
Criminología y drogodependencia: cuestiones actuales

PID_00270434

Agustín Madoz Gúrpide
Enrique Baca García

Tiempo mínimo de dedicación recomendado: 7 horas



Agustín Madoz Gúrpide

Médico especialista en Psiquiatría, Psicólogo y Criminólogo. Doctor en Medicina. Trabaja en el Hospital Universitario Ramón y Cajal, en Madrid. Es profesor asociado de la Universidad de Alcalá en Ciencias de la Salud, y profesor colaborador en la Universitat Oberta de Catalunya en el grado de Criminología. Entre sus campos de investigación y publicación figuran los relacionados con los trastornos por uso de sustancias.

Enrique Baca García

Jefe del Departamento de Psiquiatría de los Hospitales Universitarios Fundación Jiménez Díaz, Rey Juan Carlos, Infanta Elena y Central de Villalba. Es Profesor Titular de Psiquiatría de la Universidad Autónoma de Madrid y está acreditado como Catedrático por la ANECA desde 2013. Ha sido Associate Professor of Psychiatry en la Universidad de Columbia (Nueva York) entre los años 2008 y 2017.

El encargo y la creación de este recurso de aprendizaje UOC han sido coordinados por el profesor: Josep Maria Tamarit Sumalla (2020)

Primera edición: febrero 2020

© Agustín Madoz Gúrpide, Enrique Baca García

Todos los derechos reservados

© de esta edición, FUOC, 2020

Av. Tibidabo, 39-43, 08035 Barcelona

Realización editorial: FUOC



Los textos e imágenes publicados en esta obra están sujetos –excepto que se indique lo contrario– a una licencia de Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada (BY-NC-ND) v.3.0 España de Creative Commons. Podéis copiarlos, distribuirlos y transmitirlos públicamente siempre que citéis el autor y la fuente (FUOC. Fundación para la Universitat Oberta de Catalunya), no hagáis de ellos un uso comercial y ni obra derivada. La licencia completa se puede consultar en <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/legalcode.es>

Índice

Introducción	7
Objetivos	9
1. Historia de las drogas y factores de consumo	11
1.1. Historia de las drogas	11
1.1.1. De la Antigüedad al siglo XX.....	11
1.1.2. Las drogas en el siglo XX.....	13
1.1.3. Drogas y globalización	15
1.2. Análisis de una epidemia actual: opiáceos en Estados Unidos y África	16
1.2.1. La epidemia en Estados Unidos	16
1.2.2. El caso del continente africano	18
1.3. Factores actuales de consumo	19
2. Criminología y drogodependencia	22
2.1. Limitaciones metodológicas de los estudios sobre el tema	22
2.2. Impacto de las drogas en las cifras de delincuencia	23
2.3. Teorías sobre la relación droga-delincuencia	25
2.3.1. Hipótesis primera: la droga genera delincuencia	26
2.3.2. Hipótesis segunda: la delincuencia conlleva drogodependencia	27
2.3.3. Tercera hipótesis: la relación entre drogadicción y delincuencia deriva de la incidencia de factores comunes	27
2.3.4. Una revisión ampliada: la propuesta de Bennet y Holloway	28
2.4. Relación entre determinadas sustancias y delitos concretos	29
2.5. Criminología y enfoque biopsicosocial de la drogodependencia: variables relacionadas	30
2.6. Tipos de delitos relacionados con drogas	33
2.7. Criminología y peligrosidad	34
2.8. Riesgo de victimización en poblaciones consumidoras	34
2.9. Propuestas de actuación y políticas sobre drogas	35
2.10. A modo de conclusiones	37
3. Neurobiología y neuropsicología de la dependencia de sustancias: ¿base biológica de la inimputabilidad?	39
3.1. Generalidades de la estructura cerebral	39
3.2. Circuito de recompensa	40
3.3. Modelos actuales de la adicción	41

4. Tráfico de sustancias. Aspectos criminológicos.....	42
4.1. Crimen organizado y tráfico de sustancias a gran escala	42
4.1.1. Qué se entiende por crimen organizado	42
4.1.2. Impacto del tráfico de sustancias en la economía mundial	43
4.2. Corrupción y tráfico de sustancias	44
4.3. Narcotráfico y terrorismo internacional	46
4.4. Nuevas políticas en la lucha contra el crimen organizado	47
4.5. Tráfico de droga: datos epidemiológicos	50
4.6. Situación geográfica y producción, tránsito y consumo de sustancias	51
4.6.1. Europa	51
4.6.2. América del Norte	53
4.6.3. América del Sur	55
4.6.4. Centroamérica y Caribe	55
4.6.5. Asia oriental y sudoriental (sureste asiático)	56
4.6.6. Asia meridional	57
4.6.7. Asia occidental y Asia central	58
4.6.8. África	59
4.6.9. Oceanía	61
4.7. Países productores y países consumidores: las rutas de tráfico de sustancias	62
4.7.1. Cocaína	62
4.7.2. Estimulantes	62
4.7.3. Cannabis	63
4.7.4. Alucinógenos	64
4.7.5. Opiáceos	65
5. Legalización versus ilegalización de las drogas: la regulación del consumo.....	68
5.1. Legalización frente a ilegalización: una revisión actual de una cuestión antigua	68
5.2. Argumentos a favor y en contra de la legalización: un análisis crítico	69
5.3. La regulación como alternativa en el debate	73
5.4. Análisis de resultados de los programas de legalización de la marihuana	74
Resumen.....	78
Ejercicios de autoevaluación.....	81
Solucionario.....	83
Glosario.....	84

Bibliografía..... 86

Introducción

Que la Criminología y el consumo de sustancias recorren desde hace décadas caminos paralelos y relacionados es una realidad que a nadie escapa. A las cuestiones clásicas de qué tipo de relación causal se establece entre ellas o cómo es la delincuencia relacionada con drogas, en los últimos años se suman nuevos aspectos de estudio, como son las bases cerebrales de la dependencia que condicionan las medidas terapéuticas y rehabilitadoras, o la cada vez mayor complejidad del tráfico de sustancias a través de organizaciones criminales internacionales.

En el primer apartado de este módulo el estudiante tiene una visión histórica de las drogas, desde la Antigüedad hasta la actualidad, para comprobar cómo ha ido evolucionando su consumo, y cómo determinados usos socialmente aceptados en un momento histórico dado no lo son en otras épocas. Es importante resaltar el papel de la legislación internacional y la aparición de nuevas moléculas de síntesis que tratan de establecerse en el limbo, si no de la legalidad, sí al menos de la «alegalidad».

En un segundo apartado se hace una revisión completa de la delincuencia generada por las drogas, cuáles son las teorías clásicas y modernas que tratan de explicar la relación entre drogas y crimen; qué tipos de delitos se asocian a qué perfil de sujeto, y cuál es su impacto en el conjunto de la delincuencia; qué variables sociales y personales están implicadas, y cuáles son las políticas recomendadas para minimizar dicha repercusión. También se expone una breve referencia al riesgo de victimización inherente al consumo de sustancias.

El tercer apartado presenta la dependencia como una enfermedad con base en el cerebro. Nuevos modelos de adicción cerebral y conocimientos neuropsicológicos establecen una posible base científica al concepto jurídico de *atenuación de la imputabilidad*.

El tráfico de sustancias, tratado en el cuarto apartado, es un aspecto criminológico conocido desde hace tiempo, con una dificultad creciente tanto por la modernización de las tecnologías a disposición del traficante, como por la aparición de nuevas rutas y vehículos de transporte, la mayor complejidad de las organizaciones criminales, así como por la inherente concomitancia con otros delitos (blanqueo de capitales, prácticas de corrupción...).

Periódicamente, en los medios de comunicación reaparece el viejo debate sobre la legalización o ilegalización del consumo de sustancias. En los últimos años esta cuestión ha quedado reservada a determinadas sustancias -cannabis especialmente- y desde hace poco tiempo se están llevando a la práctica pro-

yectos de legalización y regulación de su uso. En un último apartado se plantean al estudiante los puntos clave de cada postura, y se apunta hacia una realidad menos drástica que los extremos, como es la regulación de su consumo.

Objetivos

Con el estudio de este módulo y el trabajo en las actividades correspondientes, se deberán alcanzar los objetivos siguientes:

1. Conocer la evolución histórica del uso de sustancias y los factores que explican la expansión de su consumo en las últimas décadas.
2. Adquirir conocimientos críticos sobre la relación existente entre droga y delito, las teorías más importantes y los aspectos esenciales de cada una de ellas.
3. Reconocer la tipología delictiva asociada al uso de drogas, qué perfil de sujeto se asocia a cada una de ellas y cuál es el impacto en la estadística criminológica.
4. Conocer los principales factores asociados a la delincuencia relacionada con drogas y las políticas recomendadas para minimizar el impacto del consumo.
5. Conocer las bases biológicas a nivel cerebral de la dependencia, y el daño neuropsicológico que ocasiona el consumo continuado, como base para interpretar la modificación de la imputabilidad.
6. Adquirir conocimientos sobre la situación actual del tráfico de sustancias y su relación con otros tipos delictivos.
7. Ser capaz de valorar críticamente los diferentes puntos clave sobre los que se soporta el debate de la legalización del consumo de sustancias, y reconocer el modelo de regularización y sus implicaciones médicas y criminológicas.

1. Historia de las drogas y factores de consumo

1.1. Historia de las drogas

Desde que el universo está habitado por seres pensantes y sufrientes se consumen drogas para eliminar los sufrimientos físicos, los padecimientos psicológicos y para estimular el desarrollo del pensamiento y de los sentimientos.

Francisco Alonso Fernández (1980)

Las drogas son un fenómeno universal que acompaña al hombre a lo largo de su existencia. Por un motivo u otro, históricamente, el hombre siempre ha sentido la necesidad de utilizar drogas, ya sean plantas, productos químicos o cualquier otra sustancia catalogada como tal que pudiera proporcionar una huida de la realidad, sirviera para hacer frente a problemas diversos o simplemente tuviera fines magicoreligiosos (Martínez Pérez y González de Pablo, 1987).

1.1.1. De la Antigüedad al siglo xx

Ya en los jeroglíficos egipcios se hacía mención al jugo extraído del **opio** para ser utilizado como analgésico y calmante, tanto en pomadas como en vía rectal y oral. Del mismo modo se cree que las plantaciones de adormidera encontradas en el sur de España, en Grecia, en el noroeste de África, en Egipto y en Mesopotamia constituyen probablemente las más antiguas del planeta. El opio extraído de las plantas recogidas en estas regiones tiene característicamente más alta concentración de morfina que las de otras zonas como Oriente. Homero, en la *Odisea*, ya mencionaba sus beneficios como algo que «hace olvidar cualquier pena» (Escohotado, 1994).

El cultivo del **cañamo** se remite a China, donde se han hallado los primeros restos de esta fibra, fechables hacia al año 4000 a. C. Un milenio después las podemos encontrar en Turquestán. Asimismo, el cañamo fue también muy empleado en la India con fines médicos para tratar la oftalmia, la fiebre, el insomnio, la tos seca y la disentería.

Los estimulantes puros basados en drogas como la **cafeína** y la **cocaína** son igualmente conocidos y empleados desde la Antigüedad. El consumo de cocaína, en forma de hojas del arbusto de coca, se conoce desde hace más de

Otras sustancias utilizadas por los aztecas

Los monjes franciscanos que acompañaban a Hernán Cortes relataban que los aztecas practicaban lo que ellos consideraron una comunión demoníaca, e informaban así del hecho de ingerir el hongo teonanácatl («carne de dios») y del consumo del peyote (Ganzenmüller y otros, 1997).

cinco mil años en pueblos indígenas de los Andes. Se utilizaba para mitigar el mal de altura, el cansancio y el hambre, pero también se asociaba a rituales religiosos y a usos médicos como analgésico local.

Durante el periodo de apogeo griego, ninguna droga tuvo una popularidad comparable al opio. La planta de la adormidera era considerada símbolo de fecundidad. Pero sobre todo era utilizada con fines médicos, así, por ejemplo, el *Tratado hipocrático* sobre la histeria recomienda el opio como tratamiento. Otro uso histórico era el de componente esencial (hasta un 40 %) de los antidotos frente a venenos, tan temidos en aquellos tiempos. A pesar de lo dicho, este apacible empleo de diversas drogas no significa que los griegos ignoraran un «problema de toxicomanía» como hoy lo definimos. Sin embargo, en aquellos tiempos la peligrosidad social e individual relacionada con las drogas se concentraba especialmente en el alcohol, concretamente en el vino, y no en otras drogas.

En el mundo romano, Dioscórides en su *Materia médica*, el tratado farmacológico más influyente de la Antigüedad, describe el opio como algo que «quita totalmente el dolor, mitiga la tos, refrena los flujos estomacales y se aplica a quienes dormir no pueden». Nerva, Trajano y Caracalla fueron algunos de los que emplearon opio puro en terapia agónica y como eutanásico. Lo mismo hicieron incontables ciudadanos romanos, ya que se consideraba una prueba de grandeza moral.

Este consumo generalizado no crea problemas de orden público o privado. Los consumidores de opio no existen ni como casos clínicos ni como marginados sociales. La costumbre de tomar esta droga no se distingue de cualquier otra costumbre, y de ahí que no haya en latín ninguna expresión equivalente a *opiómano*, si bien hay al menos una docena de palabras para designar al alcohólico.

Esta visión neutra sobre las drogas y su autoconsumo se vino abajo durante la cristianización del Imperio Romano. El saber pagano, especialmente el relativo a las drogas, se considera contaminado de **brujería**, y así será tachado hacia el siglo X, cuando la Iglesia y el Imperio son una unidad sin fisuras: emplear drogas con fines terapéuticos puede ser sinónimo de herejía. El droguero es considerado un mago, y la magia está prohibida y perseguida.

A diferencia de la cultura grecorromana, que a efectos de euforizante general empleaba el vino, la **cultura árabe** se servirá del opio, recomendable «para el tránsito de la segunda a la tercera edad y para sobrellevar los sinsabores de esta última». Tomando como núcleo productor las plantaciones turcas e iraníes, la rápida expansión del Islam disemina el opio desde Gibraltar hasta Malasia en pastillas, que a veces llevan el sello «mash Allah» ('presente de Dios').

Histeria

Trastorno que los griegos atribuían a «sofocaciones uterinas», anticipándose así a Freud.

Comercio del opio

En el año 312, un censo revela que hay 793 tiendas dedicadas a vender opio en la ciudad de Roma, y que su volumen de negocio representa el 15 % de toda la recaudación fiscal.

Al igual que ocurrirá en Occidente, es preciso distinguir dos periodos al menos en lo referente al uso de drogas en el Islam. Hay una primera fase, que coincide con el apogeo árabe, en el que se considera la droga como un aspecto neutro. Esta fase va dando paso progresivamente a un periodo de mayor fundamentalismo religioso, durante el cual el tratamiento del asunto de la droga será bastante distinto.

En Europa, debido en gran medida a la **Inquisición**, la droga, la lujuria y la brujería van unidas, y se condena y prohíbe cualquier tipo de sustancia. Así, el uso de drogas distintas del alcohol es castigado con tortura y pena capital, y no es hasta el Renacimiento que se vuelve a plantear su uso terapéutico.

A mediados del siglo XVIII se hace mención a fármacos fabricados con opio, que son utilizados por las casas reales europeas. Desde entonces y hasta finales del siglo XIX, debido a la gran demanda de este producto, empresas inglesas y holandesas se encargarán de su transporte desde China y la India, y de su comercio por toda Europa. De este modo, el tráfico de drogas se torna un negocio muy rentable, hasta el punto que llega a ser causa de conflicto bélico.

1.1.2. Las drogas en el siglo XX

En el siglo XX el consumo de derivados opiáceos alcanza una extensión y una alarma social desconocidas hasta entonces (Huertas García-Alejo, 1987). Se produce una confluencia de factores sociales, individuales y económicos que propician esta epidemia (Blanken y otros, 1985). Se estudian dos importantes periodos de pandemia, una al terminar la II Guerra Mundial y la otra en la década de los años sesenta y setenta. Aparecen, a la par, las primeras leyes restrictivas¹ del uso, se empieza a considerar la posibilidad de la adicción no como un vicio sino como una enfermedad, y se generaliza el uso terapéutico de la **metadona** en los años sesenta (Dole y otros, 1966).

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

La preocupación por este consumo incita las investigaciones médicas y en 1973 se describen los primeros **receptores cerebrales opioides**, lo que facilita el avance en la comprensión del problema adictivo y en la propuesta de tratamientos adecuados. El modelo inicial va evolucionando con nuevas aportaciones: la teoría de las noxas externas, de la automedicación, conceptos como desintoxicación frente a deshabitación, síndrome de abstinencia condicionado de Wilker (1973) (Khanzian y Treece, 1985; Casteneda y otros, 1989; Ambrosio, 2001), etc.

A la epidemia de consumo de heroína le sigue la de cocaína, y casi a la par la de las drogas de diseño.

De la planta de coca se aisló en 1859 la **cocaína**, y desde entonces se incluyó en diversos productos legales (vino, bebidas refrescantes...) y en la farmacopea. La aparición de cuadros paranoides y la constatación de la adicción que generaba y de su uso compulsivo provocó que en 1914 fuera ilegalizado su empleo en Estados Unidos, y en los años posteriores, en el resto de países (Madoz-Gúrpide y Ochoa Mangado, 2011).

La historia de consumo de las **drogas de diseño o síntesis** se inicia en los años sesenta, cuando se vuelve a sintetizar la molécula MDMA (3,4-metilendioxi-metanfetamina) (Merck, 1914; Shulgin, 1986; Kalant, 2001) y es utilizada como droga psicoactiva. Su efecto era psicoestimulante, pero producía además la sensación de acercamiento a los demás con un mayor deseo de contacto, y mayor empatía (Prada y Álvarez, 1996; McElrath y McEvoy, 2001).

La epidemia actual de utilización de pastillas de **drogas de síntesis** en el mercado ilegal parece iniciarse en 1985 o 1986 en Ibiza, asociada a locales de música *acid*. Desde este momento se han asociado a fiestas (*raves*, *techno*, festivales, *afters*) y músicas electrónicas de cadencia repetitiva (*acid*, *house*, *techno*, *dance*), aunque posteriormente se ha popularizado entre la juventud dentro de los consumos normalizados del fin de semana, en ambientes festivos y en compañía de amigos. Sus efectos tóxicos hicieron que la Drug Enforcement Agency (DEA) lograra su prohibición en 1985 y que fueran incluidas en las listas de sustancias bajo control en 1986.

El **cannabis** se establece como una de las sustancias más consumidas especialmente entre poblaciones adolescentes y jóvenes. Estos fenómenos, inicialmente circunscritos al entorno occidental norteamericano y europeo, en los últimos años han desbordado hacia países orientales y africanos, con sus particularidades propias.

Nuevas sustancias, llamadas **emergentes**, aparecen en el contexto actual del consumo de sustancias en un mundo cada vez más globalizado. La legislación actualiza el listado de sustancias sometidas a fiscalización internacional según diferentes convenios internacionales a los que se han suscrito la mayor parte de países de las Naciones Unidas, y se desarrollan políticas restrictivas de uso, que posteriormente se van completando con políticas sanitarias de rehabilitación y de reducción de daños (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2019).

España, que por sus peculiaridades históricas había quedado relativamente apartada de la dinámica de consumo occidental durante las primeras décadas del siglo XX, ve como en los años setenta y ochenta se produce una **epidemia en la adicción a opiáceos** (Sánchez-Carbonell y otros, 1989), lo que lleva al desarrollo en 1985 del Plan Nacional sobre Drogas.² El problema se agrava

Drogas de diseño

El término *drogas de diseño* fue acuñado en los años sesenta por Gary Henderson, farmacéutico de la Universidad de California, e incorporaba el doble sentido de 'drogas que podían fabricarse en laboratorios clandestinos y diseñarse a la medida del consumidor para imitar los efectos de otras drogas cuyo tráfico era delito', y además el de 'drogas que por su novedad estructural no estaban registradas como ilegales', con lo que se evitaba la persecución penal.

Convenios internacionales

Convención Única sobre Estupefacientes de 1961
Convención sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971
Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988

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

muy severamente con la expansión del virus del SIDA. Se generalizan entonces programas de mantenimiento con agonistas opiáceos, así como programas de reducción de riesgos y daño.

1.1.3. Drogas y globalización

El estatus actual del problema de las drogas, lejano al menos sobre el papel de la concepción que criminalizaba y marginaba al sujeto adicto, da cabida, por una parte, a una aproximación médica que entiende la toxicomanía como una **enfermedad** susceptible de tratamiento y, por otra parte, genera una política acorde con el planteamiento multidisciplinar y globalizador que supone la adicción (Winger y otros, 1992).

El consumo de sustancias no es una historia finalizada. Año tras año continúa siendo uno de los problemas de salud pública más graves a los que se enfrentan los diferentes gobiernos locales y las instituciones y organismos internacionales. En los últimos tiempos el mundo globalizado ha favorecido la extensión de las sustancias y su deslocalización. Continúan existiendo países y zonas geográficas de especial producción de sustancias, pero estas han ido diversificando su producto, a la vez que otras áreas se han ido convirtiendo en nuevas productoras.

Los antiguos países de consumo -del entorno occidental especialmente- continúan siendo importantes clientes, pero la extensión del uso de las sustancias alcanza a poblaciones hasta ahora con unas características de consumo más locales y circunscritas. Países y entornos que hasta ahora se hallaban relativamente protegidos del consumo se están encontrando con verdaderas epidemias (China, Rusia y países de su entorno, zonas de África, etc.), mientras que en los países occidentales el uso de drogas se ha mantenido básicamente estable.

Algunas sustancias han vivido un cierto retroceso, otras en cambio han visto incrementar su utilización. Preocupa, por ejemplo, el consumo de cannabis en poblaciones jóvenes, sobre todo por sus repercusiones clínicas y sociales. Incluso el uso de las llamadas **drogas legales**, especialmente el alcohol, entre estas poblaciones está suponiendo una gran alerta social.

La aparición de un importante mercado de drogas emergentes es otro de los motivos de preocupación. Sobre la extensión del problema da buena cuenta la actual epidemia de consumo de heroína y otros opiáceos en Estados Unidos. Algunos se atreven a señalar que su impacto es aún peor que el de la epidemia vivida a finales del siglo XX.

Las implicaciones del consumo abusivo alcanzan a tantos ámbitos de la sociedad que la injerencia e intervención del estado es una medida prioritaria, según algunos autores, no solamente con la aplicación de una política represiva a través del Derecho Penal, sino también con una política preventiva y educa-

tiva que sea capaz de atajar o controlar este consumo, especialmente por parte de los jóvenes. En los últimos años se debate si la legalización del consumo podría ser beneficiosa para atajar el problema.

1.2. Análisis de una epidemia actual: opiáceos en Estados Unidos y África

1.2.1. La epidemia en Estados Unidos

En estos últimos años se está produciendo en Estados Unidos una importante epidemia de consumo de heroína y otros opiáceos (U.S. Department of Health And Human Services, 2019)³. Según algunos analistas se trata incluso de una situación de mayor gravedad que la epidemia que se vivió en dicho país a finales del siglo xx. Desde 1999 y hasta 2016 se calcula que más de 630.000 norteamericanos han fallecido por sobredosis de opiáceos. Solo en 2016 las estadísticas oficiales hablan de más de 63.000 muertos por esta causa, cifras que los propios organismos que las emiten consideran una estimación a la baja. A partir de 2017 parece apreciarse un descenso de estos datos en relación con la aplicación de medidas de salud pública, la facilitación de acceso al tratamiento y la mejora en la prescripción de fármacos antiálgicos opiáceos.

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

El desarrollo de esta epidemia no ha sido lineal. Hacia 1990 se produjo una primera ola de sujetos afectados en relación con los fármacos opiáceos prescritos para el **dolor**. Hacia el año 2010 se produce una segunda ola, esta vez por el uso de heroína del mercado negro como sustitutivo de esos primeros opiáceos de prescripción médica. En 2013 aparecen con fuerza **opiáceos sintéticos** (fentanilo) en el mercado ilegal, mucho más potentes y baratos que los fármacos de uso médico contra el dolor. Esa sería la tercera ola de la epidemia (Centers for Disease Control and Prevention, 2018).

