirir coneixements crítics sobre la relació existent entre droga i delictes, les teories més importants i els aspectes essencials de cadascuna.
- 3.** Reconèixer la tipologia delictiva associada a l'ús de drogues, quin perfil de subjecte s'associa a cadascuna i quin és l'impacte en l'estadística criminològica.
- 4.** Conèixer els principals factors associats a la delinqüència relacionada amb drogues i les polítiques recomanades per a minimitzar l'impacte del consum.
- 5.** Conèixer les bases biològiques en l'àmbit cerebral de la dependència i el dany neuropsicològic que ocasiona el consum continuat, com a base per a interpretar la modificació de la imputabilitat.
- 6.** Adquirir coneixements sobre la situació actual del tràfic de substàncies i la seva relació amb altres tipus delictius.
- 7.** Ser capaç de valorar críticament els diferents punts clau sobre els quals se suporta el debat de la legalització del consum de substàncies, i reconèixer el model de regularització i les seves implicacions mèdiques i criminològiques.

1. Història de les drogues i factors de consum

1.1. Història de les drogues

Des que l'univers és habitat per éssers pensants i sofrents es consumeixen drogues per eliminar els sofriments físics, els patiments psicològics i per estimular el desenvolupament del pensament i dels sentiments.

Francisco Alonso Fernández (1980)

Les drogues són un fenomen universal que acompanya l'home al llarg de la seva existència. Per un motiu o un altre, històricament l'home sempre ha sentit la necessitat d'utilitzar drogues, sia plantes, productes químics o qualsevol altra substància catalogada com a tal que pogués proporcionar una fugida de la realitat, servís per a fer front a problemes diversos o simplement tingués finalitats magicoreligioses (Martínez Pérez i González de Pablo, 1987).

1.1.1. De l'Antiguitat al segle xx

Ja en els jeroglífics egipcis es fa esment del suc extret de l'opi per a ser utilitzat com a analgèsic i calmant, tant en pomades com per vies rectal i oral. De la mateixa manera, es creu que les plantacions de cascall trobades al sud d'Espanya, Grècia, nord-oest d'Àfrica, Egipte i Mesopotàmia constitueixen probablement les més antigues del planeta. L'opi extret de les plantes recollides en aquestes regions té característicament una concentració de morfina més alta que les d'altres zones com Orient. Homer ja esmentava en l'*Odissea* els seus beneficis com quelcom que «fa oblidar qualsevol pena» (Escohotado, 1994).

El cultiu del **cànem** és remitent a la Xina, on s'han trobat les primeres restes d'aquesta fibra, datables cap a l'any 4000 aC. Un mil·lenni després les podem trobar a Turquestan. Així mateix, el cànem va ser també molt emprat a l'Índia amb finalitats mèdiques per a tractar l'oftàlmia, la febre, l'insomni, la tos seca i la disenteria.

Els estimulants purs basats en drogues com la **cafeïna** i la **cocaïna** són igualment coneguts i emprats des de l'Antiguitat. El consum de cocaïna en forma de fulles de l'arbust de coca es coneix des de fa més de cinc mil anys en pobles indígenes dels Andes. S'utilitzava per a mitigar el mal d'altura, el cansament i la gana, però també s'associava a rituals religiosos i a usos mèdics com a analgèsic local.

Durant el període d'apogeu grec, cap droga no va tenir una popularitat comparable a l'opi. La planta del cascall era considerada símbol de fecunditat. Però era utilitzada sobretot amb finalitats mèdiques. Així, per exemple, el *Tractat hipocràtic* sobre la histèria recomana l'opi com a tractament. Un altre ús his-

Altres substàncies utilitzades pels asteques

Els monjos franciscans que acompanyaven Hernán Cortés relataven que els asteques practicaven el que ells van considerar una comunió demoníaca, i informaven així del fet d'ingerir el fong teonanacatl ('carn de déu') i del consum del peiot (Ganzenmüller i altres, 1997).

Histèria

Trastorn que els grecs atribuïen a «sufocacions uterines», anticipant-se així a Freud.

tòric era com a component essencial (fins al 40 %) dels antidots enfront de verins, tan temuts en aquells temps. Malgrat el que s'ha dit, aquest ús afable de diverses drogues no significa que els grecs ignoressin un «problema de toxicomania» com avui el definim. No obstant això, en aquells temps la perillositat social i individual relacionada amb les drogues es concentrava especialment en l'alcohol, concretament en el vi, i no en altres drogues.

En el món romà, Dioscòrides descriu l'opi com quelcom que «treu totalment el dolor, mitiga la tos, refrena els fluxos estomacals i s'aplica als qui no poden dormir» en la seva *De materia medica*, el tractat farmacològic més influent de l'Antiguitat. Nerva, Trajà i Caracal·la van ser alguns dels que van emprar opi pur en teràpia agònica i com a eutanàsic. El mateix van fer incomptables ciutadans romans, ja que es considerava una prova de grandesa moral.

Comerç de l'opi

L'any 312 un cens revela que hi ha 793 botigues dedicades a vendre opi a la ciutat de Roma, i que el seu volum de negoci representa el 15 % de tota la recaptació fiscal.

Aquest consum generalitzat no crea problemes d'ordre públic o privat. Els consumidors d'opi no existeixen ni com a casos clínics ni com a marginats socials. El costum de prendre aquesta droga no es distingeix de qualsevol altre costum, i per aquest motiu no hi ha cap expressió equivalent a *opiòman* en llatí, si bé hi ha almenys una dotzena de paraules per a designar l'alcohòlic.

Aquesta visió neutra sobre les drogues i el seu autoconsum es va esvaïr durant la cristianització de l'Imperi Romà. El saber pagà, especialment el relatiu a les drogues, es considera contaminat de **bruixeria**, i així serà titllat cap al segle X, quan l'Església i l'Imperi són una unitat sense fissures: emprar drogues amb finalitats terapèutiques pot ser sinònim d'heretgia. El droguer és considerat un mag, i la màgia és prohibida i perseguida.

A diferència de la cultura grecoromana, que a l'efecte d'euforitzant general emprava el vi, la **cultura àrab** se servirà de l'opi, recomanable «per al trànsit de la segona edat a la tercera i per a suportar les penes d'aquesta». Prenent com a nucli productor les plantacions turques i iranianes, la ràpida expansió de l'Islam dissemina l'opi des de Gibraltar fins a Malàisia en pastilles, que de vegades porten el segell «mash Allah» ('present de Déu').

Igual que passarà a Occident, cal distingir almenys dos períodes referents a l'ús de drogues en l'Islam. Hi ha una primera fase, que coincideix amb l'apogeu àrab, en la qual es considera la droga com quelcom neutre. Aquesta fase va donant pas progressivament a un període de major fonamentalisme religiós, durant el qual el tractament de la droga serà bastant diferent.

A Europa la droga, la luxúria i la bruixeria van unides degut sobretot a la **Inquisició**, i es condemna i prohibeix qualsevol tipus de substància. Així, l'ús de drogues diferents de l'alcohol és castigat amb tortura i pena capital, i no és fins al Renaixement que se'n torna a plantejar l'ús terapèutic.

A mitjan segle XVIII es fa esment de fàrmacs fabricats amb opi, que són utilitzats per les cases reials europees. Des de llavors i fins al final del segle XIX, a causa de la gran demanda d'aquest producte, empreses angleses i holandeses s'encarregaran de transportar-lo des de la Xina i l'Índia, i del seu comerç per tot Europa. D'aquesta manera, el tràfic de drogues es torna un negoci molt rendible, fins al punt que arriba a ser causa de conflicte bèl·lic.

1.1.2. Les drogues al segle XX

Al segle XX el consum de derivats opiacis assoleix una extensió i una alarma social desconegudes fins llavors (Huertas García-Alejo, 1987). Es produeix una confluència de factors socials, individuals i econòmics que propicien aquesta epidèmia (Blanken i altres, 1985). S'estudien dos importants períodes de pandèmia, una en acabar la Segona Guerra Mundial i l'altra en la dècada dels anys seixanta i setanta. Apareixen, a la vegada, les primeres lleis restrictives¹ de l'ús, es comença a considerar la possibilitat de l'addicció no com un vici sinó com una malaltia, i es generalitza l'ús terapèutic de la **metadona** als anys seixanta (Dole i altres, 1966).

⁽¹⁾http://www.pnsd.mscbs.gob.es/pnsd/legislacion/docs/le_sistema.pdf.

La preocupació per aquest consum incita les recerques mèdiques, i en 1973 es descriuen els primers **receptors cerebrals opioïdes**, la qual cosa facilita l'avenç en la comprensió del problema addictiu i en la proposta de tractaments adequats. El model inicial va evolucionant amb noves aportacions: la teoria de les noxes externes, de l'automedicació, conceptes com desintoxicació enfront de deshabitua-ció, síndrome d'abstinència condicionat de Wilker (1973) (Khantzian i Treece, 1985; Casteneda i altres, 1989; Ambrosio, 2001), etc.

L'epidèmia de consum d'heroïna és seguida per la de cocaïna, i gairebé alhora per la de les drogues de disseny.

En 1859 es va aïllar la **cocaïna** de la planta de coca, i des de llavors es va incloure en diversos productes legals (vi, begudes refrescants...) i en la farmacopea. L'aparició de quadres paranoïdes i la constatació de l'addicció que generava i del seu ús compulsiu van provocar que en 1914 en fos il·legalitzat l'ús als Estats Units, i als anys posteriors en la resta de països (Madoz-Gúrpide i Ochoa Mangado, 2011).

La història de consum de les **drogues de disseny o síntesi** s'inicia als anys seixanta, quan es torna a sintetitzar la molècula MDMA (3,4-metilendioximetamfetamina) (Merck, 1914; Shulgin, 1986; Kalant, 2001) i és utilitzada com a droga psicoactiva. El seu efecte era psicoestimulant, però produïa, a més, la sensació d'acostament als altres amb un major desig de contacte i major empatia (Prada i Álvarez, 1996; McElrath i McEvoy, 2001).

L'epidèmia actual d'utilització de pastilles de **drogues de síntesi** en el mercat il·legal sembla iniciar-se en 1985 o 1986 a Eivissa, associada a locals de música *acid*. Des d'aquest moment s'han associat a festes (*raves, techno, festivals, afters*) i músiques electròniques de cadència repetitiva (*acid, house, techno, danse*), encara que posteriorment s'han popularitzat entre la joventut en els consums normalitzats del cap de setmana, en ambients festius i en companyia d'amics. Els seus efectes tòxics van fer que la Drug Enforcement Agency (DEA) aconseguís prohibir-les en 1985 i que fossin incloses en les llistes de substàncies sota control en 1986.

El **cànnabis** és una de les substàncies més consumides, especialment entre poblacions adolescents i joves. Aquests fenòmens, circumscrits inicialment a l'entorn occidental nord-americà i europeu, en els últims anys s'han desbordat cap a països orientals i africans, amb les seves particularitats pròpies.

Noves substàncies, anomenades **emergents**, apareixen en el context actual del consum de substàncies en un món cada vegada més globalitzat. La legislació actualitza el llistat de substàncies sotmeses a fiscalització internacional segons diferents convenis internacionals, als quals s'han subscrit la major part de països de les Nacions Unides, i es desenvolupen polítiques restrictives d'ús, que posteriorment es van completant amb polítiques sanitàries de rehabilitació i de reducció de danys (Delegació del Govern per al Pla nacional sobre drogues, 2019).

A Espanya, que per les seves peculiaritats històriques havia quedat relativament apartada de la dinàmica de consum occidental durant les primeres dècades del segle XX, es produeix als anys setanta i vuitanta una **epidèmia d'addicció a opiacis** (Sánchez-Carbonell i altres, 1989), la qual cosa porta a desenvolupar el Pla nacional sobre drogues en 1985.² El problema s'agreuja molt amb l'expansió del virus de la SIDA. Llavors es generalitzen programes de manteniment amb agonistes opiacis, i també programes de reducció de riscos i danys.

1.1.3. Drogues i globalització

L'estat actual del problema de les drogues, lluny, almenys sobre el paper, de la concepció que criminalitzava i marginava el subjecte addicte, dona cabuda, d'una banda, a una aproximació mèdica que entén la toxicomania com **una**

Drogues de disseny

El terme *drogues de disseny* va ser encunyat en els anys seixanta per Gary Henderson, farmacèutic de la Universitat de Califòrnia, i incorporava el doble sentit de 'drogues que es podien fabricar en laboratoris clandestins i dissenyar a la mesura del consumidor per imitar els efectes d'altres drogues el tràfic de les quals era delicte', i de 'drogues que per la seva novetat estructural no estaven registrades com a il·legals', amb la qual cosa s'evitava la persecució penal.

Convenis internacionals

Convenció Única sobre Estupefaents de 1961
 Convenció sobre Substàncies Psicotròpiques de 1971
 Convenció de les Nacions Unides contra el Tràfic Il·lícit d'Estupefaents i Substàncies Psicotròpiques de 1988

⁽²⁾<http://www.pnsd.mscbs.gob.es/pnsd/introduccion/home.htm>.

malaltia susceptible de tractament i genera, d'altra banda, una política d'acord amb el plantejament multidisciplinari i globalitzador que implica l'addicció (Winger i altres, 1992).

El consum de substàncies no és una història finalitzada. Any rere any continua essent un dels problemes de salut pública més greus als quals s'enfronten els diferents governs locals i les institucions i organismes internacionals. En els últims temps el món globalitzat ha afavorit l'extensió de les substàncies i la seva deslocalització. Continuen existint països i zones geogràfiques d'especial producció de substàncies, però han anat diversificant el seu producte alhora que altres àrees s'han anat convertint en noves productores.

Els antics països de consum –de l'entorn occidental especialment– continuen essent clients importants, però l'ús de les substàncies arriba a poblacions fins ara amb unes característiques de consum més locals i circumscrites. Països i entorns que fins ara estaven relativament protegits del consum (Xina, Rússia i països del seu entorn, zones d'Àfrica, etc.) es troben amb veritables epidèmies, mentre que als països occidentals l'ús de drogues s'ha mantingut bàsicament estable.

Algunes substàncies han viscut una certa reculada; altres, en canvi, un increment de la seva utilització. Preocupa, per exemple, el consum de cànnabis en poblacions joves, sobretot per les seves repercussions clíniques i socials. Fins i tot l'ús de les anomenades **drogues legals**, especialment l'alcohol, entre aquestes poblacions comporta una gran alerta social.

L'aparició d'un important mercat de drogues emergents és un altre dels motius de preocupació. De l'extensió del problema en dona bon compte l'actual epidèmia de consum d'heroïna i altres opiacis als Estats Units. Alguns s'atreveixen a assenyalar que el seu impacte és encara pitjor que el de l'epidèmia viscuda a la fi del segle xx.

Les implicacions del consum abusiu afecten tants àmbits de la societat que la ingerència i intervenció de l'estat és una mesura prioritària, segons alguns autors, no solament amb l'aplicació d'una política repressiva mitjançant el Dret Penal, sinó també amb una política preventiva i educativa que sigui capaç d'aturar o controlar aquest consum, especialment per part dels joves. En els últims anys es debat si la legalització del consum podria ser beneficiosa per a aturar el problema.

1.2. Anàlisi d'una epidèmia actual: opiacis als Estats Units i Àfrica

1.2.1. L'epidèmia als Estats Units

En aquests últims anys s'està produint als Estats Units una important epidèmia de consum d'heroïna i altres opiacis (U.S. Department of Health And Human Services, 2019)³. Segons alguns analistes, es tracta fins i tot d'una situació de major gravetat que l'epidèmia que es va viure en aquest país a la fi del segle XX. Des del 1999 fins al 2016 es calcula que més de 630.000 nord-americans han mort per sobredosi d'opiacis. Solament en 2016 les estadístiques oficials parlen de més de 63.000 morts per aquesta causa, xifres que els mateixos organismes que les emeten consideren una estimació a la baixa. A partir del 2017 sembla que s'aprecia un descens d'aquestes dades en relació amb l'aplicació de mesures de salut pública, la facilitació d'accés al tractament i la millora en la prescripció de fàrmacs antiàlgics opiacis.

⁽³⁾<https://www.hhs.gov/opioids/about-the-epidemic/index.html>

El desenvolupament d'aquesta epidèmia no ha estat lineal. Cap al 1990 es va produir una primera onada de subjectes afectes en relació amb els fàrmacs opiacis prescrits per al **dolor**. Cap a l'any 2010 es produeix una segona onada, aquesta vegada per l'ús d'heroïna del mercat negre com a substitutiu d'aquests primers opiacis de prescripció mèdica. En 2013 apareixen amb força **opiacis sintètics** (fentanil) en el mercat il·legal, molt més potents i barats que els fàrmacs d'ús mèdic contra el dolor. Aquesta seria la tercera onada de l'epidèmia (Centers for Disease Control and Prevention, 2018).

Com en tota situació complexa, no es pot assenyalar una única causa aïllada, sinó més aviat la conjunció de diverses causes que interactuen. Sens dubte, en la base d'aquesta epidèmia hi ha l'abús **de la prescripció de fàrmacs opiacis** per al control del dolor. El paper de les empreses farmacèutiques, que han afavorit i potenciat durant anys l'ús indiscriminat de medicació morfínica per al dolor sense un advertiment suficient del risc de produir dependència, i l'escàs control que metges i assegurats han fet d'aquest ús són dues de les causes essencials d'aquesta epidèmia. Tot això ha donat lloc a un altíssim nombre de persones dependents d'opiacis, les quals, una vegada limitades les prescripcions legals, s'han dirigit al mercat negre per aconseguir inicialment heroïna i més tard altres productes opiacis, inclosos els medicaments legals, però sobretot substàncies sintètiques il·legals.

Mercat negre

En el mercat negre hi ha una gran disponibilitat tant d'heroïna, provinent de Mèxic, com de substàncies sintètiques derivades d'aquesta, amb origen a la Xina.

A més d'aquests factors purament relacionats amb els opiacis, la depauperació econòmica de la classe mitjana –predominantment blanca, que és el grup de població més afectat per aquesta epidèmia– ha contribuït a potenciar el problema. Aconseguir un medicament legal és més car que fer-ho en els mercats il·legals, sobretot en un país que no té de sanitat pública, universal i gratuïta.

Altres causes que s'apunten com a responsables de l'origen i expansió del problema són les següents:

- La falta d'una política comuna.
- L'absència d'una sanitat universal que proporcioni programes de metadona o naltrexona o que faciliti l'ús de naloxona (fàrmac que reverteix les sobredosis i que salva vides).
- La lentitud intrínseca del procés legislatiu.
- El gran poder dels lobbies farmacèutics que han entorpit i alentit la presa d'alternatives.

I al costat de tot això també hi ha la mateixa mentalitat nord-americana, que continua projectant un important **estigma** a l'addicció i el seu tractament. Persisteix la visió que l'ús de programes de substitutius, que tan bons resultats han donat a Europa, no condueix a la sobrietat, sinó que perllonga l'addicció. En aquest punt, el treball de les polítiques i campanyes contra les drogues dels últims anys ha aconseguit variar lleument aquesta percepció.

Tal com s'ha indicat, les polítiques contra les drogues tampoc no han estat efectives. El Govern central i els locals s'han mostrat lents a l'hora d'articular respostes a un problema que feia anys que es gestava i sobre el qual hi havia clars senyals d'alerta.

Fins a l'any 2017 el Govern central no va declarar l'emergència nacional de salut pública, i això implica, entre altres coses, alliberar una important partida pressupostària per a tractar d'aturar l'epidèmia. Però a vegades aquestes polítiques han estat contradictòries a més de lentes. Mentre que el Govern central de D. Trump va apostar, almenys a l'inici, per polítiques de mà dura i **repressives** basades en el control policial i jurídic de la producció, tràfic i consum de substàncies, alguns governs locals prefereixen un abordatge **no repressiu**.

A manera d'exemple, Nova York i altres estats treballen en la línia de despenalitzar el consumidor i aproximar-s'hi com si fos un malalt necessitat d'atenció. Proposen millorar l'educació de població i metges, facilitar l'accés a tractaments i medicaments de desintoxicació i deshabitució, i considerar l'addicció com un problema de salut pública i no com un repte policial.

Són estratègies més concordes amb el consens actual, en la línia d'implementar **actuacions no repressives** amb els consumidors. L'experiència mundial global fins avui dona la raó a aquest tipus de propostes enfront de les repressives.

Així, en algunes ciutats i estats s'implementen polítiques concretes en aquesta línia no repressiva, com les següents, entre d'altres:

- Millorar la formació dels metges perquè solament receptin opiàcics en casos estrictament necessaris.
- Fomentar la recerca de fàrmacs contra el dolor que no generin dependència.
- Reforçar les estratègies de prevenció i d'educació en la població.

- Afavorir l'accés a tractaments de desintoxicació i deshabitació que incloquin programes de manteniment amb metadona o buprenorfina/naloxona.
- Facilitar la implementació de programes de reducció de risc, com habilitar locals en els quals els drogodependents puguin subministrar-se la dosi d'una manera més segura.
- Facilitar l'ús de naloxona per als casos de sobredosi.
- Modificar les lleis perquè l'addicció s'afronti més com un problema de salut pública que com un desafiament policial.
- Recolzar en una anàlisi detallada de dades per dissenyar el programa més eficient.

Com es pot veure, es tracta de mesures diverses no incompatibles que afecten en diferents nivells –des de l'educació i la prevenció fins al tractament més urgent– i diferents àmbits –educatiu, legislatiu, policial, de salut pública, etc.–.

1.2.2. El cas del continent africà

Però l'alarma per una nova epidèmia d'ús d'opioides no ha sorgit solament als Estats Units. En zones d'Àfrica –sobretot de l'oest, nord i mig-est– es veu un increment espectacular de l'ús d'opioides, amb menys repercussió mediàtica, però igualment alarmant, en aquests últims anys.

A diferència dels Estats Units, on els més emprats són el fentanil, l'oxicodona i la hidrocodona, a Àfrica el fàrmac **tramadol** és el que ha vist incrementar més l'ús.

Es tracta d'un fàrmac opioide emprat mèdicament per a mitigar dolors moderats. A dosis altes el seu efecte és similar al de l'heroïna (produeix eufòria, excitació, sensació de plaer... però també inquietud, irritabilitat, excés d'energia, alteracions de conducta, etc.), i **la seva capacitat de generar addicció és baixa en teoria**. Això últim, juntament amb un efecte beneficiós quan es prescriu amb control mèdic a un preu baix per a poblacions amb recursos escassos, fa que Nacions Unides hagi decidit no exercir un control internacional. En defecte d'això, recomana que els països que tinguin una casuística d'abús estableixin les seves pròpies lleis i mesures per a produir-lo, importar-lo, exportar-lo, distribuir-lo i usar-lo.

El seu ús habitual a Àfrica no va acompanyat de la prescripció mèdica, sinó que s'aconsegueix sobretot en el mercat negre gràcies a una legislació i una execució legal poc estricta. Moltes vegades la substància en qüestió no és la molècula originària fabricada per les empreses farmacèutiques, sinó que procedeix de l'Índia o la Xina, on es produeixen pastilles sense llicència o directament **falsificacions**.

Dades d'interès

Segons l'Informe mundial sobre drogues de 2018 de l'Oficina de les Nacions Unides contra la Drogues i el Crim, l'Àfrica del nord, central i occidental representa el 87 % de les confiscacions d'opioides farmacològics del món, fet que obeeix gairebé íntegrament al tràfic de tramadol.

Venda del tramadol

En la major part de països africans es ven teòricament sempre amb prescripció mèdica, però és senzill aconseguir-lo en el mercat alternatiu, i algunes farmàcies fins i tot el dispensen sense recepta.

No preocupen únicament els seus efectes directes sobre la població, sinó que el seu tràfic és controlat en part per **grups terroristes**, que no solament el distribueixen, sinó que l'usen per a les seves accions, i per aquest motiu es coneix com la «píndola dels gihadistes».

El tramadol és vist en les comunitats africanes com un fàrmac, la qual cosa permet que s'escapi de l'estigma de droga que altres substàncies com la cocaïna i el cànnabis sí que tenen. La permeabilitat de les fronteres, la corrupció i la lliure circulació de persones afavoreixen el desenvolupament d'aquest mercat il·legal. Al costat d'això, el baix nombre de metges dels països africans i la falta d'un sistema de sanitat universal desenvolupat fan que l'accés legal al tramadol sigui difícil, la qual cosa empeny a adquirir-lo en el mercat negre. D'altra banda, els símptomes d'abstinència són importants, però amb prou feines hi ha dispositius en aquests països per a ajudar en la desintoxicació i deshabitució. Són necessàries mesures tant internacionals com locals per a aconseguir l'erradicació del seu ús il·legal, sense perdre de vista que el problema del tramadol no és sinó un exemple d'un altre problema més greu: es calcula que prop del 30 % dels fàrmacs emprats en el continent africà són **falsificacions** (Salm-Reifferscheidt, 2018).

1.3. Factors actuals de consum

Hi ha una gran diversitat de factors al·ludits com a causa d'aquest fenomen d'impacte social. La història d'aquests últims segles, caracteritzada pel pas d'una societat agrària a una altra de caràcter industrial, ha comportat un procés d'urbanització que ha implicat una greu crisi de valors morals tradicionals. Aquest fet ha comportat un canvi en l'estructura social i familiar que ha generat inestabilitat en el seu nucli, fomentada en gran manera per la falta de comunicació interpersonal, i que ha afavorit l'individualisme .

