

Oñati Socio-Legal Series, v. 2, n. 6 (2012) – Diferencias invisibles: género, drogas y políticas públicas. El enfoque de género en las políticas europeas de drogas
ISSN: 2079-5971

Género, drogas y políticas públicas en la Unión Europea: una contextualización necesaria
(Gender, drugs and public policy in the European Union: a necessary contextualisation)

XABIER ARANA*
VIRGINIA MONTAÑÉS*
CRISTINA URIOS*

Arana, X., Montañés, V., Urios, C., 2012. Género, drogas y políticas públicas en la Unión Europea: una contextualización necesaria. *Oñati Socio-legal Series* [online], 2 (6), 6-21.
Available from: <http://ssrn.com/abstract=2111914>



Abstract

Both the gender issue and drugs public politics are a relatively recent reality in Europe. The essay provides a context for the two following articles, summarizing the EU process, the gender system and the social problem of drugs from a public politics point of view. The ambivalent juridical perspective (legal-illegal) to which certain behaviours linked to these kind of substances are subdued, has conditioned the scientific boundary of public politics related to drugs in the EU.

Key words

Public politics; drugs; gender

Resumen

Tanto la cuestión género como las políticas públicas en materia de drogas son una realidad relativamente reciente en Europa. El texto es una contextualización de los dos siguientes artículos de la publicación, donde se pretende sintetizar, además del proceso de UE, el sistema de género y el fenómeno social de las drogas, desde una perspectiva de políticas públicas. La ambivalente perspectiva jurídica (legal-ilegal) a la que se someten determinados comportamientos relacionados con este tipo de sustancias, ha llegado a condicionar el ámbito científico de las políticas públicas en materia de drogas en la UE.

Artículo presentado en el workshop "Diferencias invisibles: género, drogas y políticas públicas. el enfoque de género en las políticas europeas de drogas", celebrado en el Instituto Internacional de Sociología Jurídica de Oñati, el 12 y 13 de mayo del 2011, bajo la coordinación de Xabier Arana (UPV-EHU), Iñaki Markez (Bilbao) y Virginia Montañés (Granada).

* Doctor en Derecho. Investigador Doctor del Instituto Vasco de Criminología (IVAC/KREI). Miembro del Grupo Consolidado de Investigación de la Universidad del País Vasco (UPV/EHU): Grupo de Investigación en Ciencias Criminológicas (GICCAS). Instituto Vasco de Criminología (IVAC/KREI). Carlos Santamaría Zentroa, Elhuyar Plaza 2, 20018 Donostia-San Sebastián (Spain). xabier.arana@ehu.es

* Periodista y antropóloga social. Investigadora independiente. Apdo. n. 125. 18690 Almuñécar - Granada (Spain) virginia.montanes@yahoo.es

* Doctora en Derecho. Abogada. Investigadora especialista en cuestiones relacionadas con la aplicación del derecho y la salud. urios2@gmail.com

Palabras clave

Políticas públicas; drogas; género

Índice

1. Introducción	9
2. Sucinta contextualización del proceso de UE y de su toma de decisiones.....	9
3. Sistema de género y políticas públicas en la UE.....	11
4. Políticas públicas en materia de drogas en la UE y la cuestión género.....	13
5. Consideraciones finales.....	17
Bibliografía	18

1. Introducción

La aproximación a la cuestión género en las políticas europeas sobre drogas está condicionada básicamente por la evolución del proceso de Unión Europea (UE), las diferentes políticas sobre drogas y la puesta en práctica de la transversalidad de las políticas de género. Aunque a primera vista pueda parecer lo contrario, las políticas europeas en materia de drogas apenas llevan algo más de dos décadas y, en materia de género bastante menos tiempo. De igual modo, conviene tener presente otros aspectos como la maquinaria de toma de decisiones de la UE, cuestión ésta compleja en extremo. Además, los temas relacionados con la política de drogas se discuten en diferentes organismos dentro de la UE.

