



Bruselas, 30 de noviembre de 2015
(OR. en)

14762/15

**CORDROGUE 93
SAN 411
ENFOPOL 378
RELEX 986**

NOTA DE TRANSMISIÓN

De: secretario general de la Comisión Europea,
firmado por D. Jordi AYET PUIGARNAU, director

Fecha de recepción: 27 de noviembre de 2015

A: D. Jeppe TRANHOLM-MIKKELSEN, secretario general del Consejo de la
Unión Europea

N.º doc. Ción.: COM(2015) 584 final

Asunto: INFORME DE LA COMISIÓN AL PARLAMENTO EUROPEO Y AL
CONSEJO sobre los avances en la Estrategia de la UE en materia de
lucha contra la droga (2013-2020) y en el Plan de Acción en materia de
lucha contra la droga (2013-2016)

Adjunto se remite a las Delegaciones el documento – COM(2015) 584 final.

Adj.: COM(2015) 584 final



COMISIÓN
EUROPEA

Bruselas, 27.11.2015
COM(2015) 584 final

INFORME DE LA COMISIÓN AL PARLAMENTO EUROPEO Y AL CONSEJO

**sobre los avances en la Estrategia de la UE en materia de lucha contra la droga
(2013-2020) y en el Plan de Acción en materia de lucha contra la droga (2013-2016)**

{SWD(2015) 257 final}

1. Introducción y contexto

Las sustancias ilegales constituyen un problema social complejo, que afecta a la vida de millones de personas. Aunque el consumo de drogas como la heroína y la cocaína ha disminuido en los últimos años, existen nuevas sustancias psicotrópicas cada vez más accesibles en el mercado libre o a través de Internet que entrañan graves riesgos para la salud.

Los costes humanos y sociales de la drogodependencia son muy elevados. Genera gastos para la sanidad pública (en prevención y tratamiento, asistencia sanitaria y tratamiento hospitalario), la seguridad pública, el medio ambiente y la productividad laboral.

Como mínimo 78,9 millones de europeos afirman haber consumido cannabis por lo menos una vez en su vida, mientras que 15,6 y 12 millones de personas declaran haber probado cocaína y anfetaminas, respectivamente. Además, 1,3 millones de adultos son consumidores de opiáceos y el 3,4 % de las muertes de ciudadanos europeos de 15 a 39 años se deben a sobredosis de drogas. Según las últimas estimaciones, en 2010 murieron 1700 personas en la UE a causa del VIH/SIDA atribuible al consumo de drogas.¹ En 2013, se notificaron en la UE 1 446 nuevos casos de VIH atribuible al consumo de drogas por vía parenteral.² En 2014, se detectaron 101 sustancias psicotrópicas nuevas, un 22 % más que en 2013.

La Agenda Europea de Seguridad³ reconoce la estimación de Europol de que el mercado de **sustancias ilegales es el mercado delictivo más dinámico**. El tráfico y la producción de drogas se encuentran entre las actividades delictivas más rentables para los grupos de delincuencia organizada de la UE. El valor del mercado de opiáceos europeo se estima en 12 000 millones EUR,⁴ mientras que el consumo estimado de cannabis, la droga más extendida en la UE, asciende a 2 000 toneladas. La cocaína es la segunda droga más consumida en la UE: en 2013, los Estados miembros de la UE se incautaron de más de 61 toneladas.⁵ Además, en el último par de años Internet se ha convertido en un mercado virtual de drogas.⁶

En 2013, el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) mejoró su información sobre la situación de las drogas en Europa. En ese mismo año, el OEDT y Europol publicaron el primer informe sobre mercados de la droga en la UE a solicitud de la Comisión Europea. Las dos agencias de la UE publicarán una segunda edición a principios de 2016.

Las drogas son un problema mundial. Se estima que un total de 264 millones de personas de 15 a 64 años consumieron alguna sustancia ilegal en 2013. Unos 27 millones de personas presentan drogodependencia o trastornos relacionados con el consumo de drogas. Casi la mitad (12,19 millones) son consumidores de drogas por vía parenteral y 1,65 millones de ellos convivían con el VIH en 2013.⁷

En abril de 2016 la **Asamblea General de las Naciones Unidas celebrará una Sesión Especial (UNGASS) sobre drogas** que se centrará en la mejora de las políticas mundiales en esta materia, al mismo que se refuerzan aspectos de sanidad pública y derechos humanos en el marco de las

¹ Informe europeo sobre drogas del OEDT 2015

² Informe del OEDT

³ COM (2015) 185

⁴ Informe general sobre actividades de Europol en 2014

⁵ SOCTA provisional 2015: *An Update on Serious and Organised Crime in the EU*, Europol, marzo de 2015

⁶ Informe conjunto del OEDT y Europol: *EU Drugs Market Report: a strategic analysis*, 2013

⁷ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), Informe mundial sobre drogas 2015

convenciones de las Naciones Unidas sobre estupefacientes.⁸ Será un momento crucial para el curso futuro de la política en materia de drogas de la comunidad internacional. En este contexto, la voz de la UE será importante.

La **Estrategia de la UE en materia de lucha contra la droga para 2013-2020⁹** y el **Plan de Acción de la UE en materia de Lucha contra la Drogas 2013-2016¹⁰** establecieron el marco político y las prioridades de la UE al respecto. La Estrategia ofrece un marco único y basado en datos contrastados para abordar el problema de las drogas dentro y fuera de la UE. Pretende contribuir a la reducción de la oferta y la demanda dentro de la UE, y a la reducción de los riesgos sanitarios y sociales y los daños causados por las drogas. La Estrategia aborda tres temas transversales: (a) coordinación, (b) cooperación internacional y (c) investigación, información, seguimiento y evaluación.

El presente Informe presenta los **principales progresos** realizados por la UE en 2013 y 2014 en la aplicación de su Estrategia para 2013-2020 y de su Plan de Acción de la UE en materia de Lucha contra la Drogas 2013-2016. En el documento de trabajo de los servicios de la Comisión adjunto se presentan los resultados detallados.