Como en toda situación compleja, no se puede señalar una única causa aislada, sino más bien la conjunción de varias de ellas que interactúan. Sin duda alguna, en la base de esta epidemia está el **abuso de la prescripción de fármacos opiáceos** para el control del dolor. El papel de las empresas farmacéuticas, que han favorecido y potenciado durante años el uso indiscriminado de medicación mórfica para el dolor, sin una advertencia suficiente del riesgo de producir dependencia, y el escaso control que médicos y asegurados han hecho de este uso son dos de las causas esenciales de esta epidemia. Todo ello ha dado lugar a un altísimo número de personas dependientes de opiáceos, las cuales, una vez limitadas las prescripciones legales, se han dirigido al mercado negro para conseguir, inicialmente, heroína y, más tarde, otros productos opiáceos, incluidos los medicamentos legales, pero sobre todo sustancias sintéticas ilegales.

Mercado negro

En el mercado negro hay una gran disponibilidad tanto de heroína, proveniente de México, como de sustancias sintéticas derivadas de esta, con origen en China.

Además de estos factores puramente relacionados con los opiáceos, la depauperación económica de la clase media -predominantemente blanca, que es el grupo de población más afectado por esta epidemia- ha contribuido a potenciar el problema. Conseguir medicamento legal es más caro que hacerlo a través de los mercados ilegales, sobre todo en un país que carece de sanidad pública, universal y gratuita.

Otras de las causas que se apuntan como responsables del origen y expansión del problema son las siguientes:

- la falta de una política común,
- la ausencia de una sanidad universal que provea programas de metadona o naltrexona o que facilite el uso de naloxona (fármaco que revierte las sobredosis y que salva vidas),
- la lentitud intrínseca del proceso legislativo y
- el gran poder de los lobbies farmacéuticos que han entorpecido y ralentizado la toma de alternativas.

Y junto a todo ello, aun cabe la propia mentalidad estadounidense, que continúa proyectando un importante **estigma** a la adicción y su tratamiento. Persiste la visión de que el uso de programas de sustitutivos, que tan buenos resultados han dado en Europa, no conduce a la sobriedad, sino que prolonga la adicción. En este punto, el trabajo de las políticas y campañas contra las drogas de los últimos años ha conseguido variar levemente dicha percepción.

Como se ha indicado, tampoco las políticas contra las drogas han sido efectivas. El Gobierno central y los locales se han mostrado lentos a la hora de articular respuestas a un problema que llevaba años gestándose y sobre el que había claras señales de alerta.

Hasta el año 2017 el Gobierno central no declaró la emergencia nacional de salud pública, lo que, entre otras cosas, acarrea la liberación de una importante partida presupuestaria para tratar de atajar la epidemia. Pero además de lenta, en ocasiones esas políticas han sido contradictorias. Mientras el Gobierno central de D. Trump apostó, al menos en sus inicios, por políticas de mano dura y **represivas** basadas en el control policial y jurídico de la producción, el tráfico y el consumo de sustancias, algunos gobiernos locales prefieren un abordaje **no represivo**.

A modo de ejemplo, Nueva York y otros estados trabajan en la línea de despenalizar al consumidor y aproximarse a él como a un enfermo necesitado de atención. Proponen mejorar la educación de población y médicos, facilitar el acceso a tratamientos y medicamentos de desintoxicación y deshabitación, considerar la adicción como un problema de salud pública y no como un reto policial.

Son estrategias más acordes con el consenso actual, en la línea de implementar **actuaciones no represivas** con los consumidores. La experiencia mundial global hasta la fecha da la razón a este tipo de propuestas frente a las represivas.

Así, en algunas ciudades y estados se están implementando políticas concretas en dicha línea no represiva, como, entre otras, las siguientes:

- Mejorar la formación de los médicos para que solo se receten opiáceos en casos estrictamente necesarios.
- Fomentar la investigación de fármacos contra el dolor que no generen dependencia.
- Reforzar las estrategias de prevención y de educación en la población.
- Favorecer el acceso a tratamientos de desintoxicación y deshabituación que incluyan programas de mantenimiento con metadona o buprenorfina/naloxona.
- Facilitar la implementación de programas de reducción de riesgo, como habilitar locales en los que los drogodependientes puedan suministrarse la dosis de una manera más segura.
- Facilitar el uso de naloxona para los casos de sobredosis.
- Modificar las leyes para que la adicción se afronte más como un problema de salud pública que como un desafío policial.
- Apoyarse en un análisis pormenorizado de datos para diseñar el programa más eficiente.

Como se puede ver, se trata de medidas diversas no incompatibles que afectan a diferente nivel -desde la educación y la prevención hasta el tratamiento más urgente- y diferentes ámbitos -educativo, legislativo, policial, de salud pública, etc.

1.2.2. El caso del continente africano

Pero no solo en Estados Unidos ha surgido la alarma por una nueva epidemia de uso de opiodes. Con menos repercusión mediática, pero igualmente alarmante, en zonas de África -sobre todo del oeste, norte y medio este- se está viendo en estos últimos años un incremento espectacular en el uso de opiáceos.

A diferencia de Estados Unidos, donde los más empleados son el fentanilo, la oxycodona y la hidrocodona, en África es el fármaco **tramadol** el que más ha visto incrementar su uso.

Se trata de un fármaco opioide empleado médicamente para mitigar dolores moderados. A dosis altas su efecto es similar al de la heroína (produce euforia, excitación, sensación placentera... pero también inquietud, irritabilidad, exceso de energía, alteraciones de conducta, etc.), y su **capacidad de generar adicción en teoría es baja**. Esto último, junto con un efecto beneficioso cuando se prescribe con control médico a un precio bajo para poblaciones con escasos recursos, hace que Naciones Unidas haya decidido no ejercer un con-

Datos de interés

Según el Informe Mundial sobre Drogas de 2018 de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Drogas y el Crimen (2018), África del norte, central y occidental representan el 87 % de las incautaciones de opioides farmacológicos del mundo, hecho que obedece casi en su totalidad al tráfico de tramadol.

trol internacional. En su defecto recomienda que aquellos países que tengan casuística de abuso establezcan sus propias leyes y medidas para su producción, importación, exportación, distribución y uso.

Su uso habitual en África no va de la mano de la prescripción médica, sino que se consigue sobre todo en el mercado negro, gracias a una legislación y una ejecución de la misma poco estricta. Muchas veces la sustancia en cuestión no es la molécula original fabricada por las empresas farmacéuticas, sino que procede de la India o China, donde se producen pastillas sin licencia o directamente **falsificaciones**.

No únicamente preocupan sus efectos directos sobre la población, sino que su tráfico en parte está controlado por **grupos terroristas**, que no solo lo distribuyen, sino que lo usan para sus acciones, de ahí que se conozca el tramadol como la «píldora de los yihadistas».

El tramadol es visto en las comunidades africanas como un fármaco, lo que le permite escapar del estigma de droga que otras sustancias como la cocaína y el cannabis sí tienen. La permeabilidad de las fronteras, la corrupción y la libre circulación de personas favorece el desarrollo de ese mercado ilegal. Junto a esto, el bajo número de médicos de los países africanos y la falta de un sistema de sanidad universal desarrollado hace que el acceso legal al tramadol sea dificultoso, lo que empuja hacia su adquisición en el mercado negro. Por otra parte, los síntomas de abstinencia son importantes, pero apenas si existen dispositivos en esos países para ayudar en la desintoxicación y deshabituación. Son necesarias medidas tanto internacionales como locales para conseguir la erradicación de su uso ilegal, sin perder de vista que el problema del tramadol no es sino un ejemplo de otro asunto más grave: se calcula que cerca del 30 % de los fármacos empleados en el continente africano son **falsificaciones** (Salm-Reifferscheidt, 2018).

1.3. Factores actuales de consumo

Hay una gran diversidad de factores aludidos como causa de este fenómeno de impacto social. La historia de estos últimos siglos, caracterizada por el paso de una sociedad agraria a otra de carácter industrial, supuso un proceso de urbanización que acarreó una grave crisis de valores morales tradicionales. Este hecho ha supuesto un cambio en la estructura social y familiar que ha generado inestabilidad en su núcleo, fomentado en gran medida por la falta de comunicación interpersonal, y que ha favorecido el **individualismo**.

En los últimos años se han producido una serie de transformaciones económicas que han comportado la entrada precipitada en una **sociedad de consumo** de la que es difícil defenderse. Como tal negocio, la droga ha vivido también en

Venta del tramadol

En la mayor parte de países africanos teóricamente se vende siempre con prescripción médica, pero es sencillo conseguirlo en el mercado alternativo e incluso algunas farmacias lo dispensan sin receta.

Reflexión

¿Hasta dónde se extenderá esta epidemia en otros países del entorno occidental? España no parece estar alejada del riesgo, si bien el uso de opiáceos con receta médica tiene un mejor control que en Estados Unidos, y las estrategias no represivas de lucha contra las drogas tienen una amplia implantación.

esta sociedad de consumo el auge que le corresponde (Madoz-Gúrpide, 2002). Cabe recordar, en este sentido, el papel que determinados sectores de la industria farmacéutica han tenido en las últimas grandes epidemias de opiáceos.

Existen también otros factores que agravan el problema, como el paro juvenil, el desencanto político, la propaganda, la facilidad de acceso y la disponibilidad de algunas drogas. Todos estos hechos, concomitantes con corrientes culturales que, especialmente en los inicios de los años sesenta del pasado siglo, vincularon el consumo de droga con la libertad, actuaron como causantes del aumento del consumo. En las décadas posteriores, el consumo de las drogas llamadas ilegales experimentó un incremento tal que pasó a convertirse en una lacra social hasta entonces desconocida en su amplitud y gravedad.

Consideradas como un factor más favorecedor del consumo, las **motivaciones individuales** son muy variadas y complejas: la búsqueda de experiencias placenteras o insólitas; la curiosidad; la emoción y el riesgo que supone consumir una droga; el deseo de escapar de problemas personales o sociales; el ansia de autoconocimiento y comunicación o evasión; el mimetismo inducido por las relaciones de amistad o convivencia; como forma de protesta o rebeldía –la ilegalidad de la droga, lo «prohibido», puede ser un atractivo en sí mismo–; como forma de buscar la espiritualidad; por una carencia de metas atractivas de vida hacia las que orientar el desarrollo personal, etc.

Incluso, un cambio en la vida que implique estrés puede crear situaciones que impulsen al individuo hacia un rol nuevo más exigente consigo mismo que desencadene el consumo de drogas. Investigaciones neuropsicológicas recientes han demostrado que hay al menos tres factores o desencadenantes que pueden favorecer el consumo de sustancias (Kalivas y Volkow, 2005). Además, cada uno de estos factores tiene su vía propia cerebral de acción. Se trata del estrés, del consumo de la propia sustancia como tal y de la presencia de factores condicionados.

Aunque no como factor único, un ambiente alterado durante la infancia –rechazo, malos tratos, discusiones y violencia entre los padres– puede influir negativamente en la formación del drogadicto. El papel de la escuela y de la educación en general también debe ser analizado. La indiferencia y apatía generadas por el fracaso escolar, en una sociedad en la que el éxito es imprescindible, lleva al adolescente a insertarse dentro de otros grupos desplazados y marginados.

Desde el ámbito de la **epidemiología psiquiátrica**, Lenn Murrelle (1999) advierte adecuadamente de la consideración actual del abuso de sustancias como una realidad en la que genética y ambiente influyen, de modo que, en definitiva, la adicción es considerada como el resultado final de una red compleja de factores genéticos que interactúan con la familia y el ambiente social a lo largo de la infancia y la adolescencia del sujeto, que le involucran en un ambiente de marginalidad en el que delincuencia y consumo tienen cabida. Surge, así, una conducta socialmente desviada en sujetos con desarrollo personal y psicológico obstaculizado, con déficits crónicos en habilidades sociales y/o educativas, y con graves alteraciones emocionales y cognitivas (la prevalencia de comorbilidad psiquiátrica es alta en esta población) (Fernández y Llorente, 1996).

Así, y a modo de ejemplo, se indica que la asociación con pares delincuentes, la falta de cohesión familiar, el consumo de sustancias por parte de hermanos y/o padres, la conflictividad familiar, la criminalidad y disposición de drogas en el vecindario... son algunos de los factores ambientales asociados al riesgo de abuso de sustancias. Esto también ha sido corroborado por estudios en nuestro medio (Arias y otros, 1996, Ochoa y otros, 1999).

Desde un punto de vista macro, no se puede olvidar, a la hora de enumerar factores explicativos del consumo, el fenómeno de la **globalización** que se está viviendo en los últimos lustros. Junto con ello, el poder del crimen organizado y la variación de las rutas de tráfico son herramientas básicas para dicha expansión global.

En un análisis crítico de la evolución de las políticas nacionales e internacionales para afrontar la cuestión de las drogas, se puede decir que hoy día las políticas represivas se consideran fracasadas. La desigualdad social y la pobreza continúan siendo importantes en buena parte del mundo, y son el caldo de cultivo principal para la implantación de cárteles de las drogas y para la extensión del consumo. Esto y otros factores macrosociales y microsociales continúan acelerando la extensión del problema de las drogas.

2. Criminología y drogodependencia

La Criminología tiene como objeto no solo el delito y la desviación social, sino también la delincuencia, el control y la respuesta social a la misma, y la conducta peligrosa individual y social, así como su análisis y el estudio de su causalidad.

En este sentido, es fácil comprender que las drogas son una de las áreas que más genuinamente implican a la Criminología. Es cierto que la relación entre consumo de sustancias y delito es un hecho incuestionable. Pero no conviene generalizar: ni todos los adictos delinquen, ni mucho menos todos los que delinquen –ni siquiera en delitos relacionados con drogas– son consumidores de sustancias.

2.1. Limitaciones metodológicas de los estudios sobre el tema

Existen numerosas dificultades metodológicas y conceptuales (EMCDDA, 2007; Bennett y otros, 2008) que dificultan esclarecer en profundidad el binomio toxicomanía-delincuencia (Herrero, 1997). Falta unanimidad a la hora de definir las variables que hay que estudiar, entre ellas el concepto de *delincuencia* relacionado con droga (variabilidad de los términos a estudiar). Además, la mayor parte de los estudios provienen de países del mundo anglosajón, y se centran en estudiar poblaciones en prisión o detenidas, o usuarios de drogas en tratamiento, lo que dificulta la extrapolación de las conclusiones y la extracción de datos consistentes.

Por otro lado, el origen espacial de los datos supone importantes variaciones de resultados, ya que el perfil de consumo y de consumidor difiere entre entornos culturales.

Como en otras áreas de la Criminología, los datos conocidos son una parte pequeña de la cifra real. Así, se entiende por **cifra negra** aquellos delitos realizados de los cuales la justicia no ha tenido conocimiento y no ha podido encontrar responsable de su comisión. Es la diferencia entre la **cifra real de delitos** y la **cifra de delitos conocidos**. La cifra negra relacionada con la drogodependencia se presupone elevada, y varía, además, en función del tipo de delito del que hablemos.

Otros problemas metodológicos importantes tienen que ver con la heterogeneidad de las muestras (diferencias de edad, variables socioeconómicas, entorno cultural, etc.), así como con la calidad de los métodos de investigación,

EMCDDA

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction ('Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías').

variables entre unos estudios y otros. Por otro lado, existen pocos estudios que se centren en sustancias concretas y tipos de delitos específicos. Además, es frecuente el uso de varias sustancias o policonsumo, lo que dificulta esclarecer el efecto de cada una y comparar los resultados de los estudios.

Junto a todo ello hay que destacar la constante renovación y variación en el tipo de sustancia consumida (drogas emergentes, ciclos de consumo de sustancias, etc.). Una causa más de limitación metodológica podría ser la existencia de variaciones en la manera en que los autores pesan y resumen los resultados (Bennett y otros, 2008).

2.2. Impacto de las drogas en las cifras de delincuencia

Es difícil calibrar el impacto exacto de las drogas en la delincuencia. Las cifras que ofrecen las diferentes instituciones nacionales e internacionales solo permiten hacer una estimación aproximada a la delincuencia relacionada con las drogodependencias (EMCDDA, 2007).

Metodológicamente hablando, hay problemas claros a la hora de recoger e interpretar las cifras:

- no todos los países manejan iguales variables de medida, ni la legislación es la misma entre ellos;
- no es lo mismo ser un país productor de sustancias que ser un país consumidor;
- no todos los países parten de igual desarrollo social ni situación económica.

En cualquier caso, lo que resulta evidente es que la relación entre drogas y delincuencia es muy importante y que afecta a las estadísticas de diferentes tipos de delitos.

A modo de ejemplo, en nuestro país se calcula que alrededor del 71 % de los presos ha consumido sustancias ilegales alguna vez en su vida, el 54 % lo hizo en el último año antes de ingresar en prisión, el 49 % en el último mes en libertad, y el 21 % continúan haciéndolo aún en prisión (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2016; Zabala-Baños y otros, 2016).

Otras fuentes incluso dan estadísticas más alarmantes. Según la Memoria de 2017 de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (con datos de 2016), el 76 % de los reclusos consumían drogas en el mes anterior a su ingreso. De ellos, el 40,1 % consumían otras drogas diferentes de la heroína y cocaína (principalmente alcohol y cannabis). El 35,9 % empleaba como sustancia principal la cocaína y/o la heroína.

Por otro lado, estudios en países europeos con sistema de monitorización destacan que hasta cerca de un 60 % de los sujetos en prisión han consumido alguna vez sustancias ilegales, y un 10 % de ellos consumen habitualmente durante su estancia (Montanari y otros, 2017). Similares conclusiones obtienen estudios internacionales multicéntricos, con prevalencia de consumo de alcohol y otras sustancias elevadas (Fazel y otros, 2017).

Según informaciones del Ministerio del Interior⁴ (2018), de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (2018) y de la Fiscalía General⁵ (2018), en sus memorias sobre datos del año 2017 refieren (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2018) (tabla 1):

- Sobre delitos de tráfico de sustancias: se han producido un total de 20.422 detenciones (58 % relacionadas con cannábicos; el 28,3 % con cocaína; el 6 % con opiáceos, y el 6 % con estimulantes como las anfetaminas). El perfil general de los detenidos por tráfico de drogas es el de un varón (86 %) español (64,25 %). La horquilla de edad de los detenidos es muy amplia, desde los 13 hasta los 82 años, pero predominan quienes tienen entre 31 y 40 años. Sobre infracciones a la Ley orgánica 1/1992 de Seguridad Ciudadana: 376.271 denuncias (83 % por posesión o consumo de cannábicos). El perfil tipo es el de un varón (94,0 %) español (83 %) de entre 19 y 25 años.
- En cuanto al número total de decomisos, en 2017 se han decomisado 400.000 kilogramos, sumando cocaína, heroína, hachís y marihuana.
- La Fiscalía Especial Antidroga ha incoado ese mismo año 16.436 procedimientos por tráfico de drogas (sin discriminar entre tráfico cometido por organizaciones criminales y el simple menudeo).
- Si nos centramos en sujetos que están en prisión por aplicación del Código Penal, a finales de 2018, 19.306 personas cumplen su condena por delitos «contra el patrimonio y el orden socioeconómico» y 8.884 por delitos «contra la salud pública». Un total de 1.239 sujetos están condenados por delitos «contra la seguridad del tráfico». Estos tipos de delitos son los que más frecuentemente se relacionan con el consumo de sustancias, aunque cabe advertir que no todos los referidos están necesariamente relacionados con drogas, sobre todo los delitos contra el patrimonio y el orden socioeconómico, y los delitos contra la seguridad del tráfico.

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

⁽⁵⁾http://www.fiscal.es/cs/Satellite?c=Page&cid=1242052134611&language=es&pagename=PFiscal/Page/FGE_memorias&selA-nio=2011

Tabla 1. Cantidad de droga decomisada en España en 2017

Sustancia	Unidad de medida	Cantidad
Heroína	Kilogramos	524
Cocaína	Kilogramos	40.960
Hachís	Kilogramos	334.919
Plantas de cannabis	Número	1.124.674
MDMA	Pastillas	348.220
Anfetamina (<i>speed</i>)	Pastillas	198

2.3. Teorías sobre la relación droga-delincuencia

La relación entre droga y delincuencia no es sencilla ni fácilmente explicable (Nurco, 1987; Deitch y otros, 2000; Esbec y Echeburúa, 2016; Riordan, 2017). Hay que empezar recordando que ninguna droga es por sí misma criminógena. Muchas personas consumen sustancias y no delinquen, y muchas personas delinquen, pero no han consumido sustancias. En realidad, la criminalidad responde a diferentes variables, si bien es cierto que en sujetos especialmente vulnerables determinadas sustancias incrementan el riesgo de cometer delitos.

Clásicamente, se han venido defendiendo tres posiciones principales:

- que la drogodependencia empuje al sujeto a delinquir;
- que la delincuencia anteceda y provoque el consumo de sustancias, o
- que no exista entre ambas relación causal alguna y que sean realidades que comparten una serie de factores comunes (en sus dos vertientes, que droga y delincuencia concurren simultáneamente, y una versión más compleja y más correcta probablemente, que dice que drogas y delitos están mediados por toda otra serie de variables y comparten un estilo de vida desviado).

Una cuarta opción, en redundancia con las dos primeras, es que una de las conductas provoque el inicio de la otra, que a su vez realimenta la primera (Neuman, 1984; Herrero, 1997; Riordan, 2017).

Si algo sabemos hoy día es que probablemente ninguna de ellas sea enteramente cierta, ni ninguna descartable plenamente. Dependerá de cada sujeto que una de ellas sea más acertada. Incluso para un mismo sujeto, esta relación droga-delincuencia es **variable en el tiempo**, y la teoría explicativa que hoy no es válida mañana sí puede serlo.

También parece claro que, más allá de la iniciación, es más probable que la presencia de drogas cause una carrera delictiva más intensa y prolongada, que a la inversa. Esto tiene su lógica, ya que el consumo hace que el sujeto entre en contacto con traficantes y delincuentes que se mueven en torno a las drogas, y de esta manera se vea implicado en los delitos.

2.3.1. Hipótesis primera: la droga genera delincuencia

Respecto a la hipótesis de que la droga genere delincuencia, César Herrero Herrero (1997) afirma lo siguiente:

«Esta hipótesis, de acuerdo con la gran variedad de trabajos existentes, no puede ser afirmada con generalidad. Todo depende del tipo de sustancia a la que se es adicto y la población estudiada».

Así, decir que todas las sustancias abarcadas en el concepto de *droga* son desencadenantes en el desarrollo de una carrera delictiva sería una observación poco precisa. Entretanto, una gran parte de los autores, especialmente en el ámbito de la doctrina penalista, sostienen la tesis de que entre ambas variables o fenómenos existe una relación de causalidad, en el sentido de que la droga, su consumo o dependencia llevan casi de modo necesario a la comisión de hechos delictivos. Las personas drogodependientes se verían obligadas a recurrir a la actividad delictiva para sufragar su consumo (Nurco y otros, 1985a). Además, la criminalización de la venta de drogas obliga al toxicómano a moverse en un ambiente de marginación y delincuencia, lo que facilita el paso al acto delictivo. Por último, las drogas tienen unos efectos farmacológicos y psicológicos que provocan la liberación de impulsos y la disminución del autocontrol, lo que facilita la comisión de hechos delictivos.

Hay posiciones de otros autores que también recuerdan el papel del **síndrome de abstinencia** como reforzador negativo que induce un impulso irrefrenable a la comisión de delitos.

Lo cierto es que la posición dominante es la que sostiene que la relación entre la intoxicación por drogas y los actos delictivos no es tan directa como a veces se afirma. Así, Neuman (1984) advierte que el contacto con las drogas contribuye a crear o subrayar desórdenes de conducta y degradación creciente de la personalidad. Pero de ahí no se sigue que las drogas y sus efectos químicos hagan del hombre un delincuente. Lo que se puede admitir es la posibilidad de que, bajo la tiranía de la drogodependencia, el sujeto toxicómano acuda al delito como recurso desesperado, pero difícilmente llegará a soportarse la teoría de que la carrera criminal se instala desde la adicción.

Un psicópata o un asocial podrá desarrollar la agresividad con la droga; pero ya constituye un peligro sin ella.

2.3.2. Hipótesis segunda: la delincuencia conlleva drogodependencia

En el planteamiento de esta hipótesis existe un mayor apoyo empírico, con motivo de los resultados obtenidos en muchos estudios realizados a este respecto dentro y fuera de España. Sin establecer necesariamente una relación de causalidad de la delincuencia como generador del consumo de drogas, algunos autores han formulado la hipótesis de que la delincuencia como forma de vida lleva al consumo de drogas ilegales.

