

FAQ Drogas

La política holandesa sobre drogas

Q & A DROGAS

Preguntas y respuestas acerca de la política holandesa sobre drogas

En este folleto electrónico se tratan más de treinta cuestiones sobre la política holandesa con respecto a las drogas. Cada pregunta va acompañada de una breve respuesta e información complementaria.

El folleto da respuesta a algunas preguntas básicas sobre los aspectos más destacados del tema de las drogas, tales como la diferencia entre drogas duras y cannabis y la política que se aplica a los *coffeeshops*. Además, se explican los fundamentos del enfoque holandés: la coherencia entre la política de investigación y persecución por un lado, y la prevención, asistencia y tratamiento por otro. Un importante punto de partida de la política holandesa sobre drogas es la reducción de daños (*harm reduction*) o, lo que es lo mismo, la prevención del consumo de drogas y la reducción de los riesgos y los daños que lleva aparejada la droga.

Este texto también se encuentra en Internet en el sitio web:

http://www.minbuza.nl/es/sobrelospaisesbajos/cuestiones_sociales

Departamento de Información y Comunicación con el Extranjero
del Ministerio de Asuntos Exteriores

en colaboración con
el Ministerio de Sanidad, Bienestar y Deportes
el Ministerio de Justicia
y el Ministerio del Interior y de Relaciones del Reino

Junio de 2008

ÍNDICE

A Puntos de partida

- 1 Características distintivas de la política holandesa sobre las drogas
- 2 Legalización de las drogas en Holanda
- 3 Diferencia entre drogas duras y cannabis
- 4 Punibilidad del consumo de drogas
- 5 Política sobre el cannabis y sobre las drogas duras
- 6 Últimas tendencias en el consumo de pastillas de éxtasis y anfetaminas
- 7 Responsabilidad de la política holandesa sobre drogas

B Mantenimiento de la ley

- 1 Características de la política holandesa de investigación y persecución judicial
- 2 Legalidad de la venta de drogas
- 3 Persecución de la tenencia de drogas
- 4 Combate de la producción y el tráfico de éxtasis
- 5 Precursores
- 6 Enfoque del gobierno del contrabando de cocaína
- 7 Tratamiento de los adictos a las drogas duras
- 8 Enfoque del narcoturismo
- 9 Diferencia entre municipios en la puesta en práctica de la política sobre la droga
- 10 Hechos punibles y penas máximas

C Coffeeshops

- 1 Coffeeshop
- 2 Condiciones de los *coffeeshops*
- 3 Por qué se permite la existencia de *coffeeshops*
- 4 Persecución judicial del suministro de cannabis a los *coffeeshops*
- 5 Reducción del número de *coffeeshops*

D Prevención, asistencia y tratamiento

- 1 Prevención del consumo de drogas
- 2 Prevención del consumo de éxtasis
- 3 Ayuda a los adictos a las drogas duras
- 4 Suministro de jeringuillas a los toxicómanos
- 5 Metadona
- 6 Ventajas y resultados del suministro de la metadona
- 7 Suministro de heroína a drogadictos
- 8 Obtención de cannabis por prescripción médica

E Cooperación internacional

- 1 Posición de la ley holandesa en relación con los tratados internacionales
- 2 Acuerdos de cooperación internacional
- 3 Actividades internacionales en el campo de la asistencia a toxicómanos

- 4 Investigación científica
- 5 Resultados de las modificaciones de la política
- 6 Cambios internacionales en la política sobre el cannabis

ANEXOS

- I** Cifra estimada de fallecimientos entre los residentes en Holanda, debidos al consumo de alcohol, tabaco, cannabis y drogas duras
- II** Consumo de drogas entre la población general en los Estados Unidos y Holanda en 2005 (en %)
- III**
 - a. Consumo de cannabis entre la población general de varios países miembros de la UE-15 y Noruega: grupo de edad entre 15 y 64 años.
 - b. Consumo de cannabis entre la población general de varios países miembros de la UE, Canadá, los Estados Unidos y Australia: otros grupos de edad.
- IV**
 - a. Consumo de éxtasis y anfetaminas entre la población general de varios países miembros de la UE y Noruega: grupo de edad entre 15 y 64 años.
 - b. Consumo de éxtasis y anfetaminas entre la población general de varios países miembros de la UE, los Estados Unidos, Canadá y Australia: otros grupos de edad.
- V** Cálculos nacionales del número de consumidores problemáticos de drogas duras en 12 Estados miembros de la UE.
- VI** Estupefacientes decomisados durante el periodo 1998 – 2006

A PUNTOS DE PARTIDA

1. ¿Cuáles son las características distintivas de la política holandesa sobre las drogas?

- La política holandesa sobre drogas se centra en evitar el consumo de drogas y en limitar los riesgos que lleva aparejada la droga tanto para la persona que la consume como para su entorno directo y para la sociedad como un todo (*harm reduction*).
- En la política y legislación holandesas (Ley holandesa de Estupefacientes) se hace una distinción entre cannabis (marihuana y hachís) y drogas duras (sustancias que conllevan un riesgo inaceptable para la salud, como éxtasis, cocaína, heroína, etc.). En virtud de esta distinción, la tenencia de cannabis para consumo propio (hasta 30 gramos) no se considera delito sino falta. El objetivo de la política sobre drogas es, entre otras cosas, lograr una separación de los mercados de las drogas duras y el cannabis (que se vende en *coffeeshops* sometido al cumplimiento de condiciones muy estrictas).
- La venta de cannabis en los *coffeeshops* (máximo 5 gramos por persona y día) constituye legalmente una falta, pero no se persigue si se cumplen condiciones muy estrictas. El objetivo de esta política es evitar que los consumidores de cannabis queden marginados o que entren en contacto con otras drogas más peligrosas. La idea es que un consumidor de cannabis que compra el producto a un traficante ilegal, tiene más posibilidades de entrar en contacto con las drogas duras. Al separar el comercio de drogas duras y de cannabis, puede protegerse a los consumidores de cannabis de otras formas de consumo de drogas mucho más dañinas desde el punto de vista sanitario. La otra cara de la moneda es la persecución estricta de la posesión y la venta de drogas duras.

Los objetivos principales de la política holandesa con respecto a las drogas son reducir la demanda de drogas, disminuir la oferta de drogas y minimizar los riesgos del consumo de drogas para el consumidor, su entorno directo y la sociedad. Visto desde este punto de vista, el cannabis requiere un planteamiento distinto al de las drogas duras. En muchos otros países no se hace formalmente una distinción entre drogas duras y cannabis, pero en la práctica sí se aplica tal diferencia. La tenencia, el comercio, la venta, la producción y similares son punibles para todas las drogas, con excepción de los casos en que tienen fines médicos, veterinarios, instructivos y científicos.

La política holandesa sobre investigación y persecución judicial está descrita en el Capítulo B.

2. ¿Están legalizadas las drogas en Holanda?

No. En contra de lo que suele afirmarse en el extranjero, en Holanda están prohibidas todas las drogas. La única diferencia es que no se persigue la venta de 5 gramos de cannabis en *coffeeshops*, si se cumplen condiciones muy estrictas (véase B3), ni la tenencia de pequeñas cantidades de drogas (para consumo propio, véase B10).

Las actividades siguientes, tanto por lo que respecta al cannabis como a las drogas duras, son punibles en Holanda;

- tráfico (importación/exportación)
- venta
- producción
- tenencia.

El consumo de drogas no es punible (véase A4).

En B10 se da una relación completa de los hechos punibles con respecto a las drogas y de las penas máximas.

Por medio de una política de asistencia y prevención profesionales, se intenta disminuir la demanda de drogas y se reducen los riesgos para el individuo y su entorno directo. La lucha contra la oferta de drogas se desarrolla combatiendo activamente la criminalidad organizada. La política también está encaminada a mantener el orden público y a evitar las molestias sociales que conlleva el consumo de drogas.

3. ¿Cuál es la diferencia entre drogas duras y cannabis?

El punto de partida de la Ley holandesa de Estupefacientes (en neerlandés: *de Opiumwet*) es el riesgo para la salud del consumidor, que es distinto para cada categoría de drogas:

- Categoría I: sustancias que conllevan un riesgo inaceptable para la salud, p. ej., heroína, cocaína, éxtasis y anfetaminas; se conocen también como drogas duras;
- Categoría II: sustancias que causan muchos menos problemas para la salud; son cannabinoides (productos derivados de la planta del cáñamo), a saber, marihuana y hachís y hongos que contienen psilocin y psilocibin.

Esta diferenciación se ve reflejada en el grado de penalización para los diferentes actos punibles y en las prioridades de la investigación judicial (véase Capítulo B).

4. ¿Por qué no es punible el consumo de drogas?