El presente texto pretende contextualizar los dos siguientes textos (*Acercamiento a la cuestión género en las políticas europeas sobre alcohol, tabaco y fármacos* y *Las políticas europeas de drogas prohibidas desde una perspectiva de género*) porque ambos abordan cuestiones comunes –género, políticas europeas y drogas (alcohol, tabaco, fármacos y otras drogas)-, en un marco legal muy diferente que implica cambios significativos tanto en las políticas como sobre la cuestión género. Para evitar posibles reiteraciones, se ha optado por desarrollar en este texto una primera parte común, y dejar los aspectos peculiares para los dos siguientes artículos.

2. Sucinta contextualización del proceso de UE y de su toma de decisiones

Un breve repaso al proceso de UE evidencia que ni el fenómeno de las drogas, ni la cuestión género, estuvieron presentes en Roma, a finales de marzo de 1957, cuando los ministros de Asuntos Exteriores de Francia, República Federal Alemana, Italia, Bélgica, Holanda y Luxemburgo firmaron el acta de nacimiento de la *Comunidad Económica Europea* –más conocido como el *Tratado de Roma*-. Sin embargo, en el Tratado constitutivo de la Comunidad Europea del Carbón y del Acero (*CECA* 1951), ya se mencionaba la cuestión de la salud, aspecto éste que ha ido cobrando un mayor protagonismo con la firma de cada nuevo tratado¹. Aproximadamente hacia la mitad de la década de los años ochenta se dio un significativo avance en el proceso de construcción europea por medio de la negociación del *Acta Única Europea*², mediante la cual se realizó una revisión del *Tratado de Roma* y, consecuencia de la misma, se abrió una nueva etapa de integración europea, con el impulso del *Mercado Único* y, también, con la apertura institucional hacia fenómenos sobre los que comenzó a tener competencia la *Comunidad Europea*, especialmente en materia de medio ambiente y de la denominada cohesión social y económica³.

En la medida que el proceso de UE iba avanzando y, consecuentemente, disponía de más competencias comunes, se puede observar una influencia mayor en las políticas europeas en materia de drogas. Desde esta perspectiva, el *Tratado de Unión Europea* -también denominado *Tratado de Maastricht*- y el *Tratado de Ámsterdam* se han convertido en dos claros referentes al respecto. El *Tratado de Unión Europea* fue otro paso adelante importante para modificar la Comunidad

¹ Exposición de Motivos del Informe sobre el Libro Blanco de la Comisión "Juntos por la salud: un planteamiento estratégico para la UE (2008-2013)". Parlamento Europeo (2008/0000 (INI)), Comisión de Medio Ambiente, Salud Pública y Seguridad Alimentaria (16/9/2008).

² Firmada en Luxemburgo el 17 de febrero de 1986 (entró en vigor el primero de julio de 1987). Entre sus aspectos más importantes estaban el fortalecimiento del sistema de cooperación política europea, el campo de la investigación, la tecnología, el medio ambiente y, también, en materias como seguridad y defensa.

³ Fue en 1987 cuando por primera vez la Comunidad tomó parte en el marco de la conferencia internacional sobre el abuso y el tráfico de drogas para la aprobación de un nuevo Convenio Internacional. En este contexto, el Consejo (máximo órgano de la Comunidad, formado por los Jefe de Estado miembros, con capacidad para definir las orientaciones del proceso comunitario y las diferentes políticas a seguir) decidió dotar a la Comunidad de un proyecto estructurado y global sobre la droga en sus relaciones de cooperación con los Estados productores y de tránsito. Al año siguiente la Comunidad participó en la fase final de la negociación del Convenio de Viena de 1988, por tener competencia en materia de precursores químicos y farmacéuticos.

Económica Europea y sus Tratados Originarios, por medio de la adquisición de un mayor peso de los aspectos políticos. Dispuso de tres pilares básicos: pilar comunitario (regulador de las estructuras comunitarias), pilar de procedimientos de cooperación intergubernamental (donde se hacía referencia a la Política Exterior y Seguridad Común) y, un tercer pilar en materia de cooperación policial y judicial en materia penal.