2. Método

El Plan de Acción de la UE en materia de Lucha contra la Drogas identifica al responsable de la aplicación de las acciones que prevé y establece plazos para cada una de ellas. La presente revisión, que cubre los años 2013 y 2014, se basa en aportaciones del OEDT, Europol, Eurojust (la Unidad de Cooperación Judicial de la Unión Europea) y la CEPOL (Escuela Europea de Policía). Se recibieron también aportaciones del Servicio Europeo de Acción Exterior y de la Presidencia del Consejo.¹¹ La Comisión realizó asimismo una encuesta entre los Estados miembros¹² y organizaciones de la sociedad civil interesadas en la política de lucha contra la droga.¹³ El informe se centra en los resultados de la Estrategia y del Plan de acción de la UE en materia de lucha contra la droga.

3. Reducción de la demanda de droga

Prevención

Según una encuesta del Eurobarómetro de 2014 sobre la juventud y las drogas¹⁴, la experimentación con las drogas comienza en la etapa escolar: se estima que uno de cada cuatro jóvenes de 15 y 16 años han consumido alguna sustancia ilegal.¹⁵ La **sensibilización y el asesoramiento** siguen siendo las actividades preventivas más comunes para llegar a los jóvenes en riesgo de consumo de sustancias, como los estudiantes con problemas académicos y sociales.¹⁶ En 2013, menos de la mitad de los Estados miembros informaron al OEDT sobre la aplicación de políticas integrales de lucha contra la droga en los centros escolares. No obstante, **se informó de la existencia en la UE de numerosas**

⁸ Convención única de 1961 sobre estupefacientes; Convención de 1971 sobre sustancias psicotrópicas y Convención de 1988 sobre tráfico ilegal de estupefacientes y sustancias psicotrópicas

⁹ DO C 402 de 29.12.2012, p. 1

¹⁰ DO C 351 de 30.11.2013, p. 1

¹¹ Incluido en los resultados de una encuesta realizada en abril de 2015 por la Presidencia del Consejo entre los Estados miembros sobre la cuestión del uso indebido y la dependencia de medicamentos. Aunque la encuesta no encaja en el marco 2013-2014, se utilizan en este informe sus resultados porque demuestran el estado de la cuestión en los Estados miembros en relación con las acciones 4 y 50 del Plan de Acción de la UE en materia de Lucha contra la Drogas. Este estado de la cuestión es relevante también para el periodo 2013-2014.

¹² Respondieron a la encuesta todos los Estados miembros.

¹³ Respondieron al cuestionario organizaciones de Eslovenia, España, Francia, Grecia, Hungría, Italia, Lituania, Luxemburgo, Países Bajos, Portugal y Suecia. Algunas de ellas son organizaciones centrales que representan a otras muchas del mismo ámbito tanto del país como de países distintos.

¹⁴ Encuesta *Eurobarómetro flash* 401 de 2014 «Juventud y drogas»

¹⁵ <http://www.emcdda.europa.eu/data/2014>

¹⁶ Informe del OEDT

campañas escolares de información general sobre el consumo de sustancias.¹⁷ La mayoría de los Estados miembros comunicaron la existencia en 2013-2014 de programas o medidas específicos para **retrasar el primer consumo** de sustancias ilegales.

Ejemplo

El Grupo Mondorf, un grupo colaborativo que trabaja en Luxemburgo y en las regiones fronterizas de Francia, Alemania y Bélgica, organizó actividades de prevención que combinaban un método no centrado en las drogas con componentes interculturales y actividades de ocio para jóvenes basadas en el concepto de «pedagogía de aventura». El objetivo principal de estas actividades consiste en brindar a los jóvenes la oportunidad de experimentar situaciones de dinámica de grupos, gestión de conflictos y evaluación de límites y riesgos y la sensación de solidaridad dentro de un grupo de personas social y culturalmente distintas.

La mayoría de los Estados miembros, incluidas las organizaciones de la sociedad civil, comunicaron haber desarrollado **iniciativas de sensibilización** sobre los riesgos y las consecuencias del consumo de sustancias ilegales y otras sustancias psicotrópicas nuevas.

Todos los Estados miembros comunicaron haber **aplicado medidas de prevención**. Muchos Estados miembros aplicaron programas de prevención universales y algunos afirmaron haber llevado a efecto programas de prevención¹⁸ selectiva.¹⁹ La mitad de los Estados miembros comunicaron la realización de campañas de lucha contra la droga en ámbitos recreativos, como festivales de música, fiestas y clubes nocturnos. La mayoría de los Estados miembros señalaron que en 2013 y 2014 mejoró o se mantuvo estable la disponibilidad de medidas de prevención. No obstante, algunos representantes de la sociedad civil señalaron un descenso del gasto público en este ámbito debido a las restricciones presupuestarias.

Uso indebido y dependencia de medicamentos de venta con receta

El uso indebido y la dependencia de medicamentos de venta con receta en la UE merece un análisis detallado. Se observa entre los consumidores de opiáceos un uso indebido frecuente de benzodiacepinas,²⁰ que se asocian a morbimortalidad en este grupo.²¹ Se cree que hay un uso indebido de anestésicos y analgésicos opioides,²² que se prescriben principalmente por sus efectos psicotrópicos y como medicación sustitutiva para tratar adicciones. Hay, no obstante, datos muy escasos en los Estados miembros para hacer una estimación completa del uso indebido, que se realiza en diversos contextos en toda la UE. Hay que seguir profundizando, por tanto, en la escala del problema y en las respuestas dadas en la UE para decidir sobre las medidas a adoptar en el futuro.

¹⁷ El consumo de sustancias abarca el alcohol, el tabaco y las drogas. Información facilitada por el OEDT.

¹⁸ Las estrategias de «prevención selectiva» abordan subconjuntos de la población que se consideran en riesgo de abuso de sustancias en virtud de su pertenencia a un segmento concreto de la población, como el de los delincuentes juveniles o el de los estudiantes fracasados. Los grupos de riesgo pueden identificarse a partir de factores de riesgo social, demográfico o medioambiental asociados con el abuso de sustancias, y es posible definir subgrupos específicos por razón de la edad, el sexo, los antecedentes familiares o el lugar de residencia, como el de los barrios marginados o con una alta incidencia en el consumo o tráfico de drogas.

¹⁹ La «prevención selectiva» se dirige a personas vulnerables y les ayuda a abordar las características personales que les hacen más vulnerables al consumo de drogas.

²⁰ Las benzodiacepinas son un grupo de medicamentos ampliamente recetados con diversos usos clínicos, como el tratamiento de la ansiedad y el insomnio y el control del síndrome de abstinencia alcohólica. Pueden citarse como ejemplos: diazepam, clonazepam, alprazolam y oxazepam.