A pesar de considerar que el mecanismo de influencia puede ser complejo, se apunta al hecho de que muchos toxicómanos provienen de la subcultura delictiva. De esta manera, aceptamos que podrían tener un mayor contacto con sujetos consumidores. El dinero que proviene de estas actividades y el reclutamiento de consumidores por parte de traficantes facilitan sobremanera esta iniciación. No obstante, la práctica totalidad de los estudios no se realizaron en términos de determinar si una variable causa la otra, sino más bien cuál de estas ocurre primero.

La conclusión refleja claramente que la relación de causalidad entre las conductas delictivas y el consumo de drogas es compleja y diferente según los sujetos. Sin embargo, no es menos cierto que una parte considerable de delinquentes son antes delincuentes que drogadictos (Herrero, 1997).

2.3.3. Tercera hipótesis: la relación entre drogadicción y delincuencia deriva de la incidencia de factores comunes

Esta tercera hipótesis es una alternativa a las hipótesis anteriores y en la actualidad es la más aceptada y compartida, como demuestran los estudios realizados con este fin (Rodríguez y otros, 1997; Bennett y otros, 2008; Szalavitz y Rigg, 2017).

Así, los investigadores creen que existe una correlación entre los factores que llevan al consumo de drogas y a la vida antisocial. En general, se afirma que cuando la escuela y la familia fracasan en la transmisión de actitudes, normas y hábitos acordes con las expectativas de la comunidad, el adolescente inmerso en grupos o ambientes marginales aprende la subcultura de estos, donde el consumo de sustancias y los actos delictivos son frecuentes.

Se destaca sobremanera la influencia que la pandilla ejerce en el adolescente respecto a la utilización de sustancias. En semejante consideración existe como denominador común un hogar roto, la relación familiar anómala, ya sea por una técnica educativa extrema o bien demasiado permisiva, por la pérdida de uno de los padres o por la falta de comunicación.

En cuanto a las **variables individuales** se resalta la alusión frecuente a una personalidad con rasgos que predisponen hacia el consumo de drogas. Misma alusión se hace al déficit significativo en el funcionamiento cognitivo entre heroinómanos y delincuentes, como puede ser, por ejemplo, rigidez cognitiva, falta de previsión de consecuencias a largo plazo, escasas habilidades para solucionar problemas interpersonales, inmadurez afectiva, egocentrismo o falta de empatía, déficit de autocontrol, habilidad para mentir y baja autoestima.

2.3.4. Una revisión ampliada: la propuesta de Bennet y Holloway

Bennett y Holloway, en su texto *Drug-Crime Connection* (2007), amplían a cinco las posibles teorías:

1) El **uso de drogas genera delincuencia**, y señalan dos posibles teorías: la económica, según la cual el sujeto delinque para financiar su adicción, y la teoría psicofarmacológica, que explica que la droga hace que empeore la capacidad de juicio del sujeto y eso provoca delitos.

2) La **delincuencia lleva al consumo** de drogas.

3) El **modelo recíproco** según el cual a veces el consumo de sustancias provoca delitos y a veces estos lleva al uso de sustancias –presume, por tanto, que la relación droga-delincuencia es bidireccional y se refuerzan mutuamente.

4) El **modelo común**, en virtud del cual ni la droga causa delincuencia, ni la delincuencia causa drogadicción, sino que ambos están provocados por una tercera variable común (conexión causal indirecta). Existe alguna variable intermedia (biológica, sociológica, etc.) que provoca ambos problemas, la adicción y el delito. Por ejemplo, que el sujeto padezca una capacidad baja de autocontrol, lo que le llevaría a consumir sustancias, por un lado, y a tender a la delincuencia, por otro.

5) El **modelo de coincidencia o de conexión no causal**, que sería un modelo espurio, según el cual el consumo de sustancias y la delincuencia no se conectan causalmente, sino que comparten un conjunto de variables y conductas problemáticas comunes. En esta línea, se hablaría de un estilo de vida o de una serie de dificultades socioeconómicas y educativas, o de unas circunstancias psicosociales que contribuirían a la disposición tanto a la delincuencia como al consumo de sustancias –por ejemplo, estilo de vida marginal o pertenencia a una subcultura socialmente desviada. A diferencia del modelo común, aquí no hablaríamos de un factor común causal, sino de una serie de circunstancias comunes no causales (Bennett y otros, 2008).

En realidad, estas cinco hipótesis de Bennett y Holloway coinciden con las tres teorías principales antes explicadas. Las dos primeras teorías de Bennett coinciden con las señaladas previamente. La tercera teoría de Bennett, la llamada

recíproca, no es sino una revisión de las dos primeras hipótesis generales, y la cuarta y quinta hipótesis de Bennett podrían entenderse como versiones de la tercera hipótesis principal.

2.4. Relación entre determinadas sustancias y delitos concretos

Bennett y otros (2008) analizaron la relación entre droga y delincuencia para las principales sustancias ilegales por separado en el ámbito anglosajón. Para la heroína encontraron una relación muy significativa con la delincuencia (de 3 a 3,5 veces más riesgo de cometer delitos). Para la cocaína en forma crack también hallaron relación significativa (6 veces más riesgo de delinquir que quien no consume). Y también para la cocaína en polvo, que aumenta el riesgo de cometer delitos (incrementándolo en 2,5 veces). Cannabis y drogas de síntesis suponen, asimismo, un mayor riesgo de cometer delitos, al igual que las anfetaminas, aunque con menor riesgo que las otras sustancias mencionadas.

A su vez, el tipo específico de delito también se relaciona con la sustancia. La comisión de hurto es de 4 a 6 veces mayor entre quienes usan heroína, crack y cocaína, que entre quienes no consumen. También la prostitución es más probable entre quienes consumen dichas sustancias, así como el robo en domicilios y el robo con intimidación (Bennett y otros, 2008). Guimarães y otros (2017), en un entorno cultural diferente (Brasil), relacionaron el tráfico de sustancia con la marihuana; el homicidio con el uso de cocaína y marihuana; y el hurto con el empleo de crack.

De manera un poco más específica, el consumo de alcohol se relaciona con violencia interpersonal, accidentes (entre ellos los de tráfico), homicidio, agresiones sexuales y violencia de género. En general, el consumo de heroína se ha relacionado con hurtos, pero rara vez con actos violentos. Tampoco el consumo de cannabis se relaciona con delitos violentos, salvo si provoca un episodio psicótico. Las benzodiazepinas suponen riesgo de actos violentos sobre todo en combinación con alcohol. La cocaína se asocia a comportamientos violentos, a robos y a prostitución. Muy frecuentemente el consumidor de cocaína también abusa del alcohol, lo que potencia sus efectos (Bennett y otros, 2008; Esbec y Echeburúa, 2016).

En población estudiantil universitaria, el consumo de alcohol se relaciona con delitos contra la seguridad vial (conducir bajo los efectos de la sustancia), así como con delitos de violencia, peleas y vandalismo (Bennett y Holloway, 2018). El cannabis es la sustancia estudiada que menos relación tuvo con delitos. La mefedrona es de uso frecuente y se relaciona sobre todo con peleas, agresiones, violencia, robos... Esto mismo ocurre con otros psicoestimulantes de uso frecuente en esa población, como anfetaminas y LSD, ketamina, cocaína... Los tranquilizantes están especialmente relacionados con el menudeo de sustancias.

Tanto en homicidas como en sus víctimas, se ha visto la implicación de diferentes drogas. El alcohol es la sustancia más frecuentemente relacionada con el homicidio, seguido de la cocaína y otros psicoestimulantes. También es frecuente la relación entre cannabis y homicidio, tanto en víctima como en homicida (Darke, 2010). Al contrario, los opiáceos, al ser sustancias sedantes, no suelen estar relacionados con homicidios.

2.5. Criminología y enfoque biopsicosocial de la drogodependencia: variables relacionadas

Probablemente, de las tres grandes teorías u orientaciones, la tercera sea la más aplicable a la realidad. Se han descrito una serie de circunstancias personales, biológicas, sociales, culturales... que son comunes a ambas condiciones (drogodependencia y delincuencia), y a través de las cuales interactúan, y que condicionan no solo el inicio de la relación entre delincuencia y drogas, sino también y sobre todo el conjunto de la carrera delictiva y de dependencia de sustancias.

El enfoque actual de la drogodependencia, llamado biopsicosocial, incluye factores psicológicos y biológicos como condicionantes no solo del consumo de sustancias sino también del riesgo de cometer delitos.

Se sabe que existe una cierta **vulnerabilidad biológica** a la dependencia que hace que determinados sujetos sean más propensos a desarrollar una adicción. Igualmente, rasgos de personalidad y de desarrollo personal hacen más factible este problema, al igual que condicionan la carrera delictiva. Entre ellos se cita el género, los rasgos de personalidad impulsivos, la búsqueda de sensaciones, los rasgos dependientes e inmaduros de personalidad... (Petherick y otros, 2010).

Junto a estas variables, merece la pena detenerse en aquellas de contenido más social o cultural que ejercen un peso importante. Del estudio de las repercusiones de la delincuencia relacionada con drogas en la comunidad local (nivel microsocioal) se pueden extraer interesantes conclusiones sobre factores sociales que condicionan la relación entre droga y delincuencia (JIFE, 2004; Epstein y otros, 2007; Ryan y otros, 2010; García-Moya y otros, 2017; Cruz y otros, 2018). Aunque relacionada con la delincuencia a nivel macrosocioal – tráfico de sustancias a través de organizaciones criminales internacionales –, la delincuencia a nivel microsocioal guarda algunas diferencias importantes que conviene considerar:

- La violencia relacionada con drogas como característica de un concreto entorno comunitario o localidad es un hecho particularmente presente en países como Brasil, Colombia, México y otros del área centroamericana (carteles, bandas...) (JIFE, 2003), donde el porcentaje de delitos cometidos

JIFE

Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (INCB, del inglés International Narcotics Control Board).

CIPC

Centro Internacional para la Prevención de la Criminalidad.

por consumidores y el porcentaje de consumidores que delinque es excepcionalmente elevado.

- En aquellos entornos locales en los que las drogas y la delincuencia están presentes, dichas comunidades viven bajo la amenaza constante de la violencia y de los delitos (JIFE, 2004).
- En este entorno particular se pueden estudiar de manera clara las repercusiones de las variables sociales y culturales (y no solo las de carácter biológico y psicológico): las desigualdades sociales; la marginación social; las tasas de desempleo y la falta de alternativas económicas; la inseguridad social; los efectos aislados de programas represivos policiales; el papel de la cultura y subcultura... (CIPC, 2010).
- El papel de los padres –modelando la educación y supervisando el consumo– y de los pares se antoja esencial entre los factores microsociales (Ryan y otros, 2010; Yap y otros, 2017).

Es importante entender que la relación entre consumo de sustancias, delincuencia y variables microsociales no es unidireccional, sino que todos ellos interactúan entre sí reforzándose y perpetuándose. Así, el uso indebido de drogas en comunidades locales de mayor o menor tamaño, donde se ha hecho casi endémico, provoca una serie de problemas sociales como la violencia, la corrupción, el desempleo, déficits de salud individual y pública, bajos niveles educativos... lo que a su vez empuja a sus miembros a estilos de vida marginal y hacia la delincuencia organizada.

La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (2011) apunta una serie de amenazas a la cohesión social que facilitarían la aparición de comunidades donde se puede implantar el consumo de sustancias como algo endémico. Por un lado, señala que sociedades donde persiste la desigualdad social, que han sufrido un proceso migratorio importante, que ven variar sus valores sociales hacia el individualismo y el consumismo, o donde aparecen nuevas culturas del exceso, son más propensas a vivir la epidemia de la drogadicción. Igualmente ocurre en microsociedades donde la urbanización ha sido rápida o que han vivido conflictos importantes o donde ha habido cambios económicos y políticos bruscos.

Una comunidad que base su economía local en el negocio de las drogas es más fácil que perpetúe ese modelo, más aún si no se practica el respeto a la ley. Todos estos factores microsociales inciden en favorecer comunidades locales donde el consumo de sustancia está muy presente.

En general, se acepta que poblaciones marginales con altas tasas de paro y con privaciones son caldo de cultivo para la implantación de bandas de tráfico de drogas violentas. Sin embargo, otros factores como la existencia de subsidios de prestación por desempleo, programas de apoyo sociales, alternativas legales para ganar dinero, implantación de ONG y de asociaciones vecinales... pueden contrarrestar esa tendencia al incremento de la violencia por drogas. Igual sucede si la represión policial y penal se acompaña de alternativas de tratamiento y rehabilitación –está estudiado que medidas exclusivamente represoras, lejos de mejorar empeoran las tasas de conductas violentas– (EMCDDA, 2007).

Existe una percepción errónea sobre que la producción de sustancias ilícitas ayuda a poblaciones o países subdesarrollados o en vías de desarrollo a mejorar sus perspectivas económicas. Según la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (2002), y contrariamente a lo que se pudiera pensar, el cultivo de sustancias ilegales no solo no acarrea beneficios a largo plazo en los países productores, sino que los condena a una mayor depauperación, habitualmente de la mano de la desestabilización política, económica y social, y de un incremento importante de la violencia. La mayor parte de las ganancias del tráfico ilegal de sustancias acaba repercutiendo sobre todo en los países desarrollados donde se consumen, y son pocos quienes a corto plazo (pero en general no a largo) se benefician en los países productores.

De este tipo de estudios se han obtenido una serie de variables que condicionan la relación entre delincuencia y drogas:

- Entorno: desigualdades sociales, situación socioeconómica, desempleo...
- Familiares: desestructuración del núcleo familiar, separación temprana, ausencia de figura paterna, violencia en el hogar...
- Tendencias sociales: hacia pares delincuentes, permisividad del entorno para el consumo y la violencia...
- Factores personales: pertenencia a una minoría, abandono y fracaso escolar...
- Factores psicopatológicos: antecedentes de conductas disociales, rasgos psicopáticos, trastornos del control de impulsos...
- Antecedentes de consumo: iniciación temprana, venta de drogas...
- Antecedentes familiares: de alcoholismo y consumo de sustancia, psicopatía en los padres...
- Disponibilidad de sustancias y armas

Las variables señaladas no solo se relacionan con el inicio de la drogodependencia y la delincuencia sino también con su mantenimiento. Este perfil de sujetos tiende a pertenecer a redes sociales que potencian y refuerzan el desarrollo de modelos de conducta desviados.

Distribución de las ganancias del tráfico de drogas

Se estima que los agricultores reciben solo el 1 % del volumen del comercio mundial de drogas ilícitas. El 99 % del valor añadido de las sustancias se genera en el tráfico nacional e internacional.

Cabe destacar, por otra parte, que en muchos casos las conductas delictivas y el propio proceso de consumo de sustancias revierten por sí mismas. Aquellos sujetos con mayor vulnerabilidad biológica, psicológica y, sobre todo, social son los que perpetúan las conductas desviadas y llegan a desarrollar tanto una adicción como conductas delictivas.

2.6. Tipos de delitos relacionados con drogas

Desde el punto de vista del delito y de la Criminología (Herrero, 1997; EMCD-DA, 2007), con el término *delincuencia relacionada con la droga* nos estamos refiriendo al menos a cuatro grandes tipos de delitos:

- **Delitos inducidos por el consumo de sustancias:** aquellos cometidos por el sujeto bajo los efectos de las mismas. Son relativamente poco frecuentes. Se dan en sujetos consumidores, sobre todo de alcohol (en segundo lugar, por los consumidores de cocaína y en tercero, por consumidores de otros psicoestimulantes). Es mucho menos frecuente con drogas como la heroína, salvo en casos graves de abstinencia, o el cannabis, que actúa como sedante. El mecanismo último es el incremento de la agresividad y la desinhibición conductual que la sustancia provoca en el organismo. En algunos sujetos, además, se produce de manera específica un cuadro psicopatológico grave –por ejemplo, un brote psicótico en el que el sujeto cree que alguien le sigue y le observa para dañarle–, que provoca una reacción agresiva.
- **Delitos funcionales o con fines económicos:** los que comete el sujeto para financiarse el consumo de sustancias. Son propios de sujetos que buscan compulsivamente la sustancia. En general, son pequeños delitos no violentos, como robos con intimidación, sustracciones de objetos, ejercicio de la prostitución –i la legislación del país la considera delito–, pequeño menudeo y trapicheo... Las víctimas con frecuencia son amigos o familiares. Es el delito que más se reduce con programas adecuados de tratamiento, y su reducción constituye un medidor de éxito de los mismos.
- **Delitos sistémicos:** aquellos relacionados con el tráfico de sustancias en los mercados ilegales, rara vez cometidos por sujetos dependientes. Se enmarcan aquí asesinatos entre traficantes, blanqueo de dinero y otros tipos de delincuencia económica o de relación con otros tráficos ilegales (armas, prostitución...). La violencia cumple aquí un papel de intimidación, cobro de deudas, control de territorios o enfrentamiento entre bandas. También se incluyen aquí, en países con poco respeto a los derechos humanos, la connivencia con el gobierno para financiar guerras, la corrupción, etc. En estas situaciones no queda clara la relación entre drogas y delito sistemático. Muy probablemente las drogas solo formen parte de estrategias más amplias y de mercados ilegales de otro tipo de bienes.

- **Delitos contra la legislación sobre drogas:** incluyen el consumo en lugares públicos, la posesión ilegal de sustancias, la pequeña producción e importación, el blanqueo de capitales... También se suelen incluir en este apartado la mayoría de los delitos relacionados con la conducción bajo los efectos del alcohol y de drogas. Son los más numerosos y suponen la dedicación de una buena parte de los recursos policiales y judiciales. No se trata de delitos por las características intrínsecas de las sustancias, sino porque están como tal legislados en el código legal. Con las últimas reformas de la legislación en España, parte de esta casuística escapa ya de la consideración de delito y pasa a considerarse un tema administrativo.

Los tres primeros tipos de delitos, violentos, constituyen lo que Goldstein (1985) denominó **marco conceptual tripartito** para explicar la relación entre droga y delincuencia, y es el modelo más aceptado en la actualidad (JIFE, 2004; Valenzuela y Larroulet, 2010).

2.7. Criminología y peligrosidad

El sujeto dependiente, en cuanto que puede ser autor probable de un delito, puede ser considerado un sujeto peligroso. Del estudio de la **peligrosidad**⁶ también se ocupa la Criminología. El alcohol es la droga más frecuentemente relacionada con delitos violentos, y es un factor de riesgo de reincidencia. La cocaína se relaciona preferentemente con delitos menores para financiar la adicción, al igual que la heroína (Nurco y otros, 1985b).

2.8. Riesgo de victimización en poblaciones consumidoras

Otro de los aspectos de la drogodependencia que afecta a la Criminología es el mayor riesgo de **victimización** que acompaña el uso de sustancias. Este riesgo no se circunscribe a personas víctimas de delitos cometidos por sujetos consumidores, sino que se ha comprobado que estos mismos sufren un mayor riesgo de victimización. Según Vaughn y colaboradores (2010) existe un perfil de sujeto consumidor con un alto riesgo de ser victimizado. Se trata de personas económicamente desfavorecidas, sin pareja estable, que viven en áreas urbanas, con antecedentes familiares de conducta antisocial y antecedentes personales de consumo de sustancias y de enfermedad mental.

Dentro de los usuarios de drogas, las mujeres tienen un especial riesgo de convertirse en víctimas (Chait y Zulaica, 2005). No hay un único perfil de víctima ni una única explicación posible para dicho riesgo.

Se apunta que las consumidoras de heroína u otros opiáceos, que tengan un grave deterioro social y sanitario, están más expuestas tanto al maltrato como a otro tipo de victimización para la consecución de la sustancia (prostitución, abusos...). Las mujeres consumidoras de alcohol sufren con más frecuencia el maltrato físico. Las que, además, consumen cocaína se muestran inestables, irritables, agresivas, con altibajos emocionales, y son propensas a sufrir mal-

Otros aspectos a considerar

En la valoración de la relación entre consumo de drogas y comportamiento delictivo es preciso diferenciar no solo el tipo de droga consumida, sino también la dosis y forma de administración, y el estado del sujeto en relación con la droga: intoxicación, síndrome de abstinencia, dependencia psíquica y trastornos psicopatológicos asociados al consumo.

⁽⁶⁾En el módulo 3 «Criminología y drogodependencia: peritaje forense y delitos relacionados» se estudia con más detalle el concepto de *peligrosidad* y la complejidad de su valoración, así como la relación entre sustancias y riesgo potencial de comisión de determinados tipos de delitos.

trato físico y a verse involucradas en relaciones en las que la violencia es recíproca. Las agresiones sexuales son también más frecuentes entre mujeres consumidoras.

No están claras las relaciones causales entre consumo de sustancia y riesgo de victimización. Para algunos, el consumo de sustancias hace que la persona se exponga a más situaciones de riesgo para ser víctima (por ejemplo, alcohol y cocaína favorecen la desinhibición y hacen que el sujeto malinterprete la realidad y minusvalore los riesgos); para otros, el maltrato es causa suficiente para consumir sustancias que permitan evadirse del problema. También hay líneas de opinión que se centran en los factores genéticos. Y hay quienes destacan el hecho de que habitualmente el consumo de sustancias y la violencia se cultivan en el mismo caldo de marginalidad y factores sociales desfavorecidos. Por otro lado, es también más frecuente entre sujetos consumidores la participación en actos violentos, ya sean peleas físicas o delitos de sangre en relación con el tráfico de drogas. Lo más probable es que la relación sea compleja, y que compartan varios factores: genéticos, biológicos, culturales, etc. (JIFE, 2004; Bennett y Holloway, 2018).

2.9. Propuestas de actuación y políticas sobre drogas

Los adelantos científicos en la concepción de la adicción como enfermedad del cerebro han facilitado no solo un enfoque terapéutico sanitario más adecuado y coherente, sino también la modificación de las líneas estratégicas de las políticas contra la droga, incluido el tratamiento penal y criminológico (CGPD, 2011; CGPD, 2014; Esbec y Echeburúa, 2016). A ello han contribuido, además, la constatación del fracaso de las políticas estrictamente represivas y policiales, y el alto coste social.

En el ámbito judicial tradicional, los legisladores han estado empleando fórmulas de contenido represivo en sus leyes, patrimonio de una concepción simplificada de la delincuencia generada por sujetos adictos, que despreciaba la importancia social y política de semejante problema. El fracaso de dicha corriente y la aceptación de la gran problemática criminógena que origina la toxicomanía (Ríos Martín 1997), junto a los problemas sanitarios y sociales, han abierto las puertas a una legislación más abierta al problema global (Herrero 1997; Espinosa, 1997; Carrasco y Maza, 1998; CGPD, 2018).

La Criminología moderna, por su parte, ha ampliado de la misma manera el número de factores a la hora de explicar el delito. La atención, que tradicionalmente se veía centrada en el delincuente y su relación con el estado, queda complementada con el contenido que sobre la víctima y la sociedad se ofrece desde dicha ciencia.

Así, la Criminología advierte que, si bien es cierto que las drogas han sido utilizadas invariablemente a lo largo de la historia como medicinas, con finalidades magicoreligiosas o como mera manera de alienarse de la realidad, no ha

CGPD

Comisión Global de Políticas de Drogas.

sido hasta el siglo XX cuando de manera emergente se ha planteado la necesidad, en especial en el mundo occidental, de advertir sobre las consecuencias sociales que su consumo implica. Esta alarma se explica por el complejo mundo que envuelve el empleo de las drogas: marginalidad, conflictividad familiar, delincuencia a pequeña y gran escala (Hanlon y otros, 1990), gasto sanitario, desestructuración personal... y ha sido incrementada de manera especial por la aparición de la epidemia de VIH y de las hepatitis, una de cuyas vías de propagación es la relativa al abuso de drogas por vía intravenosa.

Los organismos internacionales como la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Crimen (2012), el Centro Internacional para la Prevención de la Criminalidad (2010), la Comisión Global de Políticas de Drogas (2011 y 2016) y la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (2017) reconocen abiertamente que las políticas restrictivas y represivas del consumo de sustancias ha supuesto la creación de un mercado negro que genera un alto número de delitos especialmente violentos. Además, al no ser plenamente consensuadas las políticas, la reducción de producción y/o distribución en unas áreas supone, con frecuencia, el incremento del problema en las áreas vecinas o la aparición de consumo de sustancias alternativas.