Previamente a la entrada en vigor del *Acta Única Europea*, se firmó el *Acuerdo de Schengen*⁴, originariamente disponía de 33 artículos para hacer frente a una de las mayores preocupaciones de los Estados en el proceso de UE: la supresión de fronteras interiores entre los Estados miembros y los riesgos relacionados, entre otras cuestiones, con la problemática derivada de tráfico ilícito de sustancias denominadas estupefacientes y la criminalidad organizada. Tras cinco años de negociaciones, se firmó el *Convenio para la Aplicación del Acuerdo de Schengen* (19 de junio de 1990), donde paulatinamente se fueron incorporando otros países⁵. Este Acuerdo dispone de 142 artículos con la siguiente estructura general: Grupo I: Seguridad y policía (subgrupos en: Armas y Municiones; Estupefacientes; Información y Seguridad; Policía y Aduanas: Juristas). Grupo II: Circulación de personas (subgrupos en: Visados; Asilo; Control de Fronteras). Grupo III: Transportes; Grupo IV: Aduanas y circulación de mercancías. Recasens (1996, p. 107) ha sintetizado con claridad lo que ha supuesto Schengen: "El acuerdo de Schengen de 1985 es formalmente un «acuerdo relativo a la supresión gradual de los controles en las fronteras comunes». Se trata de un acuerdo interestatal, con estructura de tratado-marco al que se pueden ir añadiendo los Estados mediante la firma de Protocolos de adhesión. Por el contrario, el convenio de 1990, con sus 142 artículos, constituye un tratado-ley que casi parecería, si ello fuera posible, un «tratado reglamento» dada la minuciosidad y enrevesada complejidad de su contenido. Al tratarse de pactos intergubernamentales, el Tratado de Schengen (y su convenio de aplicación) no forman propiamente parte del derecho comunitario", a pesar de haber condicionado el proceso de UE.

La entrada en vigor del *Tratado de Ámsterdam*, significó un nuevo impulso en el proceso de UE, también en lo relacionado con el fenómeno social de las drogas⁶. En el ámbito de la salud pública, el art. 152 del *Tratado de Ámsterdam*, dio un mayor protagonismo a la Comunidad al tener la posibilidad de completar las políticas estatales, y encaminarlas hacia la mejora de la salud pública. Este art. 152 dedicaba un párrafo, de manera exclusiva e independiente, a las drogas: "la Comunidad completará la acción de los Estados miembros dirigida a reducir los daños a la salud producidos por las drogas, lo que incluirá la información y la prevención". A juicio de Calvete Oliva (2000, p. 43), ello "supone un cambio cualitativo respecto a la redacción anterior en la que sólo se hacía una mención al hablar de prevención de enfermedades. Este nuevo enfoque sólo cabe interpretarlo como fruto del deseo de los firmantes de dar una mayor relevancia al asunto, posición que hay que compartir. El enfoque que hasta ahora se ha mantenido en la Comunidad sobre este asunto ha sido, sobre todo, el de la cooperación policial, es decir, desde el prisma de los delitos y la conflictividad social que este problema genera en cuanto traspasa fronteras; la redacción actual del artículo 152, según la cual la Comunidad complementará las acciones dirigidas a "reducir los daños a la

⁴ Firmado el 14 de junio de 1985 por Francia Alemania, Bélgica, Países Bajos y Luxemburgo. Con anterioridad a este acuerdo se llevaron a cabo pactos "bi o plurilaterales" entre algunos de estos países, enmarcados "en el ámbito de la preparación, por parte de la Comunidad Europea, del Acta Única" (Recasens 1996, p. 106).

⁵ El Estado español se incorporó en junio de 1991.

⁶ Tras una revisión del *Tratado de Maastricht*, el *Tratado de Ámsterdam* (1997), entró en vigor en el año 1999. Algunos de los aspectos más importantes de su competencia fueron: empleo, libre circulación de la ciudadanía, justicia, Política Exterior y Seguridad Común, y la reforma institucional de cara al ingreso de nuevos Estados miembros.

salud producidos por las drogas⁷, supone un cambio en dicho enfoque situando el problema de las drogas en el campo de la salud pública, sin que ello signifique descuidar los demás aspectos”.