La política holandesa está orientada a la prevención del consumo de drogas y a la reducción de los riesgos individuales y generales que llevan aparejados las drogas. En este marco, se ofrece ayuda a los adictos a las drogas en la desintoxicación y en la mejora de su situación física, psíquica y social. Dado que los consumidores de drogas no tienen por qué temer una persecución criminal ni antecedentes penales exclusivamente por el consumo de drogas (quedando así estigmatizados), les resulta más fácil hacer uso de esta ayuda (véase D3).

En los tratados internacionales (véase E1) no se menciona el consumo de drogas como un hecho punible. En otros países de la Unión Europea (UE), como por ejemplo Alemania, Italia y Dinamarca, o en países como Canadá y Suiza, tampoco se penaliza el consumo de drogas. El consumo de drogas en Holanda no suele ser, por lo demás, un fenómeno generalmente aceptado. Es desalentado, entre otras cosas, por la información que se da en las escuelas y mediante campañas acerca de los riesgos de las sustancias que crean dependencia (incluidos el alcohol y la nicotina; para datos comparativos, véase Anexo I).

5. Esta política sobre el cannabis, ¿no facilita el paso del cannabis a las drogas duras?

No. Sólo un pequeño porcentaje de consumidores de cannabis pasa a consumir drogas duras. Según el prestigioso Instituto de Medicina de los Estados Unidos, no existe ninguna prueba concluyente de que el cannabis, en sí mismo, por sus propiedades farmacéuticas, sirva como escalón para acceder a las drogas duras. El número de adictos a opiáceos (como heroína, morfina y metadona) en Holanda es invariablemente bajo y es muy inferior al número de consumidores de cannabis. Asimismo, Holanda tiene dentro de la Unión Europea un bajo porcentaje de usuarios problemáticos de drogas duras (véase el anexo VI).

El nivel de consumo de cannabis en Holanda es comparable al de otros países europeos. En los Estados Unidos, el consumo de cannabis se sitúa en un nivel esencialmente superior (véase el anexo IV).

En Holanda se investiga regularmente el volumen de consumo de drogas. La última vez fue en 2005. En el grupo de edad entre 15 y 64 años, el 23 % había consumido alguna vez cannabis (véase el anexo III). En los Estados Unidos (población mayor de 12 años) este porcentaje ascendía al 40%. Un 3,4 % de los holandeses había probado la cocaína, frente al 13,8 % de los estadounidenses. El porcentaje de los que han consumido 'alguna vez' anfetaminas era del 2,1 % en Holanda y del 7,8 % en los Estados Unidos. El porcentaje de los que han consumido "alguna vez" es muy superior al del consumo real. A modo de ejemplo, el 3 % de los holandeses consumió cannabis en el mes previo a la realización de estos sondeos.

Las comparaciones internacionales del consumo de drogas entre la población general se ven dificultadas por la falta de mediciones repetidas y comparables dentro de los países y entre distintos países.

Son más fácil de comparar las cifras del ESPAD, el Proyecto europeo de encuestas escolares sobre el alcohol y otras drogas, que se centra en escolares de 15/16 años. En la última encuesta en 2003 participaron unos 30 países europeos. Entre los escolares holandeses, un 20% declaró haber consumido cannabis alguna vez. Los porcentajes más altos se obtuvieron en Irlanda (39%), seguidos de cerca por Francia (38%), el Reino Unido (38%) y los Estados Unidos (36%). Los escolares belgas ocuparon el cuarto lugar (32%), y los holandeses el quinto. El consumo actual (último mes) entre los escolares holandeses ascendió al 13%. Aquí, el porcentaje más alto se logró en Francia (22%), seguido del Reino Unido (20%), Irlanda, Bélgica y los Estados Unidos (17%). Después seguían Italia (15%) y los Países Bajos.

En 2007 se efectuó una nueva medición, de cuyos resultados se dispondrá durante el transcurso de 2008. Los Estados Unidos no participan en el ESPAD, pero realizan una investigación comparable.

6. ¿Cuáles son las últimas tendencias en el consumo de pastillas de éxtasis y anfetaminas?

Dentro de la Unión Europea, Holanda se encuentra en las regiones altas del consumo de éxtasis y ocupa un lugar intermedio en el consumo de anfetaminas (entre las que se incluyen el speed y las pep-pills). En los Estados miembros de la UE, el porcentaje de personas que han consumido alguna vez éxtasis oscila entre el 0% y el 5,9% (véase el anexo V). El consumo reciente (el último año) de éxtasis por parte de jóvenes en edad escolar (de 15/16 años) alcanza los niveles más altos en Irlanda, el Reino Unido y Holanda, con un 3%, mientras que Austria ocupa la cabeza en el consumo reciente de anfetaminas, con un 4%.

7. ¿Quién es responsable de la política holandesa sobre drogas?

La política sobre drogas es responsabilidad conjunta de tres ministerios:

- El Ministerio de Justicia es responsable del mantenimiento de la política (investigación y persecución).
- El Ministerio de Sanidad, Bienestar y Deporte (SBD) es responsable de la política de prevención y asistencia.
- Las cuestiones pertenecientes al gobierno local y la policía se incluyen en el campo de acción del Ministerio del Interior y de Relaciones del Reino. En los municipios, la política se coordina a través de la "consulta tripartita" (véase B9).

El Ministerio de SBD es responsable de la coordinación general de la política sobre drogas, ya que en Holanda, los problemas relacionados con las drogas se consideran principalmente un riesgo para la salud.

Para la ejecución de la política, son importantes:

- las instituciones de atención a la adicción. Ofrecen tanto atención sanitaria ambulante, como atención a tiempo parcial y atención intramuros (esto es, en un hospital). Algunas de esas instituciones están fusionadas con entidades dedicadas a la atención psiquiátrica (los GGZ).
- la policía regional y el Cuerpo Nacional de Servicios Policiales, con servicios especializados de policía judicial y de información.
- la aduana, que para sus labores de control e investigación utiliza entre otras cosas técnicas de análisis cada vez más refinadas del Servicio de Información Aduanera.
- la Real Policía Militar en los aeropuertos.
- unidades especiales del Servicio Nacional de la Policía Judicial que se ocupan de la lucha contra la criminalidad grave y organizada con un carácter nacional o internacional, como el contrabando y el tráfico transnacional de cocaína y heroína y la producción y el tráfico internacional de drogas sintéticas.

B MANTENIMIENTO DE LA LEY

1. ¿Cuáles son las características de la política holandesa de investigación y persecución judicial?

Es de capital importancia el llamado 'principio de oportunidad'. Esto significa que por razones derivadas del interés general se puede desistir de perseguir un acto punible. El tráfico de drogas a gran escala, tanto de drogas duras como de cannabis, tiene la mayor prioridad en la investigación y la persecución judicial. También se combate de manera intensiva la venta de drogas duras. De inferior prioridad es la investigación de la venta y tenencia de cannabis para uso personal.

El principio de oportunidad es un principio general del derecho penal holandés. El Ministerio Fiscal decide sobre la persecución judicial. Las prioridades para la investigación y persecución judicial de actos punibles con relación a las drogas están establecidas en una directriz pública del Ministerio Fiscal. Por consiguiente, la política holandesa de investigación y persecución resulta "más transparente" que en otros países en los que en la práctica se sigue un método de trabajo semejante.

2. ¿Es legal la venta de drogas?

No. La venta de todo tipo de drogas es punible (véase B10).

- La venta de drogas duras, sea la cantidad que sea, tiene una alta prioridad en la política de investigación y persecución judicial, y se castiga severamente.
- En el caso del cannabis, depende de la cantidad. La venta de un máximo de 5 gramos por persona y día en los *coffeeshops* (véase Capítulo C) no se investiga de manera activa. Se combate severamente la venta de cantidades mayores (destinadas posiblemente al tráfico), y también se investiga activamente la venta en otros locales, en la calle o en viviendas.

La investigación de la venta de pequeñas cantidades de cannabis para uso personal tiene una baja prioridad dado que el consumo de cannabis causa pocos problemas de salud y pocas molestias a la sociedad.

3. ¿En qué casos se persigue la tenencia de drogas y en cuáles no?

La tenencia de todo tipo de drogas es punible. La posesión de grandes cantidades de droga es objeto de alta prioridad en la investigación y persecución judicial. De esta manera, la tenencia de más de 0,5 gramos de drogas duras es un delito grave contra el que se actúa activamente. También se persigue la tenencia de una cantidad de cannabis superior a unos pocos gramos para consumo propio (grado de pena: véase B10). El cultivo de cannabis para consumo propio no se persigue de hecho (no más de cinco plantas de marihuana), pero se actúa severamente contra el cultivo a gran escala (véase el anexo VII, sobre estupefacientes decomisados).

Tenencia de una pequeña cantidad para uso personal:

- menos de 0,5 gramos de drogas duras: se considera delito, pero tiene una baja prioridad de investigación.
- menos de 30 gramos de cannabis: se considera falta y tiene una baja prioridad de investigación.