Aplicar políticas puramente represivas y policiales supone desplazar gran parte de los recursos disponibles hacia dichas medidas restándolos de enfoques más preventivos, rehabilitadores y terapéuticos. A nivel microsocial e individual, enfoques exclusivamente restrictivos conlleven incrementar la marginalidad de sujetos y comunidades ya de por sí castigados y socialmente desfavorecidos.

Estos organismos y diferentes autores de prestigio reconocido (Strang y otros, 2012; Babor y otros, 2019) proponen combatir la violencia relacionada con las drogas no solo disminuyendo la oferta con un mayor control policial y políticas restrictivas, sino también y sobre todo con un enfoque integral, que ponga especial énfasis en lo microsocial y comunitario, y en la corrección de las desigualdades sociales, y que contenga medidas como las siguientes:

- Mejora de la coordinación entre las diferentes entidades nacionales, internacionales y locales implicadas.
- Políticas de reducción de oferta de sustancias, control de tráfico de sustancias, organización criminal y blanqueo de capitales (macrosocial); de modo que el aparato represivo se centre en las organizaciones criminales y no en los consumidores y pequeños traficantes.
- Políticas de desarrollo socioeconómico, en especial la promoción de cultivos alternativos sostenibles y económicamente rentables para las comunidades y países productores de sustancias.

- Programas de justicia restaurativa basados en la comunidad y en los que las víctimas y las medidas en beneficio de la comunidad tengan un papel relevante.
- Políticas de desarrollo integral comunitarias y locales.
- Programas de prevención, especialmente en segmentos vulnerables de la población.
- Actuaciones que favorezcan el debate y que estén basadas en principios científicos, de salud, seguridad y derechos humanos, frente a posiciones ideológicas y políticas.
- Propuestas de modelos de regulación del uso de drogas como alternativa a modelos represivos.
- Desarrollo de programas de bienestar social.
- Actuaciones que eviten la criminalización, la marginalización y la estigmatización de las personas que usan drogas.
- Programas terapéuticos y de resocialización del sujeto consumidor.
- Programas de reducción de daños.
- Programas dirigidos a perfiles de sujetos especialmente vulnerables.
- Tratamiento adecuado del problema de la drogodependencia en los medios de comunicación.
- Políticas locales específicas para los diferentes tipos de sustancias y los diversos perfiles de consumidores (Room y Reuter, 2012).

Asimismo, se sugiere poner un especial énfasis en políticas dirigidas a niños, adolescentes y jóvenes:

- Políticas preventivas para niños, adolescentes y jóvenes.
- Programas de intervención en familias desestructuradas y menores en riesgo de exclusión social.
- Programas de formación para padres, educadores y monitores.
- Programas de apoyo social y comunitarios encaminados a favorecer entornos sanos de desarrollo de niños y adolescentes.
- Programas de ocupación del tiempo libre.
- Programas terapéuticos específicos para población adolescente y jóvenes.

2.10. A modo de conclusiones

La respuesta a la relación entre delincuencia y droga ha de ser por fuerza compleja. Desde el punto de vista criminológico esta relación no tiene solo implicaciones teóricas sino sobre todo de política pública y de gestión de recursos y planificación de intervenciones sociales.

Es esencial, por tanto, mejorar la metodología de investigación y plantear nuevas aproximaciones que permitan aclarar mejor la relación entre los dos términos del binomio. Un enfoque centrado en subgrupos de poblaciones, o mejor aún en individuos, se presume más interesante, con tal fin, que una aproximación global y general al problema.

El marco metodológico que trate de explicar la relación debe ser rico en sus fuentes (biológicas, sociales, culturales, etc.). Aclarar estas cuestiones ayudará, además, a evaluar adecuadamente los diferentes tratamientos y las medidas propuestas para combatir las toxicomanías.

Esto permitirá controlar mejor la oferta de sustancias, lograr más eficiencia en los tratamientos propuestos, tanto penales (medidas de seguridad) como médicos, y disminuir el número de delitos y la reincidencia de los sujetos.

3. Neurobiología y neuropsicología de la dependencia de sustancias: ¿base biológica de la inimputabilidad?

3.1. Generalidades de la estructura cerebral

De una manera muy simplificada, el cerebro está compuesto básicamente de neuronas. Estas células se dividen en un cuerpo o soma, un axón que acaba en las terminaciones axonales y unas prolongaciones llamadas dendritas. La conexión entre dos neuronas, llamada **sinapsis**, se produce entre los terminales axonales de una neurona y las dendritas de la siguiente. La tarea fundamental de una neurona es recibir estímulos y transmitir impulsos nerviosos, esto es, transmitir información entre las neuronas y entre otros tipos de células (glándulas, músculos...).

Las neuronas se activan a través de sus **dendritas**. Una vez activadas, las dendritas generan un estímulo eléctrico que recorre la neurona pasando por el soma y dirigiéndose hacia el axón. Al llegar a las terminaciones del axón, el estímulo eléctrico provoca que los **neurotransmisores** –las sustancias que estaban almacenadas en dichas terminaciones– se liberen al espacio intersináptico. Estos neurotransmisores (por ejemplo, dopamina, serotonina, noradrenalina...) fluyen por el espacio intersináptico hasta llegar a los receptores de las dendritas de la siguiente neurona, donde el proceso vuelve a empezar.

Los neurotransmisores, por su parte, y tras haber contactado con los receptores durante unos milisegundos, vuelven a liberarse al espacio intersináptico y son nuevamente capturados y almacenados en la primera neurona, a la espera del siguiente impulso eléctrico que los libere. Todos estos procesos están mediados por receptores y bombas de recaptación que hay tanto en la neurona presináptica como en la postsináptica.

En el cerebro, grupos especializados de neuronas se organizan y ordenan de tal manera que llegan a constituir **redes o circuitos neuronales**. Conectan una región del cerebro con otra y se encargan de desarrollar funciones concretas. Son algo así como autopistas entre dos o más ciudades por donde la transmisión eléctrica es especialmente eficaz y dirigida a un fin.

Estas redes neuronales o circuitos son especialmente importantes porque de ellos depende el correcto funcionamiento de diferentes funciones y capacidades, de manera especial aquellas llamadas funciones superiores, que constituyen la esencia del ser humano. Cada uno de estos circuitos tiene, además, un

Espacio intersináptico

Especie de magma que queda entre el axón de una neurona y las dendritas de la siguiente neurona o espacio sináptico.

determinado «tono» de neurotransmisores, es decir, son vías donde alguno de los neurotransmisores es especialmente relevante. Se habla, así, de circuitos dopaminérgicos, serotoninérgicos... si bien hay que entender que no poseen exclusivamente neurotransmisores y receptores de un único tipo.

3.2. Circuito de recompensa

Desde hace unos años se sabe que hay un circuito especialmente relacionado con la adicción. Se le denomina **circuito de recompensa**, y recorre desde el área tegmental ventral hasta el núcleo accumbens, y de ahí a localizaciones de la zona prefrontal del cerebro.

Es un circuito muy primitivo, que existe en los seres vivos del reino animal desde hace miles de años, y que es compartido por todos ellos en una versión más o menos evolucionada. Tiene una función esencial, perpetuar aquellas acciones que consiguen la **supervivencia** del individuo y de la especie. Alimentarse, copular... son acciones que deben repetirse para garantizar la supervivencia. Para ello el cerebro las acompaña de una gran liberación, entre otros, del neurotransmisor dopamina en el circuito de recompensa (o circuito del placer). Esa liberación de dopamina genera la sensación de placer que hace que la acción tienda a repetirse.

Todas las drogas de consumo activan dicho circuito. Algunas, como la cocaína o las anfetaminas, provocan directamente liberación de dopamina. Otras actúan de manera indirecta, a través de conexiones diversas que terminan igualmente con la liberación de dopamina en el núcleo accumbens.

Así, lo que desde hace años se sabía es que las sustancias de abuso «cortocircuitaban» ese circuito de recompensa; lo activaban con tanta intensidad que el sujeto tendía a repetir conductas de adicción («aprendía conductas adictivas») aun con más fuerza que las de reproducción o alimentación. El sujeto se iniciaba en el consumo porque provoca una sensación placentera intensa y repetida. Ese beneficio, además, se acompañaba de los efectos negativos que la abstinencia a la sustancia provocaba; por tanto, el sujeto consumía también porque si no lo hacía no solo no conseguía placer, sino que aparecía un severo disconfort.

Es más, con el paso del tiempo las modificaciones son de tal intensidad que la simple presencia de estímulos condicionados o «claves» es capaz de producir el mismo efecto de liberación de neurotransmisores. Consumos repetidos acababan produciendo cambios en el sistema, como modificaciones en el número de receptores, en la cantidad de neurotransmisor liberado... cambios que no siempre se corrigen a pesar de la abstinencia continuada.

Área tegmental ventral y núcleo accumbens

Estas dos áreas, como otras que se mencionan, son zonas o áreas del cerebro especialmente densas en neuronas organizadas y encargadas de funciones concretas.

Condicionamiento en la dependencia

Conviene repasar el subapartado 3.1.8 del módulo 1 titulado «Tratamiento de la dependencia de heroína», dentro del apartado 3.1 «Heroína y otros opiáceos», donde se habla brevemente de este concepto.

3.3. Modelos actuales de la adicción

En los últimos años se ha visto, además, que el cerebro del sujeto adicto sufre otras modificaciones en otras áreas y circuitos diferentes del de recompensa (Kalivas y Volkow, 2005; Koob y Volkow, 2010).

Parece que estas alteraciones son especialmente relevantes en los circuitos que van desde el área prefrontal hacia el núcleo accumbens, y que afectan a otro tipo de neurotransmisión diferente a la dopaminérgica, que es la glutamatérgica.

Estos cambios son los culpables de que poco a poco el sujeto pierda el control sobre las conductas de consumo y más que de un **hábito impulsivo** en el que aun cabe cierto control, hablemos de una **compulsión al consumo** (el sujeto no se puede oponer).

Otros daños demostrados también en el área prefrontal son los causantes de que el sujeto tenga afectadas capacidades tan básicas como la atención, la memoria de trabajo, las funciones ejecutivas, etc.

Lo realmente esencial de estas bases cerebrales de la adicción es que demuestran que la drogodependencia está mediada por cambios en el cerebro, que además genera alteraciones y lesiones cerebrales, y que la vulnerabilidad a la recaída tiene también una base orgánica. Esto es, la adicción es una enfermedad. Y como toda enfermedad, hay sujetos más predisuestos que otros a padecerla. Por otra parte, la decisión inicial de consumir por primera vez procede de la voluntad del sujeto, si bien es común que se inicie en la adolescencia, periodo en el que existe una fuerte presión social.

En el mundo de la Criminología y del Derecho Penal este aspecto es esencial. Reconocer que hay una base física para la adicción y una repercusión también física en el cerebro del consumidor da soporte a quienes entienden que la capacidad de conocer y actuar, y la capacidad de actuar libre y responsablemente están mermadas en los sujetos drogodependientes y que, por tanto, hay que aplicarles las atenuantes en la valoración de la imputabilidad de sus actos. Además, en Criminología permite comprender mejor el delito y mantener un punto de vista más resocializador y rehabilitador de los criminales toxicómanos.

Área prefrontal

Es la zona del cerebro que nos distingue del resto de animales, a la que debemos nuestra condición de «humanos» y que gestiona todo el resto de funciones del cerebro, es el «gran director de orquesta del cerebro».

Funciones ejecutivas

Son las funciones que nos permiten adaptarnos a cualquier mínimo cambio y planificar estrategias.

4. Tráfico de sustancias. Aspectos criminológicos

4.1. Crimen organizado y tráfico de sustancias a gran escala

De Fazio (Herrero, 1997) distinguió, dentro de los delitos relacionados con las drogas, los **delitos a gran escala** que se derivan de la producción de drogas y el tráfico de sustancias, y que rara vez son cometidos por sujetos toxicómanos. Comprenden poderosas mafias y sociedades organizadas, con imbricación en muchos casos en el mundo de la política y las finanzas, y con frecuencia su control requiere la cooperación internacional. Este tipo de delitos suelen relacionarse con otros: homicidio, robo de vehículos, falsificación de documentos, blanqueo de dinero, prácticas de corrupción, etc.

4.1.1. Qué se entiende por crimen organizado

Existen diferentes definiciones de crimen organizado (Fernández, 2008). En España el Código Penal lo cataloga (artículos 515 y 570 bis) como una asociación ilícita en cuanto que «[...] tengan por objeto cometer algún delito o, después de constituidas, promuevan su comisión».

La jurisprudencia ha señalado una serie de requisitos que debe cumplir una organización criminal: pluralidad de personas que se asocian, con una cierta complejidad en su organización, de manera continuada (no pasajera) para cometer una determinada actividad que es delictiva.

La Convención de las Naciones Unidas contra el Crimen Organizado Transnacional (UNTOC) no da una definición precisa del término *crimen organizado* (UNODC, 2004). Esto se debe al intento de permitir una aplicación más amplia y adaptativa a los nuevos tipos y condiciones del delito que emergen constantemente. No obstante, sí que en su articulado señala algunos aspectos relevantes que permiten situar la cuestión:

UNODC

Oficina de las Naciones Unidas
contra la Drogas y el Crimen,
del inglés United Nations Office
on Drug and Crime.

a) Por «grupo delictivo organizado» se entenderá un grupo estructurado de tres o más personas que exista durante cierto tiempo y que actúe concertadamente con el propósito de cometer uno o más delitos graves o delitos tipificados con arreglo a la presente Convención con miras a obtener, directa o indirectamente, un beneficio económico u otro beneficio de orden material;

b) Por «delito grave» se entenderá la conducta que constituya un delito punible con una privación de libertad máxima de al menos cuatro años o con una pena más grave;

c) Por «grupo estructurado» se entenderá un grupo no formado fortuitamente para la comisión inmediata de un delito y en el que no necesariamente se haya asignado a sus miembros funciones formalmente definidas ni haya continuidad en la condición de miembro o exista una estructura desarrollada;

«Instrumento de Ratificación de la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional, hecho en Nueva York el 15 de noviembre de 2000». *BOE* (n.º 233, de 29 de septiembre de 2003, pág. 35280-35297).

Por tanto, el delito de **asociación ilícita** se consuma desde el momento en que se asocian para la comisión del delito, sin que sea necesario que lo consumen. Una parte esencial de la organización criminal es la existencia de una jerarquía entre sus miembros con un reparto de funciones entre ellos. Cada miembro de la organización podrá ser imputado por asociación ilícita, pero también por cada uno de los delitos de la organización en que haya participado (Ruiz Bosch, 2015).

No es infrecuente que la organización criminal surja con un determinado objetivo, a partir del cual van apareciendo otras actividades e intereses delictivos que pueden acabar por convertirse en el principal.

La complejidad de los grupos criminales varía en función de su implantación nacional e internacional, de sus objetivos delictivos, de la presión policial, etc. Así, cada vez más, aparecen organizaciones criminales menores y locales que se especializan en parte del trabajo logístico, y son «subcontratadas» para tales fines.

Complejidad del tráfico de droga

El tráfico de droga, por ejemplo, precisa una importante trama y jerarquía que controle tanto la producción como el tráfico y el reparto en el país de destino, además de un entramado que permita blanquear el dinero.

4.1.2. Impacto del tráfico de sustancias en la economía mundial

El Fondo Monetario Internacional (2001) (Fernández, 2008; UNODC, 2011) recoge los datos siguientes:

- Para el año 2009 estimaba que el producto de la delincuencia mundial suponía el 3,6 % del producto interior bruto (PIB) mundial, algo así como 2,1 billones de dólares USA.
- Estas cifras, referidas a la cantidad de dinero blanqueado, suponían respectivamente el 2,1 % del PIB global y 1,6 billones de dólares USA.

Criterios para la consideración de crimen organizado

La policía, siguiendo la definición dada por INTERPOL en 1998, considera crimen organizado si se cumplen seis de once criterios. Cuatro de ellos son obligados: grupo formado por más de tres personas, que perduren en el tiempo, que cometan delito grave y que obtengan de su actividad beneficio de algún tipo (puede ser poder, influencia, etc.). Los otros dos criterios deben estar entre los siguientes: reparto de tareas, existencia de jerarquía interna, uso de violencia o intimidación, implantación internacional, que participen del blanqueo de dinero, que cuenten con empresas tapadera y que se beneficien de la corrupción.

Delitos asociados al crimen organizado

Entre los delitos asociados al crimen organizado están el narcotráfico, la corrupción, el blanqueo de capitales, la delincuencia a través de Internet, el tráfico, la trata y la explotación de seres humanos, delitos contra la propiedad intelectual e industrial y el fraude del IVA, la falsificación del euro y la falsificación de documentos, etc.

- En 2009 se estimaba que no más del 1 % del flujo financiero ilegal a escala mundial es incautado y congelado. Dentro de las operaciones internacionales de los grupos criminales organizados, el tráfico de drogas es económicamente hablando el más lucrativo. Supone aproximadamente el 50 % de la actividad de los grupos organizados criminales y el 20 % del total de actividades criminales, y entre el 0,6 y 0,9 % del PIB global. A su vez, el dinero procedente del tráfico de drogas disponible para ser blanqueado suponía, en la estimación de 2009, entre el 0,4 y 0,6 % del PIB global.
- El 92 % de las ganancias al por mayor del mercado de cocaína está disponible para ser blanqueado, y el 46 % de las ganancias minoristas. Esto supone que entre el 60 y 80 % de las ganancias de cocaína están destinadas al blanqueo.
- El coste asociado al uso de drogas ilegales supone el 1,2 % del PIB en un estudio de países europeos, norteamericanos, sudamericanos y de Oceanía; aproximadamente 700.000 millones de dólares USA.
- El 70 % de ese coste es debido a la pérdida de productividad laboral.
- Se estima que por cada 1.000 millones de dólares USA procedentes del tráfico de drogas que es blanqueado, se reduce el crecimiento mundial entre 0,04 y 0,06 puntos porcentuales.
- Más de medio millones de personas forman parte de tramas de crimen organizado.

Según la OMS (WHO, 2010), en estimaciones de 2010, el mercado de medicamentos para uso ilegal fuera de prescripción o de medicamentos falsificados alcanzó los 75.000 millones de dólares USA.

4.2. Corrupción y tráfico de sustancias

En el mercado de las drogas la **corrupción** es un arma esencial. El tráfico de sustancias ilegales es complejo y cambiante, y requiere una importante capacidad de adaptación por parte de las organizaciones criminales. Se trata de un mercado muy rentable, donde es fácil ganar importantes cantidades de dinero. Algunos de estos grupos criminales alcanzan tal poder económico que superan los recursos de determinados países.

La corrupción ejercida por las organizaciones criminales es su manera más sencilla y efectiva de debilitar los esfuerzos de los países y organismos que luchan contra el tráfico de drogas. El soborno, el cohecho, la extorsión, la intimidación del funcionario... son simples, baratos y efectivos. Otras veces la corrupción adopta formas diferentes, como el fraude electoral, contrataciones

Reflexión

Conviene recordar que los grupos organizados dedicados al narcotráfico son especialmente violentos si se les compara con los que se dedican a otras actividades ilícitas.

públicas manipuladas, sobornos en las altas esferas, financiación de partidos políticos... o se entremezcla con otras actividades delictivas, como el tráfico de armas, personas, etc.

Algunas formas de corrupción son más sibilinas y llegan a confundirse con costumbres culturales de la región; otras, en cambio, son actividades manifiestamente ilegales. El contexto cultural, político y social también tiene aquí su importancia, ya que define la tolerancia hacia unas determinadas maneras de ejercer la corrupción. La definición, por tanto, de lo que es corrupción no siempre resulta clara de delimitar.

Otro elemento que cabe destacar es que la corrupción no solo puede ser la causa del deterioro institucional, político, administrativo de un país, sino también su consecuencia. Gobiernos débiles y sistemas de gobernanza poco diligentes facilitan la extensión de la corrupción a baja escala, que acaba por definir un estado corrupto. Los grupos organizados, conocedores de ello, eligen para su implantación países donde la democracia es inmadura y el gobierno e instituciones son débiles. Así, los políticos, los funcionarios judiciales, la policía –y los militares cuando tienen encomendadas tareas contra el narcotráfico– y las personas que trabajan en aduanas y puntos de interés para el tráfico, como aeropuertos, puertos, etc., se convierten en objetivos clave de estos grupos.

Lo que sí es sencillo de entender son las consecuencias de la corrupción en un determinado país: pérdida de democracia, debilitación de instituciones sociales, empobrecimiento del país, índices más altos de violencia, amenaza al desarrollo social y económico, crisis de confianza en las instituciones...

La lucha contra la corrupción exige, de entrada, la cooperación internacional, sin la cual son muy limitadas las posibilidades de que resulte efectiva. Uno de los primeros objetivos debe ser perseguir y desarticular los grupos criminales organizados. Junto con ello, se debe luchar contra el blanqueo de capitales. Resulta, además, prioritario el apoyo y la protección a los funcionarios públicos, jueces y policías de la amenaza de las organizaciones criminales.

Otras medidas son de corte preventivo, como perseguir las sospechas de corrupción; establecer sanciones duras a quienes formen parte de estas actividades ilícitas; establecer sistemas transparentes de contratación y medidas para evitar el fraude electoral; desarrollar procedimientos de supervisión y auditoría; implementar medidas específicas para jueces y fiscales, por un lado, y para policías y personal de aduanas, por otro. Son necesarias medidas eficaces para combatir la corrupción como vía para reducir el tráfico de sustancias ilegales y el poder los grupos criminales (JIFE, 2010).

4.3. Narcotráfico y terrorismo internacional

Existe la constatación de que algunos grupos terroristas se han estado financiando a través del narcotráfico. En 2016, la UNODC (2017) calculaba que los talibanes de Afganistán podían estar ingresando al año unos 400 millones de dólares USA relacionados con las drogas, un 50 % de los cuales estarían motivados por el narcotráfico. Algo similar se ha constatado con otras organizaciones como las FARC en Colombia.

Sin embargo, hay grupos en los que estas relaciones están menos confirmadas. Estado Islámico, por ejemplo, produce y consume captagon, al igual que grupos terroristas de Siria. Como estos, otros más parecen participar de alguna manera en el mercado de drogas, probablemente en tareas colaterales. En cualquier caso, la mayor parte de grupos terroristas tienen otras fuentes de ingresos, por lo que el narcotráfico no se puede considerar su único sustento económico.

EMCDDA (2016) trata de analizar la relación entre grupos terroristas y otros grupos de crimen organizado; señala que pueden ir desde una simple relación puntual puramente operativa, en la que un grupo se beneficia de los contactos o experiencia del otro, pasando por relaciones más estables entre ambos, hasta llegar a convertirse un grupo terrorista en un grupo de crimen organizado, o viceversa.

En Europa no existen vínculos sistemáticos entre grupos terroristas y grupos de crimen organizado, sino más bien vínculos temporales funcionales, más o menos intensos, de conveniencia. De hecho, en Europa buena parte de los atentados terroristas los realizan personas o células aisladas, con escasa posibilidad de financiarse en algunos casos por medio del tráfico de drogas. No obstante, muchos de esos terroristas han tenido antecedentes por tráfico de sustancia, y es probable que, si bien no se financien por drogas, sí aprovechen sus vínculos previos para moverse en el mundo de la delincuencia.

Sobre el terrorismo islámico, un problema añadido en Europa es el riesgo de radicalización de la población joven –la segunda o tercera generación de inmigrantes de áreas de conflictos armados o nacionalismos. Esto supone, a su vez, unas características especiales en la relación entre tráfico de drogas y terrorismo. Por un lado, algunos de los factores de riesgo para participar en el mundo de las drogas son comunes a los de riesgo de radicalización. Por otra parte, estas poblaciones vulnerables con frecuencia acceden al mundo de la droga, y luego emplean sus vínculos criminales en la comisión de actos de terrorismo, bien para financiarlos, bien para conseguir armas o material. Una tercera vía, no excluyente, es que son poblaciones de más riesgo de prisión por asuntos relacionados con drogas, y en prisión el riesgo de radicalización es importante.

4.4. Nuevas políticas en la lucha contra el crimen organizado

La política de fiscalización de drogas persigue «limitar la producción, distribución y consumo de drogas a fines médicos y científicos». Así pues, son dos los objetivos principales:

- suprimir los mercados de drogas ilegales, y
- garantizar la disponibilidad de fármacos psicoactivos para uso médico.

La mayor parte de la política se centra en la **reducción de la oferta**, pero también tiene como actuaciones la **disminución de la demanda**. La Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988 señala que los estados firmantes deben «tipificar como delitos en su derecho interno la producción, la fabricación, la venta, la importación y la exportación de drogas» (UNODC, 2012).