²¹ [El uso indebido de benzodiacepinas entre consumidores de opiáceos de alto riesgo en Europa. Informe del OEDT, 2015](#)

²² Con y sin receta médica, si procede.

Tratamiento

En 2013 y 2014 se disponía de servicios de tratamiento integrado²³ con buena cobertura en todos los Estados miembros. La mitad de los Estados miembros consideraban que no se había producido ningún cambio importante en la disponibilidad de servicios de tratamiento en el período 2013-2014; la mayor parte de los demás estimaban que la disponibilidad había aumentado. Por otro lado, algunos representantes de la sociedad civil insistieron en una disminución de esa disponibilidad debido a los recortes presupuestarios.

En 2013-2014 había en los Estados miembros una amplia variedad de servicios de tratamiento completo e integrado. La mitad de los Estados miembros comunicaron que estos tratamientos no se diversificaron en 2013 y 2014 en comparación con años anteriores.

Ejemplo

El tratamiento contra la adicción es muy accesible en Inglaterra. Los últimos datos (referidos a 2013-14) demuestran que el 98 % de las personas derivadas iniciaron el tratamiento en menos de tres semanas. Los tiempos de espera son breves, de unos tres días. Se ha conseguido reducir a esos tres días el tiempo de espera, que era en 2001 de dos meses, debido a las mejoras introducidas en la última década.

La mayor parte del tratamiento contra la adicción en Europa se dispensa en régimen ambulatorio.²⁴ Solo una décima parte del tratamiento se dispensa en hospitales o centros especializados.²⁵

Los servicios de rehabilitación/recuperación evolucionaron en 2013 y 2014, pero casi la mitad de los Estados miembros señalaron que no se habían producido ampliaciones en ellos. En el mismo sentido, muchos representantes de la sociedad civil informaron de que no se había producido ninguna ampliación de los servicios de rehabilitación y recuperación en 2013 y 2014.

Reducción de riesgos y daños

En 2013, todos los Estados miembros había adoptado objetivos de política sanitaria para prevenir y reducir los daños para la salud asociados a la drogodependencia.²⁶ La mayoría de los Estados miembros comunicaron haber adoptado medidas concretas en 2013 y 2014 para garantizar la disponibilidad de **medidas de reducción de los riesgos y daños** basadas en datos contrastados, así como el acceso a las mismas.

Ejemplo

En Chipre, se estableció en 2013 un programa de umbral bajo²⁷ que desarrolló al año siguiente la primera experiencia piloto del tipo «bola de nieve». Se seleccionó a ex-consumidores y consumidores de drogas por vía parenteral (CDVP) para impartirles formación sobre el VIH/SIDA, la hepatitis, la tuberculosis, técnicas de primeros auxilios, el sexo seguro y el consumo de drogas más seguro. Tras la formación, cada participante seleccionó a otros tres CDVP y compartió con ellos los conocimientos

²³ Según la acción 5 del Plan de Acción de la UE en materia de Lucha contra la Drogas. Se ofrecen más detalles en el documento de trabajo de los servicios de la Comisión adjunto.

²⁴ Se considera paciente en régimen ambulatorio al paciente que no está hospitalizado durante 24 horas o más pero que acude a un hospital, consulta o centro asociado en busca de diagnóstico o tratamiento. Datos notificados por el OEDT.

²⁵ En muchos países, los centros especializados pueden recetar tratamientos de sustitución de opiáceos. Información notificada por el OEDT

²⁶ Según el [Informe sobre el estado actual de la situación de la Recomendación del Consejo de 2003 sobre la prevención y la reducción de los daños para la salud asociados a la drogodependencia, en Estados miembros y países candidatos](#), Gesundheit Oesterreich & Sogeti, 2013

²⁷ Son programas «de umbral bajo» los que imponen requisitos mínimos al paciente, ofrecen servicios sin tratar de controlar su consumo de drogas y prestan asesoramiento solo si se solicita.

adquiridos, así como los datos sobre comportamientos de consumo de drogas de alto riesgo obtenidos a través de un cuestionario.

Todos los Estados miembros cuentan con programas de tratamiento de sustitución de opiáceos (TSO) y de intercambio de agujas y jeringuillas como medidas fundamentales para prevenir y controlar las infecciones entre consumidores de drogas por vía parenteral, habiendo aumentado considerablemente la cobertura de unos y otros. No obstante, en 2013 los programas de intercambio de agujas y jeringuillas quedaron muy lejos de la cobertura plena en todos los países, especialmente en lo que respecta a los centros penitenciarios.²⁸ Varios países también comunicaron recortes de los servicios de reducción de los daños en los últimos años, y algunos solo cuentan con prestaciones limitadas de estos servicios.²⁹

Ejemplo

En la República Checa, el acceso al tratamiento de sustitución es limitado. La metadona es gratuita para los pacientes, pero solo está disponible en unos 10 centros especializados. La mayoría de los pacientes con TSO reciben buprenorfina, que, no obstante, en la práctica no está cubierta por el seguro de salud y la mayoría de los pacientes han de pagar un precio muy elevado por ella (aproximadamente la mitad del salario medio cada mes). De ahí el auge del mercado negro de buprenorfina.

Unos pocos países ofrecen **narcosalas**³⁰ supervisadas y algunos disponen también de programas de administración de naloxona a domicilio.³¹

Aunque se han obtenido progresos en los últimos años, el consumo de drogas conducente a sobredosis o a enfermedad, accidente, violencia y suicidio sigue siendo una de las principales causas de mortalidad evitable entre los jóvenes en la UE. **La UE estimó que en 2013 hubo al menos 5 800 muertes por sobredosis de drogas.**³² Desde 2003, la mayoría de los países han sido incapaces de reducir el número de muertes por esta causa. Debe señalarse, no obstante, que en general la cobertura y la disponibilidad de las medidas de reducción de los daños en la UE parece ir asociada a una disminución de los niveles de sobredosis de drogas notificados. Las infecciones por el VIH entre los consumidores de drogas por vía parenteral disminuyeron en 2013. En cambio, las tasas de infección por hepatitis C se mantuvieron altas en muchos países.³³

Consumo de droga en centros penitenciarios

El consumo de sustancias es mayor entre los reclusos que en la población general. En 2013 y 2014, la mayoría de los Estados miembros tenían en vigor políticas sanitarias para consumidores de drogas en situación de privación de libertad. Más de la mitad de esos países tienen previsto ampliar las medidas existentes a finales de 2016 y la mayoría de los que no cuentan con tales medidas prevén implantarlas para entonces.