La directriz del Ministerio Fiscal es más rigurosa con respecto a la venta que en cuanto a la tenencia de pequeñas cantidades.

Si una persona es adicta a las drogas duras y es detenida por tenencia de drogas o por criminalidad, en la comisaría se busca contacto con asistentes sociales. La colaboración entre la policía y la justicia, por una parte, y la prestación de ayuda, por otra, son características de la política holandesa sobre las drogas. Las drogas que encuentra la policía siempre son incautadas, tanto las drogas duras como el cannabis, aunque se trate de cantidades pequeñas para el propio consumo. Para las existencias comerciales de cannabis en *coffeeshops* se ha incluido una regulación especial en la directriz del Ministerio Fiscal (véase C2).

4. ¿Cómo se combaten la producción y el tráfico de drogas sintéticas?

Las drogas sintéticas (entre otras, el éxtasis y las anfetaminas) son drogas duras. Por eso se concede alta prioridad a la investigación y persecución judicial de la producción y el comercio de las drogas sintéticas. Una unidad especial del Servicio Nacional de la Policía Judicial está especialmente dedicada a la investigación y la lucha contra la producción y el tráfico de drogas sintéticas. En esta unidad de investigación nacional trabajan juntas justicia, la policía, la aduana, el Ministerio Fiscal (MF), el Servicio de Investigación e Información Fiscal-Servicio de Control Económico (FIOD-ECD) y otras entidades. De esta forma, Holanda está en condiciones, entre otras cosas, de reaccionar más rápidamente ante solicitudes internacionales de información y colaboración en la investigación criminal.

En mayo de 2001, el Ministro de Justicia de los Países Bajos presentó ante el Congreso un informe sobre el éxtasis ("Unidos contra el éxtasis"). Dicho informe comprendía un plan quinquenal (de 2002 a 2006), en el que se anunciaba una enorme intensificación de la lucha contra las drogas sintéticas. Esto ha llevado entre otras cosas a la ampliación de la capacidad de los servicios de investigación. También se ha invertido en varias investigaciones, en el control de la exportación de drogas sintéticas desde Holanda, en la cooperación internacional y la prestación de información dirigida fundamentalmente a los jóvenes, para desalentar el consumo de éxtasis.

A finales de 2006, una evaluación demostró que este enfoque ha producido buenos resultados. Entre 2002 y 2006, se detuvo a cientos de imputados, se intervinieron más de 20 millones de pastillas de éxtasis y se desmantelaron alrededor de 130 laboratorios de producción. En mayo de 2007, el consejo de ministros decidió continuar con este enfoque intensivo. Los principales puntos del mismo son: investigación y persecución intensivas de la producción y el tráfico de drogas sintéticas, poniendo un acento más acusado en el tratamiento de la producción ilegal y el tráfico de las materias primas (precursores), intensificación de la cooperación internacional (operacional) y una sólida política preventiva y de información (véase D1 y D2?).

5. ¿Qué hace Holanda en el terreno de los precursores?

El comercio de precursores (sustancias químicas que constituyen la base de las drogas sintéticas, como el éxtasis) se regula en Holanda mediante la Ley de prevención del abuso de sustancias químicas. Sólo una pequeña parte de los precursores se utiliza ilegalmente para la producción de estupefacientes. Esto supone la comisión de un delito económico castigado con un máximo de seis años de pena de prisión o una multa de entre 67.000 y 670.000 euros. El control de la administración y el cumplimiento de las normas en el terreno de los precursores y las materias primas corresponden a la aduana. El Servicio de Investigación e Información Fiscal-Servicio de Control Económico (FIOD/ECD) se encarga de investigar los precursores. El Servicio Nacional de la Policía Judicial investiga las organizaciones criminales que están implicadas en el tráfico ilegal de precursores. Holanda trabaja en este terreno en estrecha cooperación con el resto de los países de la UE.

Los reglamentos y directivas de la UE sobre el comercio de precursores se basan en la Convención de la ONU de 1988. Dentro de la UE, se supervisa el comercio de 23 precursores que pueden ser utilizados ilegalmente para la producción de drogas. En Holanda, las empresas deben comunicar al FIOD/ECD las transacciones inusuales en estas y en otras sustancias, que pueden utilizarse ilegalmente para la producción de estupefacientes. La UE ha celebrado tratados, entre otros, con los países andinos (Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú, Venezuela) y con los Estados Unidos, para el intercambio de información sobre comercio de precursores.

6. ¿Cómo enfoca el gobierno el contrabando de cocaína (los llamados "boleros")?

Durante el año 2001, Holanda experimentó un crecimiento explosivo del contrabando de cocaína mediante correos que operaban a través del aeropuerto de Schiphol. Por eso, a principios de 2002, se puso en marcha el 'Plan de enfoque del contrabando de drogas a través de Schiphol', que incluye entre otras cosas la intensificación de los controles en el aeropuerto mediante la imposición de los llamados controles del 100% sobre vuelos provenientes de las Antillas Holandesas, Surinam y Venezuela y la ampliación del equipo de Schiphol (Real Policía Militar y de Aduanas) para el control

del resto de los vuelos (de riesgo). Asimismo, en Schiphol se ha aumentado considerablemente la capacidad de celdas (específicamente para los correos de la cocaína). Los métodos de control se han refinado y mejorado, entre otras cosas a través del uso de un escáner de ondas milimétricas, a la vez que se intenta limitar al mínimo los inconvenientes para los pasajeros. También se han agudizado los controles en las Antillas Holandesas. En 2007, Surinam creó un llamado equipo JAP (con ayuda de Holanda) que debía encargarse de librar de drogas todos los vuelos con destino a Holanda. Los resultados de todas estas medidas y esfuerzos conjuntos son grandes: la cantidad de correos de drogas en estos vuelos ha descendido considerablemente. Si en 2005 se detuvieron más de 2100 correos de la droga en Schiphol, en 2007 se detuvieron algo más de 750. Se han intensificado igualmente las investigaciones sobre las organizaciones que están detrás de los correos de la droga, tanto en el contexto internacional como en el de la cooperación. La policía holandesa tiene enlaces en los países de origen y de tránsito para facilitar la cooperación.

Holanda no es el único país que tiene problemas con el contrabando de drogas. Por eso, cada vez se trabaja más conjuntamente dentro del marco de la UE, entre otros dentro de Europol. Varios países de Europa occidental y la UE, incluido Holanda, crearon en 2007 en Lisboa el Centro Europeo de Operaciones Marítimas contra el Narcotráfico (MAOC-N), un centro marítimo conjunto de observación y análisis para luchar contra el tráfico de drogas por mar, que ya ha conseguido algunos buenos resultados.

7. A los adictos a la droga dura que cometen actos punibles, ¿se les trata de manera distinta que a otros criminales?

La adicción no es ninguna circunstancia atenuante. Sí es cierto que se centran más los esfuerzos en guiar a los adictos de forma coactiva hacia la prestación de asistencia, dentro de un marco judicial. A los adictos que cometen varios actos punibles se les puede ofrecer la oportunidad de elegir entre un tratamiento o la prisión (la medida de acogimiento en Instituciones para Delincuentes Sistemáticos o medida ISD). Si optan por el tratamiento, la prisión impuesta por el juez puede ser suspendida parcial o definitivamente. Los adictos que optan por el tratamiento tienen que cumplir ciertas condiciones. Si no lo hacen, se procede a su ingreso en prisión.

Las condiciones para el tratamiento son, entre otras, estar motivado para abordar los problemas de la adicción y estar dispuesto a someterse a controles de consumo de drogas. La idea de ofrecer la oportunidad de elegir entre tratamiento y prisión es utilizar el periodo de "justificación penal" (la pena incondicional) para guiar a los adictos hacia un tratamiento. La justificación penal es el acicate que necesitan. Desde hace algún tiempo, en Holanda se vienen cosechando resultados positivos con este enfoque.

La Clínica Forense de la Adicción (siglas neerlandesas: FVK) es una institución destinada a los adictos graves y ocupa el terreno fronterizo entre la justicia y la atención a los adictos. El grupo destinatario que puede ser ingresado en la FVK está compuesto por justiciables adictos que son tratables, pero cuya adicción y la gravedad de los hechos delictivos cometidos, la estructura personal y la historia de asistencia son tales que no es posible internarlos en una entidad de asistencia regular.

8. ¿Qué hace Holanda contra el narcoturismo?

- Con respecto a los adictos a la droga dura que se encuentran ilegalmente en Holanda y cometen actos punibles, se lleva una política activa de expulsión. También tiene lugar una investigación sobre el asunto, una persecución judicial y un enjuiciamiento, así como una posible transferencia de la persecución criminal.
- La cantidad máxima de cannabis cuya venta en *coffeeshops* (véase C2) no es objeto de persecución judicial se ha reducido a 5 gramos, con el objeto de combatir la exportación de cannabis por narcoturistas. No obstante, la exportación de cualquier tipo de droga, incluidas pequeñas cantidades de cannabis, siempre es un acto punible.