Con la puesta en vigor del *Tratado de Lisboa* (diciembre de 2009) el panorama de toma de decisiones en la UE cambió, uniéndose el Parlamento Europeo a las dos instituciones en las que se habían decidido las directrices políticas sobre drogas tradicionalmente: la Comisión Europea y el Consejo de la UE. Al mismo tiempo se atribuía carácter jurídicamente vinculante a la Carta de Derechos Fundamentales de la UE, donde se consagra la igualdad entre hombres y mujeres y prohíbe la discriminación por razón del sexo. Así, la Comisión adoptó en el año 2010 la Estrategia para la Igualdad entre Hombres y Mujeres y la Carta de la Mujer, en la que se compromete a incluir la perspectiva de género en todas las políticas y a adoptar medidas específicas para promover la igualdad entre hombres y mujeres.

En el ámbito de las drogas, el *Tratado de Lisboa* refuerza “la capacidad de la UE para actuar en diversos ámbitos de la política sobre drogas” (OEDT 2010, p. 24) desde la perspectiva de la salud pública y, también, desde el espacio de libertad, seguridad y justicia. Anteriormente, como ya se ha puesto de manifiesto, las cuestiones relacionadas con la cooperación judicial penal y la cooperación policial, formaban parte del tercer pilar, donde las instituciones europeas, al no ser competentes, no estaban en condiciones de poner en práctica ningún tipo de reglamento o de directiva. En la actualidad, el *Tratado de Lisboa* “permite a la UE intervenir en todos los temas vinculados a todos los temas vinculados al espacio de libertad, seguridad y justicia” (Unión Europea 2010b).

3. Sistema de género y políticas públicas en la UE

En la medida que se ha ido configurando el proceso de UE, paralelamente han evolucionado las políticas públicas de la UE. Las políticas públicas se abren a marcos teóricos que permiten una ordenación tipológica de las mismas. Por tanto, es posible un análisis empírico de este tipo de políticas en cuanto que permiten un primer proceso de definición de problemas y de acceso de cuestiones a la agenda pública de actuación; con posterioridad, un proceso de negociación y, en tercer término, la articulación de escenarios organizativos y de gestión. En este proceso, todos los actores políticos interactúan en función de sus intereses, ideas y valores ligados a distribuciones cambiantes de poder y con reglas más o menos formalizadas dentro de una clave institucional.

El concepto de *género* es un concepto eje en la teoría feminista. Esta noción surge desde la idea de que lo ‘femenino’ y lo ‘masculino’ no son hechos naturales o biológicos, sino construcciones culturales. Benhabib (1990) señala como el sistema sexo-género es un modo esencial en el que se organiza, se divide simbólicamente y se vive empíricamente. Esta autora explicita cómo a lo largo de la historia todas las sociedades se han construido a partir de las diferencias anatómicas entre los sexos, convirtiendo esa diferencia en desigualdad social y política. El género se apunta por tanto como una *construcción cultural*.

El año 1975 fue declarado por la Naciones Unidas como el *Año Internacional de la Mujer* y, un año más tarde la Asamblea General aprobó la “Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer”. Es en este contexto donde “el tema ‘mujer’ ingresaría a la agenda política a nivel internacional” (Olmo 1998, p. 23). En la década de los años ochenta y noventa, desde las instituciones de la UE se impulsó políticas de género, en un contexto

⁷ Según Estievernart (2006, p. 23), “por primera vez en el campo de la salud pública, la noción de ‘reducción de daños’ fue reconocida y consagrada en el texto legal fundamental de la Unión Europea. La referencia en la cita a “la redacción actual del artículo 152”, será abordada al final de este texto donde se hará referencia al nuevo art. 168.

desigual al existir países con gran trayectoria en esta materia, junto con otros – sobre todo los del ámbito mediterráneo – de escasa tradición en este campo.