²⁸ Igual que la nota al pie 26.

²⁹ Informe del OEDT.

³⁰ Respuestas del cuestionario complementadas con datos del informe del OEDT «[Perspectives on drugs, Drug consumption rooms: an overview of provision and evidence](#)», 2015.

³¹ El naloxano es un fármaco utilizado para contrarrestar los efectos de los opiáceos, especialmente en casos de sobredosis. El OEDT informa de que algunos programas de naloxona son reducidos y limitados en el tiempo. En un país, los programas de distribución de naloxona se destinan a consumidores de alto riesgo en la comunidad y a reclusos tras su liberación.

³² Informe del OEDT.

³³ Informe sobre drogas del OEDT 2015.

En 2013 y 2014, los servicios penitenciarios y comunitarios prestaron atención continuada a los consumidores de drogas en más de la mitad de los Estados miembros, con objeto sobre todo de evitar sobredosis.³⁴

En 2013 se ofrecía tratamiento de sustitución de opiáceos en los centros penitenciarios de la gran mayoría de los Estados miembros.³⁵ Sin embargo, en algunos países el tratamiento se limitaba a quienes lo tenían prescrito ya antes de la privación de libertad.

Solo algunos países tenían en 2013 y 2014 **financiación específica para actividades de reducción de la demanda de drogas**. Con frecuencia, el presupuesto para actividades de este tipo se encuadraba en ámbitos afines, como sanidad, educación o bienestar.

4. Reducción de la oferta de droga

Europol informa de que el tráfico de drogas fue el principal ámbito delictivo en 2013 y 2014 en términos de casos iniciados y de flujo de información. En 2013 se notificaron 230 000 delitos relacionados con la oferta de drogas, el 57 % de ellos referidos al cannabis.³⁶ En 2014 se notificaron en la UE más de 1 600 nuevos casos en materia de drogas relacionados con grupos de delincuencia organizada que traficaban con cocaína, heroína, drogas sintéticas y cannabis.³⁷

En 2014 se notificaron en la UE **101 sustancias psicotrópicas nuevas**, frente a las 41 de 2010. Más de 450 se encuentran actualmente bajo la supervisión del OEDT. En 2013, se realizaron 33 000 incautaciones de sustancias psicotrópicas nuevas, que suponían un total de más de 2,3 toneladas. La producción de estas sustancias, incluidas la elaboración de los comprimidos, el empaquetamiento y el etiquetado, tiene lugar cada vez más en el territorio de la UE,³⁸ aunque también llega de países no pertenecientes a la UE. Los Estados miembros informaron de que la principal fuente de sustancias psicotrópicas nuevas llegadas a Europa en 2014 fue China.

En 2013 y 2014, el OEDT emitió 182 notificaciones formales de sustancias psicotrópicas nuevas y 32 alertas y avisos de salud pública a la Red del sistema de alerta temprana. Muchas de esas notificaciones se referían a acontecimientos adversos graves, sobre todo muertes, o a peligros con riesgo de causar daños graves. En este período, el OEDT y Europol realizaron siete evaluaciones de riesgos de nuevas sustancias psicotrópicas. Sobre esta base,³⁹ la Comisión presentó en 2013 al Consejo sendas propuestas para la inclusión de dos sustancias en los controles de la UE en 2013, seguidas por otras seis en 2014.⁴⁰ El Consejo adoptó todas las propuestas de la Comisión, tras el dictamen positivo del Parlamento Europeo.⁴¹

³⁴ Aunque en algunos países solo ocurre en algunos centros penitenciarios.

³⁵ Según el OEDT.

³⁶ Informe del OEDT.

³⁷ Informe de Europol.

³⁸ Igual que la nota al pie 4.

³⁹ El OEDT y Europol realizaron una octava evaluación de riesgos (sobre 4-metilanfetamina) en 2012.

⁴⁰ DECISIÓN DE EJECUCIÓN (UE) 2015/1876 DEL CONSEJO, de 8 de octubre de 2015, por la que se somete el 5-(2-aminopropil)indol a medidas de control; DECISIÓN DE EJECUCIÓN (UE) 2015/1874 DEL CONSEJO, de 8 de octubre de 2015, por la que se somete la 4-metilanfetamina a medidas de control; DECISIÓN DE EJECUCIÓN (UE) 2015/1875 DEL CONSEJO, de 8 de octubre de 2015, por la que se someten a medidas de control las sustancias 4-yodo-2,5-dimetoxi-N-(2-metoxibencil) fenetilamina (25I-NBOMe), 3,4-dicloro-N-[[1-(dimetilamino)ciclohexil]metil]benzamida (AH-7921), 3,4-metilendioxipirovalerona (MDPV) y 2-(3-metoxifenil)-2-(etilamino)ciclohexanona (metoxetamina); DECISIÓN DE EJECUCIÓN (UE) 2015/1873 DEL CONSEJO, de 8 de octubre de 2015, por la que se somete el 4-metil-5-(4-metilfenil)-4,5-dihidrooxazol-2-amina (4,4'-DMAR) y el 1-ciclohexil-4-(1,2-difeniletil) piperazina (MT-45) a medidas de control.

⁴¹ La sentencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea de 16 de abril de 2015 en los asuntos C-317/13 y C-679/13 exigió la consulta al Parlamento Europeo antes de la adopción de las Decisiones del Consejo de prohibición de nuevas sustancias psicotrópicas. Por tanto, el Consejo tuvo que volver a adoptar todas las Decisiones del Consejo adoptadas o pendientes de adopción antes de la sentencia del TJE, tras consultar al Parlamento Europeo. Esto ocurrió en octubre de 2015.

Dada la magnitud de la amenaza de las nuevas sustancias psicotrópicas, el Consejo y el Parlamento Europeo tuvieron que decidir sobre la implantación de un sistema nuevo, más rápido y efectivo, para abordarla. En septiembre de 2013, la **Comisión adoptó un paquete legislativo**⁴² con este fin. Desde entonces, el paquete se encuentra en fase de debate de los legisladores.

En 2013 y 2014, el OEDT trabajó con los Estados miembros para obtener datos precisos, fiables, comparables y de buena calidad **sobre la oferta de drogas en toda la UE**. Los resultados permitirán evaluar la situación y la eficacia de las políticas de reducción de la oferta. Se recogerán datos con carácter experimental en 2015.