Desde hace algunos años se actúa más rigurosamente contra el narcoturismo y contra las molestias que causa. Con regularidad, la policía, aduanas o la policía militar, actúan conjuntamente contra el narcoturismo realizando controles. En estos casos se trabaja conjuntamente con los países circundantes (Alemania, Bélgica, Francia y Luxemburgo).

Un ejemplo de esta cooperación es el llamado 'Equipo JHT' (*Joint Hit Team*), activo en Holanda desde octubre de 2000. Con esta denominación, se hace referencia a una relación de cooperación entre tres regiones policiales, el Cuerpo Nacional de Servicios Policiales (KLPD), la policía ferroviaria y Hacienda. El 'Equipo JHT' se encarga de señalar y detener a los 'drugrunners'¹ y a los narcoturistas para lo cual colaboran muchas instancias a nivel interregional. El Equipo JHT opera a diario en las carreteras y en los trenes internacionales. Los 'drugrunners' detenidos son multados directamente por el procedimiento de urgencia, después de lo cual entran en acción los Servicios Sociales para intentar ayudarles a encontrar un trabajo. El Equipo A no puede solucionar el problema de las drogas, pero intenta reducir en lo posible las molestias derivadas del mismo.

9. ¿Existe en la puesta en práctica de la política sobre la droga una diferencia entre los distintos municipios?

Sí, la ejecución de la política sobre la droga está descentralizada. En las ciudades, la política se coordina en la 'consulta tripartita' entre el alcalde, el fiscal jefe y el comandante de policía. Estos tres establecen, entre otras cosas, la política relativa a los *coffeeshops* en el marco de la directriz del Ministerio Fiscal (véase C2).

Dentro del marco de la directriz, la consulta tripartita puede decidir cuántos *coffeeshops* se quieren tener dentro del municipio, o bien no permitir ningún *coffeeshop* en el municipio en cuestión (NB: el 73% de los municipios holandeses no tienen ningún *coffeeshop*). La actualización de Justicia es correcta. La consulta tripartita también puede reducir el máximo permitido de existencias comerciales (véase C2). Los *coffeeshops* también pueden cerrarse por orden del alcalde (véase C5).

Para combatir los problemas en torno a los adictos a las drogas duras que vagabundean por las calles, se han creado en algunas ciudades 'locales para adictos'. En estos locales, los adictos pueden tomar sus dosis de drogas en relativa tranquilidad. Se hallan presentes asistentes sociales que ofrecen atención primaria, advierten los problemas y, en su caso, remiten a los adictos a la red habitual de ayuda. No se permite la venta o el suministro de drogas. En algunos municipios, la creación de albergues (instalaciones de alojamiento a pequeña escala para adictos sin techo) ha hecho disminuir enormemente el número de adictos vagabundos. En Utrecht, este proyecto ha hecho innecesarios varios locales para adictos.

La decisión de abrir locales para adictos está sometida a la condición impuesta por el Ministerio Fiscal, de que los locales en cuestión encajen dentro de un enfoque integrado de la política de la droga formulada por la 'consulta tripartita' mencionada, y que velen por los intereses de la sanidad y el orden público. En Holanda no está penalizado el consumo de drogas (véase A4).

10. ¿Cuáles son los hechos punibles y cuáles son las penas máximas?

En Holanda son punibles las mismas acciones con respecto a las drogas que en muchos otros países. Además, en Holanda son punibles todas las acciones relacionadas con la preparación del tráfico de drogas duras, así como las tentativas de importación y exportación. La pena máxima que puede aplicarse por haber cometido varias veces un hecho punible con respecto a drogas asciende a 16 años de pena privativa de libertad o a una multa de 67.000 €.

HECHOS PUNIBLES

Drogas duras

- importación/exportación
- venta, transporte, fabricación
- intento de importación/exportación, venta, transporte, fabricación.
- preparación de un delito
- blanqueo de dinero negro
- fabricación ilícita y comercialización de precursores químicos (*)

¹ Estos 'drugrunners' son generalmente jóvenes a los que pagan los traficantes para llevar a los narcoturistas hasta los lugares de distribución de la droga.

- tenencia
- tenencia para consumo personal

(*) precursores: sustancias químicas que constituyen la base de las drogas sintéticas, como el éxtasis (véase B5).

Cannabis

- importación/exportación
- cultivo, venta, transporte, fabricación
- cultivo industrial o profesional, venta, transporte, fabricación
- tenencia de más de 30 gramos
- venta, fabricación, tenencia hasta 30 gramos (**)

(**) se considera una falta. Si se descubren, las drogas se decomisan siempre. En el caso de cantidades de hasta 5 gramos, se renuncia al procesamiento posterior. Cuando se trata de 5 a 30 gramos, la persona descubierta es procesada penalmente, dependiendo de las circunstancias del hecho delictivo.

Penas máximas

Penas privativas de libertad / multa

(drogas duras)

12 años y/o 67.000 €

8 años y/o 67.000 €

6 años y/o 67.000 €

4 años y/o 67.000 €

1 año y/o 6.700 €

(cannabis)

4 años y/o 67.000 €

2 años y/o 16.750 €

6 años y/o 67.000 €

2 años y/o 16.750 €

1 mes y/o 3.350 €

1 € = USD 1,50 (junio del 2008)

C COFFEESHOPS

1. ¿Qué es un *coffeeshop*?

Un *coffeeshop* es un establecimiento de hostelería en el que no se puede vender alcohol y donde, bajo ciertas condiciones muy estrictas, se vende cannabis. Aunque la venta de cannabis es punible, la venta de pequeñas cantidades de cannabis en *coffeeshops* no es objeto de persecución judicial, siempre y cuando se cumplan las condiciones mencionadas en C2.

La política de investigación y persecución judicial está descrita en el capítulo B. Desde hace unos años se ha aumentado el control de los *coffeeshops* y se ha reducido su número (véase C5).

2. ¿Qué condiciones rigen para los *coffeeshops*, y cómo se aplican?

Según la directriz del Ministerio Fiscal del 1 de enero de 2001, se desiste de perseguir la venta de cannabis en los *coffeeshops*, si cumplen los siguientes criterios:

- no se permite vender cantidades mayores de 5 gramos por día y persona
- no se permite vender drogas duras (por tanto, tampoco éxtasis)
- no se permite hacer publicidad para las drogas
- no se permite causar molestias a la vecindad
- no se permite vender drogas a menores de edad (hasta 18 años) y se prohíbe la entrada de menores de edad en los *coffeeshops*.

La venta de cannabis continúa siendo punible. Si los propietarios/explotadores de *coffeeshops* contravienen las normas mencionadas, se adopta una medida administrativa (cierre del establecimiento) o se los procesa judicialmente. Con respecto a los *coffeeshops* en los cuales se cumplan estas normas, no se interviene según la directriz del Ministerio Fiscal contra un stock de hasta 500 gramos. Para evitar molestias, los municipios pueden imponer condiciones adicionales a los *coffeeshops*, además de los citados criterios del Ministerio Fiscal (véase B9).

3. ¿Por qué se permite la existencia de *coffeeshops*?

Al permitir la existencia de lugares controlados de venta de cannabis, se aspira a una separación de mercados, con el fin de evitar que los usuarios de cannabis entren en contacto con los ambientes donde se consumen drogas duras. Además, de esta manera se protege a los consumidores de cannabis, entre ellos a los jóvenes (> 18 años) que experimentan con cannabis, frente al circuito criminal del comercio de drogas duras.

Al establecer prioridades en la investigación y persecución judicial de hechos punibles en virtud de la Ley de Estupefacientes, la tenencia y el comercio al por menor de cannabis en *coffeeshops* han adquirido una baja prioridad, dado que el consumo de estas sustancias no conlleva riesgos de salud inaceptables.

4. ¿Se persigue judicialmente el suministro de cannabis a los *coffeeshops*?

Sí. El Ministerio Fiscal y la policía actúan con arreglo a la Ley de Estupefacientes, a la directriz del Ministerio Fiscal y al principio de oportunidad (véase B1). La investigación y persecución del tráfico a gran escala de todo tipo de drogas, que se encuentra generalmente en manos de la criminalidad organizada, tiene la prioridad más alta. Lo mismo rige para el suministro de cannabis a los *coffeeshops*. También en este punto se aplican los tratados internacionales (véase E1). De acuerdo con la directriz del Ministerio Fiscal, no se actúa contra los *coffeeshops* que cumplen las reglas (véase C2) y cuentan con unas existencias comerciales de hasta 500 gramos.