En els últims anys s'han produït una sèrie de transformacions econòmiques que han comportat l'entrada precipitada en una **societat de consum** de la qual és difícil defensar-se. Com a negoci, la droga ha viscut també l'auge que li correspon en aquesta societat de consum (Madoz-Gúrpide, 2002). Cal recordar, en aquest sentit, el paper que determinats sectors de la indústria farmacèutica han tingut en les últimes grans epidèmies d'opiacis.

Hi ha també altres factors que agreugen el problema, com l'atur juvenil, el desencantament polític, la propaganda, la facilitat d'accés i la disponibilitat d'algunes drogues. Tots aquests fets, concomitants amb corrents culturals que, especialment a l'inici dels anys seixanta del passat segle, van vincular el consum de droga amb la llibertat, van actuar com a causants de l'augment del consum. En les dècades posteriors, el consum de les drogues anomenades il·legals va experimentar un increment tal que va passar a convertir-se en una xacra social fins llavors desconeguda en la seva amplitud i gravetat.

Reflexió

Fins a on s'estendrà aquesta epidèmia en altres països de l'entorn occidental? Espanya no sembla estar allunyada del risc, si bé l'ús d'opiacis amb recepta mèdica té un millor control que als Estats Units, i les estratègies no repressives de lluita contra les drogues tenen una àmplia implantació.

Considerades com un factor més afavoridor del consum, les **motivacions individuals** són molt variades i complexes: la cerca d'experiències plaents o in-sòlites, la curiositat, l'emoció i el risc que comporta consumir una droga, el desig d'escapar de problemes personals o socials, l'ànima d'autoconeixement i comunicació o evasió, el mimetisme induït per les relacions d'amistat o convivència, la protesta o rebel·lia –la il·legalitat de la droga, el «prohibició», pot ser un atractiu per si mateix–, la cerca d'espiritualitat, la falta de metes de vida atractives envers les quals orientar el desenvolupament personal, etc.

Fins i tot, un canvi en la vida que impliqui estrès pot crear situacions que impulsin l'individu cap a un rol nou més exigent amb si mateix que desencadeni el consum de drogues. Recerques neuropsicològiques recents han demostrat que hi ha almenys tres factors o desencadenants que poden afavorir el consum de substàncies (Kalivas i Volkow, 2005). A més, cadascun d'aquests factors té la seva pròpia via d'acció cerebral. Es tracta de l'estrès, del consum de la pròpia substància com a tal i de la presència de factors condicionats.

Encara que no és un factor únic, un ambient alterat durant la infància –rebuig, maltractaments, discussions i violència entre els pares– pot influir negativament en la formació del drogoaddicte. El paper de l'escola i de l'educació en general també ha de ser analitzat. La indiferència i apatia generades pel fracàs escolar, en una societat en la qual l'èxit és imprescindible, porta l'adolescent a inserir-se en altres grups desplaçats i marginats.

Des de l'àmbit de l'epidemiologia **psiquiàtrica**, Lenn Murrelle (1999) adverteix adequadament de la consideració actual de l'abús de substàncies com una realitat en la qual la genètica i l'ambient influeixen, de manera que, en definitiva, l'addicció és considerada com el resultat final d'una xarxa complexa de factors genètics que interactuen amb la família i l'ambient social al llarg de la infància i l'adolescència del subjecte, que l'involucren en un ambient de marginalitat en el qual tenen cabuda la delinqüència i el consum. Sorgeix així una conducta desviada socialment en subjectes amb desenvolupament personal i psicològic obstaculitzat, amb dèficits crònics en habilitats socials i/o educatives, i amb greus alteracions emocionals i cognitives (la prevalença de comorbiditat psiquiàtrica és alta en aquesta població) (Fernández i Llorente, 1996).

Així, i a manera d'exemple, s'indica que l'associació amb pares delinqüents, la falta de cohesió familiar, el consum de substàncies per part de germans i/o pares, la conflictivitat familiar, la criminalitat i disposició de drogues en el veïnat... són alguns dels factors ambientals associats al risc d'abús de substàncies. Això també ha estat corroborat per estudis en el nostre mitjà (Arias i altres, 1996; Ochoa i altres, 1999).

Des d'un punt de vista macro, no es pot oblidar, a l'hora d'enumerar factors explicatius del consum, el fenomen de la **globalització** que s'està vivint en els últims lustres. Juntament amb això, el poder del crim organitzat i la variació de les rutes de tràfic són eines bàsiques per a aquesta expansió global.

Amb una anàlisi crítica de l'evolució de les polítiques nacionals i internacionals per a afrontar la qüestió de les drogues, es pot dir que avui dia les polítiques repressives es consideren fracassades. La desigualtat social i la pobresa continuen essent importants en una bona part del món, i són el brou de cultiu principal per a la implantació de càrtels de les drogues i per a l'extensió del consum. Això i altres factors macrosocials i microsocals continuen accelerant l'extensió del problema de les drogues.

2. Criminologia i drogodependència

La Criminologia té com a objectes no solament el delictes i la desviació social sinó també la delinqüència, el control i la resposta social a la delinqüència, i la conducta perillosa individual i social, a més de la seva anàlisi i l'estudi de la seva causalitat.

En aquest sentit, és fàcil comprendre que les drogues són una de les àrees que impliquen més genuïnament la Criminologia. És cert que la relació entre consum de substàncies i delictes és un fet inqüestionable. Però no convé generalitzar: ni tots els addictes delinqueixen, ni molt menys tots els qui delinqueixen –ni tan sols en delictes relacionats amb drogues– són consumidors de substàncies.

2.1. Limitacions metodològiques dels estudis sobre el tema

Hi ha moltes dificultats metodològiques i conceptuals (EMCDDA, 2007; Bennett i altres, 2008) que dificulten aclarir en profunditat el binomi toxicomania-delinqüència (Herrero, 1997). Falta unanimitat a l'hora de definir les variables que cal estudiar, entre les quals hi ha el concepte de *delinqüència* relacionat amb droga (variabilitat dels termes a estudiar). A més, la major part dels estudis provenen de països del món anglosaxó i se centren a estudiar poblacions a la presó o detingudes, o usuaris de drogues en tractament, la qual cosa dificulta l'extrapolació de les conclusions i l'extracció de dades consistents.

D'altra banda, l'origen espacial de les dades comporta importants variacions de resultats, ja que el perfil de consum i consumidor difereix entre entorns culturals.

Com en altres àrees de la Criminologia, les dades conegudes són una part petita de la xifra real. Així, s'entén per **xifra negra** els delictes comesos dels quals la justícia no ha tingut coneixement i no ha pogut trobar responsable de la comissió. És la diferència entre **la xifra real de delictes** i **la xifra de delictes coneguts**. La xifra negra relacionada amb la drogodependència es pressuposa elevada i varia, a més, en funció del tipus de delictes del qual parlem.

EMCDDA

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (Observatori Europeu de la Droga i les Toxicomanies).

Altres problemes metodològics importants tenen a veure amb l'heterogeneïtat de les mostres (diferències d'edat, variables socioeconòmiques, entorn cultural, etc.) i amb la qualitat dels mètodes de recerca, variables entre uns estudis i

altres. D'altra banda, hi ha pocs estudis que se centrin en substàncies concretes i tipus de delictes específics. A més, és freqüent usar diverses substàncies o policonsum, la qual cosa dificulta esclarir l'efecte de cadascuna i comparar els resultats dels estudis.

Al costat de tot això, cal destacar la renovació i variació constants en el tipus de substància consumida (drogues emergents, cicles de consum de substàncies, etc.). Una causa més de limitació metodològica podria ser l'existència de variacions en la manera en què els autors pesen i resumeixen els resultats (Bennett i altres, 2008).

2.2. Impacte de les drogues en les xifres de delinqüència

És difícil calibrar l'impacte exacte de les drogues en la delinqüència. Les xifres que ofereixen les diferents institucions nacionals i internacionals solament permeten fer una estimació aproximada a la delinqüència relacionada amb les drogodependències (EMCDDA, 2007).

Metodològicament parlant, hi ha problemes clars a l'hora de recollir i interpretar les xifres:

- No tots els països manegen les mateixes variables de mesura, ni la legislació és la mateixa entre ells.
- No és el mateix ser un país productor de substàncies que ser un país consumidor.
- No tots els països parteixen del mateix desenvolupament social ni la mateixa situació econòmica.

En qualsevol cas, és evident que la relació entre drogues i delinqüència és molt important i afecta les estadístiques de diferents tipus de delictes.

A manera d'exemple, al nostre país es calcula que prop del 71 % dels presos ha consumit substàncies il·legals alguna vegada en la seva vida, el 54 % ho va fer en l'últim any abans d'ingressar a la presó, el 49 % en l'últim mes en llibertat, i el 21 % continuen fent-ho encara a la presó (Delegació del Govern per al Pla Nacional sobre Drogues, 2016; Zabala-Baños i altres, 2016).

Altres fonts fins i tot donen estadístiques més alarmants. Segons la Memòria de 2017 de la Secretaria General d'Institucions Penitenciàries (amb dades del 2016), el 76 % dels reclusos consumien drogues al mes anterior al seu ingrés. El 40,1 % d'ells consumien altres drogues diferents de l'heroïna i la cocaïna (principalment alcohol i cànnabis). El 35,9 % emprava com a substàncies principals la cocaïna i/o l'heroïna.

D'altra banda, estudis en països europeus amb sistema de monitoratge destaquen que fins a prop del 60 % dels subjectes a la presó han consumit alguna vegada substàncies il·legals, i el 10 % d'ells consumeixen habitualment durant la seva estada (Montanari i altres, 2017). Estudis internacionals multicèntrics obtenen conclusions similars, amb prevalença de consum d'alcohol i altres substàncies elevades (Fazel i altres, 2017).

Segons informacions del Ministeri de l'Interior⁴ (2018), de la Secretària General d'Institucions Penitenciàries (2018) i de la Fiscalia General⁵ (2018), en les seves memòries sobre dades de l'any 2017 (Observatori Español de les Drogues i les Addiccions, 2018) (taula 1) refereixen:

- Quant als delictes de tràfic de substàncies, s'han produït un total de 20.422 detencions (el 58 % relacionades amb cannàbics, el 28,3 % amb cocaïna, el 6 % amb opiàcics i el 6 % amb estimulants com les amfetamines). El perfil general dels detinguts per tràfic de drogues és el d'un home (86 %) espanyol (64,25 %). L'interval d'edats dels detinguts és molt ampli, des dels 13 fins als 82 anys, però predominen els que tenen entre 31 i 40 anys. Quant a les infraccions a la Llei orgànica 1/1992 de Seguretat Ciutadana, hi ha 376.271 denúncies (el 83 % per possessió o consum de cannàbics). El perfil tipus és el d'un home (94,0 %) espanyol (83 %) d'entre 19 i 25 anys.
- Quant al nombre total de decomisos, en 2017 s'han decomissat 400.000 quilograms, sumant cocaïna, heroïna, haixix i marihuana.
- Aquest mateix any la Fiscalia Especial Antidroga ha incoat 16.436 procediments per tràfic de drogues (sense discriminar entre tràfic comès per organitzacions criminals i la simple venda al detall).
- Si ens centrem en subjectes que són a la presó per aplicació del Codi Penal, a la fi del 2018 19.306 persones compleixen condemna per delictes «contra el patrimoni i l'ordre socioeconòmic» i 8.884 per delictes «contra la salut pública». Un total de 1.239 subjectes estan condemnats per delictes «contra la seguretat del tràfic». Aquests tipus de delictes són els que es relacionen més freqüentment amb el consum de substàncies, encara que cal advertir que no tots els referits estan relacionats necessàriament amb drogues, sobretot els delictes contra el patrimoni i l'ordre socioeconòmic i els delictes contra la seguretat del tràfic.

⁽⁴⁾<http://www.interior.gob.es/fi-le/53/53112/53112.pdf>.

⁽⁵⁾http://www.fiscal.es/cs/satellite?c=page&cid=1242052134611&language=és&pagename=PFiscal/Page/FGE_memòries&selAnio=2011.

Taula 1. Quantitat de droga decomissada a Espanya en 2017

Substància	Unitat de mesura	Quantitat
Heroïna	Quilograms	524
Cocaïna	Quilograms	40.960
Haixix	Quilograms	334.919
Plantes de cànnabis	Nombre	1.124.674
MDMA	Pastilles	348.220
Amfetamina (<i>speed</i>)	Pastilles	198

2.3. Teories sobre la relació droga-delinquència

La relació entre droga i delinquència no és senzilla ni explicable fàcilment (Nurco, 1987; Deitch i altres, 2000; Esbec i Echeburúa, 2016; Riordan, 2017). Cal començar recordant que cap droga no és criminògena per si mateixa. Moltes persones consumeixen substàncies i no delinqueixen, i moltes persones delinqueixen però no han consumit substàncies. En realitat, la criminalitat respon a diferents variables, si bé és cert que en subjectes especialment vulnerables determinades substàncies incrementen el risc de cometre delictes.

Clàssicament, s'han defensat tres posicions principals:

- Que la drogodependència empenyi el subjecte a delinquir.
- Que la delinquència antecedeixi i provoqui el consum de substàncies.
- Que no hi hagi entre ambdues cap relació causal i que siguin realitats que comparteixen una sèrie de factors comuns (que droga i delinquència concorren simultàniament i, el que és probablement més complex i més correcte, que drogues i delictes són intervinguts per tota una altra sèrie de variables i comparteixen un estil de vida desviat).

Una quarta posició, en redundància amb les dues primeres, és que una de les conductes provoqui l'inici de l'altra, que al seu torn realimenti la primera (Neuman, 1984; Herrero, 1997; Riordan, 2017).

Si sabem alguna cosa avui dia és que probablement cap d'aquestes posicions no és enterament certa ni cap descartable plenament. Dependrà de cada subjecte que una o altra sigui més encertada. Fins i tot per a un mateix subjecte, aquesta relació droga-delinquència és **variable en el temps**, i la teoria explicativa que avui no és vàlida demà sí pot ser-ho.

També sembla clar que, més enllà de la iniciació, és més probable que la presència de drogues causi una carrera delictiva més intensa i perllongada que al revés. Això té la seva lògica, ja que el consum fa que el subjecte entri en contacte amb traficants i delinqüents que es mouen entorn de les drogues, i d'aquesta manera es vegi implicat en els delictes.

2.3.1. Hipòtesi primera: la droga genera delinqüència

Respecte a la hipòtesi que la droga genera delinqüència, César Herrero Herrero (1997) afirma el següent:

«Aquesta hipòtesi no pot ser afirmada amb generalitat d'acord amb la gran varietat de treballs existents. Tot depèn del tipus de substància a la qual s'és addicte i de la població estudiada.»

Així, dir que totes les substàncies incloses en el concepte de droga són desencadenants en el desenvolupament d'una carrera delictiva seria una observació poc precisa. D'altra banda, una gran part dels autors, especialment en l'àmbit de la doctrina penalista, sostenen la tesi que entre ambdues variables o fenòmens hi ha una relació de causalitat en el sentit que la droga, el seu consum o dependència porten gairebé de manera necessària a la comissió de fets delictius. Les persones drogodependents es veurien obligades a recórrer a l'activitat delictiva per a sufragar-ne el consum (Nurco i altres, 1985a). A més, la criminalització de la venda de drogues obliga el toxicòman a moure's en un ambient de marginació i delinqüència, la qual cosa facilita el pas a l'acte delictiu. Finalment, les drogues tenen uns efectes farmacològics i psicològics que provoquen l'alliberament d'impulsos i la disminució de l'autocontrol, la qual cosa facilita la comissió de fets delictius.

Hi ha posicions d'altres autors que també recorden el paper de la **síndrome d'abstinència** com a reforç negatiu que indueix un impuls irrefrenable a cometre delictes.

La veritat és que la posició dominant és la que sosté que la relació entre la intoxicació per drogues i els actes delictius no és tan directa com de vegades s'afirma. Així, Neuman (1984) adverteix que el contacte amb les drogues contribueix a crear o destacar desordres de conducta i degradació creixent de la personalitat. Però d'aquí no se segueix que les drogues i els seus efectes químics facin de la persona un delinqüent. El que es pot admetre és la possibilitat que, sota la tirania de la drogodependència, el subjecte toxicòman acudeixi al delicte com a recurs desesperat, però difícilment arribarà a suportar-se la teoria que la carrera criminal s'instal·la des de l'addicció.

Un psicòpata o una persona asocial podrà desenvolupar l'agressivitat amb la droga, però ja constitueix un perill sense ella.

2.3.2. Hipòtesi segona: la delinqüència comporta drogodependència

En el plantejament d'aquesta hipòtesi hi ha un major suport empíric amb motiu dels resultats obtinguts en molts estudis fets dins i fora d'Espanya. Sense establir necessàriament una relació de causalitat de la delinqüència com a generadora del consum de drogues, alguns autors han formulat la hipòtesi que la delinqüència com a forma de vida porta al consum de drogues il·legals.

Malgrat considerar que el mecanisme d'influència pot ser complex, s'apunta al fet que molts toxicòmans provenen de la subcultura delictiva. D'aquesta manera, acceptem que podrien tenir un major contacte amb subjectes consumidors. Els diners que provenen d'aquestes activitats i el reclutament de consumidors per part de traficants faciliten en gran manera aquesta iniciació. No obstant això, la pràctica totalitat dels estudis no es van fer en termes de determinar si una variable causa l'altra, sinó més aviat quina ocorre primer.

La conclusió reflecteix clarament que la relació de causalitat entre les conductes delictives i el consum de drogues és complexa i diferent segons els subjectes. No obstant això, no és menys cert que una part considerable de delinqüents són abans delinqüents que drogoaddictes (Herrero, 1997).

2.3.3. Tercera hipòtesi: la relació entre drogoaddicció i delinqüència deriva de la incidència de factors comuns

Aquesta tercera hipòtesi és una alternativa a les hipòtesis anteriors i en l'actualitat és la més acceptada i compartida, tal com demostren els estudis fets a aquest efecte (Rodríguez i altres, 1997; Bennett i altres, 2008; Szalavitz i Rigg, 2017).

Així, els investigadors creuen que hi ha una correlació entre els factors que porten al consum de drogues i a la vida antisocial. En general, s'afirma que quan l'escola i la família fracassen en la transmissió d'actituds, normes i hàbits concordants amb les expectatives de la comunitat, l'adolescent immers en grups o ambients marginals aprèn la subcultura d'aquests, on el consum de substàncies i els actes delictius són freqüents.

Es destaca en gran manera la influència que exerceix la colla en l'adolescent respecte a la utilització de substàncies. En aquesta consideració hi ha com a denominador comú una llar trencada, la relació familiar anòmala, sia per una tècnica educativa extrema o bé massa permissiva, per la pèrdua d'un dels pares o per la falta de comunicació.

Quant a les **variables individuals**, es remarca l'al·lusió freqüent a una personalitat amb trets que predisposen al consum de drogues. També s'al·ludeix al dèficit significatiu en el funcionament cognitiu entre heroïnòmans i delinqüents, com per exemple rigidesa cognitiva, falta de previsió de conseqüències

a llarg termini, escasses habilitats per a solucionar problemes interpersonals, immaduresa afectiva, egocentrisme o falta d'empatia, dèficit d'autocontrol, habilitat per a mentir i baixa autoestima.

2.3.4. Una revisió ampliada: la proposta de Bennet i Holloway

Bennett i Holloway, en el seu text *Drug-crime connection* (2007), amplien a cinc les possibles teories:

1) L'ús de drogues genera delinqüència. Assenyalen dues possibles teories: l'econòmica, segons la qual el subjecte delinqueix per finançar la seva addicció, i la teoria psicofarmacològica, que explica que la droga fa que empitjori la capacitat de judici del subjecte i això provoca delictes.

2) La delinqüència porta al consum de drogues.

3) En el **model recíproc** el consum de substàncies provoca de vegades delictes i aquests porten a usar substàncies –es presumeix, per tant, que la relació droga-delinqüència és bidireccional i ambdues es reforcen mútuament.

4) En el **model comú** ni la droga causa delinqüència ni la delinqüència causa drogoaddicció, sinó que ambdues estan provocades per una tercera variable comuna (connexió causal indirecta). Hi ha alguna variable intermèdia (biològica, sociològica, etc.) que provoca tots dos problemes, l'addicció i el delictes –per exemple, que el subjecte pateix una baixa capacitat d'autocontrol, la qual cosa el portaria a consumir substàncies, d'una banda, i a tendir a la delinqüència, de l'altra.

5) En el **model de coincidència o de connexió no causal**, model espuri, el consum de substàncies i la delinqüència no es connecten causalment, sinó que comparteixen un conjunt de variables i conductes problemàtiques comunes. En aquesta línia, es parla d'un estil de vida o d'una sèrie de dificultats socioeconòmiques i educacionals, o d'unes circumstàncies psicosocials que contribuirien a la disposició tant a la delinqüència com al consum de substàncies –per exemple, estil de vida marginal o pertinença a una subcultura socialment desviada. A diferència del model comú, aquí no parlariem d'un factor comú causal sinó d'una sèrie de circumstàncies comunes no causals (Bennett i altres, 2008).

En realitat, aquestes cinc hipòtesis de Bennett i Holloway coincideixen amb les tres teories principals explicades abans. Les dues primeres teories de Bennett coincideixen amb les assenyalades prèviament. La tercera teoria de Bennett, anomenada recíproca, no és sinó una revisió de les dues primeres hipòtesis generals, i la quarta i cinquena hipòtesis de Bennett es podrien entendre com a versions de la tercera hipòtesi principal.

2.4. Relació entre determinades substàncies i delictes concrets

Bennett i altres (2008) van analitzar la relació entre droga i delinqüència en les principals substàncies il·legals per separat en l'àmbit anglosaxó. En l'heroïna van trobar una relació molt significativa amb la delinqüència (de 3 a 3,5 vegades més risc de cometre delictes). En la cocaïna en forma de crac també van trobar una relació significativa (6 vegades més risc de delinquir que qui no consumeix). I també en la cocaïna en pols, que augmenta el risc de cometre delictes (l'incrementa 2,5 vegades). El cànnabis i les drogues de síntesis comporten, així mateix, un major risc de cometre delictes, igual que les amfetamines, encara que amb menor risc que les altres substàncies esmentades.

Al seu torn, el tipus específic de delicte també es relaciona amb la substància. La comissió de furt és de 4 a 6 vegades major entre els qui usen heroïna, crac i cocaïna, que entre els qui no consumeixen. També la prostitució és més probable entre els qui consumeixen aquestes substàncies, i també el robatori en domicilis i el robatori amb intimidació (Bennett i altres, 2008). Guimarães i altres (2017) van relacionar, en un entorn cultural diferent (Brasil), el tràfic de substància amb la marihuana; l'homicidi amb l'ús de cocaïna i marihuana; i el furt amb l'ús de crac.

De manera una mica més específica, el consum d'alcohol es relaciona amb la violència interpersonal, accidents (entre ells els de trànsit), l'homicidi, agressions sexuals i la violència de gènere. En general, el consum d'heroïna s'ha relacionat amb furts, però rares vegades amb actes violents. El consum de cànnabis tampoc no es relaciona amb delictes violents excepte si provoca un episodi psicòtic. Les benzodiazepines comporten un risc d'actes violents sobretot en combinació amb alcohol. La cocaïna s'associa a comportaments violents, a robatoris i a prostitució. Molt freqüentment, el consumidor de cocaïna també abusa de l'alcohol, la qual cosa en potencia els efectes (Bennett i altres, 2008; Esbec i Echeburúa, 2016).

En població estudiantil universitària, el consum d'alcohol es relaciona amb delictes contra la seguretat viària (conduir sota els efectes de la substància), i amb delictes de violència, baralles i vandalisme (Bennett i Holloway, 2018). El cànnabis és la substància estudiada que va tenir menys relació amb delictes. La mefedrona és d'ús freqüent i es relaciona sobretot amb baralles, agressions, violència, robatoris... Això mateix passa amb altres psicoestimulants d'ús freqüent en aquesta població, com amfetamines i LSD, ketamina, cocaïna... Els tranquil·litzants estan relacionats especialment amb la venda al detall de substàncies.

Tant en homicides com en les seves víctimes, s'ha vist la implicació de diferents drogues. L'alcohol és la substància més freqüentment relacionada amb l'homicidi, seguit de la cocaïna i altres psicoestimulants. També és freqüent la

relació entre cànnabis i homicidi, tant en víctima com en homicida (Darke, 2010). Al contrari, els opiàcis, com que són substàncies sedants, no solen estar relacionats amb homicidis.

2.5. Criminologia i enfocament biopsicosocial de la drogodependència: variables relacionades

Probablement, de les tres grans teories o orientacions, la tercera és la més aplicable a la realitat. S'han descrit una sèrie de circumstàncies personals, biològiques, socials, culturals... que són comunes a ambdues condicions (drogodependència i delinqüència) i mitjançant les quals interactuen, i que condicionen no solament l'inici de la relació entre delinqüència i drogues, sinó també, i sobretot, el conjunt de la carrera delictiva i de dependència de substàncies.

L'enfocament actual de la drogodependència, anomenat biopsicosocial, inclou factors psicològics i biològics com a condicionants no solament del consum de substàncies sinó també del risc de cometre delictes.

Se sap que hi ha una certa **vulnerabilitat biològica** a la dependència que fa que determinats subjectes siguin més propensos a desenvolupar una addicció. Igualment, hi ha trets de personalitat i de desenvolupament personal que fan més factible aquest problema, de la mateixa manera que condicionen la carrera delictiva. Entre ells se cita el gènere, els trets de personalitat impulsius, la cerca de sensacions, els trets de personalitat dependents i immadurs... (Petherick i altres, 2010).