El número de casos de tráfico de drogas notificado a Eurojust aumentó solo ligeramente en 2014 con respecto al año anterior. Un proyecto desarrollado por Eurojust sobre el tráfico de drogas en 2014 permitió advertir que eran las diferencias en las normas sustantivas y procesales de los Estados miembros **el principal obstáculo para las investigaciones sobre el tráfico de drogas** y para la identificación, seguimiento y recuperación de activos procedentes de actividades delictivas transfronterizas organizadas. El proyecto llegó asimismo a la conclusión que se hacía escaso uso de las resoluciones de embargo preventivo y de decomiso de los productos de la delincuencia en los casos de tráfico de drogas.⁴³ En 2013 y 2014 la mayoría de los Estados miembros pusieron en marcha iniciativas para combatir el tráfico transfronterizo y mejorar la seguridad de los Estados miembros.

En 2013 y 2014, la CEPOL organizó cursos de formación sobre drogas y cuestiones afines para cerca de **1 300 participantes** de Estados miembros, países asociados, países candidatos y agencias de la UE. Más de la mitad de los Estados miembros comunicaron una **buena cooperación** en asuntos relacionados con las drogas entre las unidades de las fuerzas y cuerpos de seguridad y los órganos competentes,⁴⁴ aunque no todos ellos han suscrito documentos para formalizar la cooperación.

En 2013 se produjeron **846 casos de incautación y detención de cargamentos de precursores de drogas previstos para uso ilícito**; en 2014 fueron **628 casos**.⁴⁵

Varios Estados miembros agruparon las capacidades de las fuerzas y cuerpos de seguridad en el Centro de Análisis y Operaciones Marítimas (Narcóticos) (MAOC-N) para interceptar cargamentos de droga, en particular, en el océano Atlántico. Desde su creación, el Centro ha coordinado la interceptación de más de **120 barcos** y la incautación de más de **100 toneladas de cocaína** y **300 toneladas de cannabis** con un valor de venta al por menor de 8 000 millones **EUR**. Las actividades del Centro se realizan con financiación de la UE.

En 2013 y 2014 el ordenamiento jurídico de la mayoría de los Estados miembros preveía **la aplicación de fórmulas alternativas a las sanciones coercitivas para los delincuentes consumidores de droga**. Casi todos estos Estados miembros preveían el tratamiento y la rehabilitación, mientras que la mitad preveían la educación, la atención posterior o la integración social.

⁴² El paquete consta de: la propuesta de un Reglamento del Parlamento Europeo y del Consejo sobre nuevas sustancias psicotrópicas y la propuesta de una Directiva del Parlamento Europeo y del Consejo por las que se modifica la Decisión marco 2004/757/JAI del Consejo, de 25 de octubre de 2004, relativa al establecimiento de disposiciones mínimas de los elementos constitutivos de delitos y las penas aplicables en el ámbito del tráfico ilícito de drogas, por lo que respecta a la definición de droga.

⁴³ Sobre la base de la Decisión marco 2006/783/JAI del Consejo de 6 de octubre de 2006 relativa a la aplicación del principio de reconocimiento mutuo de resoluciones de decomiso (DO L 328, 24.11.2006, p. 59) y la Decisión marco 2003/577/JAI del Consejo de 22 de julio de 2003 relativa a la ejecución en la Unión Europea de las resoluciones de embargo preventivo de bienes y de aseguramiento de pruebas (DO L 196, 2.8.2003, p. 45).

⁴⁴ Como compañías aéreas, servicios de mensajería aérea urgente, compañías navieras, autoridades portuarias y compañías químicas.

⁴⁵ Base de datos de la UE sobre precursores de drogas.

Ejemplo

En Portugal, una Ley vigente desde julio de 2001 excluye del ámbito penal el consumo de sustancias ilegales y actos conexos, pero mantiene la ilegalidad del consumo de drogas. Se tipifica como delito la tenencia de drogas en cantidad superior a la media para el consumo individual durante un período de 10 días. No obstante, las personas que tengan en su poder una cantidad inferior y no sean sospechosas de participar en el tráfico de drogas serán evaluadas por una Comisión de Disuasión de Drogadicción de ámbito local, compuesta por un letrado, un médico y un trabajador social. Pueden aplicarse sanciones administrativas, pero el objetivo principal consiste en facilitar el acceso a tratamiento y la recuperación de una vida sana y en sociedad. Estas Comisiones actúan como «segunda línea» de intervención preventiva, evaluando las circunstancias personales de los consumidores de drogas remitidos por la policía y dirigiéndoles a las entidades adecuadas.

Otro desafío es la aparición de Internet como mercado virtual de drogas. **Más de la mitad de los Estados miembros combaten específicamente esta modalidad** y algunos de ellos se centran especialmente en los sitios web utilizados para vender drogas sintéticas. Eurojust y Europol también notificaron la adopción de varias medidas para combatir delitos relacionados con las drogas a través de Internet.

Ejemplo

En Alemania, la Oficina Federal de Investigación (BKA) detectó un aumento de la venta de narcóticos de todo tipo a través de Internet. Esta actividad se centra sobre todo en las drogas sintéticas. Además, la venta de drogas se hace cada vez más en la red invisible que en la red visible. Con ello se hace posible la anonimización y la codificación, que dificultan en gran medida la identificación de administradores, proveedores y clientes. Además, el uso de monedas virtuales, como el Bitcoin, ofrece aún mayor anonimato a los usuarios. Debido a este creciente fenómeno, la BKA puso en marcha un grupo de trabajo denominado «Tráfico de drogas a través de Internet» el 15 de noviembre de 2014. El grupo está integrado actualmente por 2,5 empleados.

Solo algunos países contaron en 2013 y 2014 **con financiación específica para actividades de reducción de la oferta de droga**. Normalmente, el presupuesto para estas actividades está incluido en ámbitos conexos, como el presupuesto general de la policía.

5. Coordinación

Una respuesta eficaz al **carácter intersectorial del problema de las drogas requiere la coordinación** de los distintos ámbitos de la política en la UE y a escala nacional en los Estados miembros de la UE.

El Consejo cuenta con un grupo de trabajo específico en materia de drogas. Dentro de él, las distintas presidencias del Consejo han establecido un temario que sigue de cerca el Plan de Acción de la UE en materia de Lucha contra la Drogen. No obstante, unos pocos Estados miembros consideraron que no se habían abordado todas las medidas de forma sistemática. Las presidencias rotatorias del Consejo han tratado además de estrechar los vínculos y de establecer sistemas de intercambio de información con otros grupos de trabajo vinculados a las fuerzas y cuerpos de seguridad.