Por el contrario, la actuación contra el tráfico (internacional) de drogas es muy severa. En los últimos años, se han desmantelado cada vez más plantaciones de marihuana (véase el anexo VI). También se controla estrictamente la importación de cannabis extranjero.

5. ¿Por qué se ha reducido el número de *coffeeshops*?

Con un número menor de *coffeeshops* es posible vigilar más rigurosamente el cumplimiento de los criterios mencionados bajo C2. En las regiones fronterizas, donde los narcoturistas extranjeros vienen a comprar cannabis, y en determinados sectores de las ciudades, los *coffeeshops* solían causar bastantes molestias. Se está luchando puntualmente contra este problema, habiéndose logrado que en los últimos años se redujeran tales molestias (véase B8). El alcalde puede ordenar el cierre de los *coffeeshops* no deseados, aun cuando éstos no causen molestias. El cierre ha de formar parte de la política local sobre drogas que haya sido acordada en la consulta tripartita (véase B9).

Se aspira a tener un número de *coffeeshops* que justifique la demanda local. Desde los cambios políticos de 1995/1996, ha disminuido el número de *coffeeshops*. Según la investigación más reciente realizada en 2005, 362 de los 443 municipios que existen en Holanda (el 81 %) no tenían ningún *coffeeshop*. Se lucha puntualmente contra los efectos secundarios indeseables de los *coffeeshops* (molestias, venta de drogas duras y venta de cantidades de cannabis destinadas a la exportación).

D PREVENCIÓN, ASISTENCIA Y TRATAMIENTO

1. ¿Qué hace Holanda para prevenir el consumo de drogas?

La prevención del consumo de drogas empieza con la juventud. En las escuelas se presta atención a los riesgos que conllevan las drogas, el alcohol, el tabaco y los juegos de azar. Se ha puesto en marcha un proyecto a nivel nacional denominado "La escuela sana y los estimulantes" para ayudar a las escuelas con esta cuestión. En este proyecto se da información sobre un estimulante concreto cuando los escolares han llegado a la edad en que pueden entrar en contacto con él. El proyecto también dedica mucha atención al desarrollo de aptitudes por parte de los jóvenes para resistir la presión del grupo y para fomentar las elecciones personales.

A finales de 2002, se desarrolló la campaña informativa 'Drogas: no te dejes engañar'. El objeto de la campaña informativa nacional y regional era estimular la comunicación entre los jóvenes (de 12 a 19 años) y sus padres sobre el tema de las drogas. En el periodo 2004-2006, se llevó a cabo una campaña informativa nacional para mejorar los conocimientos de los jóvenes sobre (los riesgos de) el consumo del cannabis. En la primera mitad de 2008, tiene lugar una campaña multi-media sobre los riesgos del consumo de alcohol y de droga. Para ello se emplearán fundamentalmente medios populares entre los jóvenes.

2. ¿También va dirigida la prevención contra el consumo de éxtasis?

Sí. Dentro del marco del informe sobre el éxtasis (véase B4), el Ministerio de Sanidad, Bienestar y Deporte ha redactado material informativo destinado principalmente a los jóvenes. Los jóvenes suelen consumir éxtasis en discotecas y en las masivas fiestas de baile a gran escala. En este tipo de eventos suelen adoptarse medidas específicas de prevención para evitar o solucionar los posibles problemas que se produzcan por el consumo de drogas (buena ventilación, puestos de socorro).

Los consumidores de éxtasis pueden hacer controlar las pastillas para recabar información sobre la composición y las posibles consecuencias para la salud. Este control se efectúa en oficinas de control que, generalmente, suelen estar vinculadas a entidades dedicadas a la atención a los adictos. Consecuentemente, la información se encarga de señalar los peligros para la salud que representan las pastillas de éxtasis u otras pastillas. Si resulta que circulan pastillas con graves riesgos para la salud, se procede a actuar de inmediato. Dependiendo de la gravedad de la situación, las actuaciones pueden ir desde las advertencias a todas las oficinas de control, la difusión de folletos entre la gente que suele salir por las noches o la emisión de un comunicado de prensa nacional.

Las pastillas de éxtasis se han hecho muy populares en muy poco tiempo (en Holanda y en muchos otros países) debido a sus efectos eufóricos y a su carácter no aditivo. Al mismo tiempo surgió el fenómeno de las fiestas "house", donde circulaban pastillas de diferente composición. Los riesgos para la salud pueden ser muy diversos, dependiendo de la composición de las pastillas, las circunstancias y el consumidor. En Holanda se están realizando muchas investigaciones sobre, entre otras cosas, el efecto de estas sustancias (véase E4).

3. ¿Por qué se presta ayuda a adictos a las drogas duras que no están en condiciones o no están dispuestos a dejar de consumirlas?

La desintoxicación suele ser un largo proceso. Si no es posible lograr una abstinencia total, es importante que se procure estabilizar la drogodependencia. Se aspira a evitar que la dependencia de la droga dura conduzca a crecientes problemas de salud, degradación, propagación de enfermedades (por ejemplo, por el empleo de agujas usadas), molestias para el entorno y criminalidad.

En Holanda, a las personas dependientes de las drogas duras no se las abandona a su suerte. La adicción es en primera instancia un problema sanitario. Se intenta que la asistencia alcance al mayor número posible de toxicómanos. De este modo se obtiene también una idea sobre la magnitud del problema, de manera que se pueda llevar una política de actuación que se ajuste mejor a los hechos. Además, gracias a la asistencia se puede evitar que los drogadictos vayan a parar a los círculos criminales.

4. ¿Por qué se suministran jeringuillas a los toxicómanos?

Los programas para el suministro y canje de jeringuillas tienen lugar, entre otros, dentro del marco de la prevención contra el VIH/SIDA. El SIDA se origina con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), que se propaga, entre otras formas, a través del empleo de jeringuillas usadas. De esta manera también puede producirse una infección con hepatitis. Facilitando el acceso a la asistencia y mediante el seguimiento personal y la información, en los últimos años se ha logrado reducir fuertemente en Holanda la utilización de jeringuillas de heroína usadas y el número de consumidores de drogas inyectadas (el 10% en 2006). El número de usuarios/toxicómanos contagiados con el virus de inmunodeficiencia humana es relativamente bajo en Holanda. En 2006, el consumo de drogas por vía intravenosa era en Holanda la causa más probable de contagio únicamente en 8 de los 871 nuevos casos de personas con infección por el virus de inmunodeficiencia humana (el 1%).

Las actividades que se despliegan en el terreno de la prevención contra el VIH/SIDA comprenden tanto la información sobre una conducta segura como el suministro de agujas y jeringuillas estériles a cambio de las usadas y así como el suministro de preservativos. En la mayoría de los municipios es posible canjear las agujas y jeringuillas en entidades dedicadas a la atención a los adictos y en las farmacias. Cada año, ha descendido fuertemente la cantidad de jeringuillas canjeadas de forma paralela al descenso del consumo por vía intravenosa.

5. ¿Qué es la metadona?

La metadona es un opiáceo sintético (una sustancia opiácea) que se suministra a los adictos a las drogas duras en diferentes países como reemplazante de la heroína. Este suministro desempeña un papel en la mejora del funcionamiento (social) del adicto y en la disminución de la criminalidad. La metadona se suministra solamente a personas que ya tienen una grave dependencia de la heroína, como parte de una terapia de desintoxicación o de un tratamiento destinado a estabilizar la drogodependencia. Dentro del tratamiento con metadona, también se tratan otros problemas (somáticos) de los adictos.

La metadona crea también dependencia, pero ofrece importantes ventajas con respecto a la heroína. En forma de pastillas o líquida, se puede dosificar con precisión e ingerirse por vía oral. Su efecto tiene una duración de 24 horas, mientras que el de la heroína es sólo de unas horas. La metadona es suministrada por los médicos como medicamento para el tratamiento de drogadictos y no debe considerarse, pues, como un estimulante suministrado por la Administración pública.

6. ¿Cuáles son las ventajas y los resultados del suministro de la metadona?

- un porcentaje relativamente elevado de adictos a la heroína mantiene contactos con los centros de prestación de ayuda (a diferencia de otros países, que no la suministran o sólo en cantidades reducidas);
- una probabilidad considerablemente menor de sobredosis; una mortalidad relativamente baja;
- una disminución de la frecuencia del uso de drogas; por lo tanto, un menor consumo de drogas ilegales;
- una reducción (limitada) de la criminalidad;

- un mejoramiento del estado médico-social de los drogadictos.

Del número total de los adictos a los opiáceos que se calcula que existe, casi la mitad son conocidos por los centros de prestación de ayuda. Más del 90% de ellos ingiere metadona con regularidad. Los programas de metadona ofrecen también una buena base para otras actividades de prestación de asistencia, en especial en el marco de la prevención contra el VIH/SIDA.

7. ¿Se suministra también heroína a drogadictos?