Al costat d'aquestes variables, val la pena detenir-se en les de contingut més social o cultural que exerceixen un pes important. De l'estudi de les repercussions de la delinqüència relacionada amb drogues en la comunitat local (àmbit microsocial) es poden extreure conclusions interessants sobre factors socials que condicionen la relació entre droga i delinqüència (JIFE, 2004; Epstein i altres, 2007; Ryan i altres, 2010; García-Moya i altres, 2017; Cruz i altres, 2018). Encara que està relacionada amb la delinqüència en l'àmbit macrosocial –tràfic de substàncies per organitzacions criminals internacionals–, la delinqüència en l'àmbit microsocial manté algunes diferències importants que convé considerar:

- La violència relacionada amb drogues com a característica d'un entorn comunitari o localitat concrets és un fet particularment present en països com Brasil, Colòmbia, Mèxic i altres de l'àrea centreamericana (càrtels, bandes...) (JIFE, 2003), on el percentatge de delictes comesos per consumidors i el percentatge de consumidors que delinqueix és excepcionalment elevat.

JIFE

Junta Internacional de Fiscalització d'Estupefaents (International Narcotics Control Board, INCB).

CIPC

Centre Internacional per a la Prevenció de la Criminalitat.

- En els entorns locals en els quals les drogues i la delinqüència estan presents, aquestes comunitats viuen sota l'amenaça constant de la violència i dels delictes (JIFE, 2004).
- En aquest entorn particular es poden estudiar de manera clara les repercussions de les variables socials i culturals (i no solament les de caràcter biològic i psicològic): les desigualtats socials, la marginació social, les taxes de desocupació i la falta d'alternatives econòmiques, la inseguretat social, els efectes aïllats de programes repressius policials, el paper de la cultura i la subcultura... (CIPC, 2010).
- El paper dels pares –com a modeladors de l'educació i supervisors del consum– i el de les parelles són essencials entre els factors microsocials (Ryan i altres, 2010; Yap i altres, 2017).

És important entendre que la relació entre consum de substàncies, delinqüència i variables microsocials no és unidireccional, sinó que tots interactuen entre ells reforçant-se i perpetuant-se. Així, l'ús indegut de drogues en comunitats locals de major o menor grandària, on s'ha fet gairebé endèmic, provoca una sèrie de problemes socials com la violència, la corrupció, la desocupació, dèficits de salut individual i pública, baixos nivells educatius... la qual cosa, al seu torn, empeny els seus membres a estils de vida marginal i cap a la delinqüència organitzada.

La Junta Internacional de Fiscalització d'Estupefaents (2011) apunta una sèrie d'amenaçes a la cohesió social que facilitarien l'aparició de comunitats on es pot implantar el consum de substàncies com quelcom endèmic. D'una banda, assenyala que societats on persisteix la desigualtat social, que han patit un procés migratori important, que veuen que els seus valors socials varien cap a l'individualisme i el consumisme, o on apareixen noves cultures de l'excés, són més propenses a viure l'epidèmia de la drogoaddicció. Passa el mateix en microsocietats on la urbanització ha estat ràpida o que han viscut conflictes importants o on hi ha hagut canvis econòmics i polítics bruscos.

Una comunitat que basi la seva economia local en el negoci de les drogues és més fàcil que perpetui aquest model, i encara més si no practica el respecte a la llei. Tots aquests factors microsocials incideixen a afavorir comunitats locals on el consum de substàncies és molt present.

En general, s'accepta que poblacions marginals amb altes taxes d'atur i amb privacions són un brou de cultiu per a la implantació de bandes de tràfic de drogues violentes. No obstant això, altres factors com l'existència de subsidis de prestació per desocupació, programes de suport socials, alternatives legals per a guanyar diners, implantació d'ONG i d'associacions veïnals... poden contrarestar aquesta tendència a l'increment de la violència per drogues. Passa el

mateix si la repressió policial i penal s'acompanya d'alternatives de tractament i rehabilitació –està estudiat que mesures exclusivament repressores, lluny de millorar, empitjoren les taxes de conductes violentes– (EMCDDA, 2007).

Hi ha la percepció errònia que la producció de substàncies il·lícites ajuda poblacions o països subdesenvolupats o en vies de desenvolupament a millorar les seves perspectives econòmiques. Segons la Junta Internacional de Fiscalització d'Estupefaents (2002), i contràriament al que es pot pensar, el cultiu de substàncies il·legals no solament no implica beneficis a llarg termini als països productors, sinó que els condemna a una major depauperació, habitualment acompanyada de la desestabilització política, econòmica i social, i d'un increment important de la violència. La major part dels guanys del tràfic il·legal de substàncies acaba repercutint sobretot en els països desenvolupats on es consumeixen, i són pocs els qui a curt termini (en general no a llarg termini) se'n beneficien als països productors.

D'aquestes estimacions s'han obtingut una sèrie de variables que condicionen la relació entre delinqüència i drogues:

- Entorn: desigualtats socials, situació socioeconòmica, desocupació...
- Familiars: desestructuració del nucli familiar, separació precoç, absència de figura paterna, violència a la llar...
- Tendències socials: cap a pares delinqüents, permissivitat de l'entorn per al consum i la violència...
- Factors personals: pertinença a una minoria, abandonament i fracàs escolar...
- Factors psicopatològics: antecedents de conductes dissocials, trets psicopàtics, trastorns del control d'impulsos...
- Antecedents de consum: iniciació precoç, venda de drogues...
- Antecedents familiars: d'alcoholisme i consum de substàncies, psicopatia en els pares...
- Disponibilitat de substàncies i armes

Les variables assenyalades es relacionen no solament amb l'inici de la drogodependència i la delinqüència sinó també amb el seu manteniment. Aquest perfil de subjectes tendeix a pertànyer a xarxes socials que potencien i reforcen el desenvolupament de models de conducta desviats.

Cal destacar, d'altra banda, que en molts casos les conductes delictives i el mateix procés de consum de substàncies reverteixen per si mateixes. Aquells subjectes amb major vulnerabilitat biològica, psicològica i sobretot social són els que perpetuen les conductes desviades i arriben a desenvolupar tant una addicció com conductes delictives.

Distribució dels guanys del tràfic de drogues

S'estima que els agricultors reben solament l'1 % del volum del comerç mundial de drogues il·lícites. El 99 % del valor afegit de les substàncies es genera en el tràfic nacional i internacional.

2.6. Tipus de delictes relacionats amb drogues

Des del punt de vista del delicte i de la Criminologia (Herrero, 1997; EMCD-DA, 2007), el terme *delinqüència relacionada amb la droga* es refereix almenys a quatre grans tipus de delictes:

- **Delictes induïts pel consum de substàncies.** Són els comesos pel subjecte sota els efectes de substàncies. Són relativament poc freqüents. Es donen en subjectes consumidors, sobretot d'alcohol (en segon lloc en consumidors de cocaïna i en tercer en consumidors d'altres psicoestimulants). Són molt menys freqüents amb drogues com l'heroïna, excepte en casos d'abstinència greus, o el cànnabis, que actua com a sedant. El mecanisme últim és l'increment de l'agressivitat i la desinhibició conductual que la substància provoca en l'organisme. En alguns subjectes, a més, es produeix de manera específica un quadre psicopatològic greu –per exemple, un brot psicòtic en el qual el subjecte creu que algú el segueix i l'observa per danyar-lo–, que provoca una reacció agressiva.
- **Delictes funcionals o amb finalitats econòmiques.** Són els que comet el subjecte per finançar-se el consum de substàncies. Són propis de subjectes que busquen compulsivament la substància. En general, són petits delictes no violents, com robatoris amb intimidació, subtraccions d'objectes, exercici de la prostitució –que la legislació del país considera delicte–, petita venda al detall i tripijocs... Les víctimes són sovint amics o familiars. Són els delictes que es redueixen més amb programes de tractament adequats, i la seva reducció constitueix un mesurador d'èxit d'aquests programes.
- **Delictes sistèmics.** Són aquells relacionats amb el tràfic de substàncies en els mercats il·legals, comesos raras vegades per subjectes dependents. Aquí s'inclouen assassinats entre traficants, blanqueig de diners i altres tipus de delinqüència econòmica o de relació amb altres tràfics il·legals (armes, prostitució...). Aquí la violència té un paper d'intimidació per al cobrament de deutes, control de territoris o enfrontament entre bandes. Aquí també s'inclouen, en països amb poc respecte pels drets humans, la connivència amb el Govern per a finançar guerres, la corrupció, etc. En aquestes situacions no queda clara la relació entre drogues i delicte sistèmic. Molt probablement, les drogues solament formen part d'estratègies més àmplies i de mercats il·legals d'un altre tipus de béns.
- **Delictes contra la legislació sobre drogues.** Inclouen el consum en llocs públics, la possessió il·legal de substàncies, la petita producció i importació, el blanqueig de capitals... També se solen incloure en aquest apartat la majoria dels delictes relacionats amb la conducció sota els efectes de l'alcohol i de drogues. Són els més nombrosos i comporten la dedicació d'una bona part dels recursos policials i judicials. No es tracta de delictes per les característiques intrínseques de les substàncies, sinó perquè estan legisllats així en el codi legal. Amb les últimes reformes de la legislació a

Espanya, una part d'aquesta casuística ja escapa de la consideració de delictes i passa a considerar-se un tema administratiu.

Els tres primers tipus de delictes, violents, constitueixen el que Goldstein (1985) va denominar **marc conceptual tripartit** per explicar la relació entre droga i delinqüència, i és el model més acceptat en l'actualitat (JIFE, 2004; Valenzuela i Larroulet, 2010).

2.7. Criminologia i perillositat

El subjecte dependent, en tant que pot ser autor probable d'un delictes, pot ser considerat un subjecte perillós. De l'estudi de la **perillositat**⁶ també se n'ocupa la Criminologia. L'alcohol és la droga relacionada més freqüentment amb delictes violents, i és un factor de risc de reincidència. La cocaïna es relaciona preferentment amb delictes menors per a finançar l'addicció, igual que l'heroïna (Nurco i altres, 1985b).

2.8. Risc de victimització en poblacions consumidores

Un altre dels aspectes de la drogodependència que afecta la Criminologia és el major risc de **victimització** que acompanya l'ús de substàncies. Aquest risc no se circumscriu a persones víctimes de delictes comesos per subjectes consumidors, sinó que s'ha comprovat que aquests mateixos tenen un major risc de victimització. Segons Vaughn i col·laboradors (2010), hi ha un perfil de subjecte consumidor amb un alt risc de ser victimitzat. Es tracta de persones desfavorides econòmicament, sense parella estable, que viuen en àrees urbanes, amb antecedents familiars de conducta antisocial i antecedents personals de consum de substàncies i de malaltia mental.

Entre els usuaris de drogues, les dones tenen un risc especial de convertir-se en víctimes (Chait i Zulaica, 2005). No hi ha un únic perfil de víctima ni una única explicació possible per a aquest risc.

S'apunta que les consumidores d'heroïna o altres opiacis que tenen una deterioració social i sanitària greu estan més exposades tant al maltractament com a un altre tipus de victimització per la consecució de la substància (prostitució, abusos...). Les dones consumidores d'alcohol pateixen el maltractament físic amb més freqüència. Les que consumeixen, a més, cocaïna es mostren inestables, irritables, agressives, amb alts i baixos emocionals, i són propenses a patir maltractament físic i a veure's involucrades en relacions en les quals la violència és recíproca. Les agressions sexuals són també més freqüents entre dones consumidores.

No són clares les relacions causals entre consum de substància i risc de victimització. Per a uns, el consum de substàncies fa que la persona s'exposi a més situacions de risc per ser víctima (per exemple, l'alcohol i la cocaïna afavoreixen la desinhibició i fan que el subjecte malinterpreti la realitat i menysvalo-

Altres aspectes a considerar

En la valoració de la relació entre consum de drogues i comportament delictiu cal diferenciar no solament el tipus de droga consumida sinó també la dosi i forma d'administració, i l'estat del subjecte en relació amb la droga: intoxicació, síndrome d'abstinència, dependència psíquica i trastorns psicopatològics associats al consum.

⁽⁶⁾En el mòdul 3, «Criminologia i drogodependència: peritatge forense i delictes relacionats», s'estudia amb més detalls el concepte de perillositat i la complexitat de la seva valoració, i també la relació entre substàncies i risc potencial de comissió de determinats tipus de delictes.

ri els riscos); per a uns altres, el maltractament és una causa suficient per a consumir substàncies que permetin evadir-se del problema. També hi ha línies d'opinió que se centren en els factors genètics. I hi ha els qui destaquen el fet que el consum de substàncies i la violència es conreen habitualment en el mateix caldo de marginalitat i factors socials desfavorits. D'altra banda, també és més freqüent, entre subjectes consumidors, la participació en actes violents, sia baralles físiques o delictes de sang en relació amb el tràfic de drogues. El més probable és que la relació sigui complexa i que comparteixin diversos factors: genètics, biològics, culturals, etc. (JIFE, 2004; Bennett i Holloway, 2018).

2.9. Propostes d'actuació i polítiques sobre drogues

Els avenços científics en la concepció de l'addicció com a malaltia del cervell han facilitat no solament un enfocament terapèutic sanitari més adequat i coherent, sinó també la modificació de les línies estratègiques de les polítiques contra la droga, inclòs el tractament penal i criminològic (CGPD, 2011; CGPD, 2014; Esbec i Echeburúa, 2016). A això han contribuït, a més, la constatació del fracàs de les polítiques estrictament repressives i policials i l'alt cost social.

En l'àmbit judicial tradicional, els legisladors han estat emprant fórmules de contingut repressiu en les seves lleis, patrimoni d'una concepció simplificada de la delinqüència generada per subjectes addictes, que menyspreava la importància social i política d'aquest problema. El fracàs d'aquest corrent i l'acceptació de la gran problemàtica criminògena que origina la toxicomania (Ríos Martín 1997), al costat dels problemes sanitaris i socials, han obert les portes a una legislació més dedicada al problema global (Herrero 1997; Espinosa, 1997; Carrasco i Maza, 1998; CGPD, 2018).

La Criminologia moderna, per la seva banda, ha ampliat de la mateixa manera el nombre de factors a l'hora d'explicar el delicte. L'atenció, que tradicionalment es veia centrada en el delinqüent i la seva relació amb l'estat, queda complementada amb el contingut que s'ofereix sobre la víctima i la societat des d'aquesta ciència.

Així, la Criminologia adverteix que, si bé és cert que les drogues han estat utilitzades invariablement al llarg de la història com a medicines, amb finalitats magico-religioses o com una manera d'alienar-se de la realitat, no ha estat fins al segle XX que s'ha plantejat de manera emergent la necessitat, especialment al món occidental, d'advertir sobre les conseqüències socials que implica el seu consum. Aquesta alarma s'explica pel complex món que hi ha entorn de l'ús de les drogues: marginalitat, conflictivitat familiar, delinqüència a petita i gran escales (Hanlon i altres, 1990), despesa sanitària, desestructuració personal... I ha estat incrementada de manera especial per l'aparició de l'epidèmia de VIH i de les hepatitis, una de les vies de propagació de la qual és la relativa a l'abús de drogues per via intravenosa.

CGPD

Comissió Global de Polítiques de Drogues.

Els organismes internacionals com l'Oficina de les Nacions Unides contra la Droga i el Crim (2012), el Centre Internacional per a la Prevenció de la Criminalitat (2010), la Comissió Global de Polítiques de Drogues (2011 i 2016) i la Junta Internacional de Fiscalització d'Estupefaents (2017) reconeixen obertament que les polítiques restrictives i repressives del consum de substàncies han comportat la creació d'un mercat negre que genera un alt nombre de delictes especialment violents. A més, com que les polítiques no són consensuades plenament, la reducció de producció i/o distribució en unes àrees comporta sovint l'increment del problema a les àrees veïnes o l'aparició de consum de substàncies alternatives.

Aplicar polítiques purament repressives i policials comporta desplaçar una gran part dels recursos disponibles cap a aquestes mesures restant-los d'enfocaments més preventius, rehabilitadors i terapèutics. En l'àmbit microsòcial i individual, els enfocaments exclusivament restrictius comporten incrementar la marginalitat de subjectes i comunitats ja per si mateixos castigats i desfavorits socialment.

Aquests organismes i diferents autors de prestigi reconegut (Strang i altres, 2012; Babord i altres, 2019) proposen combatre la violència relacionada amb les drogues no solament disminuint l'oferta amb un major control policial i polítiques restrictives, sinó també, i sobretot, amb un enfocament integral que posi un èmfasi especial en la microsocietat i la comunitat, i en la correcció de les desigualtats socials, i que contingui mesures com les següents:

- Millora de la coordinació entre les diferents entitats nacionals, internacionals i locals implicades.
- Polítiques de reducció d'oferta de substàncies, control de tràfic de substàncies, organització criminal i blanqueig de capitals (mesura macrosòcial), de manera que l'aparell repressiu se centri en les organitzacions criminals i no en els consumidors i petits traficants.
- Polítiques de desenvolupament socioeconòmic, especialment la promoció de cultius alternatius sostenibles i econòmicament rendibles per a les comunitats i països productors de substàncies.
- Programes de justícia restaurativa basats en la comunitat i en els quals les víctimes i les mesures en benefici de la comunitat tinguin un paper rellevant.
- Polítiques de desenvolupament integral comunitàries i locals.
- Programes de prevenció, especialment en segments vulnerables de la població.
- Actuacions que afavoreixin el debat i que estiguin basades en principis científics, de salut, seguretat i drets humans, enfront de posicions ideològiques i polítiques.
- Propostes de models de regulació de l'ús de drogues com a alternativa a models repressius.

- Desenvolupament de programes de benestar social.
- Actuacions que evitin la criminalització, la marginalització i l'estigmatització de les persones que usen drogues.
- Programes terapèutics i de ressocialització del subjecte consumidor.
- Programes de reducció de danys.
- Programes dirigits a perfils de subjectes especialment vulnerables.
- Tractament adequat del problema de la drogodependència en els mitjans de comunicació.
- Polítiques locals específiques per als diferents tipus de substàncies i els diversos perfils de consumidors (Room i Reuter, 2012).

Així mateix, se suggereix posar un èmfasi especial en polítiques dirigides a infants, adolescents i joves:

- Polítiques preventives per a infants, adolescents i joves.
- Programes d'intervenció en famílies desestructurades i menors en risc d'exclusió social.
- Programes de formació per a pares, educadors i monitors.
- Programes de suport social i comunitaris encaminats a afavorir entorns sans de desenvolupament d'infants i adolescents.
- Programes d'ocupació del temps lliure.
- Programes terapèutics específics per a població adolescent i joves.

2.10. A manera de conclusions

La resposta a la relació entre delinqüència i droga ha de ser complexa per força. Des del punt de vista criminològic, aquesta relació no té solament implicacions teòriques sinó sobretot de política pública i de gestió de recursos i planificació d'intervencions socials.

És essencial, per tant, millorar la metodologia de recerca i plantejar noves aproximacions que permetin aclarir millor la relació entre els dos termes del binomi. Un enfocament centrat en subgrups de poblacions, o encara millor en individus, es presumeix més interessant, amb aquesta finalitat, que una aproximació global i general al problema.

El marc metodològic que tracti d'explicar la relació ha de ser ric en les seves fonts (biològiques, socials, culturals, etc.). Aclarir aquestes qüestions ajudarà, a més, a avaluar adequadament els diferents tractaments i les mesures proposades per a combatre les toxicomanies.

Això permetrà controlar millor l'oferta de substàncies, aconseguir més eficiència en els tractaments proposats, tant penals (mesures de seguretat) com mèdics, i disminuir el nombre de delictes i la reincidència dels subjectes.

3. Neurobiologia i neuropsicologia de la dependència de substàncies: base biològica de la inimputabilitat?

3.1. Generalitats de l'estructura cerebral

D'una manera molt simplificada, el cervell és compost bàsicament de neurones. Aquestes cèl·lules es divideixen en un cos o soma, un axó que acaba en les terminacions axonals i unes prolongacions anomenades dendrites. La connexió entre dues neurones, anomenada **sinapsis**, es produeix entre els terminals axonals d'una neurona i les dendrites de la següent. La tasca fonamental d'una neurona és rebre estímuls i transmetre impulsos nerviosos, això és, transmetre informació entre les neurones i entre altres tipus de cèl·lules (glàndules, músculs...).

Les neurones s'activen amb les seves **dendrites**. Una vegada activades, les dendrites generen un estímulo elèctric que recorre la neurona passant pel soma i es dirigeix cap a l'axó. En arribar a les terminacions de l'axó, l'estímul elèctric provoca que els **neurotransmissors** –les substàncies que estaven emmagatzemades en aquestes terminacions– s'alliberin a l'espai intersinàptic. Aquests neurotransmissors (per exemple, dopamina, serotonina, noradrenalina...) flueixen per l'espai intersinàptic fins a arribar als receptors de les dendrites de la neurona següent, on el procés torna a començar.

Els neurotransmissors, per la seva banda, després d'haver contactat amb els receptors durant uns mil·lisegons, tornen a alliberar-se a l'espai intersinàptic i són capturats i emmagatzemats novament en la primera neurona en espera del següent impuls elèctric que els alliberi. Tots aquests processos són intervinguts pels receptors i bombes de recaptació que hi ha tant a la neurona presinàptica com a la postsinàptica.

Al cervell grups especialitzats de neurones s'organitzen i ordenen de tal manera que arriben a constituir **xarxes** o **circuits neuronals**. Connecten una regió del cervell amb una altra i s'encarreguen de desenvolupar funcions concretes. Són alguna cosa així com autopistes entre dues o més ciutats per on la transmissió elèctrica és especialment eficaç i dirigida a un fi.

Aquestes xarxes neuronals o circuits són especialment importants perquè d'ells depèn el correcte funcionament de diferents funcions i capacitats, de manera especial les anomenades funcions superiors, que constitueixen l'essència de l'ésser humà. Cadascun d'aquests circuits té, a més, un determinat «to» de

Espai intersinàptic

És una espècie de magma que queda entre l'axó d'una neurona i les dendrites de la següent neurona o espai sinàptic.

neurotransmissors, és a dir, són vies on algun dels neurotransmissors és especialment rellevant. Es parla, així, de circuits dopaminèrgics, serotoninèrgics... si bé cal entendre que no tenen exclusivament neurotransmissors i receptors d'un únic tipus.

3.2. Circuit de recompensa

Des de fa uns anys se sap que hi ha un circuit especialment relacionat amb l'addicció. Se'l denomina **circuit de recompensa** i recorre des de l'àrea tegmental ventral fins al nucli accumbens, i d'aquí a localitzacions de la zona prefrontal del cervell.

És un circuit molt primitiu que és als éssers vius del regne animal des de fa milers d'anys i que és compartit per tots ells en una versió més o menys evolucionada. Té una funció essencial, perpetuar les accions que aconsegueixen la **supervivència** de l'individu i de l'espècie. Alimentar-se, copular... són accions que han de repetir-se per a garantir la supervivència. Per això el cervell les acompanya d'un gran alliberament, entre altres, del neurotransmissor dopamina al circuit de recompensa (o circuit del plaer). Aquest alliberament de dopamina genera la sensació de plaer que fa que l'acció tendeixi a repetir-se.

Totes les drogues de consum activen aquest circuit. Algunes, com la cocaïna o les amfetamines, provoquen directament alliberament de dopamina. Altres actuen de manera indirecta mitjançant connexions diverses que acaben igualment amb l'alliberament de dopamina en el nucli accumbens.

Així, el que se sap des de fa anys és que les substàncies d'abús «curtcircuiten» aquest circuit de recompensa: l'activen amb tanta intensitat que el subjecte tendeix a repetir conductes d'addicció («aprèn conductes addictives»), àdhuc amb més força que les de reproducció o alimentació. El subjecte s'inicia en el consum perquè provoca una sensació plaent intensa i repetida. Aquest benefici, a més, s'acompanya dels efectes negatius que l'abstinència a la substància provoca; per tant, el subjecte consumeix també perquè si no ho fa no solament no aconsegueix plaure, sinó que apareix un sever disconfort.

Encara més, amb el pas del temps les modificacions són de tal intensitat que la simple presència d'estímuls condicionats o «clau» és capaç de produir el mateix efecte d'alliberament de neurotransmissors. Consums repetits acaben produint canvis en el sistema, com modificacions en el nombre de receptors, en la quantitat de neurotransmissor alliberat... canvis que no sempre es corregeixen malgrat l'abstinència continuada.

Àrea tegmental ventral i nucli accumbens

Aquestes dues àrees, com altres que s'esmenten, són zones o àrees del cervell especialment denses en neurones organitzades i encarregades de funcions concretes.

Condicionament en la dependència

Convé repassar el subapartat 3.1.8 del mòdul 1, «Tractament de la dependència d'heroïna», de l'apartat 3.1, «Heroïna i altres opiacis», on es parla breument d'aquest concepte.

3.3. Models actuals de l'addicció

En els últims anys s'ha vist, a més, que el cervell del subjecte addicte pateix altres modificacions en altres àrees i circuits diferents del de recompensa (Karlsson i Volkow, 2005; Koob i Volkow, 2010).

Sembla que aquestes alteracions són especialment rellevants als circuits que van des de l'àrea prefrontal cap al nucli accumbens, i que afecten un tipus de neurotransmissió diferent de la dopaminèrgica, que és la glutamatèrgica.

Aquests canvis són els culpables que el subjecte perdi a poc a poc el control sobre les conductes de consum, i parlem d'una **compulsió al consum** (el subjecte no s'hi pot oposar) més que d'un **hàbit impulsiu** en el qual encara hi ha un cert control.

Altres danys demostrats també a l'àrea prefrontal són els causants que el subjecte tingui afectades capacitats tan bàsiques com l'atenció, la memòria de treball, les funcions executives, etc.