Casi todos los Estados miembros de la UE afirman que coordinan su **posición en los grupos de trabajo del Consejo de la UE en temas relacionados con las drogas** con las distintas partes relevantes a escala nacional.

En 2013, salvo un país que contaba con una estrategia regional, todos los Estados miembros tenían implantadas estrategias nacionales **de lucha contra las drogas**. Aunque la mayoría de las estrategias se centraban específicamente en las sustancias ilegales, en algunos países se encuadraban en políticas de adicción más amplias, incluido el tabaco, el alcohol y, a veces, otras conductas adictivas. En años recientes, cada vez más países han realizado una evaluación final de su estrategia o Plan de Acción en materia de Lucha contra la Drogen.⁴⁶ Todos los Estados miembros de la UE comunicaron la participación de **organizaciones de la sociedad civil**⁴⁷en la elaboración, desarrollo, seguimiento o evaluación de su política nacional en materia de lucha contra la droga en 2013-2014.

Ejemplo

En Eslovaquia, las ONG tienen su representante (representante oficial) en el órgano principal de coordinación (el Consejo del Gobierno de la República Eslovaca para la Política en materia de Drogen), que tiene la facultad de invitar a dichos representantes a las reuniones o al debate de puntos concretos del orden del día. Además, durante la preparación de nuevos documentos estratégicos (estrategia, planes de acción), se pide a esos representantes que presenten sus ideas, bien a través del representante oficial, bien directamente. Están facultados asimismo para presentar sus observaciones y sugerencias en el procedimiento de aprobación de los documentos. Tales observaciones y sugerencias deben debatirse y las más razonables han de tenerse en cuenta; debe evitarse cualquier discrepancia, ya que de lo contrario podría paralizarse el procedimiento de aprobación.

La mayoría de los representantes de la sociedad civil confirmaron su participación en el desarrollo, seguimiento o evaluación de la política de lucha contra la droga de su país en 2013-2014, aunque algunos también afirmaron que no había habido **un diálogo estructurado** a tal efecto. Aunque muchos de los representantes de la sociedad civil consideraron que el tipo de cooperación existente a escala nacional era útil, algunos mencionaron que no desempeñaban ningún papel en la configuración de las políticas de lucha contra la droga en sus respectivos países. A escala de la UE, existe un diálogo estructurado entre la Comisión y la sociedad civil a través del Foro de la Sociedad Civil sobre Drogas, que ofrece asesoramiento para respaldar la formulación y aplicación de las políticas.

Los representantes de la sociedad civil consideraron que no se habían asignado **recursos suficientes** a escala nacional para satisfacer las prioridades de la Estrategia de la UE en materia de lucha contra la droga en 2013 y 2014. Muchas ONG comunicaron asimismo reducciones presupuestarias.

Son escasas las pruebas sobre el gasto público en la lucha contra la droga a escala nacional. En los 19 países que han presentado estimaciones en los 10 últimos años, el gasto oscila entre el 0,01 % y el 0,5 % del PIB, y dentro de ese porcentaje corresponde a atención sanitaria entre el 24 % y el 73 %.⁴⁸

6. Cooperación internacional

A escala internacional, en la Estrategia de la UE en materia de lucha contra la droga se expresaba un objetivo importante: que la UE hable con una sola voz en el ámbito internacional y con los países asociados. En 2013 y 2014, la UE logró presentar una posición coordinada en las reuniones internacionales. Aunque se han dado pasos para mejorar la sincronización de la UE en las instituciones de las Naciones Unidas (NU), se requiere una mejor coordinación entre las delegaciones de las NU en Viena y el Grupo Horizontal sobre Drogas del Consejo en Bruselas.

⁴⁶ Informe del OEDT.

⁴⁷ Particularmente los prestadores de servicios en el ámbito de la toxicomanía, las organizaciones no gubernamentales activas en el campo de la política de lucha contra la droga, las organizaciones no gubernamentales que representan los intereses de partes interesadas individuales en el ámbito de la toxicomanía (consumidores de drogas/familiares, etc.) y la comunidad científica.

⁴⁸ Informe del OEDT.

Las posiciones de la UE se prepararon para las reuniones en las NU y en otros foros internacionales en los que se trataban asuntos relacionados con las drogas. Se está preparando una posición común de la UE para la UNGASS 2016.

La UE **lleva muchos años cooperando, por ejemplo**, con Estados Unidos, con países de América Latina, el Caribe, Asia Central y los Balcanes Occidentales, con Rusia y con los países europeos vecinos, con los que mantiene reuniones periódicas de expertos sobre drogas. También mantiene acuerdos de cooperación específicos sobre control de precursores de drogas con 11 países, como China, Estados Unidos y México. En el marco de estos acuerdos se celebran reuniones de expertos periódicas, normalmente anuales.

En 2013 y 2014, la cooperación con **países europeos vecinos y con Rusia** se centró en la reducción de la oferta de droga, pero fue menos dinámica que en el pasado. Probablemente se debió también a la difícil situación de seguridad vivida en la frontera oriental de Europa. La aprobación de estrategias nacionales en materia de lucha contra la droga en los **países de la ampliación** acordes con la Estrategia y los Planes de acción de la UE en este ámbito representa un avance importante.⁴⁹ El Mecanismo de coordinación y cooperación en materia de drogas **UE-CELAC**⁵⁰ y el Grupo conjunto de seguimiento de precursores⁵¹ mantuvieron reuniones centradas en el problema de la droga en todo el mundo. La política de la UE en materia de drogas en la región de América Latina está respaldada además por una serie de proyectos de cooperación regionales y bilaterales.⁵² Los diálogos entre la **UE y Estados Unidos** se centraron en temas como: la aparición de nuevas sustancias psicotrópicas, el abuso de medicamentos de venta con receta y los preparativos de la UNGASS de 2016.

El enfoque adoptado por los programas de cooperación externa de la UE en materia de lucha contra la droga pretende abordar la oferta y la demanda de forma equilibrada, promoviendo y protegiendo a la vez los derechos humanos.