La fiscalización y el control de drogas traen consigo la aparición de mercados negros y las oportunidades que estos proporcionan a la delincuencia organizada. Por tanto, dentro de las estrategias contra las drogas, un aspecto clave es favorecer la reducción de su oferta, lo que indefectiblemente supone la definición de políticas contra el crimen organizado. Se persigue evitar los esfuerzos represivos contra el individuo consumidor para centrarlos a escala internacional en las organizaciones criminales que trafican con drogas.

La realidad del tráfico de drogas es que las organizaciones criminales son cada vez más propensas a tener una visión **multiservicio**, es decir, trafican con diferentes bienes, y dentro del campo de las drogas, con diferentes sustancias, y alcanzan gran complejidad empresarial y financiera, con múltiples interconexiones y especialización entre los diferentes grupos.

Por otro lado, las rutas de tráfico cada vez son más complejas y diversificadas, y el mercado de sustancias aumenta su complejidad aprovechando las diferentes opciones de transporte comercial. Entre otros factores que explican este cambio podemos citar la **globalización**, con un mercado cambiante en el que es frecuente cierta sustitución entre drogas de efectos similares –psicoestimulantes, por ejemplo– y con la posibilidad de explotar diferentes vías comerciales; así como la emergencia de nuevas tecnologías (EMCDDA, 2013).

Las zonas geográficas principalmente afectadas por el mercado de drogas ilegal se componen tanto de ubicaciones ya establecidas como de áreas emergentes, lo que complica la lucha contra ellas (EMCDDA, 2016).

El objetivo último que se persigue es el desmantelamiento de las organizaciones criminales y la interrupción del tráfico de sustancias ilegales.

Ante esta situación se plantean una serie de medidas de lucha contra el crimen organizado (CIPC, 2010; UNODC, 2012; JIFE, 2013; EMCDDA, 2013; EMCDDA, 2016):

- Reconocer la importancia de la delincuencia a gran escala, transfronteriza y organizada relacionada con drogas.
- Establecer políticas internacionales de coordinación, información y cooperación, sobre todo entre países productores, de tránsito y consumidores.
- Mejorar la coordinación entre instituciones, organismos internacionales y países, pero también entre todos estos y la sociedad civil.
- Reducir la producción y el tráfico de sustancias ilegales, así como sus precursores y otros productos necesarios para la fabricación o transformación de las drogas.
- Definir estrategias de coordinación legal y de cooperación en temas de inteligencia entre los países.
- Promover la asociación entre el sector público y el privado, sobre todo en lo referente a la prevención de la corrupción.
- Mejorar la capacidad de análisis de las tendencias mundiales en oferta y demanda de drogas.
- Realizar un análisis sistemático de los diferentes modelos de negocio del mercado de la droga.
- Implantar un sistema de detección rápido que anticipe y responda ante las nuevas amenazas o las amenazas cambiantes.
- Establecer prioridades y centrarse en objetivos de alto valor; priorizar la lucha contra las principales organizaciones de crimen organizado.
- Implantar estrategias de información: establecer indicadores de calidad de la oferta y de la demanda de cada una de las sustancias; desarrollar y compartir información forense sobre drogas; monitorizar el tamaño del mercado y el valor de la droga en el mismo; establecer prioridades en investigación sobre droga, etc.

- Establecer alianzas estratégicas con la industria que pueda verse involucrada en el tráfico de drogas (transporte, logística, comunicación e internet, laboratorios e industria química, etc.).
- Monitorizar el mercado en línea, evitar la venta, y anticiparse y detectar las amenazas que surjan a través de este medio.
- Priorizar la estrategia de «seguir el dinero». Gran parte del esfuerzo debería ir encaminado a cortar el flujo financiero y las ganancias económicas de las organizaciones criminales. Para ello es importante contar con especialistas financieros que puedan rastrear ese dinero e intervenir sobre el blanqueo de capitales y sobre empresas tapadera.
- Realizar un análisis frecuente y crítico de las propias estrategias, que asegure que siguen siendo útiles en un mercado cambiante y globalizado. Hacer el seguimiento y la evaluación científica de dichas estrategias.
- Fomentar la investigación sobre drogas en general, con especial hincapié en sustancias de nueva aparición, y sobre la importancia del crimen organizado en particular.
- Hacer un uso eficiente del sistema judicial penal, de modo que se centre en las organizaciones criminales.
- Mejorar la capacidad operativa de las fuerzas de seguridad.
- Fomentar la formación de los profesionales dedicados a la persecución del crimen organizado.
- Desde el ámbito de la política, propugnar cambios legislativos que favorezcan estas medidas, así como campañas de sensibilización social.

En resumen, el objetivo último de las estrategias es la reducción de la producción y la oferta de sustancias, y de su demanda en el mercado ilegal. Para ello es necesario contar con estrategias de monitorización y evaluación adecuadas. Dichas estrategias deben ser flexibles y adaptables, en consonancia con un mundo globalizado y un mercado cambiante. No se trata solo de obtener información y evaluar adecuadamente, ni siquiera de definir estrategias, sino también de ejecutarlas mediante alianzas entre países y con industrias relacionadas que permitan una buena cooperación y coordinación. Las estrategias tratan de «perseguir el dinero» y desmontar objetivos estratégicos de amplio impacto.

Estas iniciativas, de corte macrosocial, se deben implementar con otras enfocadas hacia la comunidad. Se trata de mejorar la evaluación del impacto del crimen organizado en el ámbito local y fortalecer la resiliencia de esas comunidades. Junto a ello proponen planes de desarrollo comunitario y social, así

como programas de rehabilitación. Uno de los objetivos de las nuevas políticas contra el crimen organizado propone fomentar la resistencia desde las comunidades, a la par que mejorar la gobernabilidad local y nacional. Tratan de evitar que áreas e incluso países enteros queden a merced de los traficantes de droga que ejercen el control a través de vínculos corruptos con la Administración (UNODC, 2009; CIPC, 2010). Para ello es importante fomentar la participación e implicación de la sociedad civil en la lucha contra las drogas.

4.5. Tráfico de droga: datos epidemiológicos

Se calcula que la presión internacional consigue confiscar cerca del 50 % de la cocaína que se produce en el mundo, y aproximadamente la cuarta parte de la de heroína. No hay datos estimados, en cambio, sobre cannabis y drogas de síntesis.

El escenario dibujado por diferentes organismos (Fondo Monetario Internacional, 2001; UNODC, 2009; UNODC, 2011) para la primera década del siglo XXI es el siguiente:

- Según la ONU (2011), el tráfico de drogas mueve 216.000 millones de euros anuales en todo el mundo. Otros cálculos (UNODC, 2009) hablan de que el volumen del mercado mundial de las drogas oscila entre los 215.000 y 320.000 millones de dólares USA al año –a modo de comparación, podemos considerar que Suecia, la vigésima economía mundial, maneja un PIB de 358.000 millones de dólares. El tráfico de drogas supera, pues, al mercado legal del tabaco, el vino, el café...
- Los beneficios anuales del tráfico de drogas representan entre el 8 % y el 10 % del comercio mundial.
- El comercio mundial de heroína mueve unos 57.000 millones de dólares USA, de los cuales solo 2.000 millones van a manos de los cultivadores. Este comercio se entremezcla con delitos como la corrupción, el blanqueo de dinero, actividades terroristas...
- La cocaína supone una cuarta parte del total del mercado mundial de drogas, con unos 85.000 millones de dólares USA anuales. De ellos unos 35.000 millones se generan en Estados Unidos; 26.000 millones en Europa central y del oeste, y 18.000 millones en Sudamérica, Centroamérica y la zona del Caribe. Los agricultores de la región andina, sus principales productores, solo ganan 1.000 millones de dólares USA.
- En España, el INE estimó en 2014 que el tráfico de drogas suponía 0,5 puntos del PIB, y unos 5.000 millones de euros. El Centro de Inteligencia contra el Terrorismo y el Crimen Organizado estimaba que el narcotráfico en nuestro estado representaba 5.500 millones de euros (2.800 millones

procedentes del hachís, 2.500 millones de la cocaína, 200 millones de la heroína y 200 millones de euros de las drogas de diseño).

Uno de los elementos más alarmantes del tráfico de drogas es que aprovecha **zonas de escaso desarrollo social y gran inseguridad e inestabilidad política**, donde realiza prácticas corruptas sobre las empresas y la Administración. De esa manera, junto con la violencia que desarrollan, adquieren gran poder, lo que les permite hacerse con áreas de producción y con el control de las rutas de tráfico. En estas zonas financian también la insurgencia, de tal manera que, ahuyentando al turismo y a los inversores legales, perpetúan los problemas sociales de las zonas bajo su control y mantienen así en sus manos la gestión de estas áreas (UNODC, 2009).

4.6. Situación geográfica y producción, tránsito y consumo de sustancias

Los datos recogidos por diferentes organismos internacionales como la Oficina de las Naciones Unidas sobre Drogas y Crimen (UNODC, 2018; UNODC, 2019), el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT o en sus siglas en inglés EMCDDA) (EMCDDA, 2018a; EMCDDA, 2019), y la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (2019) definen el siguiente panorama.

4.6.1. Europa

Junto con los países de América del Norte, Europa es el principal consumidor de sustancias. En la Unión Europea se calcula que el gasto público total relacionado con las drogas oscila entre el 0,01 % y el 0,5 % del producto interno bruto, y que el gasto sanitario representa entre el 15 % y el 53 % del gasto total relacionado con las drogas.

Europa es una región productora importante de cannabis para uso local, y de drogas de síntesis, para uso local y exportación ilegal. A su vez, sigue siendo mercado de las drogas que proceden de Sudamérica, Asia occidental y África (EMCDDA, 2015). Su situación hace de Europa una región cada vez más permeable a las circunstancias de los países de su entorno y, en general, a la situación mundial en relación con el problema de las drogas.

Como referencia del mercado real, se suele utilizar el número de incautaciones y sus proporciones por sustancias. Así, en 2016 en la Unión Europea se realizaron más de un millón de incautaciones –la mayoría de pequeño tamaño. Las sustancias más frecuentemente incautadas fueron cannabis (71 %), cocaína (9 %), anfetaminas (5 %), heroína (4 %), éxtasis (3 %) y otras drogas (8 %). Buena

parte de la venta de drogas se realizó a través de internet. Por otro lado, en varios países de la Unión Europea se han incautado importantes cantidades de un precursor que permite transformar la morfina en heroína.

La droga más consumida en Europa es el cannabis. Buena parte de su producción proviene de la propia Unión Europea en cultivos interiores. Parte de la resina de cannabis utilizada en Europa procede de Marruecos, aunque aumenta la producción local. El cannabis supone la mayor parte del mercado minorista de drogas ilícitas de la Unión Europea (38 %), cuyo valor en 2013 se estimó en 24.000 millones de euros. Cabe señalar que la potencia de la hierba y de la resina de cannabis ha ido aumentando progresivamente. Europa tiene varios puntos de entrada de drogas, y Montenegro es esencial en la ruta que permite la entrada de cannabis.

Debido a la gran disponibilidad de heroína, principalmente procedente de Afganistán, la fabricación ilícita de opioides en Europa se limitaba hasta hace poco a productos de fabricación casera derivados de la adormidera, que se manufacturaban en algunos países de Europa oriental. La localización en los últimos años de varios laboratorios en los que se convertía la morfina en heroína en Chequia, los Países Bajos y España indica que en la actualidad se fabrica cierta cantidad de heroína en Europa. Portugal ha informado de heroína procedente de Mozambique, lo que podría indicar que se están produciendo cambios en las rutas del tráfico de esta sustancia. También se han incautado en Europa otros opiáceos, como tramadol, metadona, fentanilo... que podrían derivarse del suministro médico legal, pero que también podrían proceder de procesos de síntesis ilegal.

El aumento de producción de cocaína en Sudamérica repercute en la calidad de la misma en Europa. El precio en la calle sigue siendo similar, pero su pureza es mayor. Además, preocupa el uso de cocaína crack, que se ha incrementado. La cocaína llega a Europa a través de fletes, vuelos con pasajeros («mulas»), contenedores, yates... Parece que la ruta clásica a través de España estaría perdiendo peso y que estaría siendo desplazada, al menos en parte, por otras vías hacia otros países de entrada europeos.

Europa fabrica anfetamina y metanfetamina para consumo local y también para tráfico exterior hacia mercados como Asia, Oceanía y Oriente Medio. Bélgica, Países Bajos, Polonia y Alemania, entre otros, son países productores. En Europa la disponibilidad de anfetamina es mayor que la de metanfetamina, aunque la de esta última está creciendo. Chequia es el principal productor de metanfetamina. Parece apreciarse un repunte del mercado de éxtasis para uso local y tráfico exterior; Países Bajos y Bélgica serían sus principales productores.

De entre las sustancias no sometidas a fiscalización internacional, preocupa en Europa el auge de drogas emergentes o nuevas sustancias psicoactivas, en especial opioides sintéticos y cannabinoides sintéticos de gran potencia. Las

Producción de cannabis

Prácticamente todos los países de la Unión Europea y su entorno tienen producción propia de cannabis en mayor o menor medida.

nuevas sustancias psicoactivas, procedentes de China, supusieron un mercado emergente en Europa hace una década. Con el paso de los años, parte de este producto se sintetiza ya en Europa. En los últimos tiempos, parece que han descendido, al menos en número, los diferentes tipos de nuevas sustancias psicoactivas. El motivo no está claro, aunque las medidas tomadas por China para dismantelar laboratorios en aquel país parecen estar relacionadas con ese descenso.

Los cannabinoides sintéticos (diez nuevos tipos detectados en 2017), las catinonas sintéticas (doce nuevos en 2017) y los opiodes sintéticos (trece nuevos en 2017, la mayoría derivados del fentanilo) son las principales nuevas sustancias psicoactivas que se emplean en Europa. Además de las provenientes del tráfico de drogas, una parte de ellas es sintetizada en el propio entorno europeo.

4.6.2. América del Norte

Constituida por Canadá, Estados Unidos de América y México, es un punto clave, junto con Europa, para entender el mercado mundial de sustancias. Estos tres países presentan elevados niveles de producción, síntesis, tráfico y consumo de drogas ilícitas, y son el mercado principal de consumo de drogas.

El año 2018 ha supuesto un año importante para los países de Norteamérica. Durante el mismo se han ido promulgando legislaciones a favor de la regulación del uso del cannabis, no solo con fines médicos, sino incluso con fines meramente recreativos.

Canadá promulgó en octubre de 2018 el proyecto de ley C-45, sobre el acceso legal al cannabis y el control y la regulación de su producción, distribución, venta y posesión. Con dicha legislación se articula que las personas de 18 años o mayores puedan disponer de hasta treinta gramos de cannabis, proveniente de su cultivo personal o de compra en minorista con licencia, para uso personal.

México y algunos estados de Estados Unidos también han legislado en ese sentido, con diferentes matices entre unos y otros proyectos.

Queda por ver y analizar la evolución de este mercado legal y las consecuencias de dichas medidas. Los primeros datos apuntan a que continúa existiendo un mercado ilegal, y que el número de usuarios y la gravedad de los mismos habría aumentado en los últimos años. Gran parte del mercado ilícito de cannabis se cubre con cultivo local o del área –lo producido en México y Canadá en buena medida es exportado a Estados Unidos. Preocupa especialmente el auge de la producción de cannabis en interiores en Estados Unidos y Canadá, ya que esta sustancia, así producida, es más potente y ha dado lugar a la aparición de nuevos circuitos de tráfico ilegal interno.

En los Estados Unidos ha proseguido la epidemia de opiáceos. Según datos provisionales de 2017, se habían registrado más de 70.000 muertes por sobredosis de drogas en el país, el 66,4 % en relación con opiodes –con especial

relevancia, dentro de este grupo, de los opiodes sintéticos como el fentanilo. Aunque en una menor escala, también en Canadá se aprecia el problema de la epidemia de opiodes sintéticos.

Estados Unidos continúa consumiendo buena parte de la heroína producida a escala mundial, sobre todo procedente de Afganistán y de Colombia, aunque también una buena parte de la de México. A Canadá llega la heroína de Afganistán, movida por organizaciones criminales asiáticas con implantación en el país.

Una consecuencia importante del tráfico de drogas es la violencia. En 2017, las tasas de homicidios en México aumentaron notablemente. No obstante, en este sentido llama la atención que la actual epidemia de consumo de opiáceos en Estados Unidos, lejos de asociarse con un incremento de la criminalidad, parece acompañarse de un descenso de la misma. Esto no hace sino reflejar el complejo entramado de interacciones entre diferentes variables que intermedian la relación droga-delincuencia (Szalavitz y Rigg, 2017).

Los países norteamericanos son, en general, más consumidores que productores. No obstante, destaca la importante producción de cannabis que se sitúa en México y Estados Unidos, así como las hectáreas dedicadas en México al cultivo de adormidera. México continúa siendo un país esencial de tránsito de cocaína y cannabis desde Sudamérica y Centroamérica hacia Estados Unidos y Canadá, entre otros destinos finales. El cannabis es la sustancia más consumida en esta zona.

En México además se fabrica metanfetamina, que posteriormente se introduce en Estados Unidos, donde también hay laboratorios clandestinos. Los precursores llegan principalmente por mar. Esta sustancia es señalada en Estados Unidos como la segunda en relevancia y peligrosidad en el momento actual, tras la heroína.

Canadá ha decidido incluir en la fiscalización nacional el tramadol (fármaco opioide) para controlar mejor su distribución y erradicar su uso en el mercado negro.

En Estados Unidos se ha producido un incremento del uso de kratom (*Mitragyna speciosa*) y derivados, como sustancia para el manejo del síndrome de abstinencia de opiáceos. Hasta la fecha no es una sustancia ilegal (UNODC, 2018). El kratom es una planta de la familia del café, con efectos euforizantes y de mayor sociabilidad y energía. No obstante, a dosis superiores tienen efectos sedantes. Para las autoridades se trataría de una sustancia que se comporta como un opiáceo y como un estimulante. Podría haber motivado alguna muerte por sobredosis, y se le supone la relación con cuadros de psicosis, convulsio-

Homicidios en México

Más de 31.000 muertes se atribuyeron a homicidios, buena parte de los cuales se relacionaron con la producción y el tráfico de drogas.

nes... así como con cuadros de dependencia, por lo que se previene sobre su uso, y preocupa su expansión, que se ha debido en gran medida a la venta por internet.

4.6.3. América del Sur

Los países de América del Sur son principalmente productores de cocaína y, en una proporción menor, de cannabis. En menor medida se encuentra la producción de heroína y psicoestimulantes, de acuerdo con las incautaciones que se llevan a cabo. En los últimos años, según datos de 2017, se ha producido un incremento de la producción de cocaína en Colombia y Bolivia. También se ha notificado un aumento en la incautación de precursores de esta sustancia. Casi toda la producción de cocaína se exporta al extranjero (Europa y Norteamérica), a través de dos rutas principales, la de Colombia hacia Norteamérica pasando por Centroamérica, y la de Perú y Bolivia hacia Europa pasando por África.

El 38 % de las incautaciones de cannabis a escala mundial tuvieron lugar en Sudamérica, según datos de 2017. Paraguay es el principal productor de cannabis de la zona, y suele emplearse en el ámbito local o para exportar a países del entorno. El uso de esta sustancia en Sudamérica se ha incrementado en los últimos años. Algunos países, como Perú y Paraguay, han empezado a regular su uso con fines médicos, aunque aún es pronto para valorar los resultados. Por su parte, la producción de adormidera es baja, en comparación con el total mundial.

El consumo de psicoestimulantes y de drogas de síntesis es importante en esta área. Su procedencia más habitual es Europa. Y también es frecuente el uso de sustancias alucinógenas.

4.6.4. Centroamérica y Caribe

Estas regiones siguen siendo áreas de tránsito para las drogas que, procedentes de Sudamérica, viajan con destino a Norteamérica y Europa. Cocaína y cannabis son las sustancias con más tráfico ilegal, y son también las dos sustancias más consumidas en la zona. El 11 % de la incautación mundial de cocaína se produjo en Centroamérica, con un incremento respecto a años anteriores. Ello puede deberse a la mayor demanda desde Europa y Norteamérica, así como al incremento del cultivo en Colombia del arbusto de coca.

Por su especial ubicación geográfica –Centroamérica linda con las regiones andinas desde donde parte el tráfico de cocaína y cannabis–, las incautaciones de drogas en estos países son especialmente relevantes. Algunos países reseñan importantes partidas de cocaína incautadas, que han crecido en los últimos

Cannabis, moneda de pago

Parece que el cannabis se podría estar empleando, al menos en parte, como pago por los movimientos de cocaína en esta zona.

años. Otros parecen más especializados en el tráfico de cannabis, como Belice y países caribeños. Algunos, como Guatemala, tienen además producción de adormideras, si bien no alcanzan en su conjunto la importancia de la cocaína.

Colombia y Jamaica son los países centroamericanos donde la producción de cannabis parece más importante, sin olvidar a otros muchos como Bolivia, Costa Rica, El Salvador, Guatemala y Perú.

Esta región mundial no está especialmente afectada por la producción y tráfico de estimulantes. No obstante, se ha desmantelado algún laboratorio clandestino y parece que determinados países, como Colombia, Guatemala y República Dominicana, entre otros, producen anfetaminas y drogas de síntesis. Parte de las provisiones de estos estimulantes proviene, a su vez, de Europa (Países Bajos).

Centroamérica destaca además por la violencia que genera el control del tráfico de sustancias y su distribución a través de bandas.

Solo en Jamaica se calculó que había en 2017 unas 274 bandas dedicadas a este tipo de actividades, algunas de ellas con implantación transnacional.

4.6.5. Asia oriental y sudoriental (sureste asiático)

Engloba países como la India, China, Mongolia, Corea del Norte, Corea del Sur, Japón, Birmania, Brunéi, Camboya, Filipinas, Indonesia, Myanmar, Tailandia, Filipinas, entre otros.

Parece haber disminuido la producción y el tráfico de adormidera de opio en la llamada zona del Triángulo de Oro. Myanmar sigue siendo el segundo país del mundo en extensión del cultivo de adormidera, a pesar de que en los últimos años se aprecia una disminución. Generalmente su producción tiene como mercados finales Oceanía y, sobre todo, China y Tailandia.

Triángulo de Oro

Está formado por Myanmar, la República Democrática Popular de Lao y Tailandia.

Asimismo, se aprecia un incremento importante en la producción y el tráfico de metanfetamina en la región, junto a un claro incremento de usuarios de esta sustancia en la zona. Preocupa, por tanto, la transición del consumo de opio al de drogas sintéticas, especialmente de metanfetamina. Asia oriental y sudoriental y Norteamérica son las zonas mundiales de más tránsito de metanfetamina, con destino final a países de esas mismas regiones. No solo son países de tránsito y destino, sino que además en Asia oriental y sudoriental se han desmantelado varios laboratorios ilegales, lo que indica que su capacidad de producción está aumentando. La producción y consumo de éxtasis se mantiene estable. La efedrina en China y Filipinas, y la pseudoefedrina en Tailandia y Myanmar, ambos precursores de la metanfetamina, han sido incautadas en cantidades muy significativas, lo que da una idea de la producción y el consumo de metanfetamina en la región.

Contrariamente, la fabricación y el tráfico de cocaína siguen siendo bajos en la región. La mayor parte de la cocaína que se incauta procede de América del Sur, y suele ser un punto de tránsito en la ruta final de la sustancia hacia otras regiones como Oceanía.

Cada vez más aparecen nuevas sustancias psicoactivas en esta área (China, Vietnam), lo que refleja el importante papel de esta región en su producción mundial. El kratom es una planta autóctona de Malasia, Myanmar y Tailandia, que en la región se ha empleado desde hace años como remedio tradicional frente a la fatiga y los dolores menores, así como socializador en las reuniones. Su producción como nueva sustancia psicoactiva ha ido ganando importancia, en parte porque se ha vendido como remedio para la abstinencia y la dependencia de opiáceos. Por otro lado, la ketamina, un anestésico veterinario que sigue siendo de uso importante en la región, ha sido sometida en algunos países a fiscalización nacional para evitar su empleo como droga recreativa.

4.6.6. Asia meridional

La componen Afganistán (aunque en este texto se considerará como parte de Asia occidental), Bangladés, Bután, la India, Irán, Maldivas, Nepal, Pakistán y Sri Lanka.