El análisis del ámbito de salud pública lleva inherente la incorporación de la perspectiva de género por cuanto los poderes públicos institucionalizados incorporan una perspectiva de integración transversal de las políticas de género (*gender mainstreaming*)⁸ como objetivo prioritario. Todo ello sin olvidar que la política sanitaria constituye (o ha constituido), al menos formalmente, uno de los pilares centrales del Estado de bienestar teniendo 'el derecho a la salud' una carga simbólica contra el que parece no haber cuestionamiento alguno por parte de ninguna ideología política.

Siguiendo la línea de los tratados anteriores, el *Tratado de Lisboa* incluye la igualdad entre hombres y mujeres entre las características a las que las sociedades de los Estados miembros deben aspirar, comprometiéndose a fomentar la igualdad entre mujeres y hombres (UE, 2007a). La firma del *Tratado de Lisboa* supuso un impulso a la legislación relacionada con el respeto a los derechos fundamentales al atribuir el mismo carácter jurídicamente vinculante a la Carta de los Derechos Fundamentales de la UE que a los tratados. Para ello, la Carta fue enmendada y proclamada por segunda vez en diciembre de 2007. En sus arts. 21 y 23, la Carta de los Derechos Fundamentales de la UE consagra la igualdad entre hombres y mujeres y prohíbe la discriminación por razón del sexo (Unión Europea 2010a).⁹ De esta manera la UE se comprometía a luchar por la igualdad entre mujeres y hombres en todas sus actividades, convirtiéndola en uno de los valores en los que se fundamenta la UE y en uno de sus objetivos.

Por su parte, la Comisión Europea (2006) elaboró un Plan de Trabajo para la igualdad entre las mujeres y los hombres 2006-2010. El Consejo Europeo por su parte, anunciaba ese mismo año que "ha llegado la hora de comprometerse firmemente, en el nivel europeo, a llevar a cabo políticas que fomenten el empleo de la mujer y garanticen un mejor equilibrio entre vida y trabajo", para lo que aprueba el Pacto Europeo por la Igualdad de Género y "conviene en que debería incrementarse la oferta y la calidad de los servicios de asistencia de la infancia en consonancia con los propios objetivos nacionales de los Estados miembros" (Consejo Europeo 2006, p. 12).

En el año 2008, la Comisión ponía en marcha el Comité Consultivo para la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres. Entre sus funciones se encuentra la de asistir a la Comisión en la elaboración y realización de las acciones de la Comunidad para promover la igualdad de oportunidades entre las mujeres y hombres. Formado por 68 integrantes, comprende por cada Estado miembro: un representante de los ministerios o servicios gubernamentales encargados de promover la igualdad de oportunidades, designado por su Gobierno, así como un representante de los comités u organismos nacionales encargados de la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres, nombrado por la Comisión a propuesta del organismo implicado; a nivel comunitario, un total de siete representantes de las organizaciones de empresarios y siete representantes de las organizaciones de trabajadores. El *Lobby de Mujeres Europeas* está representado en las reuniones del comité por dos observadoras; asimismo, los representantes de organizaciones internacionales, profesionales o asociativas podrán participar como observadores, previa solicitud motivada ante la Comisión.

⁸ Traducido al español como *transversalidad*, puede ser entendido en varios sentidos: como una estrategia que involucra a todos los actores sociales en la búsqueda de la igualdad de género, o como la denominación de determinadas herramientas para el análisis de género. Como hemos visto en la introducción se trata de un enfoque transformador, dotado de un cuerpo teórico propio, que apunta a analizar los impactos diferenciados del sistema de género en hombres y mujeres, que permite tener en cuenta las especificidades de las personas como seres integrales y que, al mismo tiempo, ayuda a aplicar medidas para corregir las desigualdades (Rigat-Pflaum, 2008, p. 41).

⁹ DOC 83 de 30/03/2010, p. 2.