Algunos de los principales proyectos relacionados con las drogas que la UE financió en 2013 y 2014 fueron los siguientes:

- COPOLAD, programa de cooperación regional sobre políticas en materia de lucha contra la droga en América Latina;⁵³
- el Programa de Rutas de la Cocaína⁵⁴ activo en 38 países de África Occidental, América Latina y el Caribe;
- el Programa de Rutas de la Heroína⁵⁵
- el Programa de lucha contra las drogas en Asia Central (CADAP)⁵⁶
- BOMCA 8,⁵⁷ activo también en Asia Central.

⁴⁹ En 2013-2014 se adoptaron estrategias nuevas o se actualizaron las existentes en Turquía, Montenegro, Antigua República Yugoslava de Macedonia y Serbia.

⁵⁰ Comunidad de Estados de América Latina y el Caribe.

⁵¹ La UE ha suscrito siete acuerdos específicos sobre control de precursores de drogas en América Latina, con Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, México, Perú y Venezuela

⁵² Es decir, en Bolivia, Perú, Brasil, Ecuador, Colombia.

⁵³ El programa COPOLAD, creado en 2010, está exclusivamente financiado por la UE, con un presupuesto total de 6,5 millones EUR. El programa COPOLAD se amplió en 2014 (para cubrir el período 2016-2019). En la segunda fase, la aportación de la UE será de 10 millones EUR. El contrato de subvención para la ejecución del programa COPOLAD se otorgó a un consorcio dirigido por España, del que forman parte entidades asociadas de Costa Rica, Polonia, Ecuador, México y Rumanía, la CICAD (Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas), la PAHO (Organización Panamericana de la Salud) y la RIOD (Red iberoamericana de ONG que trabajan en Drogodependencias) https://ec.europa.eu/europeaid/regions/latin-america/copolad-cooperation-programme-between-latin-america-and-european-union-drugs_es

⁵⁴ <http://www.cocaineroute.eu/>

⁵⁵ <https://www.fight-trafficking.eu/>

⁵⁶ El consorcio de la UE está dirigido por Alemania. Los países del Asia Central abarcados son: Kazajstán, Kirguistán, Tayikistán, Turkmenistán y Uzbekistán. La UE asignó 20,7 millones EUR al programa para el período 2001-13.

La UE coopera asimismo con África Occidental, donde presta apoyo en la aplicación del plan regional⁵⁸ en materia de lucha contra el tráfico de sustancias ilegales de la CEDEAO, relacionado con la delincuencia organizada y la drogadicción.

La UE ha respaldado en todo momento proyectos y programas de la Oficina de las Naciones Unidas sobre la Drogas y el Delito (UNODC). La UE financia varios proyectos y programas en la lucha mundial contra el tráfico de drogas, con una financiación total de 73 millones EUR.

Ejemplo

La cooperación entre la UE y América Latina viene definida también por COPOLAD, programa de cooperación entre América Latina y la Unión Europea en el ámbito de las políticas de lucha contra las drogas que tiene por objetivo mejorar el equilibrio, la coherencia y la repercusión de las políticas en materia de lucha contra la droga en América Latina, así como por el Mecanismo de coordinación y cooperación en materia de drogas UE-CELAC. Específicamente, se dirige a reforzar las capacidades y promover las distintas etapas del proceso de desarrollo de políticas en materia de lucha contra la droga en países de América Latina. Según las agencias latinoamericanas contra la droga, COPOLAD ha contribuido a mejorar la percepción de las políticas de lucha contra la droga, ha ayudado a cambiar los paradigmas y ha acentuado la necesidad de un planteamiento equilibrado de la reducción de la demanda y la reducción de la oferta de droga; la adopción de políticas basadas en datos contrastados, la adopción de políticas basadas en principios de derechos humanos y de salud pública; la consideración de cuestiones de género, y la introducción de la idoneidad de los métodos de reducción de daños, que habían sido masivamente rechazados en el pasado.

El desarrollo alternativo trata de ofrecer a los agricultores una alternativa legal y económicamente viable al cultivo de drogas. Solo unos pocos Estados miembros comunicaron la financiación de dichos programas en regiones en las que tenía lugar el cultivo ilegal o había riesgo de dicho cultivo en 2013 y 2014.⁵⁹

En 2013-2014, menos de la mitad de los Estados miembros ayudaron a países no pertenecientes a la UE, incluida la sociedad civil respectiva, a elaborar y aplicar **iniciativas de reducción de riesgos y daños**.⁶⁰

En 2013-2014, algunos Estados miembros financiaron proyectos o programas de lucha contra la **delincuencia organizada relacionada con la droga** en países no pertenecientes a la UE.⁶¹

Asimismo, en 2013 y 2014, la mitad de los Estados miembros de la UE formalizaron **acuerdos bilaterales, estrategias de cooperación o planes de acción que preveían una cooperación en materia de drogas con países no pertenecientes a la UE** (principalmente con Rusia, los Balcanes Occidentales, Oriente Medio y América Latina). Los tipos más comunes de acuerdos de cooperación bilateral fueron los que abarcaban la coordinación, la reducción de la demanda, la reducción de la oferta, la información, la evaluación, la investigación y el seguimiento, y los que se referían solo a la reducción de la oferta.

⁵⁷ Programa de gestión de las fronteras en Asia central. La UE asignó 33,6 millones EUR al BOMCA para el período 2003-14. Un componente centrado en el refuerzo de las capacidades de lucha contra la droga de los organismos que trabajan en las fronteras

⁵⁸ Comunidad Económica de Estados de África Occidental.

⁵⁹ Los principales beneficiarios fueron Afganistán, Myanmar, Laos, Bolivia, Colombia, Perú y Ecuador.

⁶⁰ Los principales beneficiarios fueron América Latina, el centro y el sudeste de Asia, los países africanos, los Balcanes Occidentales, los países del sur del Mediterráneo y los países de Europa Oriental.

⁶¹ Los principales beneficiarios fueron los países africanos, la región del Caribe, Sudamérica, los Balcanes Occidentales, el centro de Asia y Europa Occidental.

7. Información, investigación, seguimiento y evaluación.

En 2013 y 2014, la Comisión aportó cerca de 10 millones EUR para financiar dos proyectos de lucha contra la droga en el marco del programa socioeconómico de ciencias y humanidades del Séptimo programa marco de investigación (7^ºPM). Los proyectos eran: el Proyecto interdisciplinario centrado en las adicciones y estilos de vida de la Europa contemporánea (ALICE RAP) y la Red de espacios europeos de investigación sobre sustancias ilegales (ERANID). El apoyo global del 7^ºPM a la investigación sobre sustancias ilegales asciende a unos 60 millones de euros, e incluye estudios sobre: consumidores de drogas por vía parenteral en grupos humanos con hepatitis y mujeres embarazadas infectadas con el VIH; opciones terapéuticas innovadoras, y mejora de las tecnologías de detección de sustancias ilegales.