En julio de 1998, se inició en Holanda una investigación científica sobre los efectos del suministro por prescripción médica de heroína en combinación con metadona a heroinómanos crónicos. La investigación estaba centrada en los heroinómanos con una adicción prolongada, para los cuales los tratamientos existentes habían surtido poco o ningún efecto y que se encontraban en un estado físico y psicosocial débil.

La investigación 'Heroína por prescripción médica' concluyó en febrero de 2002. Los resultados de la investigación muestran que el tratamiento combinado con heroína y metadona es más eficaz que el que emplea únicamente la metadona. Se trataba además de las mejoras en el estado físico y psíquico del paciente y de las mejoras en el funcionamiento social, incluido el descenso de la criminalidad. La heroína por prescripción médica se tradujo además en un cierto descenso del consumo de cocaína. La investigación también sacó a la luz que el suministro de heroína por prescripción médica era seguro y controlable y no produjo ninguna molestia extra.

A mediados de 2002, el Parlamento decidió continuar con el tratamiento combinado en los seis municipios participantes (Ámsterdam, Róterdam, La Haya, Utrecht, Groningen y Heerlen). El plan comprendía 300 lugares de tratamiento.

Por encargo del gabinete, se investigaron las posibilidades de una eventual continuación definitiva o de un aumento de las posibilidades de ampliación de la heroína por receta. La Comisión sobre Aspectos de la Introducción de Tratamientos para los Adictos a la Heroína (CIBH), creada con ese fin, aconsejó en junio de 2003 que se facilitara heroína por prescripción médica a un grupo seleccionado de adictos graves, en varios lugares de Holanda. La Comisión aconsejó crear un total de 1000 lugares de tratamiento. En diciembre de 2003, el Congreso holandés se mostró conforme con la ampliación de la capacidad de tratamiento hasta un máximo de 1000 lugares. En Amsterdam, Rotterdam, La Haya y Groningen ya se ha ampliado la capacidad de tratamiento existente. Otros municipios han comenzado la creación de una unidad de tratamiento de la heroína, después de haber conseguido la aprobación del Ministro de Sanidad, Bienestar y Deporte (SBD). Cuando estén listas estas instalaciones a finales de 2008, el número de lugares de tratamiento alcanzará casi los 800.

8. ¿También se puede obtener cannabis (marihuana) por prescripción médica?

- a. Desde septiembre de 2003, los pacientes pueden obtener cannabis a través de una farmacia, por prescripción médica. Esto es posible debido a una modificación de la Ley de Estupefacientes. El cannabis debe cumplir las mismas condiciones legales que el resto de los medicamentos. La Oficina para el uso Medicinal del Cannabis (BMC), incluida en el Ministerio de Sanidad, Bienestar y Deporte (SBD), controla la calidad del cannabis y se encarga de la distribución. La oficina es responsable desde 2001 del cultivo de cannabis medicinal. El cannabis medicinal procede de un cultivador seleccionado y especializado, que trabajará conforme a un estricto protocolo.
- b. El cannabis tiene efectos favorables sobre las molestias de muchos pacientes graves. De esta forma, el cannabis puede combatir la disminución del apetito en pacientes de sida y cáncer y ayuda a paliar el malestar que acompaña la quimioterapia y la radioterapia. El cannabis tiene también un efecto positivo para las molestias de las personas con dolor crónico (sobre todo en dolores ocasionados por daños en los nervios, dolor neurógeno), esclerosis múltiple (menor rigidez y dolor) y el síndrome de Gilles de la Tourette. Todavía se están realizando muchas investigaciones. Hasta el momento presente, no existe ninguna prueba definitiva de los efectos del cannabis como medicina

El uso medicinal del cannabis ya está permitido en Canadá y en varios Estados Norteamericanos, mientras que en muchos países dentro y fuera de Europa se discute activamente sobre este asunto.

E COOPERACIÓN INTERNACIONAL

1. ¿Cuál es la posición de la ley holandesa en relación con los tratados internacionales?

La Ley holandesa de Estupefacientes es compatible con los tratados internacionales de los cuales son parte los Países Bajos. Holanda es parte de los tratados de las Naciones Unidas de 1961, 1971 y 1988 y de otros tratados multilaterales y bilaterales relacionados con la política sobre drogas.

2. ¿En qué acuerdos de cooperación internacional en el terreno de las drogas participa Holanda?

- En el marco de la ONU, participa entre otros en la Comisión sobre Estupefacientes (el órgano directivo de la Oficina contra la Droga y el Crimen (ODC)).
- En el Grupo Pompidou (que forma parte del Consejo de Europa): en diversos grupos de trabajo en el terreno de la salud pública y justicia.
- En la Unión Europea (UE): participa entre otros en el Grupo Horizontal para Drogas, el Comité de Precusores Químicos y el Programa de Acción para la Sanidad Pública.
- En Europol, cuya sede, al igual que la del gobierno holandés, se encuentra en La Haya
- El Grupo de Dublín: un foro informal en el que, además de los Estados miembros de la UE, participan los EEUU, Canadá, Japón, Australia, Noruega y la ODC.
- En el marco del Benelux (Bélgica, Holanda y Luxemburgo), se celebran con regularidad consultas administrativas sobre aspectos de sanidad pública y de justicia.
- En el Centro Europeo de Vigilancia para las Drogas y la Adicción a las Drogas, con sede en Lisboa.
- En las embajadas holandesas en Washington y París se encuentran destinados agregados del Ministerio de Sanidad, Bienestar y Deporte y del Ministerio de Justicia.

Otras formas de cooperación e intercambio:

El Cuerpo Nacional de Servicios Policiales (KLPD) ha destacado “agentes de enlace”, esto es, personas de contacto, en Tailandia, China, Colombia, Francia, Turquía, Polonia, España, Hungría, Rusia, Estados Unidos, Australia y las Antillas Holandesas.

Los agentes de enlace son personas de contacto de la policía holandesa en el extranjero y constituyen un importante eslabón para las investigaciones y los asuntos operativos.

A la inversa, funcionarios de policía de más de diez países están vinculados a las embajadas extranjeras en Holanda y mantienen estrechos contactos con el KLPD. Con los países vecinos se han establecido redes regionales de enlace para combatir el narcoturismo. Holanda coopera intensamente con Bélgica, Francia y Luxemburgo en la lucha contra las actividades de los ‘correos de drogas’ entre estos países y Holanda. Con Francia existe, a la vez, un intercambio de magistrados.

3. ¿Existen también actividades internacionales en el campo de la asistencia a toxicómanos?

Holanda desarrolla diversas actividades en este terreno. Existe por ejemplo un intercambio especial con Francia en el campo de la prevención y la atención a la adicción y contamos también con una relación de cooperación con las Antillas Holandesas. Conjuntamente con Francia, Bélgica, Alemania y Suiza, nuestro país realiza investigaciones científicas sobre los efectos de un programa específico de tratamiento para los jóvenes dependientes del cannabis. Finalmente, existen relaciones bilaterales con los Estados Unidos que sirven para realizar proyectos conjuntos de investigación a través de ZonMw y NIDA.

4. ¿Qué hace Holanda en materia de investigación científica?

La investigación científica que se realiza en Holanda en cuanto al problema de la droga es de alto nivel. El Ministerio de Sanidad, Bienestar y Deportes encarga también incidentalmente la realización de estudios científicos, pero la mayoría de las investigaciones se realizan a través de programas de la Organización Holandesa de Investigación y Desarrollo Sanitarios (ZonMw), que recibe financiación para ello del Ministerio de Sanidad, Bienestar y Deportes y de la Organización Holandesa para la Investigación Científica (NWO). Entre 1998 y 2004 se desarrolló el primer Programa Adicción, que se centró en tres temas: la sensibilidad individual ante la sustancia que crea la dependencia, la

reincidencia en la antigua conducta de dependencia y la mejora de la eficiencia de la asistencia, prevención y supervisión. A mediados de 2006 se inició el segundo Programa de Comportamientos de Riesgo y Dependencia, para una duración de 4 años. Los temas centrales son: factores que influyen en el nacimiento, curso y cronicidad del comportamiento de riesgo y la dependencia, la naturaleza, gravedad y dimensiones de los problemas del consumo de (numerosas) sustancias y la eficacia de las intervenciones. Dentro de esos temas, se presta una atención especial al cannabis y la cocaína.

5. ¿Qué resultados han producido las modificaciones de la política holandesa de los últimos años?