Àrea prefrontal

És la zona del cervell que ens distingeix de la resta d'animals, a la qual devem la nostra condició d'«humans» i que gestiona la resta de funcions del cervell, és el «gran director d'orquestra del cervell».

Funcions executives

Són les funcions que ens permeten adaptar-nos a qualsevol mínim canvi i planificar estratègies.

Allò realment essencial d'aquestes bases cerebrals de l'addicció és que demostren que la drogodependència és intervinguda per canvis al cervell, que genera, a més, alteracions i lesions cerebrals, i que la vulnerabilitat a la recaiguda té també una base orgànica. Això és, l'addicció és una malaltia. I, com tota malaltia, hi ha subjectes més predisposats a patir-la que uns altres. D'altra banda, la decisió inicial de consumir per primera vegada procedeix de la voluntat del subjecte, si bé és comú que s'iniciï en l'adolescència, període en el qual hi ha una forta pressió social.

En el món de la Criminologia i del Dret Penal aquest aspecte és essencial. Reconèixer que hi ha una base física per a l'addicció i una repercussió també física al cervell del consumidor dona suport als qui entenen que la capacitat de conèixer i actuar i la capacitat d'actuar lliurement i responsablement estan minvades en els subjectes drogodependents i que, per tant, cal aplicar-los els atenuants en la valoració de la imputabilitat dels seus actes. A més, en Criminologia permet comprendre millor el delicte i mantenir un punt de vista més ressocialitzador i rehabilitador dels criminals toxicòmans.

4. Tràfic de substàncies: aspectes criminològics

4.1. Crim organitzat i tràfic de substàncies a gran escala

De Fazio (Herrero, 1997) va distingir, en els delictes relacionats amb les drogues, els **delictes a gran escala** que es deriven de la producció de drogues i el tràfic de substàncies i que rares vegades són comesos per subjectes toxicòmans. Comprenen poderoses màfies i societats organitzades, amb imbricació en molts casos en el món de la política i les finances, i amb freqüència el seu control requereix la cooperació internacional. Aquest tipus de delictes se solen relacionar amb uns altres: homicidi, robatori de vehicles, falsificació de documents, blanqueig de diners, pràctiques de corrupció, etc.

4.1.1. Què s'entén per crim organitzat

Hi ha diferents definicions de crim organitzat (Fernández, 2008). A Espanya el Codi Penal el cataloga (en els articles 515 i 570 bis) com una associació il·lícita en tant que «tinguin per objecte cometre algun delicte o, després de constituïdes, en promoguin la comissió».

La jurisprudència ha assenyalat una sèrie de requisits que ha de complir una organització criminal: pluralitat de persones que s'associen, amb una certa complexitat en la seva organització, de manera continuada (no passatgera) per cometre una determinada activitat que és delictiva.

La Convenció de les Nacions Unides contra el Crim Organitzat Transnacional (UNTOC) no dona una definició precisa del terme *crim organitzat* (UNODC, 2004). Això es deu a l'intent de permetre una aplicació més àmplia i adaptativa als nous tipus i condicions del delicte que emergeixen constantment. No obstant això, sí que en el seu articulat assenyala alguns aspectes rellevants que permeten situar la qüestió:

UNODC

Oficina de les Nacions Unides
contra la Drogues i el Crim
(United Nations Office on
Drug and Crime).

a) Per «grup delictiu organitzat» s'entendrà un grup estructurat de tres o més persones que existeixi durant un cert temps i que actuï concertadament amb el propòsit de cometre un o més delictes greus o delictes tipificats conformement a la present Convenció amb la intenció d'obtenir, directament o indirectament, un benefici econòmic o un altre benefici d'ordre material.

b) Per «delicte greu» s'entendrà la conducta que constitueixi un delicte punible amb una privació de llibertat màxima d'almenys quatre anys o amb una pena més greu.

c) Per «grup estructurat» s'entendrà un grup no format fortuïtament per a cometre immediatament un delicte i en el qual no s'hagi assignat necessàriament als seus membres funcions definides formalment ni hi hagi continuïtat en la condició de membre o hi hagi una estructura desenvolupada.

«Instrument de ratificació de la Convenció de les Nacions Unides contra la Delinqüència Organitzada Transnacional, fet a Nova York el 15 de novembre de 2000». BOE (núm. 233, de 29 de setembre de 2003, pàg. 35280-35297).

Per tant, el delicte d'**associació il·lícita** es consuma des del moment en què s'associen per cometre el delicte, sense que sigui necessari que consumeixen. Una part essencial de l'organització criminal és l'existència d'una jerarquia entre els seus membres amb un repartiment de funcions entre ells. Cada membre de l'organització podrà ser imputat per associació il·lícita, però també per cadascun dels delictes de l'organització en què hagi participat (Ruiz Bosch, 2015).

No és infreqüent que l'organització criminal sorgeixi amb un determinat objectiu, a partir del qual van apareixent altres activitats i interessos delictius que poden acabar per convertir-se en el principal.

La complexitat dels grups criminals varia en funció de la seva implantació nacional i internacional, dels seus objectius delictius, de la pressió policial, etc. Així, cada vegada més apareixen organitzacions criminals menors i locals que s'especialitzen en una part del treball logístic i són «subcontractades» per a aquestes finalitats.

Complexitat del tràfic de droga

El tràfic de droga, per exemple, necessita una trama i jerarquia importants que controlin tant la producció com el tràfic i el repartiment al país de destinació, a més d'un entramat que permeti blanquejar els diners.

4.1.2. Impacte del tràfic de substàncies en l'economia mundial

El Fons Monetari Internacional (2001) (Fernández, 2008; UNODC, 2011) recull les dades següents:

- Per a l'any 2009, estimava que el producte de la delinqüència mundial constituïa el 3,6 % del producte interior brut (PIB) mundial, uns 2,1 bilions de dòlars USA.
- Aquestes xifres, referides a la quantitat de diners blanquejats, constituïen respectivament el 2,1 % del PIB global i 1,6 bilions de dòlars USA.

criteris per a la consideració de crim organitzat

La policia, seguint la definició donada per la Interpol en 1998, considera que hi ha crim organitzat si es compleixen sis d'onze criteris. Quatre són obligats: grup format per més de tres persones, que perduri en el temps, que cometi delicte greu i que obtingui un benefici d'algun tipus (pot ser poder, influència, etc.) de la seva activitat. Els altres dos criteris han d'estar entre els següents: repartiment de tasques, existència de jerarquia interna, ús de violència o intimidació, implantació internacional, que participi del blanqueig de diners, que disposi d'empreses tapadora i que es beneficiï de la corrupció.

Delictes associats al crim organitzat

Entre els delictes associats al crim organitzat hi ha el narcotràfic, la corrupció, el blanqueig de capitals, la delinqüència per internet, el tràfic i explotació d'éssers humans, delictes contra la propietat intel·lectual i industrial i el frau de l'IVA, la falsificació de l'euro i la falsificació de documents, etc.

- En 2009 s'estimava que no més de l'1 % del flux financer il·legal a escala mundial és confiscat i congelat. En les operacions internacionals dels grups criminals organitzats, el tràfic de drogues és el més lucratiu econòmicament parlant. Constitueix aproximadament el 50 % de l'activitat dels grups organitzats criminals i el 20 % del total d'activitats criminals, i entre el 0,6 i el 0,9 % del PIB global. Al seu torn, els diners procedents del tràfic de drogues disponible per a ser blanquejat constituïa entre el 0,4 i 0,6 % del PIB global en l'estimació del 2009.
- El 92 % dels guanys a l'engròs del mercat de cocaïna és disponible per a ser blanquejat, i també ho és el 46 % dels guanys minoristes. Això significa que entre el 60 i 80 % dels guanys de cocaïna són destinats al blanqueig.
- El cost associat a l'ús de drogues il·legals constitueix l'1,2 % del PIB en un estudi de països europeus, nord-americans, sud-americans i d'Oceania: aproximadament 700.000 milions de dòlars USA.
- El 70 % d'aquest cost és a causa de la pèrdua de productivitat laboral.
- S'estima que per cada 1.000 milions de dòlars USA procedents del tràfic de drogues que és blanquejat es redueix el creixement mundial entre 0,04 i 0,06 punts percentuals.
- Més de mig milions de persones formen part de trames de crim organitzat.

Segons l'OMS (WHO, 2010), en estimacions del 2010, el mercat de medicaments per a ús il·legal, sia de prescripció o falsificats, va arribar a 75.000 milions de dòlars USA.

4.2. Corrupció i tràfic de substàncies

En el mercat de les drogues la **corrupció** és una arma essencial. El tràfic de substàncies il·legals és complex i canviant, i requereix una important capacitat d'adaptació per part de les organitzacions criminals. Es tracta d'un mercat molt rendible, on és fàcil guanyar importants quantitats de diners. Alguns d'aquests grups criminals aconsegueixen tal poder econòmic que superen els recursos de determinats països.

La corrupció exercida per les organitzacions criminals és la seva manera més senzilla i efectiva d'afeblir els esforços dels països i organismes que lluiten contra el tràfic de drogues. El suborn, l'extorsió, la intimidació del funcionari... són simples, barats i efectius. Altres vegades la corrupció adopta formes diferents, com el frau electoral, contractacions públiques manipulades, suborns en les altes esferes, finançament de partits polítics... o s'entremescla amb altres activitats delictives, com el tràfic d'armes, persones, etc.

Reflexió

Convé recordar que els grups organitzats dedicats al narcotràfic són especialment violents si se'ls compara amb els que es dediquen a altres activitats il·lícites.

Algunes formes de corrupció són més sibil·lines i arriben a confondre's amb costums culturals de la regió; altres, en canvi, són activitats manifestament il·legals. El context cultural, polític i social també té aquí la seva importància, ja que defineix la tolerància per unes determinades maneres d'exercir la corrupció. La definició, per tant, del que és corrupció no sempre és clara de delimitar.

Un altre element que cal destacar és que la corrupció no solament pot ser la causa de la deterioració institucional, política, administrativa d'un país, sinó també la seva conseqüència. Governos febles i sistemes de governança poc diligents faciliten l'extensió de la corrupció a baixa escala, que acaba per definir un estat corrupte. Els grups organitzats, coneixedors d'això, trien per a la seva implantació països on la democràcia és immadura i el Govern i institucions són febles. Així, els polítics, els funcionaris judicials, la policia –i els militars quan tenen encomanades tasques contra el narcotràfic– i les persones que treballen en duanes i punts d'interès per al tràfic, com aeroports, ports, etc., es converteixen en objectius clau d'aquests grups.

El que sí que és senzill d'entendre són les conseqüències de la corrupció en un determinat país: pèrdua de democràcia, debilitació d'institucions socials, empobriment del país, índexs més alts de violència, amenaça al desenvolupament social i econòmic, crisi de confiança en les institucions...

La lluita contra la corrupció exigeix d'entrada la cooperació internacional, sense la qual les possibilitats que resulti efectiva són molt limitades. Un dels primers objectius ha de ser perseguir i desarticular els grups criminals organitzats. Juntament amb això, s'ha de lluitar contra el blanqueig de capitals. A més, és prioritari donar suport i protegir els funcionaris públics, jutges i policies de l'amenaça de les organitzacions criminals.

Altres mesures són de tipus preventiu, com perseguir les sospites de corrupció, establir sancions dures als qui formin part d'aquestes activitats il·lícites, establir sistemes transparents de contractació i mesures per a evitar el frau electoral, desenvolupar procediments de supervisió i auditoria, implementar mesures específiques per a jutges i fiscals i per a policies i personal de duanes. Són necessàries mesures eficaces per a combatre la corrupció com a via per a reduir el tràfic de substàncies il·legals i el poder dels grups criminals (JIFE, 2010).

4.3. Narcotràfic i terrorisme internacional

Hi ha la constatació que alguns grups terroristes s'han estat finançant amb el narcotràfic. En 2016 la UNODC (2017) calculava que els talibans d'Afganistan podien ingressar uns 400 milions de dòlars USA a l'any relacionats amb les drogues, el 50 % dels quals estarien motivats pel narcotràfic. Alguna cosa similar s'ha constatat amb altres organitzacions, com les FARC a Colòmbia.

No obstant això, hi ha grups en els quals aquestes relacions estan menys confirmades. Estat Islàmic, per exemple, produeix i consumeix Captagon, igual que grups terroristes de Síria. Com aquests, uns altres semblen participar d'alguna manera en el mercat de les drogues, probablement en tasques col·laterals. En qualsevol cas, la major part de grups terroristes tenen altres fonts d'ingressos, per la qual cosa el narcotràfic no es pot considerar el seu únic sustent econòmic.

EMCDDA (2016) tracta d'analitzar la relació entre grups terroristes i altres grups de crim organitzat. Assenyala que pot anar des d'una relació puntual purament operativa en la qual un grup es beneficia dels contactes o experiència de l'altre, passar per relacions més estables entre tots dos, fins a un grup terrorista en un grup de crim organitzat, o viceversa.

A Europa no hi ha vincles sistemàtics entre grups terroristes i grups de crim organitzat, sinó més aviat vincles temporals funcionals de conveniència més o menys intensos. De fet, a Europa una bona part dels atemptats terroristes els fan persones o cèl·lules aïllades, amb escassa possibilitat de finançar-se en alguns casos per mitjà del tràfic de drogues. No obstant això, molts d'aquests terroristes han tingut antecedents per tràfic de substàncies, i és probable que, si bé no es financin per drogues, sí aprofitin els seus vincles previs per a moure's en el món de la delinqüència.

Sobre el terrorisme islàmic, un problema afegit a Europa és el risc de radicalització de la població jove –la segona o tercera generació d'immigrants d'àrees de conflictes armats o nacionalismes. Això comporta, al seu torn, unes característiques especials en la relació entre tràfic de drogues i terrorisme. D'una banda, alguns dels factors de risc per a participar en el món de les drogues són comuns als de risc de radicalització. D'altra banda, aquestes poblacions vulnerables accedeixen sovint al món de la droga, i empren després els seus vincles criminals en la comissió d'actes de terrorisme, bé per a finançar-los, bé per a aconseguir armes o material. Una tercera via, no excloent, és que són poblacions amb més risc de presó per assumptes relacionats amb drogues, i a la presó el risc de radicalització és important.

4.4. Noves polítiques en la lluita contra el crim organitzat

La política de fiscalització de drogues persegueix «limitar la producció, distribució i consum de drogues a finalitats mèdiques i científiques». Així, doncs, els objectius principals són dos:

- Suprimir els mercats de drogues il·legals.
- Garantir la disponibilitat de fàrmacs psicoactius per a ús mèdic.

La major part de la política se centra en **la reducció de l'oferta**, però també té com a actuacions la **disminució de la demanda**. La Convenció de les Nacions Unides contra el Tràfic Il·lícit d'Estupefaents i Substàncies Psicotròpiques de

1988 assenyala que els estats signataris han de «tipificar com a delictes en el seu dret intern la producció, fabricació, venda, importació i exportació de drogues» (UNODC, 2012).

La fiscalització i el control de drogues porten comporten l'aparició de mercats negres i les oportunitats que aquests proporcionen a la delinqüència organitzada. Per tant, en les estratègies contra les drogues un aspecte clau és afavorir la reducció de la seva oferta, la qual cosa comporta indefectiblement definir polítiques contra el crim organitzat. Es persegueix evitar els esforços repressius contra l'individu consumidor per centrar-los a escala internacional en les organitzacions criminals que trafiquen amb drogues.

La realitat del tràfic de drogues és que les organitzacions criminals són cada vegada més propenses a tenir una visió **multiservei**, és a dir, trafiquen amb diferents béns i, en el camp de les drogues, amb diferents substàncies, i assolixen una gran complexitat empresarial i financera, amb moltes interconnexions i especialització entre els diferents grups.

D'altra banda, les rutes de tràfic cada vegada són més complexes i diversificades, i el mercat de substàncies augmenta la seva complexitat aprofitant les diferents opcions de transport comercial. Entre altres factors que expliquen aquest canvi, podem esmentar la **globalització**, amb un mercat canviant en el qual és freqüent una certa substitució entre drogues d'efectes similars –psicoestimulants, per exemple– i amb la possibilitat d'explotar diferents vies comercials, i l'emergència de noves tecnologies (EMCDDA, 2013).

Les zones geogràfiques afectades principalment pel mercat de drogues il·legal es componen tant d'ubicacions ja establertes com d'àrees emergents, la qual cosa complica la lluita contra elles (EMCDDA, 2016).

L'objectiu últim que es persegueix és desmantellar les organitzacions criminals i interrompre el tràfic de substàncies il·legals.

Davant d'aquesta situació es plantegen una sèrie de mesures de lluita contra el crim organitzat (CIPC, 2010; UNODC, 2012; JIFE, 2013; EMCDDA, 2013; EMCDDA, 2016):

- Reconèixer la importància de la delinqüència a gran escala, transfronterera i organitzada relacionada amb drogues.
- Establir polítiques internacionals de coordinació, informació i cooperació, sobretot entre països productors, de tràfic i consumidors.

- Millorar la coordinació entre institucions, organismes internacionals i països, però també entre tots aquests i la societat civil.
- Reduir la producció i el tràfic de substàncies il·legals, i també els seus precursors i altres productes necessaris per a fabricar o transformar les drogues.
- Definir estratègies de coordinació legal i de cooperació en temes d'intel·ligència entre els països.
- Promoure l'associació entre el sector públic i el privat, sobretot referent a la prevenció de la corrupció.
- Millorar la capacitat d'anàlisi de les tendències mundials en oferta i demanda de drogues.
- Fer una anàlisi sistemàtica dels diferents models de negoci del mercat de la droga.
- Implantar un sistema de detecció ràpid que anticipi i respongui davant les noves amenaces o les amenaces canviants.
- Establir prioritats i centrar-se en objectius d'alt valor: prioritzar la lluita contra les principals organitzacions de crim organitzat.
- Implantar estratègies d'informació: establir indicadors de qualitat de l'oferta i de la demanda de cadascuna de les substàncies, desenvolupar i compartir informació forense sobre drogues, monitorar la grandària del mercat i el valor de la droga en aquest mercat, establir prioritats en recerca sobre droga, etc.
- Establir aliances estratègiques amb la indústria que pugui veure's involucrada en el tràfic de drogues (transport, logística, comunicació i internet, laboratoris i indústria química, etc.).
- Monitorar el mercat en línia, evitar la venda, i anticipar-se i detectar les amenaces que sorgeixin per aquest mitjà.
- Prioritzar l'estratègia de «seguir els diners». Una gran part de l'esforç hauria d'anar encaminat a tallar el flux financer i els guanys econòmics de les organitzacions criminals. Per a això, és important disposar d'especialistes financers que puguin rastrejar aquests diners i intervenir sobre el blanqueig de capitals i sobre empreses tapadora.
- Fer una anàlisi freqüent i crítica de les pròpies estratègies, que assegurí que segueixen essent útils en un mercat canviant i globalitzat. Fer el seguiment i l'avaluació científica d'aquestes estratègies.

- Fomentar la recerca sobre drogues en general, insistint especialment en substàncies de nova aparició, i sobre la importància del crim organitzat en particular.
- Fer un ús eficient del sistema judicial penal, de manera que se centri en les organitzacions criminals.
- Millorar la capacitat operativa de les forces de seguretat.
- Fomentar la formació dels professionals dedicats a la persecució del crim organitzat.
- Des de l'àmbit de la política, propugnar canvis legislatius que afavoreixin aquestes mesures, i campanyes de sensibilització social.

En resum, l'objectiu últim de les estratègies és reduir la producció i l'oferta de substàncies, i la seva demanda en el mercat il·legal. Per a això, és necessari disposar d'estratègies de monitoratge i avaluació adequades. Aquestes estratègies han de ser flexibles i adaptables, d'acord amb un món globalitzat i un mercat canviant. No es tracta solament d'obtenir informació i avaluar adequadament, ni tan sols de definir estratègies, sinó d'executar-les mitjançant aliances entre països i amb indústries relacionades que permetin una bona cooperació i coordinació. Les estratègies tracten de «perseguir els diners» i desmuntar objectius estratègics d'ampli impacte.

Aquestes iniciatives, de tall macrosocial, s'han d'implementar amb altres d'enfocades cap a la comunitat. Es tracta de millorar l'avaluació de l'impacte del crim organitzat en l'àmbit local i enfortir la resiliència d'aquestes comunitats. Al costat d'això, proposen plans de desenvolupament comunitari i social, i programes de rehabilitació. Un dels objectius de les noves polítiques contra el crim organitzat proposa fomentar la resistència des de les comunitats, i alhora millorar la governabilitat local i nacional. Tracten d'evitar que àrees i fins i tot països sencers quedin a mercè dels traficants de droga que exerceixen el control mitjançant vincles corruptes amb l'Administració (UNODC, 2009; CIPC, 2010). Per a això, és important fomentar la participació i implicació de la societat civil en la lluita contra les drogues.

4.5. Tràfic de droga: dades epidemiològiques

Es calcula que la pressió internacional aconsegueix confiscar prop del 50 % de la cocaïna que es produeix al món, i aproximadament la quarta part de la d'heroïna. No hi ha dades estimades, en canvi, sobre cànnabis i drogues de síntesi.

L'escenari dibuixat per diferents organismes (Fons Monetari Internacional, 2001; UNODC, 2009; UNODC, 2011) per a la primera dècada del segle XXI és el següent:

- Segons l'ONU (2011), el tràfic de drogues mou 216.000 milions d'euros anuals a tot el món. Altres càlculs (UNODC, 2009) parlen que el volum del mercat mundial de les drogues oscil·la entre 215.000 i 320.000 milions de dòlars USA a l'any –a manera de comparació, podem considerar que Suècia, la vintena economia mundial, maneja un PIB de 358.000 milions de dòlars. El tràfic de drogues supera, doncs, els mercats legals del tabac, el vi, el cafè...
- Els beneficis anuals del tràfic de drogues representen entre el 8 % i el 10 % del comerç mundial.
- El comerç mundial d'heroïna mou uns 57.000 milions de dòlars USA, dels quals solament 2.000 milions van a les mans dels conreadors. Aquest comerç s'entremescla amb delictes com la corrupció, el blanqueig de diners, activitats terroristes...
- La cocaïna representa una quarta part del total del mercat mundial de drogues, amb uns 85.000 milions de dòlars USA anuals. Uns 35.000 milions d'aquests es generen als Estats Units, 26.000 milions a l'Europa central i de l'oest, i 18.000 milions a Sud-amèrica, Centreamèrica i la zona del Carib. Els agricultors de la regió andina, els seus principals productors, solament guanyen 1.000 milions de dòlars USA.
- A Espanya, l'INE va estimar en 2014 que el tràfic de drogues representava 0,5 punts del PIB, uns 5.000 milions d'euros. El Centre d'Intel·ligència contra el Terrorisme i el Crim Organitzat estimava que el narcotràfic en el nostre estat representava 5.500 milions d'euros (2.800 milions procedents de l'haixix, 2.500 milions de la cocaïna, 200 milions de l'heroïna i 200 milions de les drogues de disseny).

Un dels elements més alarmants del tràfic de drogues és que aprofita **zones d'escàs desenvolupament social i gran inseguretat i inestabilitat política**, on porta a terme pràctiques corruptes sobre les empreses i l'Administració. D'aquesta manera, juntament amb la violència que desenvolupa, adquireix un gran poder, la qual cosa li permet aconseguir àrees de producció i el control de les rutes de tràfic. En aquestes zones finança també la insurrecció, de manera que, espantant el turisme i els inversors legals, perpetua els problemes socials de les zones sota el seu control i manté així a les seves mans la gestió d'aquestes àrees (UNODC, 2009).

4.6. Situació geogràfica i producció, trànsit i consum de substàncies

Les dades recollides per diferents organismes internacionals com l'Oficina de les Nacions Unides sobre Drogues i Crim (UNODC, 2018; UNODC, 2019), l'Observatori Europeu de les Drogues i les Toxicomanies (OEDT o EMCDDA en anglès) (EMCDDA, 2018a; EMCDDA, 2019), i la Junta Internacional de Fiscalització d'Estupefaents (2019) defineixen el panorama següent.

4.6.1. Europa

Juntament amb els països de l'Amèrica del Nord, Europa és el principal consumidor de substàncies. A la Unió Europea es calcula que la despesa pública total relacionada amb les drogues oscil·la entre el 0,01 % i el 0,5 % del producte interior brut, i que la despesa sanitària representa entre el 15 % i el 53 % de la despesa total relacionada amb les drogues.

Europa és una important regió productora de cànnabis per a ús local i de drogues de síntesi, per a ús local i exportació il·legal. Al seu torn, continua essent el mercat de les drogues que procedeixen de Sud-amèrica, l'Àsia occidental i Àfrica (EMCDDA, 2015). La seva situació fa d'Europa una regió cada vegada més permeable a les circumstàncies dels països del seu entorn i, en general, a la situació mundial en relació amb el problema de les drogues.

Com a referència del mercat real, se sol utilitzar el nombre de confiscacions i les seves proporcions per substàncies. Així, en 2016 a la Unió Europea es van fer més d'un milió de confiscacions –la majoria de petita grandària. Les substàncies confiscades més freqüentment van ser cànnabis (71 %), cocaïna (9 %), amfetamines (5 %), heroïna (4 %), èxtasi (3 %) i altres drogues (8 %). Una bona part de la venda de drogues es va fer per internet. D'altra banda, a diversos països de la Unió Europea s'han confiscat importants quantitats d'un precursor que permet transformar la morfina en heroïna.