Como colofón de este camino, la Comisión adoptó en el año 2010 la *Estrategia para la Igualdad entre Hombres y Mujeres* (COM(2010) 491 final) (Comisión Europea 2010a) y la *Carta de la Mujer* (COM(2010)78 final) (Comisión Europea 2010b), en la que se compromete a incluir la perspectiva de género en todas las políticas y a adoptar medidas específicas para promover la igualdad entre hombres y mujeres. La estrategia de la Comisión se basa en cinco prioridades: igual independencia económica; salario igual a trabajo igual y de igual valor; igualdad en la toma de decisiones; dignidad, integridad y fin de la violencia sexista e igualdad en la acción exterior.

Habían pasado 14 años desde que la Comisión Europea incorporara el concepto de *mainstreaming* como complemento a las políticas de igualdad, dándole el significado de "integración de la igualdad entre los sexos" (Comisión Europea 1996, p. 2), a lo que después ha pasado a traducir como "integración de la perspectiva de género" (Comisión Europea 2004a). En 1996, la Comisión definía perspectiva de género como "perspectiva de las diferencias socioculturales entre los sexos con vistas a la igualdad". En 2004, lo hacía de la siguiente manera: "lograr que la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres forme parte de esta tendencia dominante (transferencia a políticas generales) en la sociedad de modo que las mujeres y los hombres se beneficien por igual. Significa analizar cada etapa de la política - diseño, ejecución, seguimiento y evaluación - con el objeto de promover la igualdad entre mujeres y hombres" (Comisión Europea 2004a, p. 8).

4. Políticas públicas en materia de drogas en la UE y la cuestión género

Las políticas públicas en materia de drogas de la UE se han basado en las políticas de sus Estados miembros y, por tanto, condicionada por una concepción donde algunas sustancias (gran parte de lo relacionado con alcohol, tabaco y fármacos) se enmarcaban dentro del ámbito de la salud y, otras sustancias (derivados del cannabis, del opio, de la coca, etc.), formaban parte no sólo del ámbito de la salud sino también de la seguridad.

Hasta bien entrados los años ochenta existían importantes divergencias en el seno de la Comunidad Europea respecto a la política a seguir en materia de drogas. Las políticas variaban fuertemente de un Estado a otro, no había una política común, las estrategias "fluctuaban en función de las situaciones y las tradiciones culturales particulares, entre unas políticas limitadas a la represión y otras limitadas al aspecto médico-social, con fortunas también muy dispares" (Estievenart 1994, p. 127).

El presidente de la República Francesa, Mitterrand, en el año 1989 propuso a once jefes de Estado de los países miembros, "crear una estrategia coordinada en el ámbito europeo, incluida la creación de un Observatorio Europeo¹⁰ en esta materia (Estievenart 2006, p. 18). A finales de este mismo año, el Consejo de Europa creó el Comité Europeo de Lucha Antidroga (CELAD), con la misión específica de coordinación -dentro de un enfoque global y coherente- de todas las actividades de la UE en materia de drogas, especialmente la colaboración con los Estados productores y de tránsito, la vigilancia de las sustancias químicas necesarias para

¹⁰ Creado en el año 1993, fue plenamente operativo desde 1995. Con anterioridad a su puesta en marcha, "las políticas europeas sobre drogas y las respectivas representaciones sociales estaban muy determinadas por percepciones mutuas entre los Estados miembros bastantes distorsionadas", y en las discusiones políticas la parte emocional e ideológica primaba fuertemente en detrimento de los argumentos racionales y científicos (Burkhart 2002, p. 105).

La misión de este Observatorio ha consistido en aportar información necesaria para adoptar medidas adecuadas, empezando por el área prioritaria de reducción de la demanda. A juicio de Estievenart (2006, pp. 18-19), "al dotar la Unión Europea de un instrumento de estas categorías, el legislador se propuso contribuir, por intermedio del OEDT, a poner en manos de la Comunidad y de los Estados miembros una visión clara, precisa y fiable del fenómeno de las drogas y la toxicomanía, que fomentase la reflexión y respaldase la toma de decisiones por parte de las autoridades encargadas de la política en materia de drogas".

crear estupefacientes, el denominado blanqueo de dinero procedente del tráfico ilícito y, finalmente, en el sector de la sanidad. También se encargaba de armonizar las medidas de los Estados miembros de la UE. El CELAD fue quien presentó -en diciembre de 1990- los principios básicos del *Plan de Acción Europeo contra la droga* (donde se configuró el marco conceptual y operativo de la acción a realizar por los Estados miembros) y el *Plan de actuación de la Unión Europea en materia de lucha contra la droga (1995-1999)*. En 1993 el CELAD pasó a ser el Comité K4, que fue convertido cuatro años más tarde en el Grupo Horizontal de Drogas por el Comité de Representantes de la Unión Europea (COREPER), de quien depende directamente (MacGregor y Whiting 2010).