- los municipios dedican mucha más atención a la reducción de las molestias que causa el consumo de drogas (véase B9);
- se colabora más intensamente con los países vecinos en el enfoque del problema del narcoturismo (véase B8);
- se ha intensificado la lucha contra la producción y el comercio de drogas sintéticas y precursores (véase B5);
- se invierte más en previsiones específicas para la asistencia a los adictos (véanse D3 y siguientes).
- La integración de la justicia y la asistencia sanitaria se ha intensificado entre otras cosas ofreciendo a los delincuentes toxicómanos la posibilidad de someterse a un tratamiento como alternativa a la prisión (véase B7).
- Junto a la lucha contra el tráfico de estupefacientes, Holanda también colabora a nivel internacional en el terreno de la sanidad pública (ONU, UE).
- Se ha continuado con el tratamiento con heroína por prescripción médica, dado que ha demostrado ser eficaz para adictos a la heroína resistentes a otro tipo de terapias.

6. ¿Cuáles son los cambios internacionales en cuanto a la política sobre el cannabis?

Existe actualmente una tendencia mediante la cual está dejando de procesarse automáticamente en un número creciente de países europeos la tenencia de pequeñas cantidades de cannabis para consumo propio. En la misma línea, nos encontramos con una práctica en la policía que otorga progresivamente una prioridad menos elevada de investigación a la tenencia de cannabis.

- En **Bélgica**, en junio de 2003 fue aprobado por el Parlamento, bajo responsabilidad del Ministro de Sanidad, un Informe Federal de Política sobre Drogas en el que, entre otras cosas, se otorga la mínima prioridad a la investigación de la tenencia de pequeñas cantidades de cannabis para consumo propio (máximo 3 gramos). Otro cambio importante es que la nueva ley sobre drogas introduce una diferenciación entre drogas con un riesgo limitado (cannabis) y drogas con un riesgo elevado (drogas duras).
- En **Portugal**, desde el 1 de julio de 2001 el consumo, la compra y la tenencia para consumo personal constituye únicamente una falta administrativa. Si se detiene a una persona que posee una pequeña cantidad de drogas, se le confisca y, si no se constata ninguna otra infracción, se le conduce ante una comisión de tratamiento y rehabilitación.
- Actualmente, la ley **luxemburguesa** distingue a la hora de tipificar el consumo de drogas entre drogas con un riesgo limitado (cannabis) y drogas de alto riesgo (drogas duras). El gobierno de Luxemburgo ha indicado expresamente que no es partidario de despenalizar completamente el consumo y la tenencia de cannabis. La tenencia de pequeñas cantidades de drogas para consumo personal se traduce en una pena de entre 4 meses y 3 años, o en una pena de multa. En la práctica, será suficiente con una advertencia.
- En el **Reino Unido**, el gobierno propuso en 2001 diversas modificaciones de la política de drogas, incluida una reclasificación del cannabis. La legislación de drogas del Reino Unido diferencia las categorías A, B y C. Las drogas como la heroína y la cocaína están en la lista A, mientras que el cannabis aparecía en la lista B con otros barbitúricos y anfetaminas. Entretanto, el gobierno británico ha decidido colocar el cannabis en la lista C, que incluye productos como el valium y los esteroides anabólicos.

Pero la despenalización del cannabis también ocupa un lugar en la agenda política fuera de la Unión Europea:

- El parlamento **Suizo** votó a finales de 2003 un proyecto de ley sobre la liberación legal del consumo de cannabis y de los actos directamente relacionados con el mismo (esto es: venta a pequeña escala y tenencia para consumo propio). Actualización de Justicia.
- En **Canadá** se presentó al Parlamento una nueva ley a finales de mayo de 2003, que despenalizaba la tenencia de pequeñas cantidades de cannabis (hasta 15 gramos) para uso propio. El nuevo Gobierno ha condenado este proyecto al olvido.

ANEXO I

Cifra estimada de fallecimientos entre los residentes en Holanda, debidos al consumo de alcohol, tabaco, cannabis y drogas duras

Tabaco

La investigación epidemiológica permite calcular cuántas personas fallecen como consecuencia de enfermedades relacionadas con el tabaco (cáncer de pulmón y similares). El número calculado para 2006 es de 19.400.

Alcohol

En 2006, la Oficina Central holandesa de Estadística (CBS) registró 1.742 muertes consecuencia de enfermedades relacionadas con el consumo excesivo de alcohol (como enfermedades del hígado). Esta cifra no incluye el cáncer vinculado a un consumo crónico de alcohol, que se calcula entre el 4 y el 6% de la mortalidad total por causa del cáncer. En ese caso se trataría de 1500-2300 casos al año en lugar de los 150 casos registrados. También se supone que en esas cifras no se incluye totalmente la mortalidad por casos de accidentes en los que está implicado el alcohol o por casos de agresión en los que también está implicado el alcohol.

Drogas duras

En 2006, murieron en total 112 personas por causas graves como sobredosis de drogas duras. Los consumidores de drogas pueden fallecer también por otras causas, como accidentes y enfermedades relacionadas con las drogas. Esta cantidad se calcula en 200-400 personas.

Cannabis

La CBS no ha anotado durante los últimos veinte años ni un solo caso de muerte directa por consumo de cannabis. Tampoco se conoce ningún caso de muerte directa en otros países.

Fuente: Informe Anual del Monitor sobre la Droga Monitor 2007

ANEXO II

Consumo de drogas entre la población general en los Estados Unidos y Holanda en 2005 (en %)

| | Probado alguna vez * | | Consumido durante el último mes | |
|----------|------------------------|-----------------|---------------------------------|----------------|
| | EE.UU. (12 años o más) | Holanda (15-64) | EE.UU. (12 años o más) | Holanda 15-64) |
| tabaco | 70,8 | 61,6 | 29,4 | 26,9** |
| alcohol | 82,9 | n.a. | 51,8 | 77,9 |
| cannabis | 40,1 | 22,6 | 6,0 | 3,0 |
| Cocaína | 13,8 | 3,4 | 1,0 | 0,3 |
| éxtasis | 4,7 | 4,3 | 0,2 | 0,4 |

* **se refiere a fumar todos los días**

** “Probado alguna vez” se refiere al consumo del producto alguna vez a lo largo de la vida, generalmente sin tener en cuenta la frecuencia (de una sola vez a muchas veces). (Fuente: NDM, Informe anual 2008).

Fuentes:

- Estados Unidos: *National Household Survey on Drug Abuse 2005 (Encuesta interna nacional sobre el abuso de drogas)*, SAMHSA, Office of applied studies (Oficina de Estudios Aplicados) Washington DC. www.samhsa.gov

- Holanda: *Nationaal Prevalentie Onderzoek Middelengebruik 2005 (Investigación Nacional de Prevalencia de Consumo de Sustancias)*. IVO, Rotterdam

ANEXO III**a. Consumo de cannabis entre la población general de varios países miembros de la UE-15 y Noruega:
grupo de edad entre 15 y 64 años**

| País | Año | Probado alguna vez | Consumo reciente | Consumo actual |
|-------------|------------|---------------------------|-------------------------|-----------------------|
| Francia | 2005 | 31% | 9% | 5% |
| España | 2005/6 | 29% | 11% | 9% |
| Italia | 2005 | 29% | 11% | 6% |
| Holanda | 2005 | 23% | 5% | 3% |
| Austria | 2005 | 20% | 8% | 4% |
| Irlanda | 2002/2003 | 17% | 5% | 3% |
| Noruega | 2004 | 16% | 5% | 2% |
| Finlandia | 2004 | 13% | 3% | 2% |
| Bélgica | 2004 | 13% | 5% | 3% |
| Grecia | 2004 | 9% | 2% | 1% |
| Portugal | 2001 | 8% | 3% | 2% |

Las diferencias entre año de referencia, métodos de medición y muestreos dificultan una comparación exacta entre los países. Porcentaje de consumidores que han probado alguna vez, recientes (el último año) y actuales (el último mes).

Fuente: NDM 2008 según el EMCDDA (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2007)

b. Consumo de cannabis entre la población general de varios países miembros de la UE, Canadá, los Estados Unidos y Australia: otros grupos de edad.*

| País | Año | Edad (año) | Probado alguna vez | Consumo reciente | Consumo actual |
|----------------|------|---------------|--------------------|------------------|----------------|
| Canadá | 2004 | 15 años y más | 45% | 14% | - |
| Estados Unidos | 2006 | 12 años y más | 40% | 10% | 6% |
| Dinamarca | 2005 | 16 – 64 | 37% | 5% | 3% |
| Australia | 2004 | 14 años y más | 34% | 11% | 7% |
| Reino Unido | 2004 | ? | 30% | 10% | 6% |
| Alemania | 2003 | 18 – 59 | 25% | 7% | 3% |
| Italia | 2003 | 15 – 54 | 22% | 7% | 5% |
| Suecia | 2006 | 16 – 64 | 12% | 2% | 1% |

Las diferencias entre año de referencia, métodos de medición y muestreos dificultan una comparación exacta entre los países. Porcentaje de consumidores que han probado alguna vez, recientes (el último año) y actuales (el último mes).