Por último, la Comisión aportó más de 1,5 millones EUR para financiar⁶² proyectos de investigación en el ámbito de las drogas.

En 2013-2014 se realizaron nuevas investigaciones clave en Estados miembros, principalmente sobre reducción de la demanda de droga y sobre enfermedades de transmisión hemática relacionadas con el consumo de drogas. Otros temas de investigación fueron el policonsumo de drogas y el uso indebido de medicamentos de venta con receta; la drogodependencia en reclusos y la disponibilidad y cobertura de las intervenciones y los servicios de reducción de la demanda de droga en centros penitenciarios. En unos pocos países, se realizaron estudios sobre reducción de la oferta de droga y comorbilidad psiquiátrica y física.

En 2013 y 2014 casi todos los Estados miembros iniciaron o aplicaron iniciativas de **formación de profesionales**⁶³ en aspectos de reducción de la demanda y de reducción de la oferta de droga. La mitad iniciaron o aplicaron además iniciativas en materia de formación de profesionales en relación con la recogida y notificación de datos sobre reducción de la demanda y de la oferta de droga. Algunas organizaciones de la sociedad civil participaron asimismo en iniciativas de formación a escala nacional y de la UE.

8. Conclusiones

Las sustancias ilegales constituyen un problema social complejo, con un coste humano y social **muy elevado**. El tráfico de drogas es una de las actividades de delincuencia organizada más rentable. La UE cuenta desde hace varios años con una política que busca el equilibrio entre la reducción de la demanda y la reducción de la oferta de droga. Este modelo de la UE ha sido reconocido como válido por muchas partes interesadas y Estados miembros.

La UE debe aprovechar las relaciones y los diálogos establecidos con países no pertenecientes a la UE para dar un **nuevo impulso a la cooperación en la lucha contra la droga**. Si la UE desea que su enfoque equilibrado del problema de las drogas sea adoptado en todo el mundo, tendrá que mejorar la cooperación con los países no pertenecientes a la UE y con las organizaciones regionales e

⁶² El Programa «Prevención y lucha contra la delincuencia» (ISEC), el Programa «Información y prevención en materia de drogas» (DPIP) y el Programa «Justicia» financiaron los siguientes proyectos: LEADER, sobre la mejora de los análisis económicos de sustancias ilegales (Clínic per a la Recerca Biomèdica, Barcelona), investigación sobre la prevención y el tratamiento de la hepatitis C (Universidad de Bristol), investigación CASSANDRA sobre la cadena de suministro y difusión de sustancias psicotrópicas nuevas (*King's College* Londres), PREDIC - Predicción del riesgo de drogas emergentes en toxicología clínica (Universidad de Maastricht).

⁶³ Incluidos profesionales sanitarios, ONG, policías, diplomáticos, profesores y educadores, trabajadores sociales, investigadores y responsables políticos, analistas de riesgos, responsables de programas de rehabilitación psicosocial, agentes de aduanas, jueces, letrados y administración penitenciaria.

internacionales. Su compromiso y apoyo ayudarán a los países no pertenecientes a la UE a abordar sus problemas de drogas y, con ello, a reducir la oferta de drogas en la UE.

Periódicamente surgen nuevos riesgos. Uno de ellos es la **expansión de nuevas sustancias psicotrópicas**. En este momento es esencial que el Parlamento Europeo y el Consejo lleguen a un acuerdo para poner en marcha un sistema sólido y eficaz para hacer frente a las amenazas que entrañan esas sustancias en la UE. Al mismo tiempo, se requieren iniciativas para mejorar la capacidad de clasificación de las sustancias peligrosas a escala internacional en colaboración con la Organización Mundial de la Salud.

Otro problema importante es la aparición de **Internet como mercado de estupefacientes**. La UE y la comunidad internacional deben abordar de forma proactiva este aspecto del problema de la droga, trabajando junto con las fuerzas y cuerpos de seguridad, los representantes de la industria, la sociedad civil y otros interesados para encontrar el modo de prevenir el tráfico de drogas en línea.

El consumo y el tráfico de **cannabis** están muy generalizados en la UE y la reciente aparición de productos cannabinoides sintéticos ha añadido una nueva dimensión a este mercado. El cannabis es además objeto de un intenso debate a escala internacional y en Europa, ya que en países no pertenecientes a la UE se están adoptando nuevas iniciativas legislativas que permiten su consumo con fines recreativos. Es probable que este debate continúe y reclame cada vez más atención en el futuro.

Aunque la información sobre **el gasto público en políticas de lucha contra la droga** en la UE es escasa, no hay duda de que la crisis económica ha afectado a la forma de abordar la cuestión en los Estados miembros. Según el OEDT, varios Estados miembros han informado de una disminución de sus servicios de reducción de daños o han adoptado tan solo medidas a pequeña escala. Además, algunas organizaciones de la sociedad civil han llamado la atención sobre las reducciones de los presupuestos nacionales para la prevención y el tratamiento relacionados con las drogas.

Se seguirá trabajando en la investigación sobre drogas a escala de la UE. El programa Horizonte 2020, el Programa Marco de Investigación e Innovación (2014-2020) y el programa Justicia (2014-2020) serán los principales instrumentos de promoción de la investigación de la UE en esta área.

La Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS) de 2016 sobre drogas marcará un hito en el desarrollo de una política que afectará a la vida de millones de personas en todo el mundo. El modelo que la UE promoverá en la UNGASS es un enfoque integrado y equilibrado, basado en datos científicos contrastados. La UE aprovechará el evento para pedir una política en materia de lucha contra la droga más humana y centrada en la salud pública a escala internacional. Es de vital importancia que la UE hable con una sola voz en la UNGASS.

Según lo previsto en la Estrategia de la UE en materia de lucha contra la droga, la Comisión Europea realizará en 2016 una **evaluación completa** de su Estrategia y su Plan de Acción en materia de Lucha contra la Droga. En esa evaluación se analizará la repercusión de la ejecución de la Estrategia citada tanto dentro como fuera de la UE. En función de sus resultados, la Comisión decidirá si presentar una propuesta de nuevo Plan de Acción 2017-2020.