Esta zona queda enclavada geográficamente de manera peligrosa entre Asia sudoriental (Triángulo de Oro) y Asia sudoccidental (Media Luna de Oro), esto es, entre dos de las regiones productoras de drogas más importantes del mundo. Son países que constituyen parte de la llamada ruta meridional alternativa, que permite el paso de opiáceos desde Afganistán hacia Norteamérica, principalmente Canadá, por vía aérea y pasando a veces por África oriental, pero evitando la región del Golfo.

Heroína, cannabis y anfetaminas y derivados se incluyen entre las drogas más incautadas en la región, señal, pues, del tráfico existente. Junto a estas también han aumentado los opiáceos de fabricación ilícita, en concreto el tramadol, una sustancia inicialmente de uso médico legal que ha derivado al mercado ilegal. A las vías tradicionales de tráfico de sustancias se suma ahora el uso de internet y el envío postal de sustancias.

En la región se mantienen importantes cultivos ilícitos de adormidera, principalmente en la India y en Nepal. La India ha mantenido importantes áreas de cultivo legal de adormidera del opio, pero la superficie dedicada al cultivo ilícito supera ya la destinada al cultivo lícito. El tráfico de opiáceos aumentó considerablemente entre los años 2016 y 2017. Casi la mitad de la heroína incautada en la India procedía de Asia sudoccidental, lo que demuestra la importancia del tráfico en la región. La India es un país de tránsito en la ruta de los opiáceos desde Afganistán, vía Pakistán y hacia Norteamérica (Canadá, principalmente) y Europa. La llamada ruta meridional cruza Pakistán o Irán, atraviesa los países del Golfo, sigue hacia África oriental y desde allí se traslada

Media Luna de Oro

Zona constituida por Afganistán, Irán y Pakistán.

a los países de destino. La ruta meridional alternativa evita los países del Golfo, hace escala en Asia meridional y desde ahí se traslada vía aérea directamente hacia Canadá, o bien se hace llegar a Europa a través de África.

Bangladesh, la India y Sri Lanka tienen cultivos ilícitos de cannabis. Esta sustancia es la más incautada en la región, con incremento de la hierba de cannabis y el mantenimiento de niveles previos de resina de cannabis. Estos tres son los países donde más cannabis de producción ilícita se aprehendió.

La cocaína no tiene un mercado importante en esta región del mundo, ni como consumidor ni como tránsito. Sri Lanka detectó Venezuela como principal país exportador de cocaína a la zona. En este sentido, preocupa el papel que está adquiriendo el océano Índico en el tránsito marítimo de drogas entre países del entorno.

Al igual que en otros países, el número de incautaciones de anfetamina, metanfetamina y, en menor medida, éxtasis ha aumentado en la zona, lo que genera una importante preocupación. En la India, además, se han incautado grandes cantidades de mefedrona.

También se ha detectado un tráfico importante de benzodiazepinas en esta área, probablemente adquiridas a través de internet y desviadas desde el mercado legal.

La India y, en menor medida, China son los principales países productores de tramadol, que se desvía luego al mercado ilegal africano, pero cuyo consumo también empieza a preocupar en la región asiática meridional.

4.6.7. Asia occidental y Asia central

Estas dos zonas están constituidas por países como Afganistán, la parte de Turquía no europea, Irán, Irak, Líbano, países del Golfo, Siria y Jordania, entre otros.

Así como Sudamérica es el principal productor de cocaína, Asia occidental, en especial Afganistán y algunas zonas de Pakistán, lo es de opio. El cultivo de adormidera se ha visto incrementado en los últimos años (2015-2017) especialmente en Afganistán. En 2017, la economía derivada de la producción y el tráfico ilícitos de opioides en Afganistán superó de largo las exportaciones legales de bienes y servicios del país. Suponía entre el 20 % y el 30 % del PIB del país, entre unos 4.100 y 6.600 millones de dólares USA. Conviene recordar que la inestabilidad política de la zona es muy alta, así como la pobreza, y que buena parte de la población sobrevive del cultivo de la planta de adormidera de opio.

En esta región también proliferan los cultivos de cannabis, sobre todo de resina (el 19 % de las incautaciones mundiales de esta sustancia situaban a Afganistán como país de origen). También Líbano es un país con una importante producción.

Asimismo, Afganistán es un país de producción y tráfico creciente de metanfetamina, habitualmente destinada a Asia central (Kazajstán, Kirguistán, Tayikistán, Turkmenistán y Uzbekistán), el Cáucaso meridional (Armenia, Azerbaiyán y Georgia) y Europa. También se produce MDMA, de la que se han desmantelado, según las últimas estadísticas, varios laboratorios de producción en la zona.

La inestabilidad política y las guerras en los países de Asia occidental han supuesto el auge del uso y consumo de nuevas sustancias psicoactivas en la zona, que, además, son una vía de financiación de grupos insurgentes. Iraq, por su parte, está viendo consolidar su producción tanto de adormidera de opio como de cannabis.

En Asia central, el cultivo de cannabis se realiza a pequeña escala, además del que crece silvestre. Parte de la producción se destina a Europa y la Federación de Rusia, pero la mayoría queda para el mercado local.

Asimismo, en la zona se ha producido un incremento de incautaciones de cocaína, en su mayor parte procedente de Sudamérica (Brasil, Colombia, Venezuela...), ya sea por vía directa o a través de países africanos.

El éxtasis y otros derivados de anfetamina han sido detectados en Asia central, si bien no parece que sea una región ni de producción ni de consumo, sino de tránsito hacia Asia oriental desde Irán, Rusia y Europa. En Irán, en 2017, se ha producido un incremento de las incautaciones de metanfetamina. La inestabilidad política y el conflicto armado en países de la zona han comportado el incremento también del tráfico y uso de captagon, sustancia empleada entre los combatientes.

En Asia central se han incautado cantidades importantes de nuevas drogas sintéticas. Más del 43 % de las mismas eran catinonas sintéticas, seguidas de los cannabinoides sintéticos (38 %) y de las fenetilaminas (10 %). No sorprende este hallazgo si se analiza la ubicación regional de los países, frontera de mercados de nuevas sustancias de síntesis tan importantes como China, Irán y Rusia. En países de Oriente Medio preocupa el incremento del uso de tramadol, fuera de indicación médica.

4.6.8. África

África ha pasado a ser en los últimos años un continente en el que la producción de sustancias y, sobre todo, el tráfico de las mismas han alcanzado datos alarmantes. En gran medida esto se debe a un incremento de áreas de inseguridad.

Las rutas del tráfico ilegal

El tráfico hacia Europa occidental y central se realiza a través de la llamada **ruta de los Balcanes**, que desde Afganistán pasa por Irán, Turquía y los países de los Balcanes hasta llegar a Europa y también a América del Norte. Por ella transcurre el 37 % del tráfico de heroína mundial.

Una vía alternativa es la conocida como **ruta septentrional**, hacia Bielorrusia, Rusia y Lituania, pasando por los estados de Asia central.

La denominada **ruta meridional**, por la que transcurre el 9 % del tráfico mundial de heroína, termina también en Europa tras partir de Afganistán y Pakistán, y recorrer los países del Golfo y África oriental, por vía marítima o aérea. Junto a esta vía, otra más discurre desde Afganistán, atraviesa Asia meridional y tiene como destino final Canadá (Norteamérica).

Captagon

Droga sintética obtenida de la mezcla de anfetamina y cafeína (fenetilina).

ridad e inestabilidad, con gobiernos y empresas corruptas, y con desigualdades manifiestas en el desarrollo. El tráfico de drogas es una vía de financiación de milicias, ejércitos, organizaciones terroristas, etc. y se entremezcla con otras actividades delictivas. El continente africano no es solo una región importante de tráfico de drogas, sino que cada vez más se constituye como destino de estupefacientes.

Desde el punto de vista del consumo, el cannabis es, con diferencia, la sustancia más utilizada en el continente africano, pero en los últimos años se ha producido también un incremento en el consumo de cocaína y heroína. Algunos países concretos también han visto aumentar el número de usuarios de drogas de diseño. Ciertas sustancias «autóctonas», como el khat, son de uso habitual en determinadas áreas.

Como ya hemos indicado, el cannabis es la sustancia más producida, consumida y traficada en África –resina sobre todo en Marruecos, y hierba en toda la zona occidental. Es también, en consecuencia, la sustancia más incautada. El cannabis se cultiva prácticamente en todas las áreas del continente para el mercado local. No obstante, algunos países africanos, sobre todo Marruecos, producen sustancia para exportar a Europa. Si bien el tránsito a través de Marruecos vía España sigue siendo muy utilizado, se han descrito cambios en las rutas con la aparición de nuevas vías que atraviesan Malí y Mauritania para llegar a los mercados de destino.

El consumo y producción de cocaína no es habitual en el continente africano, pero sí es un lugar estratégico para su tránsito internacional desde los países sudamericanos con destino a Europa. En los últimos años se ha detectado un cambio en la ruta seguida, que se ha desplazado de África occidental a África septentrional.

Algunas zonas concretas de Egipto y la península de Sinaí mantienen plantaciones de adormidera (opio). Se ha visto además que África es también continente de tráfico de heroína, procedente de Afganistán y otros países asiáticos, a través de África oriental, Nigeria y Sudáfrica, para llegar a Europa y América del Norte principalmente a partir de África occidental.

También en los últimos años hay severas sospechas de que África se esté convirtiendo en centro de producción de estimulantes tipo anfetamínico (África occidental), que se derivan hacia Asia oriental (Japón, Corea...), y de distribución de drogas de diseño (Nigeria). No obstante, la mayor parte de las drogas de síntesis que se consumen proceden de Europa. La metacualona (droga de síntesis) se produce a gran escala en Sudáfrica y, en gran medida, está destinada al consumo local. Este incremento de uso se acompaña también de una mayor importación desde Europa de éxtasis, aprovechando sobre todo vuelos

de carga y postales. De manera local se produce y se consume gran cantidad de khat. En este sentido, preocupa el uso que hacen las organizaciones criminales de las vías de tráfico de esta sustancia para introducir otros estupefacientes.

Por otro lado, hay una gran alarma por el incremento del uso de fármacos fuera de prescripción médica. En concreto, el problema actual más acuciante es el empleo de tramadol en África septentrional, central y occidental. En esas regiones se sitúa el 87 % de la incautación mundial de opioides farmacéuticos, porcentaje que se debe casi en exclusiva al tramadol (UNODC, 2018).

Tramadol

Opioide sintético no sometido a fiscalización internacional pero sí a control nacional.

En general, se acepta que la situación del consumo de drogas no ha mejorado en África y se constata, además, un aumento de la incautación de precursores de diversas sustancias.

4.6.9. Oceanía

Oceanía es centro de producción de drogas, y de tráfico de las mismas y de sus precursores. Es un mercado importante de metanfetamina, cocaína y éxtasis, lo que explica su atractivo para el crimen organizado. A ello cabe añadir que algunos países de Oceanía aún no han firmado los tratados internacionales de fiscalización de drogas.

El mercado de cannabis es importante en la región y ha ido incrementándose, y sigue siendo la droga más consumida e incautada en el continente. Buena parte de lo consumido procede del cultivo doméstico, muy generalizado en Australia. También la incautación de cocaína en el área se ha incrementado en los últimos años de manera importante, lo que indica un auge del consumo. Nueva Zelanda y Australia son los principales consumidores.

Asia oriental y Asia sudoriental son la principal fuente de heroína de Oceanía, a pesar de que parece que en los últimos tiempos el tráfico ha disminuido en la región.

Por otro lado, preocupa el crecimiento en los últimos años de la fabricación y el consumo de metanfetamina en esta zona, y también del volumen de incautación. También se ha incrementado el uso de éxtasis y, a la par, parece que otros derivados sintéticos psicoestimulantes están sustituyendo a la anfetamina clásica. Asimismo, la incautación de precursores de metanfetamina también ha aumentado, tal como cabía esperar dado el elevado consumo de la sustancia final. Junto a todo ello, se ha producido también un aumento de GBL y GHB, así como de catinonas diversas, khat y otros estimulantes. En cuanto a la cocaína, cabe decir que la mayor parte de la que se consume en los países de Oceanía procede de Sudamérica.

4.7. Países productores y países consumidores: las rutas de tráfico de sustancias

Se estima que 271 millones de personas, esto es, el 5,5 % del total de la población de edades entre 15 y 64 años, habían usado drogas durante el año previo, según datos de 2017 (UNODC, 2018; JIFE, 2019; EMCDDA, 2019; UNODC, 2019).

4.7.1. Cocaína

Un total de 18 millones de personas han consumido cocaína al menos una vez en el pasado año. Las zonas de mayor prevalencia de uso son Norteamérica, Europa central y del oeste, Oceanía y Sudamérica.

El Informe Mundial sobre las Drogas 2019 (UNODC, 2019) recoge datos de producción de cocaína en 2017 que indican un incremento de la producción: el 70 % del área de cultivo correspondía a Colombia; el 20 %, a Perú, y el 10 %, a Bolivia. Se calcula una producción de 1.976 toneladas de cocaína pura 100 % en 2017, con un área de cultivo de unas 245.000 hectáreas. La mayor parte de droga aprehendida lo fue en Sudamérica, Norteamérica y Europa.

La ruta de llegada de cocaína a América del Norte parte originariamente de América del Sur, de donde vía Colombia, Ecuador, Perú y Guatemala sale hacia México, que es el país inmediatamente previo a la llegada a Estados Unidos y Canadá. Otra vía menor llega a México desde las islas caribeñas, a las que a su vez llega desde Venezuela y la Guayana. La mayoría de la cocaína llega a Estados Unidos por carretera o por mar, y menos por avión o envío postal. Mayoritariamente, la coca de Estados Unidos y Canadá procede de Colombia.

La segunda gran ruta de la cocaína llega hasta Europa central y del oeste. Desde Sudamérica llega a España, Bélgica, Países Bajos... de donde se traslada hasta el área de consumo. Esta ruta emplea barcos, aviones o carretera para distribuir la carga. La mayor parte de la cocaína de Europa central y del oeste procede de Colombia (60 %), pero también de Perú y Bolivia.

Otra ruta creciente pero aún minoritaria es la africana. Llega a ese continente por avión o barco, y la mayor parte procede originariamente de Brasil, Colombia, Bolivia y Perú. Desde África llega mayoritariamente a Europa (España, Francia, Italia...), pero también puede trasladarse a países de América del Norte y regiones asiáticas. En Oceanía, Australia y, en menor medida, Nueva Zelanda son los principales países de recepción.

4.7.2. Estimulantes

Con diferencia y según datos de 2017 (UNODC, 2019), la metanfetamina es el estimulante más producido a escala mundial, seguido de lejos por éxtasis y otros psicoestimulantes. Son muchos los países en los que se producen estas

sustancias, pero Norteamérica, por un lado, y el este y sudeste asiático, por otro, son las regiones que concentran la mayor producción. Si bien se trata de un mercado claramente en expansión, las mismas regiones productoras concentran la mayor parte del mercado en 2017. Asimismo, el éxtasis parece estar resurgiendo y Europa continúa siendo su principal productor.

Norteamérica, Australia y Nueva Zelanda, este y sudeste asiáticos... son las áreas donde el consumo de anfetaminas es más alto, en especial de metanfetamina. Llama la atención su uso entre sujetos adictos a opiáceos en Estados Unidos. Sudamérica y Centroamérica también consumen compuestos anfetamínicos, pero en este caso suelen ser desviados de prescripción médica. Europa central y del oeste parecen mantener estable su consumo en los últimos años. Este y sudeste asiáticos han visto incrementar el consumo de metanfetamina cristal. En el resto de Asia y en África de momento su consumo es bajo, mientras que la información procedente de Oceanía señala un consumo alto en algunas zonas (Australia y Nueva Zelanda), pero bajo en otros países.

El éxtasis y sus similares apenas si se utilizan en Centroamérica y del Sur, y su tendencia de uso está estabilizada en los últimos años en Norteamérica. Parece haber un incremento del consumo en Europa central y del oeste. En cambio, en los últimos años Australia muestra un cierto descenso en su uso, no así en Nueva Zelanda, donde parece estar incrementándose el consumo.

Sobre las nuevas sustancias psicoestimulantes (NPS), parece que los datos hablan de un mercado aún en expansión y crecimiento. Solo en 2015 se llegaron a notificar 206 NPS diferentes. No obstante, en países del entorno occidental y desde el año 2016, relacionado probablemente con la promulgación de leyes fiscalizadoras, se aprecia un brusco descenso en el uso de estas sustancias, al menos de las más notables de ellas.

4.7.3. Cannabis

La prevalencia de usuarios de cannabis a escala mundial permanece estable, a pesar de haberse incrementado el número de usuarios. Es la sustancia más consumida de entre las ilegales. Se estima que el 3,8 % de la población mundial de entre 15 y 64 años (unos 188 millones de personas) habrían consumido cannabis al menos una vez durante el año 2017. Las prevalencias, no obstante, no son uniformes. Asia tiene prevalencias bajas, cercanas al 2 %, mientras que África tiene de media el 6,4 % (con zonas como África central con el 10 % de prevalencia). Estados Unidos y Canadá han visto incrementar drásticamente el número de consumidores de cannabis, sobre todo los consumidores frecuentes, tras las políticas de regularización, hasta el punto de llegar a prevalencias cercanas al 15 % en ambos países. También se ha visto un aumento en el número de personas que se inician en el cannabis comparado con años previos. Las prevalencias en Europa occidental (cercanas al 10 %) y central y del oeste (en torno al 6 o 7 %) se mantienen estables, al igual que en Oceanía.

Sobre el cannabis, en 2017 se produjo la incautación de 5.109 toneladas de hierba de cannabis y 1.161 toneladas de resina de cannabis, a escala mundial. A diferencia de lo que ocurre con otras sustancias, el cannabis se cultiva y produce prácticamente en cualquier parte del mundo. La mayor parte del cultivo de cannabis tiene lugar en el exterior, aunque cada vez gana más terreno el cultivo en interior. En la incautación de cannabis continúa siendo América el continente que más cantidad aprehende. Sin embargo, y a diferencia de años previos, ya no es Norteamérica sino Sudamérica la que domina este terreno. En parte, esto parece deberse a la contracción del mercado interior norteamericano en relación con los cambios legislativos que regularizan el uso del cannabis. Otras áreas mundiales importantes por el tamaño de sus incautaciones son África (17 % del total mundial), Asia (15 %), Europa (8 %) y Oceanía (0,4 %).

Los países más frecuentemente mencionados como productores, de tránsito o consumidores de cannabis son de más a menos: México, Estados Unidos y Canadá en Norteamérica; Paraguay y Colombia en Sudamérica; Guatemala y Jamaica en Centroamérica; Ghana, Mozambique y Tanzania en África; Holanda, Albania y España en Europa; y en Asia, la India, Myanmar, Afganistán, Malasia y Kirguistán. En cualquier caso, la mayor parte del tráfico de cannabis es intrarregional. Las estadísticas sobre la resina de cannabis indican que parece haberse parado un tanto el tráfico en 2017, pero estos datos podrían estar mediatizados por cambios en las rutas habituales. Eso explicaría que en algunos países se observara una caída de las incautaciones, y en otros, unas subidas importantes.

Hay que tener en cuenta, a la hora de analizar el cultivo de cannabis, que algunos países han empezado a aplicar legislación que regula el uso de cannabis bien con fines medicinales, bien para uso recreativo. Ello hace que se deban interpretar con cautela los cambiantes datos de los últimos informes de los organismos internacionales.

4.7.4. Alucinógenos

En cuanto a los alucinógenos, cabe destacar que este tipo de productos tiene un mercado más agrupado geográficamente. En el año 2017 se incautaron 9 toneladas de ketamina y 3,5 de otros alucinógenos en todo el mundo. Tanto el tipo ketamina como el grupo de otros alucinógenos están en expansión, según datos de 2017. El este y sudeste asiático son los principales proveedores de ketamina a escala mundial, y también su principal mercado. La India y China son los países productores más destacados, y su uso se está extendiendo por otras zonas de Asia. En Europa la ketamina existente proviene de la producción propia (Bélgica) y, sobre todo, de la India. En Norteamérica buena parte de la producción es también local, sin olvidar la aportación de producto proveniente de China. Norteamérica sigue siendo el área geográfica donde más LSD y otros alucinógenos son incautados. En cuanto a su uso, parece estar

repuntando a partir del año 2012. Hay diferencias en cuanto a los productos preferidos, según los países. Asia tiende más al uso de ketamina, mientras que el entorno occidental tiende a usar LSD y otros alucinógenos.

4.7.5. Opiáceos

En el último registro mundial (UNODC, 2019), con datos de 2017, se aprecia un incremento en la incautación de opioides (693 toneladas); 150 toneladas de opioides farmacéuticos (incremento del 72 % respecto al año previo); 103 toneladas de heroína; 87 toneladas de morfina, y un descenso en relación con tranquilizantes o benzodiacepinas (10 toneladas, lo que supone una contracción del 73 % respecto del año anterior).

En 2017 se estimó que 53 millones de personas en todo el mundo (el 1,1 % de la población), de 15 a 64 años, habían usado opioides al menos una vez en el último año. De ellos, la mitad eran usuarios de opiáceos (opio o heroína). En Norteamérica se presenta la prevalencia más elevada de uso de opiodes no por prescripción médica, con un 4 % aproximadamente de la población. Preocupa mucho el alto número de usuarios de opioides farmacéuticos para fines no médicos, si bien la prevalencia de usuarios de heroína es también alta (0,7 %), en cualquier caso superior a la media mundial (0,6 %).

Países como Australia también están teniendo problemas con el consumo para fines no médicos de opioides farmacéuticos. Asia tiene una prevalencia de usuarios de opioides alto, lo que, junto con la importante población que vive en dicho continente, hace que casi la mitad de los consumidores mundiales esté en este continente. África central y oeste se caracteriza por un elevado uso de opiodes de farmacia para fines no médicos, en especial el tramadol, aunque los datos no son precisos.

En cuanto a Europa, la prevalencia de usuarios de opioides se estima en torno al 0,6 o 0,7 %, principalmente debida al consumo de heroína. No toda Europa comparte el mismo patrón de consumo. Los países más orientales tienden a usar heroína y opio. Junto con heroína, también se consume metadona, buprenorfina, opio, morfina, fentanilo...

En cambio, en Sudamérica la prevalencia de uso de opiodes es baja y casi no ha aparecido el problema del uso de opioides farmacéuticos para uso diferente del médico.

No obstante, la alta prevalencia de consumo, en el año 2018 se ha producido un descenso de un 20 % en el total del área dedicada al cultivo del opio, sobre todo por su reducción en Afganistán, debido a la intensa sequía. También en Myanmar se ha producido un descenso de producción. Por contra, en zonas de

México se ha estado observando una cada vez mayor dedicación de terrenos al cultivo de opio, sobre todo en zonas de difícil acceso y con menor nivel de desarrollo social.

La incautación mundial de opioides ha continuado su escalada en el último año, según datos oficiales de 2017. Asia es el continente donde más opioides se han incautado, casi el 80 % del total mundial. Cabe tener en cuenta que la mayor parte de los opioides que se consumen en el mundo proceden de Afganistán, cerca del 88 %. Otros mercados menores son el de Myanmar, que suele distribuir entre sus vecinos la producción de heroína y opio, y el de México –junto con algún otro país sudamericano–, que habitualmente exporta a Estados Unidos.

Las rutas más habituales

La **ruta de los Balcanes** sigue siendo la más empleada para la distribución de heroína y derivados opioides. La droga de Afganistán pasa de Turquía a Bulgaria y de ahí hacia Rumanía y Hungría, aunque existen algunas rutas variantes de la principal. En concreto se suele hablar de las tres vías siguientes:

- La vía **meridional** pasa por Grecia, Albania e Italia, y discurre principalmente por mar (transbordadores).
- La vía **central** recorre Bulgaria, la Antigua República Yugoslava de Macedonia, Serbia, Montenegro, Bosnia y Herzegovina, Croacia y Eslovenia para dirigirse a Italia o Austria, y discurre principalmente por tierra.
- La vía **septentrional** parte de Bulgaria y Rumanía hacia Austria, la República Checa, Polonia y Alemania, y discurre principalmente por tierra.

La **ruta septentrional** sale de Afganistán y recorre Asia central, Rusia, Ucrania y Bielorrusia.

La **ruta del Cáucaso** se utiliza para llevar opioides desde la Media Luna de Oro (Afganistán, Pakistán e Irán) pasando por Irán, Armenia, Azerbaiyán y Rusia, hasta llegar a Turquía.