* El consumo de drogas es en proporción bajo en los grupos de edad más jóvenes (12-15 años) y más viejos (> 64 años). - = no medido.

Fuente: NDM 2008 según el EMCDDA (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2007)

ANEXO IV:**a. Consumo de éxtasis y anfetaminas entre la población general de varios países miembros de la UE y Noruega: grupo de edad entre 15 y 64 años**

| País | Año | Éxtasis | | Anfetaminas | |
|-----------|-----------|------------|----------|-------------|----------|
| | | Alguna vez | Reciente | Alguna vez | Reciente |
| España | 2005/2006 | 4,4% | 1,2% | 3,4% | 0,7% |
| Holanda | 2005 | 4,3% | 1,2% | 2,1% | 0,3% |
| Irlanda | 2002/2003 | 3,8% | 1,1% | 3,0% | 0,4% |
| Austria | 2004 | 3,0% | 0,9% | 2,4% | 0,8% |
| Italia | 2005 | 2,5% | 0,5% | 2,4% | 0,4% |
| Francia | 2005 | 2,0% | 0,4% | 1,4% | 0,1% |
| Noruega | 2004 | 1,8% | 0,5% | 3,6% | 1,1% |
| Finlandia | 2004 | 1,4% | 0,5% | 1,9% | 0,6% |
| Portugal | 2001 | 0,7% | 0,4% | 0,5% | 0,1% |
| Grecia | 2004 | 0,4% | 0,2% | 0,1% | 0,0% |
| Bélgica | 2001 | - | - | 2,1% | - |

Las diferencias entre año de referencia, métodos de medición y muestreos dificultan una comparación exacta entre los países. Porcentaje de consumidores que han probado alguna vez y recientes (el último año). - = no medido.

Fuente: NDM 2008 según el EMCDDA (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2007)

b. Consumo de éxtasis y anfetaminas entre la población general de varios países miembros de la UE, los Estados Unidos, Canadá y Australia: otros grupos de edad.*

| País | Año | Edad | Éxtasis | | Anfetaminas | |
|----------------|------|---------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | | | Alguna vez | Reciente | Alguna vez | Reciente |
| Australia | 2004 | 14 años y más | 7,5% | 3,4% | 9,1% | 3,2% |
| Reino Unido | 2004 | ? | 6,7% | 1,9% | 11,7% | 1,5% |
| Estados Unidos | 2006 | 12 años y más | 5,0% | 0,9% | 8,2% | 1,4% |
| Canadá | 2004 | 15 años y más | 4,1% | 1,1% | 6,4% | 0,8% |
| Alemania | 2003 | 18 - 59 | 2,4% | 0,8% | 3,4% | 0,9% |
| Dinamarca | 2005 | 16 - 64 | 1,8% | 0,3% | 6,9% | 0,7% |
| Suecia | 2000 | 16 - 64 | 0,2% | 0,2% | 1,9% | 0,2% |

Las diferencias entre año de referencia, métodos de medición y muestreos dificultan una comparación exacta entre los países. Porcentaje de consumidores que han probado alguna vez y recientes (el último año).

* El consumo de drogas es en proporción bajo en los grupos de edad más jóvenes (12-15 años) y más viejos (> 64 años).

Fuente: NDM 2008 según el EMCDDA (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2007)

ANEXO V

Cálculos nacionales del número de consumidores problemáticos de drogas duras en 12 Estados miembros de la UE (*)

| Países | Año | Número por cada mil habitantes de 15 a 64 años | |
|-------------|------|--|-------------------|
| | | límite inferior – límite superior* | cálculo central** |
| Reino Unido | 2005 | 10,1 – 10,7 | 10,2 |
| España | 2002 | 7,1 – 9,9 | 8,5 |
| Italia | 2005 | 7,2 – 8,6 | 7,9 |
| Dinamarca | 2005 | 7,1 – 8,0 | 7,5 |
| Portugal | 2000 | 6,8 – 8,5 | 7,1 |
| Irlanda | 2001 | 5,2 – 6,1 | 5,7 |
| Austria | 2004 | 5,0 – 5,7 | 5,4 |
| Finlandia | 2002 | 4,6 – 6,1 | 5,3 |
| Suecia | 2003 | 4,5 | 4,5 |
| Alemania | 2005 | 3,0 – 3,5 | 3,3 |
| Holanda | 2001 | 2,2 – 4,3 | 3,1 |
| Grecia | 2005 | 2,3 – 2,8 | 2,6 |

Definición del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA) del consumo problemático: consumo a largo plazo/habitual de opiáceos, cocaína o anfetaminas. Debido a la diferencia de métodos, los datos deben interpretarse con cuidado. Falta un cálculo reciente para Francia (en 1999: 4,4 por cada 1.000 habitantes de 15 a 64 años). En la mayoría de los países, los cálculos se refieren a consumidores de opiáceos, con la excepción de Suecia y Finlandia, donde los consumidores de anfetaminas están en mayoría.

* Valores extremos, partiendo de intervalos de fiabilidad del 95% o de análisis de sensibilidad.

**En países con más cálculos, se ha tomado la media de esos cálculos.

Fuente: NDM 2008 según el EMCDDA (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2007)

ANEXO VI

Estupefacientes decomisados en Holanda durante el periodo 1998 – 2006.

Mientras no se indique lo contrario, las cantidades se consignan en kilogramos.

| | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Heroína | | | | | | | | | |
| - Peso total | 784 | 770 | 896 | 739 | 1.122 | 417 | 1.244 | 901 | 984 |
| Cocaína | | | | | | | | | |
| - Peso total | 8.998 | 10.361 | 6.472 | 8.389 | 7.968 | 17.560 | 12.387 | 14.604 | 10.581 |
| Anfetaminas | | | | | | | | | |
| - Peso total | 1.450 | 853 | 293 | 579 | 481 | 847 | 536 | 1.576 | 632 |
| - Pastillas | 242.409 | 45.847 | - | 20.592 | 1.028 | 14.000 | 10.355 | 980 | 38.077 |
| Éxtasis (*) | | | | | | | | | |
| - Peso | 310 | | 632 | 113 | 849 | 435 | 303 | 220 | 664 |
| - Pastillas | 1.163.514 | 3.663.608 | 5.500.000 | 3.684.505 | 6.787.167 | 5.420.033 | 5.600.193 | 1.854.487 | 4.118.252 |
| Metadona | | | | | | | | | |
| - Peso | - | 50 | 16 | - | 1 | 4 | 3 | 2 | |
| - Pastillas | 4.093 | 186.437 | 5.543 | 8.968 | 9.446 | 57.430 | 13.866 | 13.752 | 11.600 |
| LSD | | | | | | | | | |
| - Trips | 35.964 | 244 | 9.829 | 28.731 | 355 | 0 | 52.000 | 625.000 | 22.599 |
| - Pastillas | 1.826 | 2.423 | 143 | - | - | 1.642 | 0 | 0 | 2.482 |
| Cannabis | | | | | | | | | |
| - Hachís | 70.696 | 61.226 | 29.590 | 10.972 | 32.717 | 10.719 | 16.101 | 5.484 | 4.622 |
| - Marihuana | 54.582 | 47.039 | 9.629 | 21.139 | 9.958 | 7.067 | 7.491 | 2.014 | 6.641 |
| - Número de plantaciones desmanteladas | 616 | 1.091 | 1.372 | 2.012 | 1.574 | 1.867 | 2.261 | 5.630 | |
| - Marihuana Holandesa (Nederwiet) | 881 | 2.076 | 701 | 1.308 | 42.675 (**) | 1.179 | 2.163 | 2.223 | |
| - Peso total | 126.159 | 110.341 | 39.920 | 33.419 | 900.381 | 1.111.855 | 1.127.174 | 1.672.103 | 1.650.500 |
| - Número de plantas (nederwiet) | 353.178 | 582.588 | 661.851 | 884.609 | | | | | |

Fuentes: KLPD / NRI (Servicio de Información Nacional de la Policía Judicial) / Cuerpos policiales regionales / Aduana / Real Policía Militar / Servicio Nacional de la Policía Judicial. Estos datos no son completos, debido a que todavía no puede utilizarse un sistema uniforme de registro de datos.

- Indica que no ha existido (no se conoce) ningún decomiso.

(*) Aquí se incluyen MDMA, MDEA, MDA, PMA y pastillas 2C-B.

(**) Peso total de hachís, marihuana y marihuana holandesa (nederwiet).

² 'Consumido alguna vez' significa el consumo de la sustancia alguna vez en la vida, normalmente con independencia de la frecuencia (de una vez a muchas). (NDM, Informe Anual 2002, p.2006).

^[1] Se trata de jóvenes pagados por los traficantes para llevar a los narcoturistas a los lugares donde se venden las drogas. El número de "drugrunners" ha descendido considerablemente debido al intensivo enfoque que se ha dado a este asunto.