La droga més consumida a Europa és el cànnabis. Una bona part de la seva producció prové de cultius interiors de la mateixa Unió Europea. Una part de la resina de cànnabis utilitzada a Europa procedeix del Marroc, encara que la producció local augmenta. El cànnabis representa la major part del mercat minorista de drogues il·lícites de la Unió Europea (38 %), el valor del qual en 2013 es va estimar en 24.000 milions d'euros. Cal assenyalar que la potència de l'herba i de la resina de cànnabis ha anat augmentant progressivament. Europa té diversos punts d'entrada de drogues, i Montenegro és essencial en la ruta que permet l'entrada de cànnabis.

A causa de la gran disponibilitat d'heroïna, principalment procedent d'Afganistan, la fabricació il·lícita d'opioides a Europa es limitava fins fa poc a productes de manufactura casolana derivats del cascall en alguns països de l'Europa oriental. Als últims anys la localització de diversos laboratoris en els

Producció de cànnabis

Pràcticament tots els països de la Unió Europea i el seu entorn tenen producció pròpia de cànnabis en major o menor mesura.

quals es convertia la morfina en heroïna a Txèquia, els Països Baixos i Espanya indica que en l'actualitat es fabrica una certa quantitat d'heroïna a Europa. Portugal ha informat d'heroïna procedent de Moçambic, la qual cosa podria indicar que es produeixen canvis en les rutes del tràfic d'aquesta substància. A Europa també s'han confiscat uns altres opiàcics, com tramadol, metadona, fentanil... que podrien derivar-se del subministrament mèdic legal, però que també podrien procedir de processos de síntesi il·legal.

L'augment de producció de cocaïna a Sud-amèrica repercuteix en la seva qualitat a Europa. El preu al carrer continua essent similar, però la seva puresa és major. A més, preocupa l'ús de cocaïna crac, que s'ha incrementat. La cocaïna arriba a Europa mitjançant càrregues, vols amb passatgers («mules»), contenidors, iots... Sembla que la ruta clàssica per Espanya perd pes i que és desplaçada, almenys en part, per altres vies cap a altres països d'entrada europeus.

Europa fabrica amfetamina i metamfetamina per a consum local i també per a tràfic exterior cap a mercats com Àsia, Oceania i l'Orient Mitjà. Bèlgica, els Països Baixos, Polònia i Alemanya, entre d'altres, són països productors. A Europa la disponibilitat d'amfetamina és major que la de metamfetamina, encara que la d'aquesta creix. Txèquia és el principal productor de metamfetamina. Sembla que s'aprecia un repunt del mercat d'èxtasi per a ús local i tràfic exterior; els Països Baixos i Bèlgica en serien els principals productors.

Entre les substàncies no sotmeses a fiscalització internacional, a Europa preocupa l'auge de drogues emergents o noves substàncies psicoactives, especialment opioides sintètics i cannabinoides sintètics de gran potència. Les noves substàncies psicoactives, procedents de la Xina, van representar un mercat emergent a Europa fa una dècada. Amb el pas dels anys, una part d'aquest producte ja se sintetitza a Europa. En els últims temps sembla que han descendit, almenys en nombre, els diferents tipus de noves substàncies psicoactives. El motiu no és clar, encara que les mesures preses per la Xina per desmantellar laboratoris en aquest país semblen estar relacionades amb aquest descens.

Els cannabinoides sintètics (deu nous tipus detectats en 2017), les catinones sintètiques (dotze noves en 2017) i els opioides sintètics (tretze nous en 2017, la majoria derivats del fentanil) són les principals noves substàncies psicoactives que s'empren a Europa. A més de les provinents del tràfic de drogues, una part és sintetitzada en el mateix entorn europeu.

4.6.2. Amèrica del Nord

Constituïda per Canadà, els Estats Units d'Amèrica i Mèxic, és un punt clau, juntament amb Europa, per a entendre el mercat mundial de substàncies. Aquests tres països presenten elevats nivells de producció, síntesi, tràfic i consum de drogues il·lícites, i són el mercat principal de consum de drogues.

L'any 2018 ha estat important per als països de l'Amèrica del Nord. S'han anat promulgant legislacions a favor de la regulació de l'ús del cànnabis, no solament amb finalitats mèdiques sinó fins i tot amb finalitats merament recreatives.

A l'octubre de 2018 Canadà va promulgar el projecte de llei C-45, sobre l'accés legal al cànnabis i el control i la regulació de la seva producció, distribució, venda i possessió. Amb aquesta legislació s'articula que les persones de divuit anys o més grans puguin disposar de fins a trenta grams de cànnabis provinent del seu cultiu personal o de compra a detallista amb llicència, per a ús personal.

Mèxic i alguns estats dels Estats Units també han legislat en aquest sentit, amb diferents matisos entre uns projectes i altres.

Queda per veure i analitzar l'evolució d'aquest mercat legal i les conseqüències d'aquestes mesures. Les primeres dades apunten al fet que continua existint un mercat il·legal, i que el nombre d'usuaris i la gravetat d'aquest mercat hauria augmentat en els últims anys. Una gran part del mercat il·lícit de cànnabis es cobreix amb cultiu local o de l'àrea –el produït a Mèxic i Canadà en bona mesura és exportat als Estats Units. Preocupa especialment l'auge de la producció de cànnabis en interiors als Estats Units i Canadà, ja que aquesta substància, produïda així, és més potent i ha donat lloc a l'aparició de nous circuits de tràfic il·legal intern.

Als Estats Units ha prosseguit l'epidèmia d'opiacis. Segons dades provisionals del 2017, s'havien registrat més de 70.000 morts per sobredosi de drogues al país, el 66,4 % en relació amb opiodes –amb especial rellevància, dins d'aquest grup, dels opiodes sintètics com el fentanil. Encara que en una menor escala, també a Canadà s'aprecia el problema de l'epidèmia d'opiodes sintètics.

Els Estats Units continuen consumint una bona part de l'heroïna produïda a escala mundial, sobretot procedent d'Afganistan i de Colòmbia, encara que també una bona part de la de Mèxic. A Canadà arriba l'heroïna d'Afganistan, moguda per organitzacions criminals asiàtiques amb implantació al país.

Una conseqüència important del tràfic de drogues és la violència. En 2017 les taxes d'homicidis a Mèxic van augmentar notablement. No obstant això, en aquest sentit crida l'atenció que l'actual epidèmia de consum d'opiacis als Estats Units, lluny d'associar-se amb un increment de la criminalitat, sembla acompanyar-se d'un descens. Això no fa sinó reflectir el complex entramat d'interaccions entre diferents variables que intervenen en la relació droga-de-linqüència (Szalavitz i Rigg, 2017).

Els països nord-americans són, en general, més consumidors que productors. No obstant això, destaca la important producció de cànnabis que se situa a Mèxic i els Estats Units, i les hectàrees dedicades al cultiu de cascall a Mèxic. Mèxic continua essent un país essencial de trànsit de cocaïna i cànnabis des de Sud-amèrica i Centreamèrica cap als Estats Units i Canadà, entre altres destinacions finals. El cànnabis és la substància més consumida en aquesta zona.

Homicidis a Mèxic

Més de 31.000 morts es van atribuir a homicidis, una bona part dels quals es van relacionar amb la producció i el tràfic de drogues.

A Mèxic es fabrica també metamfetamina, que s'introdueix posteriorment als Estats Units, on també hi ha laboratoris clandestins. Els precursors arriben principalment per mar. Als Estats Units aquesta substància és assenyalada com la segona en rellevància i perillositat després de l'heroïna al moment actual.

Canadà ha decidit incloure en la fiscalització nacional el tramadol (fàrmac opioide) per controlar-ne millor la distribució i erradicar el seu ús en el mercat negre.

Als Estats Units s'ha produït un increment de l'ús de kratom (*Mitragyna speciosa*) i derivats, com a substància per a manejar la síndrome d'abstinència d'opiacis. Fins avui no és una substància il·legal (UNODC, 2018). El kratom és una planta de la família del cafè amb efectes euforitzants i de major sociabilitat i energia. No obstant això, a dosis superiors té efectes sedants. Per a les autoritats, es tractaria d'una substància que es comporta com un opiaci i com un estimulants. Podria haver motivat alguna mort per sobredosi, i se li suposa una relació amb quadres de psicosis, convulsions... i també amb quadres de dependència, per la qual cosa es prevé sobre el seu ús i preocupa la seva expansió, que s'ha degut en gran manera a la venda per internet.

4.6.3. Amèrica del Sud

Els països de l'Amèrica del Sud són principalment productors de cocaïna i, en una proporció menor, de cànnabis. En menor mesura s'hi troba la producció d'heroïna i psicoestimulants, d'acord amb les confiscacions que es duen a terme. Als últims anys, segons dades del 2017, s'ha produït un increment de la producció de cocaïna a Colòmbia i Bolívia. També s'ha notificat un augment en la confiscació de precursors d'aquesta substància. Gairebé tota la producció de cocaïna s'exporta a l'estranger (Europa i Amèrica del Nord) per dues rutes principals, la de Colòmbia cap a l'Amèrica del Nord passant per Centreamèrica, i la de Perú i Bolívia cap a Europa passant per Àfrica.

A escala mundial, el 38 % de les confiscacions de cànnabis van tenir lloc a Sud-amèrica segons dades del 2017. Paraguai és el principal productor de cànnabis de la zona, i se sol emprar en l'àmbit local o per a exportar a països de l'entorn. L'ús d'aquesta substància a Sud-amèrica s'ha incrementat en els últims anys. Alguns països, com Perú i Paraguai, han començat a regular-ne l'ús amb finalitats mèdiques, si bé encara és aviat per a valorar els resultats. Per la seva banda, la producció de cascals és baixa en comparació del total mundial.

El consum de psicoestimulants i de drogues de síntesi és important en aquesta àrea. La seva procedència més habitual és Europa. I també és freqüent l'ús de substàncies al·lucinògenes.

4.6.4. Centreamèrica i Carib

Aquestes regions continuen essent àrees de trànsit per a les drogues que viatgen des de Sud-amèrica amb destinació a l'Amèrica del Nord i Europa. Cocaïna i cànnabis són les substàncies amb més tràfic il·legal, i són també les dues substàncies més consumides a la zona. L'11 % de la confiscació mundial de cocaïna es va produir a Centreamèrica, amb un increment respecte a anys anteriors. Això es pot deure a la major demanda des d'Europa i l'Amèrica del Nord, i també a l'increment del cultiu de l'arbust de coca a Colòmbia.

Cànnabis, moneda de pagament

Sembla que el cànnabis es podria estar emprant, almenys en part, com a pagament pels moviments de cocaïna en aquesta zona.

Per la seva especial ubicació geogràfica –Centreamèrica limita amb les regions andines, on s'origina el tràfic de cocaïna i cànnabis–, les confiscacions de drogues en aquests països són especialment rellevants. Alguns països refereixen importants partides de cocaïna confiscades, que han crescut en els últims anys. Uns altres semblen més especialitzats en el tràfic de cànnabis, com Belize i països del Carib. Alguns, com Guatemala, tenen també producció de cascall, si bé no té en conjunt la importància de la cocaïna.

Colòmbia i Jamaica són els països centreamericans on la producció de cànnabis sembla més important, sense oblidar-ne molts altres com Bolívia, Costa Rica, El Salvador, Guatemala i Perú.

Aquesta regió mundial no està afectada especialment per la producció i tràfic d'estimulants. No obstant això, s'ha desmantellat algun laboratori clandestí i sembla que determinats països, com Colòmbia, Guatemala i República Dominicana, produeixen amfetamines i drogues de síntesi. Una part de les provisions d'aquests estimulants prové, al seu torn, d'Europa (Països Baixos).

Centreamèrica destaca, a més, per la violència que genera el control del tràfic de substàncies i la seva distribució per part de bandes.

En 2017 es va calcular que solament a Jamaica hi havia unes 274 bandes dedicades a aquest tipus d'activitats, algunes d'elles amb implantació transnacional.

4.6.5. Àsia oriental i sud-oriental (sud-est asiàtic)

Engloba països com l'Índia, la Xina, Mongòlia, Corea del Nord, Corea del Sud, Japó, Birmània, Brunei, Cambodja, Filipines, Indonèsia, Myanmar, Tailàndia, Filipines, entre d'altres.

Sembla haver disminuït la producció i el tràfic de cascall d'opi a l'anomenada zona del Triangle d'Or. Myanmar continua essent el segon país del món en extensió de cultiu de cascall, a pesar que als últims anys s'aprecia una disminució. Generalment, la seva producció té com a mercats finals Oceania i, sobretot, Xina i Tailàndia.

Triangle d'Or

Està format per Myanmar, la República Democràtica Popular de Lao i Tailàndia.

Així mateix, s'aprecia un increment important en la producció i el tràfic de metamfetamina a la regió, junt amb un clar increment d'usuaris d'aquesta substància a la zona. Preocupa, per tant, la transició del consum d'opi al de drogues sintètiques, especialment de metamfetamina. L'Àsia oriental i sud-oriental i l'Amèrica del Nord són les zones mundials de més trànsit de metamfetamina amb destinació final a països d'aquestes mateixes regions. No solament són països de trànsit i destinació, sinó que a més a l'Àsia oriental i sud-oriental s'han desmantellat diversos laboratoris il·legals, la qual cosa indica que la seva capacitat de producció augmenta. La producció i consum d'èxtasi es manté estable. L'efedrina a la Xina i Filipines, i la pseudoefedrina a Tailàndia i Myanmar, tots dos precursors de la metamfetamina, han estat confiscades en quantitats molt significatives, la qual cosa dona una idea de la producció i el consum de metamfetamina a la regió.

Contràriament, la fabricació i el tràfic de cocaïna continuen essent baixos a la regió. La major part de la cocaïna que es confisca procedeix de l'Amèrica del Sud, i aquest sol ser un punt de trànsit en la ruta final de la substància cap a altres regions com Oceania.

En aquesta àrea (Xina, Vietnam) apareixen cada vegada més noves substàncies psicoactives, la qual cosa reflecteix l'important paper d'aquesta regió en la seva producció mundial. El kratom és una planta autòctona de Malàisia, Myanmar i Tailàndia, que a la regió s'ha emprat des de fa anys com a remei tradicional per a la fatiga i els dolors menors, i també com a socialitzador en les reunions. La seva producció com a nova substància psicoactiva ha anat guanyant importància, en part perquè s'ha venut com a remei per a l'abstinència i la dependència d'opiàcis. D'altra banda, la ketamina, un anestèsic veterinari que continua essent d'ús important a la regió, en alguns països ha estat sotmesa a fiscalització nacional per evitar-ne l'ús com a droga recreativa.

4.6.6. Àsia meridional

La componen Afganistan (encara que en aquest text es considerarà com a part d'Àsia occidental), Bangladesh, Bhutan, Índia, Iran, Maldives, Nepal, Pakistan i Sri Lanka.

Aquesta zona queda enclavada de manera perillosa entre l'Àsia sud-oriental (Triangle d'Or) i l'Àsia sud-occidental (Mitja Lluna d'Or), això és, entre dues de les regions productores de drogues més importants del món. Són països que constitueixen una part de l'anomenada ruta meridional alternativa, que permet el pas d'opiàcis des d'Afganistan cap a l'Amèrica del Nord, principalment Canadà, per via aèria i passant de vegades per l'Àfrica oriental, però evitant la regió del Golf.

Heroïna, cànnabis i amfetamines i derivats s'inclouen entre les drogues més confiscades a la regió, senyal del tràfic existent. Al costat d'aquestes drogues també han augmentat els opiàcis de fabricació il·lícita, en concret el tramadol,

Mitja Lluna d'Or

És la zona constituïda per Afganistan, Iran i Pakistan.

inicialment una substància d'ús mèdic legal que ha derivat al mercat il·legal. A les vies tradicionals de tràfic de substàncies se suma ara l'ús d'internet i l'enviament postal de substàncies.

A la regió es mantenen importants cultius il·líctics de cascull, principalment a l'Índia i Nepal. L'Índia ha mantingut importants àrees de cultiu legal de cascull de l'opi, però la superfície dedicada al cultiu il·líctic ja supera la destinada al cultiu lícit. El tràfic d'opiacis va augmentar considerablement entre els anys 2016 i 2017. Gairebé la meitat de l'heroïna confiscada a l'Índia procedia de l'Àsia sud-occidental, la qual cosa demostra la importància del tràfic a la regió. L'Índia és un país de trànsit en la ruta dels opiacis des d'Afganistan, via Pakistan i cap a l'Amèrica del Nord (Canadà principalment) i Europa. L'anomenada ruta meridional creua Pakistan o Iran, travessa els països del Golf, segueix cap a l'Àfrica oriental i des d'aquí es trasllada als països de destinació. La ruta meridional alternativa evita els països del Golf, fa escala a l'Àsia meridional i des d'aquí es trasllada via aèria directament cap a Canadà, o bé es fa arribar a Europa a través d'Àfrica.

Bangladesh, l'Índia i Sri Lanka tenen cultius il·líctics de cànnabis. Aquesta substància és la més confiscada a la regió, amb un increment de l'herba de cànnabis i el manteniment de nivells previs de resina de cànnabis. Aquests tres són els països on es va confiscar més cànnabis de producció il·lícita.

La cocaïna no té un mercat important, ni consumidor ni de trànsit, en aquesta regió del món. Sri Lanka va detectar Veneçuela com a principal país exportador de cocaïna a la zona. En aquest sentit, preocupa el paper que adquireix l'oceà Índic en el trànsit marítim de drogues entre països de l'entorn.

Igual que en altres països, el nombre de confiscacions d'amfetamina, metamfetamina i, en menor mesura, èxtasi ha augmentat a la zona, la qual cosa genera una important preocupació. A l'Índia, a més, s'han confiscat grans quantitats de mefedrona.

També s'ha detectat un tràfic important de benzodiazepines en aquesta àrea, probablement adquirides pe internet i desviades des del mercat legal.

L'Índia i, en menor mesura, la Xina són els principals països productors de tramadol, que es desvia després al mercat il·legal africà, però el consum del qual també comença a preocupar a la regió asiàtica meridional.

4.6.7. Àsia occidental i Àsia central

Aquestes dues zones estan constituïdes per països com Afganistan, la part de Turquia no europea, Iran, Iraq, Líban, els països del Golf, Síria i Jordània, entre d'altres.

Així com Sud-amèrica és el principal productor de cocaïna, l'Àsia occidental, especialment Afganistan i algunes zones de Pakistan, ho és d'opi. El cultiu de cascull s'ha incrementat en els últims anys (2015-2017), especialment a Afganistan. En 2017 l'economia derivada de la producció i el tràfic il·líctics d'opioides a Afganistan va superar de llarg les exportacions legals de béns i serveis del país. Representava entre el 20 % i el 30 % del PIB del país, entre uns 4.100 i 6.600 milions de dòlars USA. Convé recordar que la inestabilitat política de la zona és molt alta, i també la pobresa, i que una bona part de la població sobreviu del cultiu de la planta de cascull d'opi.

En aquesta regió també proliferen els cultius de cànnabis, sobretot de resina (el 19 % de les confiscacions mundials d'aquesta substància situaven Afganistan com a país d'origen). També Líban és un país amb una producció important.

Així mateix, Afganistan és un país de producció i tràfic creixent de metamfetamina, destinada habitualment a l'Àsia central (Kazakhstan, Kirguizistan, Tadjikistan, Turkmenistan i Uzbekistan), el Caucas meridional (Armènia, Azerbaidjan i Geòrgia) i Europa. També es produeix MDMA, de la qual s'han desmantellat diversos laboratoris de producció a la zona segons les últimes estadístiques.

La inestabilitat política i les guerres als països de l'Àsia occidental han comportat l'auge de l'ús i consum de noves substàncies psicoactives a la zona, que, a més, són una via de finançament de grups insurgents. L'Iraq, per la seva banda, veu que es consolida la seva producció tant de cascull d'opi com de cànnabis.

A l'Àsia central es cultiva cànnabis a petita escala, a més del que creix silvestre. Una part de la producció es destina a Europa i la Federació de Rússia, però la majoria queda per al mercat local.

Així mateix, a la zona s'ha produït un increment de confiscacions de cocaïna, en la seva major part procedent de Sud-amèrica (Brasil, Colòmbia, Veneçuela...), sia per via directa o per països africans.

L'èxtasi i altres derivats d'amfetamina han estat detectats a l'Àsia central, si bé no sembla que sigui una regió ni de producció ni de consum, sinó de trànsit cap a l'Àsia oriental des d'Iran, Rússia i Europa. En 2017 a Iran s'ha produït un increment de les confiscacions de metamfetamina. La inestabilitat política i el conflicte armat en països de la zona han comportat l'increment també del tràfic i ús de captagon, substància emprada entre els combatents.

A l'Àsia central s'han confiscat quantitats importants de noves drogues sintètiques. Més del 43 % d'aquestes drogues eren catinones sintètiques, seguides dels cannabinoides sintètics (38 %) i les fenetilamines (10 %). No sorprèn aquesta troballa si s'analitza la ubicació regional dels països, frontera de mercats de

Les rutes del tràfic il·legal

El tràfic cap a l'Europa occidental i central es fa per l'anomenada **ruta dels Balcans**, que des d'Afganistan passa per Iran, Turquia i els països dels Balcans fins a arribar a Europa i també a l'Amèrica del Nord. Per aquesta ruta transcorre el 37 % del tràfic d'heroïna mundial.

Una via alternativa és la coneguda com a **ruta septentrional**, cap a Bielorússia, Rússia i Lituània, passant pels estats de l'Àsia central.

La denominada **ruta meridional**, per la qual transcorre el 9 % del tràfic mundial d'heroïna, acaba també a Europa després de partir d'Afganistan i Pakistan, i recórrer els països del Golf i l'Àfrica oriental, per via marítima o aèria. Al costat d'aquesta via, n'hi ha una altra que discorre des d'Afganistan, travessa l'Àsia meridional i té com a destinació final Canadà (Amèrica del Nord).

Captagon

És una droga sintètica obtinguda de la mescla d'amfetamina i cafeïna (fenetilina).

noves substàncies de síntesis tan importants com Xina, Iran i Rússia. En països de l'Orient Mitjà preocupa l'increment de l'ús de tramadol fora d'indicació mèdica.

4.6.8. Àfrica

Àfrica ha passat a ser en els últims anys un continent en el qual la producció, i sobretot el tràfic, de substàncies han arribat a xifres alarmants. En gran manera, això es deu a un increment d'àrees d'inseguretat i inestabilitat, amb governs i empreses corruptes, i amb desigualtats manifestes en el desenvolupament. El tràfic de drogues és una via de finançament de milícies, exèrcits, organitzacions terroristes, etc. i s'entremescla amb altres activitats delictives. El continent africà no és solament una regió important de tràfic de drogues, sinó que cada vegada més es constitueix com a destinació d'estupefaents.

Des del punt de vista del consum, el cànnabis és, amb diferència, la substància més utilitzada al continent africà, però als últims anys s'ha produït també un increment en el consum de cocaïna i heroïna. Alguns països concrets també han vist augmentar el nombre d'usuaris de drogues de disseny. Certes substàncies «autòctones», com el cat, són d'ús habitual en determinades àrees.

Com ja hem indicat, el cànnabis és la substància més produïda, consumida i traficada a l'Àfrica –resina sobretot al Marroc i herba a tota la zona occidental. És també, en conseqüència, la substància més confiscada. El cànnabis es conrea pràcticament en totes les àrees del continent per al mercat local. No obstant això, alguns països africans, sobretot el Marroc, produeixen substància per a exportar a Europa. Si bé el trànsit pel Marroc via Espanya continua essent molt utilitzat, s'han descrit canvis en les rutes amb l'aparició de noves vies que travessen Mali i Mauritània per arribar als mercats de destinació.

El consum i producció de cocaïna no és habitual al continent africà, però sí és un lloc estratègic per al seu trànsit internacional des dels països sud-americans amb destinació a Europa. als últims anys s'ha detectat un canvi en la ruta seguida, que s'ha desplaçat de l'Àfrica occidental a l'Àfrica septentrional.

Algunes zones concretes d'Egipte i la península del Sinaí mantenen plantacions de cascall (opi). A més, s'ha vist que Àfrica és també un continent de tràfic d'heroïna procedent d'Afganistan i altres països asiàtics, per Àfrica oriental, Nigèria i Sud-àfrica, per a arribar a Europa i l'Amèrica del Nord, principalment a partir de l'Àfrica occidental.

També als últims anys hi ha moltes sospites que l'Àfrica s'està convertint en un centre de producció d'estimulants del tipus amfetamínic (Àfrica occidental), que es deriven cap a l'Àsia oriental (Japó, Corea...), i de distribució de drogues de disseny (Nigèria). No obstant això, la major part de les drogues de síntesi que es consumeixen procedeixen d'Europa. La metaqualona (droga de síntesi) es produeix a gran escala a Sud-àfrica i, en gran manera, és destinada al con-

sum local. Aquest increment d'ús s'acompanya també d'una major importació d'èxtasi des d'Europa aprofitant sobretot vols de càrrega i postals. De manera local, es produeix i es consumeix una gran quantitat de cat. En aquest sentit, preocupa l'ús de les vies de tràfic d'aquesta substància per a introduir altres estupefaents que fan les organitzacions criminals.

D'altra banda, hi ha una gran alarma per l'increment de l'ús de fàrmacs fora de prescripció mèdica. En concret, el problema actual més preocupant és l'ús de tramadol a l'Àfrica septentrional, central i occidental. En aquestes regions se situa el 87 % de la confiscació mundial d'opioides farmacèutics, percentatge que és degut gairebé en exclusiva al tramadol (UNODC, 2018).

Tramadol

És un opioide sintètic no sotmès a fiscalització internacional però sí a control nacional.

En general, s'accepta que la situació del consum de drogues no ha millorat a l'Àfrica, i es constata, a més, un augment de la confiscació de precursors de diverses substàncies.