Desde Afganistán otra ruta importante, la **ruta meridional**, sale hacia Pakistán, y de ahí, por Irán, penetra y transporta hacia Europa, África y el Oriente Próximo (Siria, Líbano, Irak, Arabia Saudí...), por un lado, y hacia la India, Norteamérica (Canadá, sobre todo) y Oceanía, por otro. La entrada de estos cargamentos en Europa suele hacerse a través de Bélgica, Países Bajos y Reino Unido.

Por último, existe una ruta africana, la **ruta del sur**, que transporta la droga a través de ese continente para luego introducirla en Europa por el sur, entre otros destinos.

5. Legalización versus ilegalización de las drogas: la regulación del consumo

5.1. Legalización frente a ilegalización: una revisión actual de una cuestión antigua

Un debate que tradicionalmente acompaña al consumo de sustancias es la conveniencia de permitir el libre acceso a las drogas sin restricción alguna. En realidad, el grueso del debate ha sido más ideológico que basado en evidencias empíricas (Ponce de León, 2011).

La postura de la **legalización** surgió desde posiciones contraculturales, si bien algunos autores señalan que son, en realidad, ideologías neoliberales las que cuestionan las restricciones al consumo. Un tercer bloque de opinión es el que plantea la cuestión desde la reacción a las consecuencias sociales que la ilegalidad supone, sobre todo tras la experiencia de la epidemia de heroína. Por su parte, se ha señalado que los contrarios a la legalización parten de posiciones conservadoras, bien desde posturas moralistas, bien desde posturas paternalistas, en las que el usuario queda relegado a un papel pasivo y sometido a la droga.

Probablemente tendríamos que diferenciar, de entrada, dos niveles de debate y situarlos, cada uno de ellos, en su ámbito.

- Existe una primera aproximación, poco científica, incluso poco ideológica, soportada por la «opinión pública y retóricas sociales» y amplificadas por los medios de comunicación, que consiste en presentar dos posturas radicales: legalización frente a ilegalización, estrictas y sustentadas, cada una de ellas, en ideologías, en el mejor de los casos, con escaso respaldo empírico o científico. Por su propia definición, este nivel está condenado a mantenerse inmutable y, en realidad, aporta poco a la visión criminológica de las drogodependencias.
- Una segunda aproximación, basada en datos reales, demostrables, permite un debate fructífero y aporta soluciones para diferentes aspectos de la drogodependencia. Es esta línea la que ha permitido la aparición de un concepto intermedio entre los polos extremo, que sería el **consumo regulado de sustancias**.

5.2. Argumentos a favor y en contra de la legalización: un análisis crítico

Los defensores de la legalización argumentan, entre otras cuestiones, que por encima de todo está la libertad personal para el consumo; que una plena legalización haría desaparecer el mercado ilegal y la criminalidad asociada, y que permitiría el control de la calidad de la sustancia; que la delincuencia del consumidor también se rebajaría, ya que en un mercado legal el precio de las sustancias sería menor; que las sustancias tienen efectos farmacológicos y beneficiosos; que los riesgos asociados a las mismas (a algunas de ellas en especial) han sido exagerados.

Por su parte, quienes defienden la ilegalidad estricta presuponen que el consumo de sustancias siempre es nocivo para el sujeto; que expondría a los jóvenes a un factor de riesgo especialmente dañino; que la dependencia no es en realidad una enfermedad; que una mayor libertad de consumo traería como consecuencia una extensión del problema y un incremento de la delincuencia asociada, y de la patología médica relacionada (Ochoa Vargas, 2000; Ponce de León, 2011; Comas, 2011).

A continuación, analizamos algunos de los argumentos esgrimidos a favor y en contra de la legalización de las drogas.

1) En esta lucha de posturas, los propios organismos internacionales (ONUDD, 2009, JIFE, 2012) han reconocido que sus **políticas estrictamente restrictivas** sobre el uso de sustancias –que son las que inicialmente se plantearon– supusieron una serie de perjuicios, y que el objetivo final de «un mundo sin drogas en 2008» no podía ser alcanzado. Entre las repercusiones negativas que enumeran, se citan la creación de un mercado ilegal, y la aparición y sofisticación de las organizaciones criminales. Este mercado ilegal es lo suficientemente potente para desplazar la producción de las sustancias desde áreas geográficas o países excesivamente presionados por la política restrictiva a otros países, generalmente más desfavorecidos, donde es más rentable la producción y es más fácil escapar de la presión internacional. Además, el mercado de sustancias hace que, si la presión sobre una de ellas es especialmente intensa y su oferta se ve reducida, aparezcan nuevas sustancias alternativas que satisfagan la demanda. La presión policial, por último, ha sido más eficaz en el eslabón más débil –el consumidor o pequeño traficante–, que en las organizaciones criminales. Esto ha supuesto que poblaciones de por sí socialmente desfavorecidas hayan quedado relegadas a un estilo de vida aún más marginal. Y estas poblaciones excesivamente marginadas tienen un acceso aún más dificultoso a los recursos terapéuticos. En esta misma línea, mantener una política restrictiva y policial supone un importante coste económico y en recursos, que se restan de los necesarios para dar una buena asistencia de salud pública.

Otros autores, prosiguiendo con este ejercicio de análisis crítico de la realidad, han venido arrojando luz sobre los argumentos propuestos.

2) El problema de la **delincuencia** por tráfico de drogas a gran escala no afecta por igual a todos los países. Las políticas restrictivas han supuesto la creación de un mercado ilegal, pero las políticas de legalización no necesariamente traerían la desaparición del problema. De entrada, este problema no afecta por igual a todos los países. Atañe especialmente a los países productores, generalmente en vías de desarrollo, donde la producción de sustancia es una explotación rentable a corto plazo para la población autóctona, y donde la legislación y el nivel de control político y policial son escasos. Está demostrado que la modificación de condiciones en un país repercute en otros países y, de igual manera, la presión sobre determinadas sustancias (incluso su legalización) puede suponer la aparición de nuevas sustancias. Merece la pena señalar, además, que programas de dispensación de heroína, en los que el consumidor recibe dicha sustancia de manera legal, han hecho disminuir –pero no desaparecer– el consumo ilegal de sustancia y la delincuencia asociada a dicho consumo. Otros programas de reducción de daño no han repercutido apenas en el tráfico ilegal de heroína, ya que sigue existiendo demanda por parte de determinados perfiles de sujetos marginales.

3) En cualquier caso, una política de legalización de consumo y/o tráfico requeriría necesariamente la **coordinación internacional** que hiciera de aplicación global la normativa correspondiente. En caso contrario, la existencia de países con consumo legalizado y de otros con consumo ilegalizado supondría que el problema del crimen organizado no decrecería. Y dado el distinto nivel de desarrollo, las diferencias sociales y de valores culturales entre los países, esto se antoja especialmente complicado.

4) Por lo que respecta a la delincuencia directamente vinculada con el **consumo** y el **usuario**, no está demostrado que la droga en sí genere delincuencia entre ellos, como se mencionó en apartados previos. Por tanto, no es esperable que legalizar su comercio evitara la delincuencia asociada a este nivel. En relación con el consumo de cannabis, incluso se defendió que Holanda había disminuido su criminalidad tras la legalización del consumo, cuando, en realidad, Holanda nunca había tenido tasas de criminalidad elevada previamente a la legalización, y además es (o era) un país básicamente consumidor. Como otros países europeos, hasta ahora eminentemente consumidores –como son España e Inglaterra–, está viendo incrementar la producción local de cannabis y de drogas de síntesis, situación que genera un incremento de los problemas relacionados con el consumo, como la delincuencia, algunas patologías médicas, etc., y una revisión de sus políticas contra las drogas.

Datos de interés

Una parte de los usuarios de los programas de dispensación de heroína, que suelen ser población muy marginal, siguen realizando consumos puntuales de sustancia ilegal obtenida en el mercado negro, si bien con menor frecuencia.

5) Hay otro dato más relacionado con drogas y delincuencia que merece la pena destacar. El principal factor demostrado de criminalidad tiene que ver con las **desigualdades sociales**, más que con la producción o consumo de sustancias en sí. Este factor no quedaría neutralizado por una legalización plena.

6) Otra de las posturas sostenidas es la visión general de que la sustancia que pueda tener **propiedades terapéuticas** debe ser liberalizada para su consumo. La gran mayoría de los medicamentos de la farmacopea proceden de plantas y son depurados de las ellas. Esto ocurre también con las sustancias ilegales. Aquellos principios activos potencialmente beneficiosos son aislados, estudiados y depurados para su uso farmacológico. Hay que tener en cuenta que en la planta natural suelen «convivir» diferentes principios activos, algunos de ellos pueden ser beneficiosos, otros perjudiciales y unos cuantos pueden ser neutros.

Es conocido el uso de los derivados mórficos para la analgesia, como antitusígenos, anti-diarreicos, etc. E igual ha sucedido y sucede con otras sustancias, como el cannabis, cuyos principios activos potencialmente beneficiosos están siendo estudiados y utilizados, de manera controlada y regulada, en diferentes patologías, como para controlar los vómitos, como paliativo del dolor, etc.

7) La experiencia de las últimas décadas ha enseñado que, en general, las drogas eran consideradas inicialmente como no dañinas para la salud, pero el paso del tiempo y el consumo generalizado las ha ido situando como **factores de riesgo** importante para diversas patologías médicas. La heroína apareció precisamente para contrarrestar la adicción a la morfina. La cocaína se presentó «en sociedad» como una sustancia que no generaba dependencia y no causaba graves daños, contrariamente a lo que sucedía con la heroína. El paso de los años ha demostrado que genera una grave dependencia, que el daño para el organismo es incluso mayor que el de la heroína, tanto desde el ámbito físico como psíquico, y que la delincuencia asociada se ha incrementado de manera exponencial. Algo similar está pasando con el cannabis. En las nuevas revisiones de las clasificaciones internacionales se acepta que genera dependencia y abstinencia, y que es una droga claramente relacionada con patologías tan graves como la esquizofrenia. Las drogas de síntesis cumplían, en teoría, el requisito de proveer sensaciones placenteras sin provocar daño alguno. Hoy es bien conocida su neurotoxicidad y se han descrito muertes relacionadas con su consumo.

8) La comparación con el consumo de **alcohol y tabaco**, drogas legales que generan un importante impacto en la salud y mortalidad, hay que analizarla con sumo cuidado. Durante un tiempo y en determinados entornos el alcohol estuvo prohibido y fue objeto de mercado ilícito. La legalización no supuso en sí un decremento de la dependencia, aunque sí un descenso en el mercado ilegal, que por otra parte pronto sustituyó esta sustancia por otras. Tanto el alcohol como el tabaco carecen de una característica que diferencia a las drogas ilegales: la alarma social. En general, son consumos socialmente aceptados, cuyas principales complicaciones recaen habitualmente sobre el propio consumidor, y no son tan disruptivos para la vida del sujeto ni le generan un

Alcohol

Es la sustancia que más número de dependientes y bebedores problemáticos genera.

Tabaco

A pesar de ser legal sigue siendo objeto de un importante tráfico ilegal.

estilo de vida marginal. No están, en todo caso, exentos de complicaciones: el alcohol se ha señalado como el principal factor de delitos violentos y de accidentes de tráfico; por otra parte, alcohol y tabaco son la base de un gran número de patologías evitables y suponen un gran gasto en materia económica y laboral, y su legalización no ha corregido dichos problemas. Por otro lado, desconocemos las tasas de delincuencia, por ejemplo, que pudieran aparecer ante una plena liberalización de otras drogas como la cocaína o el cannabis.

9) Algunos abogan que una **permisividad** excesiva en el consumo puede generar una mayor tasa de dependientes. Por otra parte, se alega que el control de la oferta no ha limitado la extensión del problema, lo cual se presentaría como una clara muestra del fracaso de las políticas restrictivas. Es cierto que existe un recorrido o carrera adictiva que, en gran medida, tiene que ver con la disponibilidad de las sustancias y la edad del sujeto. La mayor parte de los usuarios jóvenes se inician con el tabaco, el alcohol y el cannabis. Posteriormente pasan a experimentar con drogas de diseño y psicoestimulantes, más adelante con cocaína y unos pocos consumirán, después, heroína. Está demostrado que el consumo de cannabis es la puerta de entrada al mundo de las drogas, y que favorece el paso al consumo de otras sustancias. Sin embargo, también se sabe que probablemente el cannabis sea la sustancia que genere menos dependencia. En realidad, una buena parte de usuarios adolescentes y jóvenes experimentan durante un tiempo con cannabis y drogas de síntesis, y abandonan después el consumo de sustancias. Otras sustancias como la heroína y la cocaína sí generan dependencias más marcadas. También se intuye que la demanda de sustancias no parece depender exclusivamente de la oferta. Dicho de otra manera, el exceso de oferta –como podría ser la legalización– genera un incremento del número de usuarios, pero este incremento es limitado y en muchas ocasiones se trata de un consumo experimental, con el correspondiente abandono posterior. Se ha comprobado, además, que la población joven –como por otra parte era de esperar– es más sensible al precio de la sustancia que poblaciones más adultas, lo que permitiría un cierto control de oferta a través del precio de la sustancia. Se desconoce, por otra parte, cuál sería la extensión del mismo en caso de permitirse una plena legalización. Experiencias permisivas con otras sustancias, como el cannabis, en países del entorno occidental terminaron fracasando por el importante incremento de dependientes y el efecto llamada que tuvieron. En el caso del alcohol y del tabaco, su consumo libre no disminuyó la prevalencia de uso en la población, sino que la incrementó. En cualquier caso, desde los organismos internacionales dedicados a las drogas se aboga por una doble vertiente de la política contra el uso de sustancias: reducir tanto la oferta de sustancias ilegales como su demanda.

10) Uno de los argumentos esgrimidos a favor de la legalización es que haría desaparecer la sensación de **transgresión** y de **riesgo** asociado al consumo, que supuestamente subyace en muchos jóvenes previamente a iniciarse en el uso de sustancias. Sin esta aura es de esperar, según alegan, que el adolescente preste menos atención a la sustancia y se vea menos atraído por ella. Sin embargo, no puede sostenerse hoy día que sea ese planteamiento el que genere

en sí el grave problema de las dependencias. Es verdad que puede favorecer un consumo puntual, experimental, pero se sabe que otros muchos factores influyen en el inicio y, sobre todo, en el desarrollo de la dependencia. Además, queda por demostrar que la legalización supondría efectivamente la pérdida de esa etiqueta de transgresión de límites o de experimentación con lo prohibido. El alcohol y el tabaco no lo han logrado.

5.3. La regulación como alternativa en el debate

Lo que inicialmente se planteó como un debate ideológico sobre la legalización o ilegalización de las drogas en general ha quedado prácticamente restringido, a fecha de hoy, al consumo del cannabis en particular.

Las políticas de lucha contra la droga, dirigidas desde instituciones internacionales y coordinadas entre los distintos países miembros, se centran en reducir la oferta de sustancia y la demanda por parte de los usuarios.

La reducción de la **oferta** se centra en limitar y penalizar el tráfico de sustancias, tanto a gran escala (crimen organizado) como a pequeña, dentro de la proporcionalidad de la pena que exige el Derecho.

Los programas encaminados a disminuir la **demanda** se articulan en una mayor prevención del consumo, con especial incidencia en poblaciones especialmente vulnerables, y en favorecer la recuperación y re-socialización de los sujetos consumidores. Superando el antiguo debate sobre la legalización de las drogas, la realidad actual es la **regulación** del consumo.

Desde hace años existen los llamados **programas de reducción de daño**, que no tienen como objetivo principal la abstinencia, sino evitar en lo posible los daños colaterales del consumo, en población especialmente marginal. En el caso de la dependencia de heroína, que es donde tienen más predicamento, dichos programas incluyen el consumo permitido, regulado, en condiciones higiénicas de la heroína e incluso dispensada desde la Administración sanitaria. Otra alternativa terapéutica de uso mayoritario son los **programas de mantenimiento** con mórficos (metadona, buprenorfina, etc.), que suponen también un consumo regulado. Se busca, de esta manera, un cierto tipo de consumo apartado del estilo marginal propio del consumo libre.

La legislación actual, por otra parte, no penaliza el **autoconsumo** de sustancias, ni su posesión si es para uso propio, o compartido en determinadas situaciones. Desde hace años la farmacopea incluye derivados mórficos bajo prescripción médica, y se investigan, y en algunos países se autoriza, el uso de cannabis en aquellas circunstancias en las que ha demostrado eficacia, bajo control y prescripción sanitarios.

En los últimos años, desde el punto de vista del usuario, las políticas sobre drogas han adoptado una postura de regulación de su uso, y se ha permitido con mayor frecuencia su uso terapéutico y en programas de tratamiento de dependencia.

Asimismo, en la mayoría de países han ido perdiendo peso las políticas puramente restrictivas y de penalización del consumo, y se ha pasado a la actual situación de un uso particular permitido, con sanciones no penales sino administrativas, si se incumplen ciertas normas.

En el caso del cannabis, la regulación como tal no se establece de una manera tan clara como con la heroína, pero sí que existe una mayor tolerancia a su uso particular, y una cierta tendencia a la condescendencia a la hora de aplicar penas y sanciones.

La cocaína, en cambio, queda un poco al margen de estas tendencias, en gran medida por la falta de sustitutivos eficaces y por el perfil de consumo. Sin contar con este tipo de apoyos, es difícil establecer una regulación eficaz, si bien su consumo particular no está penado, ni tampoco la posesión para el autoconsumo. Sí que evidentemente se persigue tanto el tráfico a gran escala como el menudeo, y está estrictamente legislada la conducción bajo los efectos de esta sustancia.

5.4. Análisis de resultados de los programas de legalización de la marihuana

Recientemente, en diferentes países y estados (Canadá, diversos estados de Estados Unidos, Uruguay...) se ha empezado a permitir de forma legal, bien para fines médicos, bien para fines recreativos, el consumo de cannabis y derivados. Hay que tener en cuenta, de entrada, que no existe unanimidad de criterios a la hora de plantear estos programas de regulación del consumo, y que casi cada país ha legislado según su parecer. El punto de partida en muchos casos sí era común: favorecer el acceso a un producto que se sabe que puede tener ciertas aplicaciones en la medicina.

Preocupa, no obstante, que en varios de estos programas se haya legislado más allá de lo permitido por los tratados internacionales de fiscalización. El empleo de cannabis con fines médicos sí tiene cabida en dichos tratados, siempre y cuando se cumplan ciertos requisitos. El uso meramente recreativo se regula fuera de los tratados de fiscalización internacional.

Alcohol y tabaco

Paradójicamente, en los últimos años se ha venido produciendo un mayor control, por parte de la Administración, del uso de las drogas legales, el alcohol y el tabaco; en el primer caso, en relación con la conducción de vehículos bajo los efectos de sustancias; en el segundo, con la prohibición de fumar en lugares públicos por el riesgo que supone para la salud de los no fumadores. En ambos casos estas medidas restrictivas se han centrado también en prevenir el consumo en poblaciones adolescentes y jóvenes.

Producción de cannabis a pequeña escala

Conviene señalar, aunque de manera colateral a la cuestión del debate entre legalización e ilegalización, el problema que plantea actualmente la producción de cannabis a pequeña escala. La proporción de sustancia psicoactiva y su potencia de acción depende, en gran medida, del tipo de cultivo, además de la planta en sí. En los últimos años la tendencia previa de importar la sustancia básicamente del norte de África ha dado paso a una producción de cannabis cada vez mayor en pequeñas plantaciones en países consumidores (España, Holanda...) e incluso en el ámbito doméstico. Esto ha supuesto la llegada al mercado de droga más activa y, por tanto, causante de mayores problemas físicos y psíquicos, y la aparición de nuevos problemas con la distribución y el tráfico de esta sustancia. De ahí que determinados países que hasta ahora eran más permisivos con el consumo público estén tratando de limitar su uso y la expansión de la sustancia.

Si bien aun es pronto para sacar conclusiones definitivas de los primeros ensayos, se pueden apuntar ciertas tendencias y problemas. De entrada, conviene señalar que algunos datos son discrepantes entre los diferentes programas, lo cual es lógico si se tiene en cuenta que surgen de entornos culturales incomparables, con objetivos distintos y con medidas diferentes.

En primer lugar, a día de hoy, desde el punto de vista **científico**, no existe ningún medicamento derivado del cannabis que haya demostrado poder estar en primera línea de la farmacopea. Básicamente su empleo se realiza cuando otras alternativas han fracasado o incluso muchas veces con fines compasivos, y para patologías concretas, como el tratamiento de las náuseas asociadas a la quimioterapia, del dolor neuropático y de la espasticidad de la esclerosis múltiple, la estimulación del apetito, el abordaje de la epilepsia infantil rebelde..., pero siempre con un control estricto de licencias y de formato de presentación del fármaco.

El uso médico del cannabis no se puede justificar con el cigarrillo fumado, ya que no se podría asegurar ni la dosis ni la disponibilidad, además de que podría tener importantes riesgos para la salud.

Por otro lado, los efectos secundarios de estos fármacos cannabinoides tampoco ayudan a que escalen a mejores posiciones en la farmacopea (EMCDDA, 2018b; JIFE, 2019).

Junto a este problema inicial, el consumo de cannabis con fines médicos o recreativos plantea otras **dificultades** (Hasin, 2018) que han sido confirmadas en estos primeros estudios, como son el desarrollo de dependencia y abstinencia, el riesgo de favorecer cuadros psicóticos, los fallos cognitivos de memoria y atención a largo plazo... Todo esto repercute tanto en el individuo como también en la salud pública –más coste de tratamiento, en prevención...–, en el número de fallecidos en accidentes de tráfico y en el número de alteraciones de conducta en colegios e institutos. El número de solicitantes de tratamiento por cannabis también se ha incrementado, así como las visitas a Urgencias y los ingresos hospitalarios (Wilkinson y otros, 2016).

Junto con ello, a nivel social, ha disminuido la percepción negativa del consumo de cannabis y el estigma asociado a la misma, lo que acerca aún más a los usuarios a la sustancia.

Respecto a la continuidad o no de **mercados ilícitos**, la legalización del cannabis, al igual que ocurrió con otras sustancias, no ha supuesto la desaparición del mercado ilegal. Varía mucho en función de los estados y sus legislaciones, pero en proyectos como el de Washington y Colorado se mantienen mercados ilícitos. En California, el inicio en 2018 de su programa supuso un incremento del precio del cannabis legal por encima del que se estaba pagando en el mercado ilegal, por lo que este mercado se mantuvo (UNODC, 2019).

Los primeros resultados extraídos de los ensayos realizados en países o estados que han regulado el uso de cannabis para fines médicos o directamente recreativos parecen indicar que se ha producido un aumento de prevalencia de usuarios, de la cantidad y la frecuencia del consumo (Carliner y otros, 2017). No queda claro, entre otros puntos, si habría aumentado la prevalencia de uso en la franja poblacional más joven, aunque los primeros datos apuntan a una estabilidad en la misma, si bien otros estudios sí parecen señalar que se ha incrementado. Además, se ha apreciado una disminución de las incautaciones de drogas, así como un incremento de la producción casera. No obstante, el mercado negro continúa existiendo tanto para el cannabis como para otras drogas.

Parece claro que desde un punto de vista estrictamente científico no hay razones que favorezcan la regulación extensa del uso de cannabis. Harán falta más estudios y estudios que incluyan más perspectiva longitudinal.

Entre las **razones económicas** para regular el consumo de cannabis se citan, entre otras, las siguientes:

- Disminuir la ganancia de las organizaciones criminales.
- Aumentar la recaudación en impuestos que luego se puedan emplear en pagar los tratamientos.
- Desviar el gasto judicial y policial que conlleva el consumo de cannabis hacia otras partidas más eficientes.

La idea última sería, por tanto, conseguir a través de la regulación que mayores partidas de dinero se pudieran dirigir a la prevención, a tomar conciencia de la gravedad que puede suponer su consumo, a tratar la dependencia y a evitar los efectos negativos del consumo, en la línea de lo que se viene haciendo actualmente con el alcohol y el tabaco (Cepeda-Benito, 2016).