A principios de la década de los años noventa (1991) el Parlamento Europeo designó una comisión de investigación para analizar el aumento del crimen organizado relacionado con el tráfico de drogas. El informe del relator, Patrick Cooney, planteaba la ineficacia de la política de drogas en aquel momento y la necesidad de un enfoque nuevo, más pragmático y abierto. Entre la larga serie de recomendaciones que hacía destacaba la de centrar el énfasis de la lucha contra las drogas en la jerarquía del tráfico y no en las personas usuarias de drogas, defendía los programas de intercambio de jeringuillas y de tratamiento con metadona (Boekhout 2002, MacGregor y Whiting 2010).

La actual *Estrategia europea de lucha contra la droga (2005-2012)*¹¹, donde se recoge el marco y las prioridades, se basa en los principios fundamentales del Derecho comunitario, con el consiguiente respeto a la dignidad humana, la libertad, la democracia, la igualdad, la solidaridad, el Estado de derecho y los derechos humanos. Se pretende proteger y mejorar el bienestar de la sociedad y de las personas, la salud pública, ofertar un nivel alto de seguridad y seguir un planteamiento del *problema de la droga* equilibrado e integrado. Además de estos principios, la Estrategia también se base en los Convenios Internacionales en materia de estupefacientes¹², por ser "los principales instrumentos jurídicos para abordar el problema de los estupefacientes". De igual modo, en los Antecedentes de la *Estrategia europea de lucha contra la droga (2005-2012)*, se hace referencia a la Sesión especial de la Asamblea General Naciones Unidas sobre droga de 1998 (UNGASS)¹³. Finalmente, la Estrategia se engloba dentro del marco jurídico existente en los Tratados de la UE y tiene en cuenta la futura Constitución de la UE.

Intentar compaginar los principios fundamentales del Derecho Comunitario citados en el párrafo anterior -respecto a la dignidad humana, la libertad, la democracia, la igualdad, la solidaridad y los derechos humanos- con *los principales instrumentos jurídicos para abordar el problema de los estupefacientes*, es una tarea, por lo menos, llena de contradicciones que evidencia una visión ideologizada del fenómeno social de las drogas. Una profundización en el surgimiento y la consolidación de la actual política prohibicionista sustentada en esos Convenios Internacionales, pone de manifiesto, en base a los conocimientos científicos actuales, un asentamiento sobre unos pilares muy frágiles y endebles, además, su

¹¹ Para una mayor información sobre los plazos de los documentos europeos de política en materia de drogas, desde 1990 hasta la actualidad, ver: Informe de la OEDT (2011, p. 21).

¹² Convención Única sobre Estupefacientes (1961), Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas (1971), y Convención contra el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas (1988).

¹³ En junio de 1998, diez años después de la Convención de Viena contra el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas, se celebró una Asamblea General Extraordinaria de Naciones Unidas para analizar los resultados de esa década en materia de "lucha contra el narcotráfico y de contención del abuso de drogas" (Sequeros 2000, pp. 15-20), donde se afrontaron la reducción de la demanda, eliminación de cultivos, el denominado blanqueo de capitales, los precursores químicos, las drogas de síntesis y la cooperación judicial. Esta Asamblea General finalizó con el patrocinio de un plan de acción con el objetivo, entre otras cuestiones, de la reducción significativa o eliminación de la producción, demanda y venta de estupefacientes (incluyendo drogas de síntesis y el desvío de precursores), para el año 2008. Como se puede constatar, ese compromiso adquirido está muy lejos de la realidad, entre otras cuestiones -como señala Sequeros- porque no se pusieron medios de financiación.