4.6.9. Oceania

Oceania és un centre de producció i tràfic de drogues i els seus precursors. És un mercat important de metamfetamina, cocaïna i èxtasi, la qual cosa explica el seu atractiu per al crim organitzat. A això cal afegir que alguns països d'Oceania encara no han signat els tractats internacionals de fiscalització de drogues.

El mercat de cànnabis és important a la regió i ha anat incrementant-se, i continua essent la droga més consumida i confiscada al continent. Una bona part del consumit procedeix del cultiu domèstic, molt generalitzat a Austràlia. També la confiscació de cocaïna a l'àrea s'ha incrementat de manera important als últims anys, la qual cosa indica un auge del consum. Nova Zelanda i Austràlia són els principals consumidors.

L'Àsia oriental i l'Àsia sud-oriental són la principal font d'heroïna d'Oceania, a pesar que sembla que als últims temps el tràfic ha disminuït a la regió.

D'altra banda, preocupa el creixement de la fabricació i consum de metamfetamina en aquesta zona als últims anys, i també del volum de confiscació. També s'ha incrementat l'ús d'èxtasi i, alhora, sembla que uns altres derivats sintètics psicoestimulants estan substituint l'amfetamina clàssica. Així mateix, la confiscació de precursors de metamfetamina també ha augmentat, tal com calia esperar, atès l'elevat consum de la substància final. Al costat de tot això, s'ha produït també un augment de GBL i GHB, i també de catinones diverses, cat i altres estimulants. Quant a la cocaïna, cal dir que la major part de que es consumeix als països d'Oceania procedeix de Sud-amèrica.

4.7. Països productors i països consumidors: les rutes de tràfic de substàncies

S'estima que 271 milions de persones, això és, el 5,5 % del total de la població d'edats entre 15 i 64 anys, havien usat drogues durant l'any previ, segons dades del 2017 (UNODC, 2018; JIFE, 2019; EMCDDA, 2019; UNODC, 2019).

4.7.1. Cocaïna

Un total de 18 milions de persones han consumit cocaïna almenys una vegada l'any passat. Les zones de major prevalença d'ús són l'Amèrica del Nord, Europa central i de l'oest, Oceania i Sud-amèrica.

L'Informe mundial sobre les drogues 2019 (UNODC, 2019) recull dades de producció de cocaïna en 2017 que indiquen un increment de la producció: el 70 % de l'àrea de cultiu corresponia a Colòmbia, el 20 % a Perú, i el 10 % a Bolívia. Es calcula una producció de 1.976 tones de cocaïna pura 100 % en 2017, amb una àrea de cultiu d'unes 245.000 hectàrees. La major part de droga confiscada ho va ser a Sud-amèrica, l'Amèrica del Nord i Europa.

La ruta de cocaïna cap a l'Amèrica del Nord parteix originàriament de l'Amèrica del Sud, des de via Colòmbia, Equador, Perú i Guatemala fins a Mèxic, que és el país immediatament previ a l'arribada als Estats Units i Canadà. Una altra via menor arriba a Mèxic des de les illes del Carib, a les quals arriba al seu torn des de Veneçuela i la Guaiana. La major part de la cocaïna arriba als Estats Units per carretera o per mar, i menys per avió o per enviament postal. Majoritàriament, la coca dels Estats Units i Canadà procedeix de Colòmbia.

La segona gran ruta de la cocaïna arriba fins a l'Europa central i de l'oest. Des de Sud-amèrica arriba a Espanya, Bèlgica, Països Baixos... d'on es trasllada fins a l'àrea de consum. Aquesta ruta emprava vaixells, avions o carretera per a distribuir la càrrega. La major part de la cocaïna de l'Europa central i de l'oest procedeix de Colòmbia (60 %), però també de Perú i Bolívia.

Una altra ruta creixent però encara minoritària és l'africana. Arriba a aquest continent per avió o vaixell, i la major part procedeix originàriament de Brasil, Colòmbia, Bolívia i Perú. Des d'Àfrica arriba majoritàriament a Europa (Espanya, França, Itàlia...), però també pot traslladar-se a països de l'Amèrica del Nord i regions asiàtiques. Oceania, Austràlia i, en menor mesura, Nova Zelanda són els principals països de recepció.

4.7.2. Estimulants

Segons dades del 2017 (UNODC, 2019), la metamfetamina és, amb diferència, l'estimulant més produït a escala mundial, seguit de lluny per l'èxtasi i altres psicoestimulants. Hi ha molts països on es produeixen aquestes substàncies, però l'Amèrica del Nord, d'una banda, i l'est i sud-est asiàtic, de l'altra, són les

regions que concentren la major producció. Si bé es tracta d'un mercat clarament en expansió, les mateixes regions productores concentren la major part del mercat en 2017. Així mateix, l'èxtasi sembla ressorgir i Europa continua essent el seu principal productor.

Amèrica del Nord, Austràlia i Nova Zelanda, est i sud-est asiàtics... són les àrees on el consum d'amfetamines és més elevat, especialment de metamfetamina. Crida l'atenció el seu ús entre subjectes addictes a opiacis als Estats Units. Sud-amèrica i Centreamèrica també consumeixen compostos amfetamínics, però en aquest cas solen ser desviats de prescripció mèdica. L'Europa central i de l'oest sembla mantenir estable el consum als últims anys. L'est i sud-est asiàtics han vist incrementar el consum de clorhidrat de metamfetamina. A la resta d'Àsia i a Àfrica el seu consum és de moment baix, mentre que la informació procedent d'Oceania assenyalava un consum alt en algunes zones (Austràlia i Nova Zelanda), però baix en altres països.

L'èxtasi i similars amb prou feines s'utilitzen a Centreamèrica i l'Amèrica del Sud, i la seva tendència d'ús està estabilitzada en als últims anys a l'Amèrica del Nord. Sembla que hi ha un increment del consum a l'Europa central i de l'oest. En canvi, als últims anys Austràlia mostra un cert descens en l'ús, però no així a Nova Zelanda, on sembla que s'incrementa el consum.

Sobre les noves substàncies psicoestimulants (NPS), sembla que les dades parlen d'un mercat encara en expansió i creixement. Solament en 2015 es van arribar a notificar 206 NPS diferents. No obstant això, en països de l'entorn occidental des de l'any 2016, probablement en relació amb la promulgació de lleis fiscalitzadores, s'aprecia un brusc descens en l'ús d'aquestes substàncies, almenys de les més notables.

4.7.3. Cànnabis

La prevalença d'usuaris de cànnabis a escala mundial roman estable, malgrat que s'ha incrementat el nombre d'usuaris. És la substància més consumida d'entre les il·legals. S'estima que el 3,8 % de la població mundial d'entre 15 i 64 anys (uns 188 milions de persones) haurien consumit cànnabis almenys una vegada durant l'any 2017. Les prevalences, però, no són uniformes. Àsia té prevalences baixes, properes al 2 %, mentre que Àfrica té de mitjana el 6,4 % (amb zones com l'Àfrica central, amb el 10 % de prevalença). Els Estats Units i Canadà han vist incrementar dràsticament el nombre de consumidors de cànnabis, sobretot els consumidors freqüents, després de les polítiques de regularització, fins al punt d'arribar a prevalences properes al 15 % en tots dos països. També s'ha vist un augment en el nombre de persones que s'inicien en el cànnabis en comparació amb anys previs. Les prevalences a l'Europa occidental (properes al 10 %) i central i de l'oest (entorn del 6 o 7 %) es mantenen estables, igual que a Oceania.

Sobre el cànnabis, en 2017 es va produir la confiscació de 5.109 tones d'herba de cànnabis i 1.161 tones de resina de cànnabis, a escala mundial. A diferència del que ocorre amb altres substàncies, el cànnabis es conrea i produeix pràcticament en qualsevol part del món. La major part del cultiu de cànnabis té lloc a l'exterior, encara que cada vegada guanya més terreny el cultiu en interior. En la confiscació de cànnabis, Amèrica continua essent el continent que en confisca més quantitat. No obstant això, i a diferència d'anys previs, ja no és l'Amèrica del Nord, sinó Sud-amèrica, la que domina aquest terreny. En part, això sembla que és degut a la contracció del mercat interior nord-americà en relació amb els canvis legislatius que regularitzen l'ús del cànnabis. Altres àrees mundials importants per la grandària de les confiscacions són Àfrica (17 % del total mundial), Àsia (15 %), Europa (8 %) i Oceania (0,4 %).

Els països esmentats més freqüentment com a productors, de trànsit o consumidors de cànnabis són, de més a menys: Mèxic, Estats Units i Canadà a l'Amèrica del Nord; Paraguai i Colòmbia a Sud-amèrica; Guatemala i Jamaica a Centreamèrica; Ghana, Moçambic i Tanzània a Àfrica; Holanda, Albània i Espanya a Europa; i Índia, Myanmar, Afganistan, Malàisia i Kirguizistan a Àsia. En qualsevol cas, la major part del tràfic de cànnabis és intrarregional. Les estadístiques sobre la resina de cànnabis indiquen que sembla que s'ha aturat una mica el tràfic en 2017, però aquestes dades podrien estar mediatitzades per canvis en les rutes habituals. Això explicaria que en alguns països s'observés una caiguda de les confiscacions i en altres unes pujades importants.

Cal tenir en compte, a l'hora d'analitzar el cultiu de cànnabis, que alguns països han començat a aplicar una legislació que regula l'ús de cànnabis bé amb finalitats medicinals, bé per a ús recreatiu. Això fa que s'hagin d'interpretar amb cautela les dades canviants dels últims informes dels organismes internacionals.

4.7.4. Al·lucinogens

Quant als al·lucinogens, cal destacar que aquest tipus de productes té un mercat més agrupat geogràficament. L'any 2017 es van confiscar 9 tones de ketamina i 3,5 d'altres al·lucinogens a tot el món. Tant el tipus ketamina com el grup d'altres al·lucinogens estan en expansió, segons dades del 2017. L'est i sud-est asiàtic són els principals proveïdors de ketamina a escala mundial, i també el principal mercat. L'Índia i la Xina són els països productors més destacats, i el seu ús s'estén per altres zones d'Àsia. A Europa la ketamina existent prové de la producció pròpia (Bèlgica) i, sobretot, de l'Índia. A l'Amèrica del Nord una bona part de la producció és també local, sense oblidar l'aportació de producte provinent de la Xina. L'Amèrica del Nord continua essent l'àrea geogràfica on són confiscats més LSD i altres al·lucinogens. Quant l'ús, sembla que repunta a partir de l'any 2012. Hi ha diferències quant als productes preferits segons els països. Àsia tendeix més a usar ketamina, mentre que l'entorn occidental tendeix a usar LSD i altres al·lucinogens.

4.7.5. Opiacis

En l'últim registre mundial (UNODC, 2019), amb dades del 2017, s'aprecia un increment en la confiscació d'opioides (693 tones), 150 tones d'opioides farmacèutics (increment del 72 %) respecte a l'any previ, 103 tones d'heroïna, 87 tones de morfina, i un descens en relació amb tranquil·litzans o benzodiazepines (10 tones, la qual cosa representa una contracció del 73 % respecte de l'any anterior).

En 2017 es va estimar que 53 milions de persones a tot el món (l'1,1 % de la població), de 15 a 64 anys, havien usat opioides almenys una vegada en l'últim any. La meitat d'elles eren usuaris d'opioides (opi o heroïna). A l'Amèrica del Nord es presenta la prevalença més elevada d'ús d'opioides sense prescripció mèdica, amb el 4 % aproximadament de la població. Preocupa molt l'elevat nombre d'usuaris d'opioides farmacèutics per a finalitats no mèdiques, si bé la prevalença d'usuaris d'heroïna és també alta (0,7 %), en qualsevol cas superior a la mitjana mundial (0,6 %).

Països com Austràlia també tenen problemes amb el consum d'opioides farmacèutics per a finalitats no mèdiques. Àsia té una alta prevalença d'usuaris d'opioides, la qual cosa, juntament amb la important població que viu en aquest continent, fa que gairebé la meitat dels consumidors mundials estigui en aquest continent. L'Àfrica central i de l'oest es caracteritza per un elevat ús d'opioides de farmàcia per a finalitats no mèdiques, especialment el tramadol, encara que les dades no són precises.

Quant a Europa, la prevalença d'usuaris d'opioides s'estima entorn del 0,6 o 0,7 %, principalment deguda al consum d'heroïna. No tot Europa comparteix el mateix patró de consum. Els països més orientals tendeixen a usar heroïna i opi. Juntament amb heroïna, també es consumeix metadona, buprenorfina, opi, morfina, fentanil...

En canvi, a Sud-amèrica la prevalença d'ús d'opioides és baixa, i gairebé no ha aparegut el problema de l'ús d'opioides farmacèutics per a ús diferent del mèdic.

No obstant l'alta prevalença de consum, l'any 2018 s'ha produït un descens del 20 % en el total de l'àrea dedicada al cultiu de l'opi, sobretot per la seva reducció a Afganistan, a causa de la intensa sequera. També a Myanmar s'ha produït un descens de producció. Per contra, en zones de Mèxic s'ha observat una dedicació de terrenys al cultiu d'opi cada vegada major, sobretot en zones de difícil accés i amb menor nivell de desenvolupament social.

La confiscació mundial d'opioides ha continuat l'escalada a l'últim any, segons dades oficials del 2017. Àsia és el continent on més opioides s'han confiscat, gairebé el 80 % del total mundial. Cal tenir en compte que la major part dels opioides que es consumeixen al món, prop del 88 %, procedeixen

d'Afganistan. Altres mercats menors són el de Myanmar, que sol distribuir entre els seus veïns la producció d'heroïna i opi, i el de Mèxic –juntament amb algun altre país sud-americà–, que habitualment exporta als Estats Units.

Les rutes més habituals

La **ruta dels Balcans** continua essent la més emprada per a distribuir heroïna i derivats opioïdes. La droga d'Afganistan passa de Turquia a Bulgària i d'aquí cap a Romania i Hongria, encara que hi ha algunes rutes variants de la principal. En concret, se sol parlar de les tres vies següents:

- La via **meridional** passa per Grècia, Albània i Itàlia, i discorre principalment per mar (amb transbordadors).
- La via **central** recorre Bulgària, l'Antiga República Iugoslava de Macedònia, Sèrbia, Montenegro, Bòsnia i Hercegovina, Croàcia i Eslovènia, per dirigir-se a Itàlia o Àustria, i discorre principalment per terra.
- La via **septentrional** parteix de Bulgària i Romania cap a Àustria, la República Txeca, Polònia i Alemanya, i discorre principalment per terra.

La **ruta septentrional** surt d'Afganistan i recorre l'Àsia central, Rússia, Ucraïna i Bielorússia.

La **ruta del Caucas** s'utilitza per a portar opioïdes des de la Mitja Lluna d'Or (Afganistan, Pakistan i Iran), passant per Iran, Armènia, Azerbaidjan i Rússia, fins a arribar a Turquia.

Des d'Afganistan una altra ruta important, la **ruta meridional**, surt cap a Pakistan, i d'aquí, per Iran, penetra i transporta cap a Europa, Àfrica i l'Orient Pròxim (Síria, Líban, Iraq, Aràbia Saudita...), d'una banda, i cap a l'Índia, l'Amèrica del Nord (Canadà sobretot) i Oceania, de l'altra. L'entrada d'aquests carregaments a Europa se sol fer per Bèlgica, els Països Baixos i el Regne Unit.

Finalment, hi ha una ruta africana, la **ruta del sud**, que transporta la droga per aquest continent i després la introdueix a Europa pel sud, entre altres destinacions.

5. Legalització enfront d'il·legalització de les drogues: la regulació del consum

5.1. Legalització enfront d'il·legalització: una revisió actual d'una qüestió antiga

Un debat que acompanya tradicionalment el consum de substàncies és la conveniència de permetre el lliure accés a les drogues sense cap restricció. En realitat, el gruix del debat ha estat més ideològic que basat en evidències empíriques (Ponce de León, 2011).

La postura de la **legalització** va sorgir des del punt de vista contracultural, si bé alguns autors assenyalen que les ideologies neoliberals són en realitat les que qüestionen les restriccions al consum. Un tercer bloc d'opinió és el que planteja la qüestió des de la reacció a les conseqüències socials que comporta la il·legalitat, sobretot després de l'experiència de l'epidèmia d'heroïna. Per la seva banda, s'ha assenyalat que els contraris a la legalització parteixen de posicions conservadores, bé des de punts de vista moralistes, bé des de punts de vista paternalistes, en les quals l'usuari queda relegat a un paper passiu i sotmès a la droga.

Probablement hauríem de diferenciar d'entrada dos nivells de debat i situar cadascun d'ells en el seu àmbit.

- Hi ha una primera aproximació, poc científica, fins i tot poc ideològica, suportada per l'«opinió pública i retòriques socials» i amplificada pels mitjans de comunicació, que consisteix a presentar dues postures radicals: legalització enfront d'il·legalització, cadascuna estricta i sustentada en ideologies amb escàs respall empíric o científic en el millor dels casos. Per la seva pròpia definició, aquest nivell és condemnat a mantenir-se immutable i, en realitat, aporta poc a la visió criminològica de les drogodependències.
- Una segona aproximació, basada en dades reals, demostrables, permet un debat fructífer i aporta solucions per a diferents aspectes de la drogodependència. Aquesta aproximació ha permès l'aparició d'un punt de vista intermedi entre els pols extrem, que seria el del **consum regulat de substàncies**.

5.2. Arguments a favor i en contra de la legalització: una anàlisi crítica

Els defensors de la legalització argumenten, entre altres qüestions, que per sobre de tot hi ha la llibertat personal per al consum; que una legalització plena faria desaparèixer el mercat il·legal i la criminalitat associada, i que permetria el control de la qualitat de la substància; que la delinqüència del consumidor també es rebaixaria, ja que en un mercat legal el preu de les substàncies seria menor; que les substàncies tenen efectes farmacològics i beneficiosos; que els riscos associats a aquestes substàncies (a algunes especialment) han estat exagerats.

Per la seva banda, els qui defensen la il·legalitat estricta pressuposen que el consum de substàncies sempre és nociu per al subjecte; que exposaria els joves a un factor de risc especialment nociu; que la dependència no és en realitat una malaltia; que una major llibertat de consum portaria com a conseqüència una extensió del problema i un increment de la delinqüència associada i de la patologia mèdica relacionada (Ochoa Vargas, 2000; Ponce de León, 2011; Comas, 2011).

A continuació analitzem alguns dels arguments esgrimits a favor i en contra de la legalització de les drogues.

1) En aquesta lluita de postures, els mateixos organismes internacionals (ONU DC, 2009, JIFE, 2012) han reconegut que les seves **polítiques estrictament restrictives** sobre l'ús de substàncies –que són les que es van plantejar inicialment– van comportar una sèrie de perjudicis, i que l'objectiu final d'«un món sense drogues en 2008» no podia ser assolit. Entre les repercussions negatives que enumeren, s'esmenten la creació d'un mercat il·legal, i l'aparició i sofisticació de les organitzacions criminals. Aquest mercat il·legal és prou potent per a desplaçar la producció de les substàncies des d'àrees geogràfiques o països excessivament pressionats per la política restrictiva fins a altres països, generalment més desfavorits, on és més rendible la producció i és més fàcil escapar de la pressió internacional. A més, el mercat de substàncies fa que, si la pressió sobre una d'elles és especialment intensa i la seva oferta és reduïda, apareguin noves substàncies alternatives que satisfacin la demanda. La pressió policial, finalment, ha estat més eficaç en la baula més febla –el consumidor o petit traficant– que en les organitzacions criminals. Això ha comportat que poblacions per si mateixes socialment desfavorides hagin quedat relegades a un estil de vida encara més marginal. I aquestes poblacions excessivament marginades tenen un accés encara més difícil als recursos terapèutics. En aquesta mateixa línia, mantenir una política restrictiva i policial té un important cost econòmic i en recursos, que es resten dels necessaris per a donar una bona assistència de salut pública.

Altres autors, seguint aquest exercici d'anàlisi crítica de la realitat, han llançat llum sobre els arguments proposats.

2) El problema de la **delinqüència** per tràfic de drogues a gran escala no afecta igualment a tots els països. Les polítiques restrictives han comportat la creació d'un mercat il·legal, però les polítiques de legalització no portarien necessàriament a la desaparició del problema. D'entrada, aquest problema no afecta igualment a tots els països. Concerneix especialment els països productors, generalment en vies de desenvolupament, on la producció de substància és una explotació rendible a curt termini per a la població autòctona, i on la legislació i el nivell de control polític i policial són escassos. Està demostrat que la modificació de condicions en un país repercuteix en altres països i, de la mateixa manera, la pressió sobre determinades substàncies (fins i tot la seva legalització) pot suposar l'aparició de noves substàncies. Val la pena assenyalar, a més, que programes de dispensació d'heroïna, en els quals el consumidor rep aquesta substància de manera legal, han fet disminuir –però no desaparèixer– el consum il·legal de la substància i la delinqüència associada a aquest consum. Altres programes de reducció de dany no han repercutit amb prou feines en el tràfic il·legal d'heroïna, ja que hi continua havent demanda per part de determinats perfils de subjectes marginals.

3) En qualsevol cas, una política de legalització de consum i/o tràfic requerria necessàriament la **coordinació internacional** que fes que la normativa corresponent fos d'aplicació global. En cas contrari, l'existència de països amb un consum legalitzat i d'uns altres amb un consum il·legalitzat comportaria que el problema del crim organitzat no decreixeria. I, atès el diferent nivell de desenvolupament, les diferències socials i de valors culturals entre els països, això sembla especialment complicat.

4) Pel que fa a la delinqüència directament vinculada amb el **consum i l'usuari**, no està demostrat que la droga per si mateixa generi delinqüència en l'usuari, tal com s'ha esmentat en apartats anteriors. Per tant, no és esperable que legalitzar-ne el comerç evités la delinqüència associada a aquest àmbit. En relació amb el consum de cànnabis, fins i tot es va defensar que Holanda havia disminuït la criminalitat després de la legalització del consum, però en realitat Holanda mai no havia tingut taxes de criminalitat elevada abans de la legalització, i a més és (i era) un país bàsicament consumidor. Com altres països europeus fins ara eminentment consumidors –com Espanya i Anglaterra–, veu incrementar la producció local de cànnabis i de drogues de síntesis, situació que genera un increment dels problemes relacionats amb el consum, com la delinqüència, algunes patologies mèdiques, etc., i una revisió de les seves polítiques contra les drogues.

Dades d'interès

Una part dels usuaris dels programes de dispensació d'heroïna, que solen ser una població molt marginal, continuen consumint puntualment la substància il·legal obtinguda en el mercat negre, si bé amb menor freqüència.

5) Hi ha una altra dada més relacionada amb drogues i delinqüència que val la pena destacar. El principal factor demostrat de criminalitat té a veure més amb **les desigualtats socials** que amb la producció o consum de substàncies per si mateix. Aquest factor no quedaria neutralitzat per una legalització plena.

6) Una altra de les postures sostingudes és la visió general que la substància que pugui tenir **propietats terapèutiques** ha de ser liberalitzada per al consum. La gran majoria dels medicaments de la farmacopea procedeixen de plantes i són depurats d'aquestes. Això passa també amb les substàncies il·legals. Els principis actius potencialment beneficiosos són aïllats, estudiats i depurats per al seu ús farmacològic. Cal tenir en compte que a la planta natural solen «convivre» diferents principis actius, i alguns poden ser beneficiosos, altres perjudicials i uns quants poden ser neutres.

És conegut l'ús dels derivats morfinics per a l'analgèsia, com antitussígens, antidiarreics, etc. I ha passat i passa el mateix amb altres substàncies, com el cànnabis, els principis actius potencialment beneficiosos del qual són estudiats i utilitzats, de manera controlada i regulada, en diferents patologies, per a controlar els vòmits, com a pal·liatiu del dolor, etc.

7) L'experiència de les últimes dècades ha ensenyat que, en general, les drogues eren considerades inicialment com no nocives per a la salut, però el pas del temps i el consum generalitzat les ha anat situant com a **factors de risc** important per a diverses patologies mèdiques. L'heroïna va aparèixer precisament per contrarestar l'addicció a la morfina. La cocaïna es va presentar «en societat» com una substància que no generava dependència i no causava danys greus, contràriament al que succeïa amb l'heroïna. El pas dels anys ha demostrat que genera una greu dependència, que el dany per a l'organisme, tant físic com psíquic, és fins i tot major que el de l'heroïna, i que la delinqüència associada s'ha incrementat de manera exponencial. Una cosa similar passa amb el cànnabis. En les noves revisions de les classificacions internacionals s'accepta que genera dependència i abstinència, i que és una droga relacionada clarament amb patologies tan greus com l'esquizofrènia. Les drogues de síntesi complien en teoria el requisit de proveir sensacions plaents sense provocar cap dany. Avui és ben coneguda la seva neurotoxicitat i s'han descrit morts relacionades amb el seu consum.

8) La comparació amb el consum d'**alcohol i tabac**, drogues legals que generen un important impacte en la salut i mortalitat, cal analitzar-la amb molta cura. Durant un temps, en determinats entorns l'alcohol va ser prohibit i objecte de mercat il·lícit. La legalització no va comportar per si mateixa una disminució de la dependència, encara que sí un descens en el mercat il·legal, que, d'altra banda, aviat va substituir aquesta substància per unes altres. Tant l'alcohol com el tabac no tenen una característica que diferencia les drogues il·legals: l'alarma social. En general, són consums acceptats socialment, les principals complicacions dels quals recauen habitualment en el mateix consumidor, i no són tan disruptius per a la vida del subjecte ni li generen un estil de vida marginal. En tot cas, no estan exempts de complicacions: l'alcohol s'ha assenyalat com el principal factor de delictes violents i accidents de trànsit; alcohol

Alcohol

És la substància que genera més dependents i bevedors problemàtics.