Desde el punto de vista **criminológico**, el número de arrestos por delitos relacionados con marihuana han decrecido según algunos informes (Colorado Department of Public Safety, 2018) entre los años 2012 y 2017, como cabía esperar, ya que los cambios legales establecidos corregían la consideración legal de la posesión de cannabis, por ejemplo. No obstante, sí se han visto incrementados los delitos asociados al crimen organizado. Las incautaciones de cultivos interiores y exteriores en terrenos públicos han crecido en los últimos años. Se vio incrementado también el porcentaje de sujetos que se vieron implicados en accidentes de tráfico y que habían consumido cannabis. También

aumentó el número de visitas a Urgencias y el de ingresos hospitalarios provocados por consumo de marihuana. No obstante, no se percibió incremento claro de consumo en población adolescente-joven.

Sin duda hay que esperar análisis más pormenorizados y longitudinales para conocer el alcance real de estos programas de regulación, que muy probablemente aún deban ajustar sus criterios y normas de aplicación. Conviene tener en cuenta, sin embargo, que el problema de las drogas tiene muy diferentes vertientes y que encontrar una solución única global que satisfaga todos los planteamientos (científicos, económicos, sociales...) se antoja altamente complicado.

Resumen

Este módulo ha abordado el problema de la drogodependencia desde el punto de vista criminológico, y ha revisa tanto aspectos clásicos como otros más actuales.

El conocimiento de la historia de las drogas y del uso que de ellas ha hecho la humanidad es clave para entender que es una parte esencial de la historia de la humanidad misma, muy imbricada en aspectos culturales (y contraculturales), con líneas de separación no siempre claras entre el uso terapéutico y el empleo en el ocio, y que con frecuencia su valoración está influida por aspectos ideológicos. Se han revisado, además, los factores que han podido provocar el **uso epidémico** de estas sustancias en el último siglo, con aportaciones sociales, pero también biológicas y psicológicas. En este sentido, la aparición de legislación internacional sobre el uso de determinadas sustancias ha condicionado las últimas décadas de uso.

Para la Criminología, el problema de las drogas y la dependencia siempre ha estado en primera línea de estudio, no solo por el impacto que las drogas suponen en la estadística criminológica, sino por la necesidad de implementar medidas políticas de afrontamiento eficaces. No queda claro qué **relación causal** existe entre drogas y delincuencia, si bien en los últimos años se vislumbran posibles puntos de interrelación entre ambas. Cabe destacar que no todos los delitos relacionados con drogas son debidos a sujetos usuarios de sustancias, antes bien, los más lucrativos y violentos rara vez se relacionan con ellos. En los últimos años, los organismos internacionales encargados de promover políticas de actuación han modificado tanto sus objetivos como las líneas de trabajo, para abogar no solo por la represión policial sino también por políticas sociales y preventivas en las comunidades de base, y programas de rehabilitación para sujetos adictos.

En este sentido, el **crimen organizado** supone una gran lacra mundial, y ha encontrado en las drogas un material de tráfico idóneo. Las pequeñas organizaciones centradas exclusivamente en las sustancias han dado paso a grandes bandas internacionales, de extrema complejidad y con variados objetos de tráfico (armas, inmigrantes, etc.), capaces de desestabilizar países y áreas geográficas enteras.

En los últimos años se ha avanzado mucho en la comprensión del funcionamiento del cerebro en general y de las **bases cerebrales** de la dependencia de sustancias en particular. Estos hallazgos permitirán futuros tratamientos más eficaces. Desde el punto de vista penal y criminológico, la constatación del

funcionamiento de las sustancias sobre el cerebro y del daño neuropsicológico que producen refuerza la idea de la adicción como **patología** en la que las capacidades cognitiva y volitiva pueden verse afectadas.

El antiguo debate entre **legalización e ilegalización** de sustancias ha dado paso a un planteamiento más realista que avanza hacia la **regulación** de su uso. En este módulo, se han revisado de manera crítica las posturas enfrentadas y los razonamientos esgrimidos por cada una de ellas.

Ejercicios de autoevaluación

1. Señalad la respuesta correcta.

- a) Las políticas actuales buscan sobre todo disminuir la oferta de drogas.
- b) Las políticas actuales persiguen la disminución de la demanda de sustancias.
- c) Ambas opciones son excluyentes.
- d) Tanto *a* como *b* son ciertas.

2. De entre las siguientes opciones, ¿cuál es la más correcta?

- a) Está demostrado que legalizar las drogas supone un descenso de delitos asociados.
- b) Se ha demostrado que la legalización de ciertas sustancias no siempre ha eliminado el mercado negro.
- c) Está demostrado que ilegalizar las drogas supondría un aumento exagerado del número de sujetos dependientes.
- d) No está claro que una legalización de las drogas mejore el control de la oferta y la calidad de las mismas.

3. Señalad la opción falsa.

- a) Núcleo accumbens, área tegmental ventral y área prefrontal son partes del circuito de recompensa.
- b) El circuito de recompensa explica tanto el inicio y el mantenimiento de la adicción, como el riesgo de recaída.
- c) La dopamina es el neurotransmisor más importante de este circuito.
- d) Es un circuito existente en todos los animales, cuyo objetivo es la perpetuación de la especie y el individuo.

4. Sobre los delitos relacionados con drogas, señalad la opción correcta.

- a) Todos ellos están ejecutados por sujetos adictos o, cuando menos, usuarios.
- b) Los que cometen los usuarios de heroína bajo el efecto de la sustancia suelen ser de una gran violencia y agresividad.
- c) Los relacionados con la financiación de las drogas por parte de los usuarios no suelen ser especialmente violentos.
- d) No merece la pena distinguir tipos de delitos, ya que no existen características diferenciales entre ellos.

5. En relación con la peligrosidad de los sujetos drogodependientes, ...

- a) el consumo de sustancias explica gran parte de la peligrosidad, pero solo en el grupo de sujetos dependientes, no en la población no dependiente.
- b) el cannabis y la heroína provocan un gran número de delitos violentos.
- c) el alcohol es la principal droga implicada en actos delictivos violentos, tanto en dependientes como en no dependientes.
- d) el riesgo de peligrosidad no es mayor en población dependiente con antecedentes de patología psiquiátrica frente a dependientes sin dichos antecedentes.

6. En cuanto al tráfico de droga, es falso que...

- a) todos los países son por igual productores y consumidores.
- b) Europa y América del Norte son las principales áreas de consumo.
- c) África va ganando relevancia no solo como productor sino sobre todo como continente de paso de sustancias.
- d) la mayor parte de producción mundial de heroína está en Afganistán.

7. Sobre las causas y las consecuencias del tráfico de drogas en los países productores, es cierto que...

- a) en general son áreas inestables y con gran desigualdad social.
- b) el tráfico de drogas es lucrativo sobre todo para los traficantes y no tanto para el cultivador.

- c) el tráfico de drogas suele traer como consecuencia un empeoramiento en los niveles de desarrollo social, violencia, prácticas corruptas, etc.
d) Todas las opciones anteriores son ciertas.

8. Las nuevas recomendaciones de políticas contra la droga hechas desde los organismos internacionales buscan...

- a) exclusivamente erradicar el cultivo de sustancias.
b) fomentar la resiliencia de las comunidades locales y el desarrollo social de las mismas.
c) fomentar medidas de prevención en grupos vulnerables y mejorar la cooperación internacional.
d) Las opciones *b* y *c* son correctas.

9. Se han citado entre los factores individuales que explican la epidemia actual de consumo de sustancias todos los siguientes, excepto...

- a) la aparición de una sociedad industrial y urbana.
b) los rasgos de personalidad de búsqueda de sensaciones y rasgos evitativos de la realidad.
c) la crianza en un hogar desestructurado y el fracaso escolar.
d) la pertenencia a grupo de pares consumidores.

10. En relación con las drogas, son objeto de estudio de la Criminología...

- a) el delito y la desviación social que las drogas generan.
b) el control y la respuesta social a ese delito.
c) el análisis de las relaciones entre Criminología y drogas.
d) Todas las opciones anteriores son verdaderas.

Solucionario

Ejercicios de autoevaluación

1. **d**

2. **b**

3. **b**

b) Correcta. Se ha visto que el circuito de recompensa es clave sobre todo para el inicio de la adicción, pero parece que el mantenimiento y, en especial, la vulnerabilidad a la recaída tiene más que ver con alteraciones glutamatérgicas en el lóbulo prefrontal.

4. **c**

5. **c**

6. **a**

7. **d**

8. **d**

9. **a**

a) Correcta. Se trata de factores individuales, y la industrialización y la vida urbana son factores sociales.

10. **d**

Glosario

capacidades cognitivas *f* conjunto de capacidades superiores que diferencian al ser humano del resto de especies animales y que le permiten, en último término, razonar y adaptarse al ambiente. Incluyen desde las funciones más básicas, como la atención y la memoria, hasta las más sofisticadas, como las funciones ejecutivas.

cifra negra *f* En Criminología, diferencia entre la cifra real de delitos y la cifra de delitos conocidos; engloba aquellos delitos realizados de los cuales la justicia no ha tenido conocimiento y no ha podido encontrar responsable de su comisión.

comorbilidad *f* Presentación en un mismo sujeto de al menos dos patologías diferentes.

correlación *f* Estadísticamente, se dice que dos variables correlacionan cuando la modificación de una de ellas provoca un cambio en la otra, y viceversa.

dependencia (de sustancia) *f* Tipo de dependencia que cumple los criterios establecidos por las clasificaciones internacionales; básicamente, sujeto que hace uso de la sustancia de una manera continuada, que es incapaz de controlar su consumo y cuyo estilo de vida queda circunscrito a la consecución de las drogas.

droga *f* Sustancia exógena, de origen vegetal o sintético, dotada de actividad farmacológica, que tiene la capacidad de modificar o alterar una o varias funciones del sujeto que la consume. En el mundo anglosajón, se refiere tanto a sustancias legales (fármacos incluidos) como ilegales.

drogodependencia *f* Adicción a una sustancia.

enfoque biopsicosocial *m* Modelo médico que considera variables biológicas (incluidas las genéticas), sociales y psicológicas, y la interacción entre ellas como manera de explicar una determinada patología o conducta.

funciones ejecutivas *f* Conjunto de capacidades que permiten al sujeto afrontar con éxito situaciones novedosas de reciente presentación y para las que no ha aprendido respuesta. Incluyen la capacidad de planificar, de inhibir estímulos distractores, de poner en marcha el plan y de modificarlo si aparecen nuevas informaciones, de chequear el desarrollo y los éxitos o fracasos conseguidos, y de aprender de los errores, entre otras. Forman parte de las capacidades cognitivas.

justicia restaurativa *f* Conjunto de programas de justicia basados en la comunidad, en los que las víctimas y las medidas en beneficio de la comunidad juegan un papel principal.

metaanálisis *f* Metodología de análisis estadístico que consiste en analizar conjuntamente las muestras y resultados provenientes de diferentes estudios publicados por autores diversos, de manera estructurada y en función de determinados criterios. Busca conseguir muestras mayores en las que comprobar las hipótesis de trabajo.

neurona *f* Célula propia del sistema nervioso; consta de un cuerpo o soma, un axón y unas prolongaciones llamadas dendritas.

neuropsicología *f* Rama de la psicología que estudia cómo afectan al cerebro las distintas patologías, en qué lugar del cerebro se origina un determinado trastorno mental, cuáles son los circuitos involucrados y cómo afecta a las funciones cognitivas y conductuales.

neurotransmisor *m* Sustancia que, segregada por una neurona, activa la siguiente neurona a través de la unión al receptor.

nivel microsocioal *m* Nivel relativo al entorno comunitario o local, por contraposición al macrosocioal, que se relaciona con áreas geográficas grandes o transnacionales.

par *m* En Epidemiología, individuo o grupo de individuos que comparten con el sujeto objeto de estudio características sociales similares. Por ejemplo, el par de un adolescente es otro adolescente de su mismo contexto con el que se relaciona y comparte variables sociales comunes (mismo entorno social, situación escolar, etc.).

peligrosidad criminal *f* Valoración del riesgo del sujeto de delinquir, reincidir o recaer en un delito.

policonsumo *m* Consumo, por parte de un sujeto, de más de una sustancia, aun si una de ellas es la principal.

prevalencia anual *f* Término epidemiológico que señala el porcentaje de una población dada que ha padecido el evento en el último año.

psicópata *m y f* De manera genérica, personalidad antisocial, caracterizada por un juicio de realidad conservado y una frialdad emocional que le hace indiferente a los afectos de los demás. La persona psicópata es capaz de captar bien la realidad, incluso de describir los sentimientos del prójimo, pero sin que le resuenen afectivamente. No es capaz de «ponerse en la piel» del otro, aunque comprende adecuadamente la situación. No debe confundirse con el término *psicótico*.

psicótico -a *m y f* Persona que padece una enfermedad mental o proceso tal que en determinados momentos le producen una alteración del juicio de la realidad, por lo que asume como ciertas y verdaderas vivencias que no lo son.

rasgo de personalidad *m* Faceta o rasgo en que se divide la personalidad, en función del modelo psicológico elegido para el análisis, con el fin de facilitar su estudio, clasificación y comprensión.

rave *f* Fiesta en espacios cerrados generalmente al ritmo de música electrónica de cadencia repetitiva donde se popularizó el consumo de drogas de diseño.

receptor *m* Elemento básico integrado en la neurona que recibe a los neurotransmisores, con los que se activa y transmite su información al interior de la neurona. Media entre el interior y el exterior de la neurona.

reducción de daños (o de riesgos, o de riesgos y daño) *f* Programa terapéutico que no persigue como objetivo la abstinencia de consumo sino la reducción de los efectos negativos que para el sujeto y/o la sociedad tiene dicho consumo.

reducción de riesgos *f* sin. **reducción de daños**

reducción de riesgos y daños *f* sin. **reducción de daños**

regulación (de un consumo) *f* Proceso por el que el uso de una determinada sustancia está controlado por las normas o reglamentos de una institución o administración.

resiliencia *f* Capacidad humana de asumir con flexibilidad situaciones límite y sobreponerse a ellas.

toxicomanía *f* sin. **drogodependencia**

trastorno por consumo de sustancias *m* Denominación común para los distintos trastornos que producen las sustancias. En la nueva versión DSM-5 este concepto engloba tanto la dependencia como el abuso de una determinada sustancia.

usuario -a (de sustancias) *m y f* Persona que hace uso de sustancias; dicho uso puede ser puntual o sostenido. Debe diferenciarse del dependiente de sustancia.

victimización *f* Proceso por el que una persona pasa a ser víctima de un determinado delito.

vulnerabilidad *f* En medicina, mayor disposición o probabilidad de daño en un sujeto que en otros debido a factores sociales, biológicos, económicos, etc.

Bibliografía

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

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

Anuario Estadístico del Ministerio del Interior 2017 [en línea]. 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. et al. (1996) «Problemática legal en dependientes de opiáceos en tratamiento con naltrexona». *Psiquiatría Pública* (vol. 8, n.º 5, págs. 271-278).

Babor, T. F.; Caulkins, J.; Fischer, B. et al. (2019, noviembre). «Drug Policy and the Public Good: a summary of the second edition». *Addiction* (n.º 11) [en línea]. <<https://doi.org/10.1111/add.14734>>

Bennett, T.; Holloway, K. (2007). *Drug-Crime Connections*. Nueva York: Cambridge University Press.

Bennett, T.; Holloway, K. (2018, octubre). «Drug and Alcohol-Related Crime Among University Students». *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* (vol. 62, n.º 14, págs. 4489-4509) [en línea]. <<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, n.º 2, págs. 107-118) [en línea]. <<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, n.º 3, págs. 299-317).

Carliner, H.; Brown, Q. L.; Sarvet, A. L. et al. (2017, noviembre). «Cannabis use, attitudes, and legal status in the U.S.: A review». *Prev Med* (n.º 104, págs. 13-23) [en línea]. <<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, n.º 1, págs. 80-83).

Centers for Disease Control and Prevention, U.S. (2018). *Annual Surveillance Report of Drug-Related Risks and Outcomes, United States* [en línea]. 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 línea]. <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 línea]. Valencia: Ayuntamiento de Valencia.<<http://hdl.handle.net/10261/163034>>

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

Comisión Global de Políticas de Drogas (2011). *Guerra a las drogas* [en línea]. <http://www.globalcommissionondrugs.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 línea]. <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 descriminalización* [en línea]. <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 línea]. <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. 07, n.º 02, págs. 104-113).

Cruz, R. A.; King, K. M.; Mechammil, M. et al. (2018, enero). «Mexican-origin youth substance use trajectories: Associations with cultural and family factors». *Dev Psychol* (vol. 54, n.º 1, págs. 111-126) [en línea]. <<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, n.º 2, págs. 202-215) [en línea]. <<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, n.º 4, págs. 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 línea]. 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 línea]. 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, n.º 4, págs. 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, n.º 4, págs. 700-713).

Esbec, E.; Echeburúa, E. (2016). «Abuso de drogas y delincuencia: consideraciones para una valoración forense integral». *Adicciones* (vol. 28, n.º 1, págs. 48-56) [en línea]. <<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* (n.º 64, págs. 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* (n.º 2) [en línea]. <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 línea] <[http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2747/Opioid trafficking routes_POD2015_ES.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2747/Opioid%20trafficking%20routes_POD2015_ES.pdf)>

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2018a). *Informe Europeo sobre Drogas 2018: Tendencias y novedades* [en línea]. Luxemburgo: 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 línea]. Luxemburgo:

Oficina de Publicaciones de la Unión 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 línea]. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión 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 línea]. <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 línea]. <<http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2373/TD0216072ENN.PDF>>

Fazel, S.; Yoon, I. A.; Hayes, A. J. (2017, octubre). «Substance use disorders in prisoners: an updated systematic review and meta-regression analysis in recently incarcerated men and women». *Addiction* (vol. 112, n.º 10, págs. 1725-1739) [en línea]. <<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, n.º 2, págs. 161-176).

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

Fiscalía General del Estado (2018). *Memoria de la Fiscalía General del Estado 2018* [en línea]. 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 línea]. < <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, 3 de julio). «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, n.º 8, págs. 1039-1050) [en línea]. <<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, n.º 4, págs. 493-506) [en línea]. < <https://doi.org/10.1177/002204268501500406> >

Guimarães, R. A.; Mesquita, N. S.; Lopes, R. S. et al. (2017). «Prevalence and Factors Associated With Criminal Behavior Among Illicit Drug Users: A Cross-Sectional Study». *Subst Use Misuse* (vol. 52, n.º 11, págs. 1393-1399) [en línea]. <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10826084.2017.1284231?journalCode=isum20>>

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

Hasin, D. S. (2018, enero). «US Epidemiology of Cannabis Use and Associated Problems». *Neuropsychopharmacology* (vol. 43, n.º 1, págs. 195-212) [en línea]. <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* (n.º 1, págs. 53-59).

Herrero Herrero, C. (1997). *Criminología (Parte General y Especial)*. Madrid: Ed. Dykinson.

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

Impacts of Marijuana Legalization in Colorado. A Report Pursuant to Senate Bill 13#283 (2018) [en línea]. 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 línea]. <<https://www.ine.es/prensa/np862.pdf>>

Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (2002). «Illicit drugs and economic development». *Informe 2002* [en línea]. Nueva 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 línea]. Nueva 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 línea]. Nueva 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 línea]. Nueva 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 línea]. Nueva 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. Nueva York: Naciones Unidas. <<http://www.incb.org/incb/es/annual-report-2011.html>>

Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (2013). *Informe 2012* [en línea]. Nueva 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 línea]. Nueva 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, n.º 7, págs. 917-928) [en línea]. <<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, n.º 8, págs. 1403-1413) [en línea]. <<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, n.º 11, págs. 1067-1071) [en línea]. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4051684>>

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

Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal (última modificación por Ley Orgánica 2/2019, de 1 de marzo). *Boletín Oficial del Estado*, 24 de noviembre de 1995, n.º 281 [en línea]. <<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: Universidad de Alcalá.

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

Martínez Pérez, J.; González de Pablo, A. (1987). «Las drogas en la Antigüedad». *Historia16* (n.º 133, págs. 32-40).

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

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

Montanari, L.; Indave, B.; Royuela, L. et al. (2017). «Drug users in European prisons: a population with specific healthcare needs». *WHO Conference on Prison Health*, 11-12 December, Lisbon, Portugal. <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) [citado el 9 de febrero de 2000] [en línea]. <http://www.psiquiatria.com/congreso/mesa/mesa9/conferencias/9_ci_a.htm>

Neuman, E. (1984). *Droga y Criminología* (pág. 99 y ss.).

Nurco, D. N. (1987). «Drug addiction and crime: a complicated issue». *Br J Addict.* (n.º 82, págs. 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, n.º 2, págs. 113-115).

Nurco, D. N.; Ball, J. C.; Shaffer, J. W. et al. (1985b). «The criminality of narcotic addicts». *J Nerv Ment Dis.* (n.º 173, págs. 94-102).

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2018). *Informe 2018. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España* [en línea]. 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. et al. (1999). *Characteristics of heroine addicts with brothers also addicts*. Washington: American Psychiatric Association Annual Meeting.

Ochoa Vargas, G. (2000). *Legalización de las drogas* [en línea]. <<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 línea]. Viena. < https://www.unodc.org/documents/treaties/UNTOC/Publications/TOC_Convention/TOCbook-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 línea]. <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 línea]. <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 línea]. <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 línea]. <http://www.ieee.es/Galerias/fichero/docs_informativos/2017/DIEEI09-2017_Drogas_FinanciacionTerrorismoUNODC2017_MLPG.pdf>

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

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2019). *World Drug Report 2019* [en línea]. <<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, n.º 193, págs. 18-21) [en línea]. <http://www.fundacionpreciado.org.mx/biencomun/bc193/Bc_193.pdf>
- Prada, C.; Alvarez, F. J.** (1996). «MDMA o extasis: aspectos farmacológicos, toxicológicos y clínicos». *Med Clin (Barc)* (vol. 107, n.º 14, págs. 549-555).
- Riordan, K.** (2017). *The connection between drug use and crime in Western Australia* [tesis doctoral en línea]. <<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* (n.º 1, págs. 76-87).
- Rodríguez, F. J.; Paíno, S.; Herrero, F. J. et al.** (1997). «Drogodependencia y delito. Una muestra penitenciaria». *Psicothema* (vol. 9, n.º 3, págs. 587-598).
- Room, R.; Reuter, P.** (2012, 7 de enero). «How well do international drug conventions protect public health?». *The Lancet*. (vol. 379, n.º 9810, págs. 84-91) [en línea]. <[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 línea]. <<http://noticias.juridicas.com/conocimiento/articulos-doctrinales/10446-organizaciones-y-grupos-criminales/>>
- Ryan, S. M.; Jorm, A. F.; Lubman, D. I.** (2010, setiembre). «Parenting Factors Associated with Reduced Adolescent Alcohol Use: A Systematic Review of Longitudinal Studies». *Aust N Z J Psychiatry* (vol. 44, n.º 9, págs. 774-83) [en línea]. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20815663>>
- Salm-Reifferscheidt, L.** (2018, 19 de mayo). «Tramadol: Africa's opioid crisis». *The Lancet*. (vol. 391, n.º 10134, págs. 1982-1983) [en línea]. <[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.)* (n.º 92, págs. 135-139).
- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias** (2018). *Informe General 2017* [en línea]. 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, n.º 4, págs. 291-304).
- Strang J.; Babor, T.; Caulkins, J. et al.** (2012, 7 de enero). «Drug policy and the public good: evidence for effective interventions». *The Lancet*. (vol. 379, n.º 9810, págs. 71-83) [en línea]. <[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, n.º 14, págs. 1927-1931) [en línea]. <<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 línea]. <<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* (n.º 119) [en línea]. <<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3705738>>
- Vaughn, M. G.; Fu, Q.; DeLisi, M. et al.** (2010, 20 de abril). «Criminal victimization and comorbid substance use and psychiatric disorders in the United States: results from the NESARC». *Ann Epidemiol* (n.º 4, págs. 281-8) [en línea]. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20097578>>
- Wilkinson, S. T.; Yarnell, S.; Radhakrishnan, R. et al.** (2016). «Marijuana Legalization: Impact on Physicians and Public Health». *Ann Rev Med*. (n.º 67, págs. 453-466) [en línea]. <<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*. New York: Oxford University Press.

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

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

Zabala-Baños, M. C.; Segura, A.; Maestre-Miquel, C. et al. (2016). «Mental disorder prevalence and associated risk factors in three prisons of Spain». *Revista Española de Sanidad Penitenciaria* (vol. 18, n.º 1, págs. 13-23) [en línea]. [Fecha de consulta: 8 de agosto de 2019]. <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202016000100003&lng=en>