Tabac

Malgrat ser legal, continua essent objecte d'un important tràfic il·legal.

i tabac són la base d'un gran nombre de patologies evitables i generen una gran despesa econòmica i laboral, i la seva legalització no ha corregit aquests problemes. D'altra banda, desconeixem les taxes de delinqüència, per exemple, que poden aparèixer davant la liberalització plena d'altres drogues com la cocaïna o el cànnabis.

9) Alguns advoquen que una **permissivitat** excessiva en el consum pot generar una major taxa de dependents. D'altra banda, s'al·lega que el control de l'oferta no ha limitat l'extensió del problema, la qual cosa es presentaria com una clara mostra del fracàs de les polítiques restrictives. És cert que hi ha un recorregut o carrera addictiva que té a veure en gran manera amb la disponibilitat de les substàncies i l'edat del subjecte. La major part dels usuaris joves s'inicien amb el tabac, l'alcohol i el cànnabis. Posteriorment passen a experimentar amb drogues de disseny i psicoestimulants, més endavant amb cocaïna, i uns pocs consumiran heroïna després. Està demostrat que el consum de cànnabis és la porta d'entrada al món de les drogues i que afavoreix el pas al consum d'altres substàncies. No obstant això, també se sap que probablement el cànnabis és la substància que genera menys dependència. En realitat, una bona part d'usuaris adolescents i joves experimenten durant un temps amb cànnabis i drogues de síntesi i després abandonen el consum de substàncies. Altres substàncies com l'heroïna i la cocaïna sí que generen dependències més marcades. També s'intueix que la demanda de substàncies no sembla dependre exclusivament de l'oferta. Dit d'una altra manera, l'excés d'oferta –per exemple, gràcies a la legalització– genera un increment del nombre d'usuaris, però aquest increment és limitat i moltes vegades es tracta d'un consum experimental, amb el corresponent abandonament posterior. S'ha comprovat, a més, que la població jove –com d'altra banda era d'esperar– és més sensible al preu de la substància que poblacions més adultes, la qual cosa permetria un cert control d'oferta gràcies al preu de la substància. Es desconeix, d'altra banda, quina seria l'extensió del consum en cas de permetre's una legalització plena. Experiències permissives amb altres substàncies, com el cànnabis, van acabar fracassant en països de l'entorn occidental per l'important increment de dependents i l'efecte crida que van tenir. En el cas de l'alcohol i del tabac, el seu consum lliure no va disminuir la prevalença d'ús en la població, sinó que la va incrementar. En qualsevol cas, des dels organismes internacionals dedicats a les drogues s'advoca per un doble vessant en la política contra l'ús de substàncies: reduir tant l'oferta de substàncies il·legals com la seva demanda.

10) Un dels arguments esgrimits a favor de la legalització és que faria desaparèixer la sensació de **transgressió** i de **risc** associats al consum, que suposadament és al darrere de molts joves abans d'iniciar-se en l'ús de substàncies. Sense aquesta aura és d'esperar, segons al·leguen, que l'adolescent presti menys atenció a la substància i es vegi menys atret per ella. No obstant això, avui dia no es pot sostenir que sigui aquest plantejament el que generi per si mateix el greu problema de les dependències. És veritat que pot afavorir un consum puntual, experimental, però se sap que molts altres factors influeixen en l'inici i sobretot en el desenvolupament de la dependència. A més, queda per demos-

trar que la legalització comportaria efectivament la pèrdua d'aquesta etiqueta de transgressió de límits o d'experimentació amb allò prohibit. L'alcohol i el tabac no ho han aconseguit.

5.3. La regulació com a alternativa al debat

El que inicialment es va plantejar com un debat ideològic sobre la legalització o il·legalització de les drogues en general a data d'avui ha quedat pràcticament restringit al consum del cànnabis en particular.

Les polítiques de lluita contra la droga, dirigides des d'institucions internacionals i coordinades entre els diferents països membres, se centren a reduir l'oferta de substància i la demanda per part dels usuaris.

La reducció de l'oferta se centra a limitar i penalitzar el tràfic de substàncies, tant a gran escala (crim organitzat) com a petita escala, segons la proporcionalitat de la pena que exigeix el dret.

Els programes encaminats a disminuir la **demanda** s'articulen en una major prevenció del consum, amb especial incidència en poblacions especialment vulnerables, i a afavorir la recuperació i ressocialització dels subjectes consumidors. Superat l'antic debat sobre la legalització de les drogues, la realitat actual és la **regulació** del consum.

Des de fa anys hi ha els anomenats **programes de reducció de dany**, que no tenen com a objectiu principal l'abstinència, sinó evitar tant com es pugui els danys col·laterals del consum en la població especialment marginal. En el cas de la dependència de l'heroïna, que és on tenen més predicament, aquests programes inclouen el consum permès, regulat, en condicions higièniques de l'heroïna, fins i tot dispensada des de l'Administració sanitària. Una altra alternativa terapèutica d'ús majoritari són els **programes de manteniment** amb morfínics (metadona, buprenorfina, etc.), que comporten també un consum regulat. D'aquesta manera, es busca un cert tipus de consum apartat de l'estil marginal propi del consum lliure.

La legislació actual, d'altra banda, no penalitza l'autoconsum de substàncies, ni la seva possessió si és per a ús propi o compartit en determinades situacions. Des de fa anys la farmacopea inclou derivats morfínics sota prescripció mèdica, i s'investiga, i en alguns països s'autoritza, l'ús de cànnabis en les circumstàncies en què ha demostrat eficàcia, sota control i prescripció sanitària.

En els últims anys, des del punt de vista de l'usuari, les polítiques sobre drogues han adoptat una postura de regulació de l'ús, i se n'ha permès amb major freqüència l'ús terapèutic i en programes de tractament de dependència.

Així mateix, en la majoria de països han anat perdent pes les polítiques purament restrictives i de penalització del consum, i s'ha passat a l'actual situació d'un ús particular permès, amb sancions no penals sinó administratives si s'incompleixen certes normes.

En el cas del cànnabis, la regulació com tal no s'estableix d'una manera tan clara com amb l'heroïna, però sí que hi ha una major tolerància de l'ús particular i una certa tendència a la condescendència a l'hora d'aplicar penes i sancions.

La cocaïna, en canvi, queda una mica al marge d'aquestes tendències, en gran manera per la falta de substitutius eficaços i pel perfil de consum. Sense comptar amb aquest tipus de suports, és difícil establir una regulació eficaça, si bé el seu consum particular no està penat, i tampoc la possessió per a l'autoconsum. Sí que es persegueix evidentment tant el tràfic a gran escala com la venda al detall, i està legislada estrictament la conducció sota els efectes d'aquesta substància.

5.4. Anàlisi de resultats dels programes de legalització de la marihuana

Recentment, en diferents països i estats (Canadà, diversos estats dels Estats Units, Uruguai...) s'ha començat a permetre de manera legal, bé per a finalitats mèdiques bé per a finalitats recreatives, el consum de cànnabis i derivats. Cal tenir en compte, d'entrada, que no hi ha una unanimitat de criteris a l'hora de plantejar aquests programes de regulació del consum, i que gairebé cada país ha legislat segons el seu parer. El punt de partida en molts casos sí que era comú: afavorir l'accés a un producte que se sap que pot tenir certes aplicacions en la medicina.

Preocupa, però, que en diversos d'aquests programes s'hagi legislat més enllà del que és permès pels tractats internacionals de fiscalització. L'ús de cànnabis amb finalitats mèdiques sí que té cabuda en aquests tractats sempre que es compleixin certs requisits. L'ús merament recreatiu es regula fora dels tractats de fiscalització internacional.

Si bé encara és aviat per a treure conclusions definitives dels primers assajos, es poden apuntar certes tendències i problemes. D'entrada, convé assenyalar que algunes dades són discrepants entre els diferents programes, la qual cosa és lògica si es té en compte que sorgeixen d'entorns culturals incomparables, amb objectius diferents i amb mesures diferents.

Alcohol i tabac

Paradoxalment, en els últims anys s'ha produït un major control de l'ús de les drogues legals, l'alcohol i el tabac per part de l'Administració: en el primer cas, en relació amb la conducció de vehicles sota els efectes de substàncies; en el segon, amb la prohibició de fumar en llocs públics pel risc que comporta per a la salut dels no fumadors. En tots dos casos aquestes mesures restrictives s'han centrat també a prevenir el consum en poblacions adolescents i joves.

Producció de cànnabis a petita escala

Convé assenyalar, encara que de manera col·lateral a la qüestió del debat entre legalització i il·legalització, el problema que planteja actualment la producció de cànnabis a petita escala. La proporció de substància psicoactiva i la seva potència d'acció depenen en gran manera del tipus de cultiu, a més de la planta per si mateixa. Als últims anys la tendència prèvia d'importar la substància bàsicament del nord d'Àfrica ha donat pas a una producció de cànnabis cada vegada major en petites plantacions dels països consumidors (Espanya, Holanda...) i fins i tot en l'àmbit domèstic. Això ha comportat l'arribada al mercat de droga més activa i, per tant, causant de majors problemes físics i psíquics, i l'aparició de nous problemes amb la distribució i el tràfic d'aquesta substància. Per aquest motiu, determinats països que fins ara eren més permissius amb el consum públic tracten de limitar l'ús i expansió de la substància.

En primer lloc, a dia d'avui no hi ha, des del punt de vista **científic**, cap medicament derivat del cànnabis que hagi demostrat poder ser en primera línia de la farmacopea. Bàsicament, el seu ús es fa quan altres alternatives han fracassat o fins i tot moltes vegades amb finalitats compassives, i per a patologies concretes, com el tractament de les nàusees associades a la quimioteràpia, del dolor neuropàtic i de l'espasticitat de l'esclerosi múltiple, l'estimulació de la gana, l'abordatge de l'epilèpsia infantil rebel..., però sempre amb un control estricte de llicències i de format de presentació del fàrmac.

L'ús mèdic del cànnabis no es pot justificar amb el cigarret fumats, ja que no es podria assegurar ni la dosi ni la disponibilitat, a més que podria tenir riscos importants per a la salut.

D'altra banda, els efectes secundaris d'aquests fàrmacs cannabinoïdes tampoc no ajuden al fet que escalin a millors posicions en la farmacopea (EMCDDA, 2018b; JIFE, 2019).

Al costat d'aquest problema inicial, el consum de cànnabis amb finalitats mèdiques o recreatives planteja altres **dificultats** (Hasin, 2018) que han estat confirmades en aquests primers estudis, com el desenvolupament de dependència i abstinència, el risc d'afavorir quadres psicòtics, les falles cognitives de memòria i atenció a llarg termini... Tot això repercuteix tant en l'individu com en la salut pública –més cost de tractament, en prevenció...–, en el nombre de morts en accidents de tràfics i en el nombre d'alteracions de conducta en col·legis i instituts. El nombre de sol·licitants de tractament per cànnabis també s'ha incrementat, i també ho han fet les visites a Urgències i els ingressos hospitalaris (Wilkinson i altres, 2016).

Juntament amb això, en l'àmbit social ha disminuït la percepció negativa del consum de cànnabis i l'estigma associat, la qual cosa apropa encara més els usuaris a la substància.

Respecte a la continuïtat o no de **mercats il·lícits**, la legalització del cànnabis no ha comportat, igual que va passar amb altres substàncies, la desaparició del mercat il·legal. Varia molt en funció dels estats i les seves legislacions, però en projectes com el de Washington i Colorado es mantenen mercats il·lícits. A Califòrnia, l'inici en 2018 del seu programa va comportar un increment del preu del cànnabis legal per sobre del que es pagava en el mercat il·legal, per la qual cosa aquest mercat es va mantenir (UNODC, 2019).

Els primers resultats extrets dels assajos fets en països o estats que han regulat l'ús de cànnabis per a finalitats mèdiques o directament recreatives semblen indicar que s'ha produït un augment de prevalença d'usuaris, de la quantitat i la freqüència del consum (Carliner i altres, 2017). No queda clar, entre altres punts, si ha augmentat la prevalença d'ús en la franja poblacional més jove, encara que les primeres dades apunten a una estabilitat en aquesta prevalença, però altres estudis sí que semblen assenyalar que ha augmentat. A més, s'ha apreciat una disminució de les confiscacions de drogues i un increment de la producció casolana. No obstant això, el mercat negre continua existint tant per al cànnabis com per a altres drogues.

Sembla clar que des d'un punt de vista estrictament científic no hi ha raons que afavoreixin la regulació extensa de l'ús de cànnabis. Faran falta més estudis i estudis que incloguin una perspectiva més longitudinal.

Entre les **raons econòmiques** per a regular el consum de cànnabis s'esmenten, entre d'altres, les següents:

- Disminuir el guany de les organitzacions criminals.
- Augmentar la recaptació en impostos que després es puguin emprar per a pagar els tractaments.
- Desviar la despesa judicial i policial que comporta el consum de cànnabis cap a altres partides més eficients.

Per tant, la idea última és aconseguir, amb la regulació, que majors partides de diners es puguin dirigir a la prevenció, a prendre consciència de la gravetat que pot comportar el consum, a tractar la dependència i a evitar els efectes negatius del consum, en la línia del que es fa actualment amb l'alcohol i el tabac (Cepeda-Benito, 2016).

Des del punt de vista **criminològic**, el nombre d'arrestos per delictes relacionats amb marihuana han disminuït segons alguns informes (Colorado Department of Public Safety, 2018) entre els anys 2012 i 2017, com calia esperar, ja que els canvis legals establerts corregien la consideració legal de la possessió de cànnabis, per exemple. No obstant això, sí que s'han incrementat els delictes associats al crim organitzat. Les confiscacions de cultius interiors i exteriors en terrenys públics han crescut als últims anys. Es va incrementar també el percentatge de subjectes que es van veure implicats en accidents de trànsit i que havien consumit cànnabis. També va augmentar el nombre de visites a Urgències i el d'ingressos hospitalaris provocats per consum de marihuana. No obstant això, no es va percebre un increment clar de consum en població adolescent-jove.

Sens dubte, cal esperar anàlisis més detallades i longitudinals per a conèixer l'abast real d'aquests programes de regulació, que molt probablement encara han d'ajustar els seus criteris i normes d'aplicació. Convé tenir en compte, però, que el problema de les drogues té vessants molt diferents i que trobar una solució global única que satisfaci tots els plantejaments (científics, econòmics, socials...) és molt complicat.

Resum

Aquest mòdul ha abordat el problema de la drogodependència des del punt de vista criminològic i ha revisat tant aspectes clàssics com altres més actuals.

El coneixement de la història de les drogues i de l'ús que n'ha fet la humanitat és clau per a entendre que és una part essencial de la història de la humanitat mateixa, molt imbricada en aspectes culturals (i contraculturals), amb línies de separació no sempre clares entre l'ús terapèutic i l'ús en l'oci, i que la seva valoració és influïda sovint per aspectes ideològics. A més, s'han revisat els factors que han pogut provocar l'ús **epidèmic** d'aquestes substàncies a l'últim segle, amb aportacions socials però també biològiques i psicològiques. En aquest sentit, l'aparició de legislació internacional sobre l'ús de determinades substàncies n'ha condicionat l'ús a les últimes dècades.

Per a la Criminologia, el problema de les drogues i la dependència sempre ha estat en primera línia d'estudi, no solament per l'impacte que les drogues tenen en l'estadística criminològica, sinó per la necessitat d'implementar mesures polítiques d'afrontament eficaces. No queda clar quina **relació causal** hi ha entre drogues i delinqüència, si bé als últims anys s'entreveuen possibles punts d'interrelació entre ambdues. Cal destacar que no tots els delictes relacionats amb drogues són deguts a subjectes usuaris de substàncies, sinó que els més lucratius i violents rars vegades s'hi relacionen. Als últims anys els organismes internacionals encarregats de promoure polítiques d'actuació han modificat tant els seus objectius com les línies de treball per advocar no solament per la repressió policial sinó també per polítiques socials i preventives en les comunitats de base, i programes de rehabilitació per a subjectes addictes.

En aquest sentit, el **crim organitzat** és una gran xacra mundial i ha trobat en les drogues un material de tràfic idoni. Les petites organitzacions centrades exclusivament en les substàncies han donat pas a grans bandes internacionals, d'extrema complexitat i amb objectes de tràfic variats (armes, immigrants, etc.), capaces de desestabilitzar països i àrees geogràfiques senceres.

Als últims anys s'ha avançat molt en la comprensió del funcionament del cervell en general i de les **bases cerebrals** de la dependència de substàncies en particular. Aquestes troballes permetran futurs tractaments més eficaços. Des del punt de vista penal i criminològic, la constatació del funcionament de les substàncies sobre el cervell i del dany neuropsicològic que produeixen reforça la idea de l'addicció com a **patologia** en la qual les capacitats cognitiva i volitiva poden veure's afectades.

L'antic debat entre **legalització i il·legalització** de substàncies ha donat pas a un plantejament més realista que avança cap a la **regulació** del seu ús. En aquest mòdul s'han revisat de manera crítica les postures enfrontades i els raonaments esgrimits per cadascuna.

Exercicis d'autoavaluació

1. Assenyaleu la resposta correcta.

- a) Les polítiques actuals busquen sobretot disminuir l'oferta de drogues.
- b) Les polítiques actuals persegueixen la disminució de la demanda de substàncies.
- c) Ambdues respostes són excloents.
- d) Tant a com b són certes.

2. D'entre les opcions següents, quina és la més correcta?

- a) Està demostrat que legalitzar les drogues comporta un descens de delictes associats.
- b) S'ha demostrat que la legalització de certes substàncies no ha eliminat sempre el mercat negre.
- c) Està demostrat que il·legalitzar les drogues comportaria un augment exagerat del nombre de subjectes dependents.
- d) No és clar que una legalització de les drogues en millori el control de l'oferta i la qualitat.

3. Assenyaleu l'opció falsa.

- a) Nucli accumbens, àrea tegmental ventral i àrea prefrontal són parts del circuit de recompensa.
- b) El circuit de recompensa explica tant l'inici i el manteniment de l'addicció com el risc de recaiguda.
- c) S'ha vist que el circuit de recompensa és clau sobretot per a l'inici de l'addicció, però sembla que el manteniment i, especialment, la vulnerabilitat a la recaiguda té més a veure amb alteracions glutamatèrgiques al lòbul prefrontal.
- d) La dopamina és el neurotransmissor més important d'aquest circuit.
- e) Aquest circuit existeix en tots els animals i el seu objectiu és perpetuar l'espècie i l'individu.

4. Assenyaleu l'opció correcta referent als delictes relacionats amb drogues.

- a) Tots són executats per subjectes addictes o, si més no, usuaris.
- b) Els que cometen els usuaris d'heroïna sota l'efecte de la substància solen ser d'una gran violència i agressivitat.
- c) Els relacionats amb el finançament de les drogues per part dels usuaris no solen ser especialment violents.
- d) No val la pena distingir tipus de delictes, ja que no hi ha característiques diferencials entre ells.

5. Amb relació a la perillositat dels subjectes drogodependents...

- a) el consum de substàncies explica una gran part de la perillositat, però solament en el grup de subjectes dependents i no en la població no dependent.
- b) el cànnabis i l'heroïna provoquen un gran nombre de delictes violents.
- c) l'alcohol és la principal droga implicada en actes delictius violents, tant en dependents com en no dependents.
- d) el risc de perillositat no és major en població dependent amb antecedents de patologia psiquiàtrica enfront de dependents sense aquests antecedents.

6. Quant al tràfic de droga, és fals que...

- a) tots els països són igualment productors i consumidors.
- b) Europa i l'Amèrica del Nord són les principals àrees de consum.
- c) Àfrica va guanyant rellevància no solament com a productora sinó sobretot com a continent de pas de substàncies.
- d) la major part de la producció mundial d'heroïna és a l'Afganistan.

7. Quant a les causes i conseqüències del tràfic de drogues als països productors, és cert que...

- a) en general són àrees inestables i amb una gran desigualtat social.
- b) el tràfic de drogues és lucratiu sobretot per als traficants i no tant per al conreador.

- c) el tràfic de drogues sol portar com a conseqüència un empitjorament en els nivells de desenvolupament social, violència, pràctiques corruptes, etc.
d) Totes les opcions anteriors són certes.

8. Les noves recomanacions de polítiques contra la droga fetes des dels organismes internacionals busquen...

- a) exclusivament erradicar el cultiu de substàncies.
b) fomentar la resiliència de les comunitats locals i el seu desenvolupament social.
c) fomentar mesures de prevenció en grups vulnerables i millorar la cooperació internacional.
d) Les opcions *b* i *c* són correctes.

9. Quins dels factors individuals següents són una excepció a l'explicació de l'actual epidèmia de consum de substàncies?

- a) L'aparició d'una societat industrial i urbana.
b) Els trets de personalitat de cerca de sensacions i els trets evitatius de la realitat.
c) L'educació en una llar desestructurada i el fracàs escolar.
d) La pertinença a un grup de parells consumidors.

10. Amb relació a les drogues, són objecte d'estudi de la Criminologia...

- a) el delictes i la desviació social que generen.
b) el control i la resposta social a aquest delictes.
c) l'anàlisi de les relacions entre Criminologia i drogues.
d) Totes les opcions anteriors són veritables.

Solucionari

Exercicis d'autoavaluació

1. d
2. b
3. b
4. c
5. c
6. a
7. d
8. d
9. a
10. d

Glossari

capacitats cognitives *fpl* Conjunt de capacitats superiors que diferencien l'ésser humà de la resta d'espècies animals i que li permeten, en últim terme, raonar i adaptar-se a l'ambient. Inclouen des de les funcions més bàsiques, com l'atenció i la memòria, fins a les més sofisticades, com les funcions executives.

comorbilitat *f* Presentació en un mateix subjecte de dues patologies diferents com a mínim.

correlació *f* Estadísticament, relació entre dues variables de manera que la modificació d'una provoca un canvi en l'altra, i viceversa.

dependència d'una substància *f* Dependència que compleix els criteris establerts per les classificacions internacionals en un subjecte que fa ús de la substància d'una manera continuada, que és incapaç de controlar-ne el consum, i l'estil de vida del qual queda circumscrit a la seva obtenció.

droga *f* Substància exògena, d'origen vegetal o sintètic, dotada d'activitat farmacològica, que té la capacitat de modificar o alterar una o diverses funcions del subjecte que la consumeix. En el món anglosaxó, es refereix tant a substàncies legals (fàrmacs inclosos) com il·legals.

drogodependència *f* Addicció a una substància.

enfocament biopsicosocial *m* Model mèdic que considera variables biològiques (incloses les genètiques), socials i psicològiques, i la interacció entre elles com a manera d'explicar una determinada patologia o conducta.

funcions executives *fpl* Conjunt de capacitats que permeten al subjecte afrontar amb èxit situacions noves de presentació recent i per a les quals no ha après una resposta. Formen part de les capacitats cognitives i inclouen la capacitat de planificar, d'inhibir estímuls distractors, de posar en marxa un pla i de modificar-lo si apareixen noves informacions, de reconèixer el seu desenvolupament i els èxits o fracassos aconseguits, i d'aprendre dels errors, entre d'altres.

justícia restaurativa *f* Conjunt de programes de justícia basats en la comunitat, en els quals les víctimes i les mesures en benefici de la comunitat tenen un paper principal.

metaanàlisi *f* Metodologia d'anàlisi estadística que consisteix a analitzar conjuntament les mostres i resultats provinents de diferents estudis publicats per autors diversos, de manera estructurada i en funció de determinats criteris. Pretén aconseguir mostres majors en les quals es puguin comprovar les hipòtesis de treball.

neurona *f* Cèl·lula pròpia del sistema nerviós. Consta d'un cos o soma, un axó i unes prolongacions anomenades dendrites.

neuropsicologia *f* branca de la psicologia que estudia com afecten al cervell les diferents patologies: en quin lloc del cervell s'origina un determinat trastorn mental, quins són els circuits involucrats i com afecta les funcions cognitives i conductuals.

neurotransmissor *m* Substància segregada per una neurona que activa la següent neurona mitjançant la unió al receptor.

nivell microsocial *m* Nivell relatiu a l'entorn comunitari o local, per contraposició al macrosocial, que es relaciona amb àrees geogràfiques grans o transnacionals.

parell *m* En epidemiologia, individu o grup d'individus que comparteixen amb el subjecte objecte d'estudi característiques socials similars. Per exemple, el parell d'un adolescent és un altre adolescent del seu mateix context amb el qual es relaciona i comparteix variables socials comunes (mateix entorn social, situació escolar, etc.).

perillositat criminal *f* Valoració del risc del subjecte de delinquir, reincidir o recaure en un delictes.

policonsum *m* Consum de més d'una substància per part d'un subjecte, àdhuc si una d'aquestes és la principal.

prevalença anual *f* En epidemiologia, percentatge d'una població donada que ha patit l'esdeveniment en l'últim any.

psicòpata *m i f* Genèricament, personalitat antisocial caracteritzada per un judici de la realitat conservat i una fredor emocional que la fa indiferent als afectes dels altres. La persona

psicòpata és capaç de captar bé la realitat, fins i tot de descriure els sentiments del proïsme, però no li ressonen afectivament, i no és capaç de «posar-se en la pell» de l'altre, encara que comprèn adequadament la situació.

psicòtic *m* Persona que pateix una malaltia mental o procés que en determinats moments li produeixen una alteració del judici de la realitat, per la qual cosa assumeix com a certes i veritables vivències que no ho són.

rave *f* Festa en espais tancats generalment al ritme de música electrònica de cadència repetitiva, en la qual es va popularitzar el consum de drogues de disseny.

receptor *m* Element bàsic integrat en la neurona que rep els neurotransmissors, amb els quals s'activa i transmet la informació a l'interior de la neurona. Media entre l'interior i l'exterior de la neurona.

reducció de danys *f* Programa terapèutic que no persegueix com a objectiu l'abstinència de consum sinó la reducció dels efectes negatius que per al subjecte i/o la societat té aquest consum. *sin. compl. reducció de riscs. sin. compl. reducció de riscos i danys*

reducció de riscos *f* Vegeu reducció de danys

reducció de riscos i danys *f* Vegeu reducció de danys

regulació del consum *f* Procés pel qual l'ús d'una determinada substància és controlat per les normes o reglaments d'una institució o administració.

resiliència *f* Capacitat humana d'assumir amb flexibilitat situacions límit i sobreposar-s'hi.

toxicomania *f* Vegeu drogodependència

trastorn per consum de substàncies *m* Denominació comuna per als diferents trastorns que produeixen les substàncies. En la nova versió del DSM-5 aquest concepte engloba tant la dependència com l'abús d'una determinada substància.

tret de personalitat *m* Faceta o tret en què es divideix la personalitat, en funció del model psicològic triat per a l'anàlisi, amb la finalitat de facilitar-ne l'estudi, classificació o comprensió.

usuari de substàncies *m i f* Persona que fa un ús puntual o sostingut de substàncies. Es diferencia del dependent de substàncies.

victimització *f* Procés pel qual una persona passa a ser víctima d'un determinat delictes.

vulnerabilitat *f* En medicina, major disposició o probabilitat de dany en un subjecte que en uns altres a causa de factors socials, biològics, econòmics, etc.

xifra negra *f* En Criminologia, diferència entre la xifra real de delictes i la xifra de delictes coneguts. Engloba els delictes dels quals la justícia no ha tingut coneixement i no ha pogut trobar responsable de la comissió.

Bibliografia

Alonso Fernández, F. (1980). «Drogodependencias». A: *Actas del IX Congreso Internacional sobre Prevención y Tratamiento de las Drogodependencias* (pàg. 20). Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales.

Ambrosio, E. (2001). «Modelos animales con naltrexona». A: E. Ochoa Mangado (ed.). *Antagonistas opiáceos en las dependencias. Clínica de la Naltrexona*. Barcelona: Ars Medica. Psiquiatría Editores.

Anuario estadístico del Ministerio del Interior 2017 [en línia]. Madrid: Ministerio del Interior. <http://www.interior.gob.es/documentos/642317/1203602/Anuario_estadistico_2017_126150729.pdf/9947dc22-782a-4c26-b15e-3aea87081331>.

Arias, F.; Ochoa, E.; Arechederra, J. J. i altres (1996) «Problemática legal en dependientes de opiáceos en tratamiento con naltrexona». *Psiquiatría Pública* (vol. 8, núm. 5, pàg. 271-278).

Babor, T. F.; Caulkins, J.; Fischer, B. i altres (2019). «Drug policy and the public good: a summary of the second edition». *Addiction* (núm. 11) [en línia]. <<https://doi.org/10.1111/add.14734>>

Bennett, T.; Holloway, K. (2007). *Drug-crime connections*. Nova York: Cambridge University Press.

Bennett, T.; Holloway, K. (2018). «Drug and alcohol-related crime among university students». *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* (vol. 62, núm. 14, pàg. 4489-4509) [en línia]. <<https://doi.org/10.1177/0306624X18769601>>

Bennett, T.; Holloway, K.; Farrington, D. (2008). «The statistical association between drug misuse and crime: a meta-analysis». *Aggress Violent Behav* (vol. 13, núm. 2, pàg. 107-118) [en línia]. <<https://doi.org/10.1016/j.avb.2008.02.001>>

Blanken, A. J.; Adams, E. H.; Durell, J. (1985). «Drug abuse: implications and trends». *Psychiatr Med* (vol. 3, núm. 3, pàg. 299-317).

Carliner, H.; Brown, Q. L.; Sarvet, A. L. i altres (2017). «Cannabis use, attitudes, and legal status in the U.S.: a review». *Prev Med* (núm. 104, pàg. 13-23) [en línia]. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28705601>>

Carrasco, J. J.; Maza Martín, J. M. (1998). *Manual de psiquiatría legal y forense*. Las Rozas: La Ley Actualidad.

Casteneda, R.; Galanter, M.; Franco, H. (1989). «Self-medication among addicts with primary psychiatric disorders». *Compr Psychiatry* (vol. 30, núm. 1, pàg. 80-83).

Centers for Disease Control and Prevention, U.S. (2018). *Annual Surveillance Report of Drug-Related Risks and Outcomes, United States* [en línia]. Department of Health and Human Services. <<https://www.cdc.gov/drugoverdose/pdf/pubs/2018-cdc-drug-surveillance-report.pdf>>

Centro Internacional para la Prevención de la Criminalidad (2010). *Informe internacional. Prevención de la criminalidad y seguridad cotidiana: tendencias y perspectivas* [en línia]. <http://ovsyg.ujed.mx/docs/biblioteca-virtual/Prevencion_de_la_criminalidad_seguridad_cotidiana.pdf>.

Cepeda-Benito, A. (2016). *Debates en drogodependencia. La legalización de la marihuana y el abuso de opiáceos prescritos contra el dolor: cómo un estado progresista de Estados Unidos afronta el desafío* [en línia]. València: Ajuntament de València. <<http://hdl.handle.net/10261/163034>>.

Comas Arnau, D. (2011). «Regularización de las drogas: el falso debate de la legalización». *Athenai* (núm. 55) [en línia]. <<http://padib.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST352ZI124591&id=124591>>.

Comisión Global de Políticas de Drogas (2011). *Guerra a las drogas* [en línia]. <http://www.globalcommissiondrugs.org/wp-content/uploads/2017/10/GCDP_WaronDrugs_ES.pdf>.

Comisión Global de Políticas de Drogas (2014). *Asumiendo el control: caminos hacia políticas de drogas eficaces* [en línia]. <http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2016/03/GCDP_2014_taking-control_ES.pdf>.

Comisión Global de Políticas de Drogas (2016). *Avanzando la reforma de la política de drogas: un nuevo enfoque para la desdramatización* [en línia]. <http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2016/11/GCDP-Report-2016_ES.pdf>.

Comisión Global de Políticas de Drogas (2018). *Regulación: el control responsable de las drogas* [en línia]. <http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2018/09/SPA-2018_Regulation_Report_WEB-FINAL.pdf>.

Chait, L.; Zulaica, B. (2005). «Mujeres drogodependientes maltratadas: análisis para la intervención». *Trastornos Adictivos* (vol. 7, núm. 2, pàg. 104-113).

Cruz, R. A.; King, K. M.; Mechammil, M. i altres (2018). «Mexican-origin youth substance use trajectories: associations with cultural and family factors». *Dev Psychol* (vol. 54, núm. 1, pàg. 111-126) [en línia]. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28933886>>.

Darke, S. (2010). «The toxicology of homicide offenders and victims: a review». *Drug Alcohol Rev* (vol. 29, núm. 2, pàg. 202-215) [en línia]. <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1465-3362.2009.00099.x>>.

Deitch, D.; Koutsenok, I.; Ruiz, A. (2000). The relationship between crime and drugs: what we have learned in recent decades. *J Psychoactive Drugs* (vol. 32, núm. 4, pàg. 391-397).

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2016). *Encuesta sobre salud y consumo de drogas en internados en instituciones penitenciarias* [en línia]. Madrid: Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. <<http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2016ESDIP.pdf>>.

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2019). *Legislación Española Sobre Drogas* [en línia]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. <http://www.pnsd.mscbs.gob.es/pnsd/legislacion/docs/LE_SISTEMA.pdf>.

Dole, V. P.; Nyswander, M. E.; Kreek, M. J. (1996). «Narcotic blockade». *Arch Intern Med* (vol. 118, núm. 4, pàg. 304-309).

Epstein, J.; Bang, H.; Botvin, G. (2007). «Which psychosocial factors moderate or directly affect substance use inner-city adolescents?». *Addict Behav* (vol. 32, núm. 4, pàg. 700-713).

Esbec, E.; Echeburúa, E. (2016). «Abuso de drogas y delincuencia: consideraciones para una valoración forense integral». *Adicciones* (vol. 28, núm. 1, pàg. 48-56) [en línia]. <<http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/790>>.

Escohotado, A. (1994). *Las drogas: de los orígenes a la prohibición*. Madrid: Alianza Editorial («Alianza Cien»).

Espinosa Iborra, J. (1997). «El tratamiento penal del enfermo mental en el nuevo Código». *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* (núm. 64, pàg. 607-625).

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2007). «Drogas y delincuencia: una relación compleja». *Drogas en el punto de mira. Nota del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías* (núm. 2) [en línia]. <http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_44774_ES_Dif16ES.pdf>.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2015). *Perspectivas sobre las drogas: rutas del tráfico de opiáceos desde Asia hacia Europa* [en línia]. <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2747/Opioid_trafficking_routes_POD2015_ES.pdf>.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2018a). *Informe Europeo sobre Drogas 2018: tendencias y novedades* [en línia]. Luxemburg: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea. <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/8585/20181816_TDAT18001ESN_PDF.pdf>.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2018b). *Medical use of cannabis and cannabinoids: questions and answers for policymaking* [en línia]. Luxem-

burg: Oficina de Publicacions de la Unió Europea. <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/10171/20185584_TD0618186ENN_PDF.pdf>.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2019). *Informe Europeo sobre Drogas 2019: tendencias y novedades* [en línia]. Luxemburg: Oficina de Publicacions de la Unió Europea. <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11364/20191724_TDAT19001ESN_PDF.pdf>.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction and Europol (2013). *EU Drug Markets Report: a strategic analysis* [en línia]. <http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_194336_EN_TD3112366ENC.pdf>.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction and Europol (2016). *EU Drug Markets Report: in-depth analysis* [en línia]. <<http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2373/TD0216072ENN.PDF>>.

Fazel, S.; Yoon, I. A.; Hayes, A. J. (2017). «Substance use disorders in prisoners: an updated systematic review and meta-regression analysis in recently incarcerated men and women». *Addiction* (vol. 112, núm. 10, pàg. 1725-1739) [en línia]. <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/add.13877>>.

Fernández, C.; Llorente, J. M. (1996). «Evaluación cognitivo-conductual de heroinómanos en comunidad terapéutica». *Adicciones* (vol. 8, núm. 2, pàg. 161-176).

Fernández, J. (2008). «Crimen Organizado». *Noticias Jurídicas* [en línia]. <<http://noticias.juridicas.com/conocimiento/articulos-doctrinales/4409-crimen-organizado/>>.

Fiscalía General del Estado (2018). *Memoria de la Fiscalía General del Estado 2018* [en línia]. Madrid: Ministerio de Justicia. <<https://www.fiscal.es/documentos/20142/b1b10006-1758-734a-e3e5-2844bd9e5858>>.

Fondo Monetario Internacional (2001). *Financial system abuse, financial crime and money laundering* [en línia]. < <http://www.imf.org/external/np/ml/2001/eng/021201.pdf> >.

Ganzenmüller, C.; Frigola, J. F.; Escudero, J. (1997). *Drogas, sustancias psicotrópicas y estupefacientes: delitos contra la salud pública II*. Barcelona: Editorial Bosch.

García-Moya, I.; Ortiz Barón, M. J.; Moreno, C. (2017). «Emotional and psychosocial factors associated with drunkenness and the use of tobacco and cannabis in adolescence: independent or interactive effects?». *Subst Use Misuse* (vol. 52, núm. 8, pàg. 1039-1050) [en línia]. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28323506>>.

Goldstein, P. J. (1985). «The drugs/violence nexus: a tripartite conceptual framework». *Journal of Drug Issues* (vol. 15, núm. 4, pàg. 493-506) [en línia]. < <https://doi.org/10.1177/002204268501500406> >.

Guimarães, R. A.; Mesquita, N. S.; Lopes, R. S. i altres (2017). «Prevalence and factors associated with criminal behavior among illicit drug users: a cross-sectional study». *Subst Use Misuse* (vol. 52, núm. 11, pàg. 1393-1399) [en línia]. <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10826084.2017.1284231?journalCode=isum20>>.

Hanlon, T. E.; Nurco, D. N.; Kinlock, T. W. i altres (1990). «Trends in criminal activity and drug use over an addiction career». *Am J Drug Alcohol Abuse* (vol. 16, núm. 3-4, pàg. 223-38) [en línia]. < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2288322> >.

Hasin, D. S. (2018). «US epidemiology of cannabis use and associated problems». *Neuropsychopharmacology* (vol. 43, núm. 1, pàg. 195-212) [en línia]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28853439>

Herrero Álvarez, S. (1997). «Repercusiones prácticas del nuevo Código Penal en el tratamiento de los delincuentes toxicómanos». *Revista Española de Psiquiatría Forense, Psicología Forense y Criminología* (núm. 1, pàg. 53-59).

Herrero Herrero, C. (1997). *Criminología (parte general y especial)*. Madrid: Editorial Dykinson.

Huertas García-Alejo, R. (1987). «Búsqueda de paraísos y evasión de realidades: la droga en el siglo XIX». *Historia* (vol. 16, núm. 133, pàg. 65-74).

Impacts of marijuana legalization in Colorado: a report pursuant to senate bill 13-283 (2018) [en línia]. Colorado Department of Public Safety. <http://cdpsdocs.state.co.us/ors/docs/reports/2018-SB13-283_Rpt.pdf>.

Instituto Nacional de Estadística (2014). *Contabilidad nacional de España: nueva base 2010* [en línia]. <<https://www.ine.es/prensa/np862.pdf>>.

Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (2002). «Illicit drugs and economic development». *Informe 2002* [en línia]. Nova York: Naciones Unidas. <http://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/Thematic_chapters/English/AR_2002_E_Chapter_I.pdf>.

Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (2003). «Las drogas, la delincuencia y la violencia: los efectos a nivel microsocial». *Informe 2003* [en línia]. Nova York: Naciones Unidas. <http://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/Thematic_chapters/Spanish/AR_2003_S_Chapter_I.pdf>.

Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (2004). *Informe 2003* [en línia]. Nova York: Naciones Unidas. <http://www.incb.org/incb/annual_report_2003.html>.

Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (2010). *Las drogas y la corrupción* [informe en línia]. Nova York: Naciones Unidas. <http://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/Thematic_chapters/Spanish/AR_2010_S_Chapter_I.pdf>.

Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (2011). «Cohesión social, desorganización social y drogas ilegales». *Informe 2011* [en línia]. Nova York: Naciones Unidas. <http://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/Thematic_chapters/Spanish/AR_2011_S_Chapter_I.pdf>.

Junta Internacional de Fiscalización de estupefacientes (2012). *Informe 2011*. Nova York: Naciones Unidas. <<http://www.incb.org/incb/es/annual-report-2011.html>>.

Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (2013). *Informe 2012* [en línia]. Nova York: Naciones Unidas. <https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2012/AR_2012_S.pdf>.

Junta Internacional de Fiscalización de estupefacientes (2017). *Informe 2017* [en línia]. Nova York: Naciones Unidas. <https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2017/Annual_Report/S_2017_AR_ebook.pdf>.

Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (2019). *Informe 2018*. Viena <<https://wdr.unodc.org/wdr2019/index.html>>

Kalant, H. (2001). «The pharmacology and toxicology of "ecstasy" (MDMA) and related drugs». *CMAJ* (vol. 165, núm. 7, pàg. 917-928) [en línia]. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11599334>>.

Kalivas, P. W.; Volkow, N. D. (2005). «The neural basis of addiction: a pathology of motivation and choice». *Am J Psychiatry* (vol. 162, núm. 8, pàg. 1403-1413) [en línia]. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16055761>>.

Khantjian, E. J.; Treece, C. (1985). «DSM-III psychiatric diagnosis of narcotic addicts: recent findings». *Arch Gen Psychiatry* (vol. 42, núm. 11, pàg. 1067-1071) [en línia]. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4051684>>.

Koob, G. F.; Volkow, N. D. (2010). «Neurocircuitry of addiction». *Neuropsychopharmacology* (vol. 35, núm. 1, pàg. 217-38) [en línia]. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19710631>>.

Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal (última modificació per Ley Orgánica 2/2019, de 1 de marzo). *Boletín Oficial del Estado*, 24 de noviembre de 1995, núm. 281 [en línia]. <<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1995-25444>>.

Madoz-Gúrpide, A. (2002). *Efectividad del tratamiento con naltrexona en la dependencia de opiáceos: factores pronósticos*. Alcalá de Henares: Universitat d'Alcalá.

Madoz-Gúrpide, A.; Ochoa Mangado, E. (2011). «A review of the physiopathology and treatment of cocaine abuse». *Cocaine abuse: pharmacology, treatment and relapse prevention*. Nova York: Nova Publisher.

Martínez Pérez, J.; González de Pablo, A. (1987). «Las drogas en la antigüedad». *Historia* 16 (núm. 133, pàg. 32-40).

McElrath, K.; McEvoy, K. (2001). «Fact, fiction, and function: mythmaking and the social construction of ecstasy use». *Subst Use Misuse* (vol. 36, núm. 1-2, pàg. 1-22).

Merck, E. (1914). *Merck MDMA Patent*. German Patent Office.

Montanari, L.; Indave, B.; Royuela, L. i altres (2017). «Drug users in European prisons: a population with specific healthcare needs». *WHO Conference on Prison Health*. Lisboa. <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/9022/Poster_LM_prison2014_FINAL.pdf>.

Murrelle, L. (2000). «Interacción ambiente-genética en la etiología del abuso de sustancias psicoactivas». *I Congreso Virtual de Psiquiatría (1 de febrero - 15 de marzo de 2000)* [en línia]. <http://www.psiquiatria.com/congreso/mesa/mesa9/conferencias/9_ci_a.htm>

Neuman, E. (1984). *Droga y criminología* (pàg. 99 i s.).

Nurco, D. N. (1987). «Drug addiction and crime: a complicated issue». *Br J Addict.* (núm. 82, pàg. 7-9).

Nurco, D. N.; Cisin, I. H.; Ball, J. C. (1985a). «Crime as a source of income for narcotic addicts». *J Subst Abuse Treat.* (vol. 2, núm. 2, pàg. 113-115).

Nurco, D. N.; Ball, J. C.; Shaffer, J. W. i altres. «The criminality of narcotic addicts». *J Nerv Ment Dis* (1985b) (núm. 173, pàg. 94-102).

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2018). *Informe 2018: alcohol, tabaco y drogas ilegales en España* [en línia]. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. <<http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2018OEDA-INFORME.pdf>>.

Ochoa, E.; Madoz-Gúrpide, A.; Baca-García, E. i altres (1999). *Characteristics of heroine addicts with brothers also addicts*. Washington: American Psychiatric Association Annual Meeting.

Ochoa Vargas, G. (2000). *Legalización de las drogas* [en línia]. <<http://www.hiperactivos.com/legalizar.shtml>>

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2004). *Convención de las Naciones Unidas contra la delincuencia organizada transnacional y sus protocolos* [en línia]. Viena. < https://www.unodc.org/documents/treaties/UNTOC/Publications/TOC_Convention/TOCebook-s.pdf >.

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2009). *La delincuencia organizada y la amenaza que supone para la sociedad: cómo hacer frente a una preocupante consecuencia de la fiscalización de drogas* [en línia]. <https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_52/Regular_Session/E-CN7-2009-CRP4_S.pdf>.

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2011). *Estimating illicit financial flows resulting from drug trafficking and other transnational organized crimes* [en línia]. <https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/Studies/Illicit_financial_flows_2011_web.pdf>.

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2012). *World Drug Report 2012* [en línia]. <https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR_2012_web_small.pdf>.

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2017). *Drogas, delincuencia organizada y su financiación* [en línia]. <http://www.ieee.es/Galerias/fichero/docs_informativos/2017/DIEEEI09-2017_Drogas_FinanciacionTerrorismoUNODC2017_MLPG.pdf>.

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2018). *World Drug Report 2018* [en línia]. <<https://www.unodc.org/wdr2018/>>.

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2019). *World Drug Report 2019* [en línia]. <<https://wdr.unodc.org/wdr2019/index.html>>.

Petherick, W.; Turvey, B.; Ferguson, C. (2010). *Forensic Criminology*. San Diego, California: Elsevier Academic Press.

Ponce de León, A. (2011). «Legalización de las drogas: un debate ideologizado». *Bien Común* (vol. 16, núm. 193, pàg. 18-21) [en línia]. <http://www.fundacionpreciado.org.mx/biencomun/bc193/Bc_193.pdf>.

Prada, C.; Álvarez, F. J. (1996). «MDMA o éxtasis: aspectos farmacológicos, toxicológicos y clínicos». *Med Clin (Barc)* (vol. 107, núm. 14, pàg. 549-555).

Riordan, K. (2017). *The connection between drug use and crime in Western Australia* [tesi doctoral en línia]. <<https://ro.ecu.edu.au/theses/1973>>, <<https://pdfs.semanticscholar.org/6c3d/50711207c11887ebc9ae04db6cf62cfbb733.pdf>>.

Ríos Martín, J. C. (1997). «Alternativas a la prisión en el Código Penal de 1995». *Revista Española de Psiquiatría Forense, Psicología Forense y Criminología* (núm. 1, pàg. 76-87).

Rodríguez, F. J.; Paíno, S.; Herrero, F. J. i altres (1997). «Drogodependencia y delito: una muestra penitenciaria». *Psicothema* (vol. 9, núm. 3, pàg. 587-598).

Room, R.; Reuter, P. (2012). «How well do international drug conventions protect public health?». *The Lancet*. (vol. 379, núm. 9810, pàg. 84-91) [en línia]. <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61423-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61423-2)>.

Ruiz Bosch, S. (2015). «Organizaciones y grupos criminales». *Noticias Jurídicas* [en línia]. <<http://noticias.juridicas.com/conocimiento/articulos-doctrinales/10446-organizaciones-y-grupos-criminales/>>.

Ryan, S. M.; Jorm, A. F.; Lubman, D. I. (2010). «Parenting factors associated with reduced adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies». *Aust N Z J Psychiatry* (vol. 44, núm. 9, pàg. 774-83) [en línia]. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20815663>>.

Salm-Reifferscheidt, L. (2018). «Tramadol: Africa's opioid crisis». *The Lancet*. (vol. 391, núm. 10134, pàg. 1982-1983) [en línia]. <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31073-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31073-0)>.

Sánchez Carbonell, J.; Brigos, B.; Camí, J. (1989). «Evolución de una muestra de heroinómanos dos años después del inicio del tratamiento (proyecto EMETYST)». *Med. Clin. (Barc.)* (núm. 92, pàg. 135-139).

Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (2018). *Informe General 2017* [en línia]. Madrid: Ministerio del Interior. <http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/publicaciones/Informe_General_2017_acc.pdf>.

Shulgin, A. T. (1986). «The background and chemistry of MDMA». *J Psychoactive Drugs* 1986 (vol. 18, núm. 4, pàg. 291-304).

Strang, J.; Babor, T.; Caulkins, J. i altres (2012). «Drug policy and the public good: evidence for effective interventions». *The Lancet* (vol. 379, núm. 9810, pàg. 71-83) [en línia]. <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61674-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61674-7)>.

Szalavitz, M.; Rigg, K. K. (2017). «The curious (dis)connection between the opioid epidemic and crime». *Subst Use Misuse* (vol. 52, núm. 14, pàg. 1927-1931) [en línia]. <<https://doi.org/10.1080/10826084.2017.1376685>>.

U.S. Department of Health And Human Services (2019). *Help, resources and information national opioids crisis* [en línia]. <<https://www.hhs.gov/opioids/about-the-epidemic/index.html>>.

Valenzuela, E.; Larroulet, P. (2010). «La relación droga y delito: una estimación de la fracción atribuible». *Estudios Públicos* (núm. 119) [en línia]. <<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3705738>>.

Vaughn, M. G.; Fu, Q.; DeLisi, M. i altres (2010). «Criminal victimization and comorbid substance use and psychiatric disorders in the United States: results from the NESARC». *Ann Epidemiol* (núm. 4, pàg. 281-8) [en línia]. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20097578>>.

Wilkinson, S. T.; Yarnell, S.; Radhakrishnan, R. i altres (2016). «Marijuana legalization: impact on physicians and public health». *Annu Rev Med* (núm. 67, pàg. 453-466) [en línia]. <<https://doi.org/10.1146/annurev-med-050214-013454>>.

Winger, G.; Hofmann, F.; Woods, J. (1992). *A handbook on drug and alcohol abuse: the biomedical aspects*. Nova York: Oxford University Press.

World Health Organization (2010). «Growing threat from counterfeit medicines». *Bulletin of the World Health Organization* (núm. 88, pàg. 247-248) [en línia]. < <https://www.who.int/bulletin/volumes/88/4/10-020410/en/> >.

Yap, M. B. H.; Cheong, T. W. K.; Zaravinos-Tsakos, F. i altres (2017). «Modifiable parenting factors associated with adolescent alcohol misuse: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies». *Addiction* (núm. 112, pàg. 1142-1162) [en línia]. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28178373>>.

Zabala-Baños, M. C.; Segura, A.; Mestre-Miquel, C. i altres (2016). «Mental disorder prevalence and associated risk factors in three prisons of Spain». *Revista Española de Sanidad Penitenciaria* (vol. 18, núm. 1, pàg. 13-23) [en línia]. [Data de consulta: 8 d'agost de 2019]. <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202016000100003&lng=en>.