aplicación ha supuesto una internalización de los conflictos relacionados con este fenómeno, así como, el condicionamiento de las políticas sanitarias, sociales y penales (Arana, Husak y Scheerer 2003). Estos aspectos aparecen recogidos, de una u otra manera, en la *Estrategia Europea de Lucha contra la Droga*, en el Libro Blanco sobre Estrategia de Salud en la UE, y también en el art. 168 del *Tratado de Lisboa* (antiguo art. 152) –al que nos referiremos posteriormente, donde se hace referencia a la salud pública.

La Estrategia Europea en ningún momento hace mención a la cuestión género y la referencia al alcohol, el tabaco y los medicamentos, es colateral, sólo están presentes en el ámbito de la reducción de la demanda, porque las medidas encaminadas a este fin, “deberán tener en cuenta los problemas relacionados con la salud y las pruebas sociales provocados por el consumo de sustancias psicoactivas ilícitas y de múltiples drogas en asociación con sustancias psicoactivas ilícitas, el tabaco, el alcohol y los medicamentos”.

La Estrategia ha puesto en marcha dos Planes de acción cuatrienales, uno, desde el 2005 hasta el 2008 y, otro, entre el 2009 y el 2012. Un breve análisis, más allá de la terminología empleada –*lucha contra la droga, problema de la droga, etc.*–, evidencia la escasa o nula referencia a la cuestión género o al alcohol, el tabaco y los fármacos. *El Plan de Acción de la Unión Europea de lucha contra la droga (2005-2008)*, se refiere a la cuestión género en el ámbito de la prevención selectiva, al proponer que se deberán desarrollar y mejorar programas de prevención para grupos destinatarios específicos y circunstancias específicas, teniendo en cuenta las diferencias de género. El siguiente Plan de Acción (2009-2012), no hace ninguna mención a la cuestión género.

En lo referente al alcohol, tabaco y medicamentos, el Plan de Acción (2005-2008), lo enmarca en términos muy parecidos a los expuestos en la Estrategia (2005-2012), básicamente en la reducción de la demanda, con la finalidad de una reducción medible “del consumo de drogas, de la dependencia y de los riesgos sociales y sanitarios relacionados con las droga”, donde han de tenerse en cuenta “los problemas sociales y sanitarios provocados por el consumo de sustancias psicotrópicas ilegales y por el consumo combinado de drogas en conjunción con sustancias psicoactivas legales como el tabaco, el alcohol y los medicamentos”. También, dentro de la prevención selectiva se cita “las drogas y la conducción” y, entre los instrumentos o indicadores de evaluación se señala la realización de un estudio para el año 2008 “sobre la influencia del alcohol, las drogas y los medicamentos en la conducción”. El Plan de Acción (2009-2012) no cita directamente ni al tabaco ni a los medicamentos y, el alcohol se menciona, por un lado, a la hora de la identificación de las prioridades (la primera de ellas se refiere a la reducción de la demanda de drogas y sensibilización de la opinión pública), se exige prestar especial atención a “a los grupos vulnerables y a la prevención del consumo simultáneo de drogas (consumo combinado de sustancias ilícitas y lícitas, especialmente alcohol)”. Por otro lado, en parecidos términos se recoge en el objetivo de prevenir el consumo de drogas y los riesgos derivados: “la prevención también abarcará el consumo simultáneo de drogas (consumo combinado de sustancias ilícitas y lícitas, especialmente alcohol), así como las drogas y la conducción”.

En la versión actualizada del libro *Salud pública en la UE: una visión global* (2005)¹⁴, se alude, entre otras cuestiones al “alcohol, las drogas...” como factores determinantes para la salud (Skar y Garrido 2007, pp. 1-11). También se reconoce la relevancia de los medicamentos y otros productos farmacéuticos respecto a la salud de las personas y su perspectiva económica. A lo largo del texto, cuando se

¹⁴ La *Alianza Europea de la Salud Pública* (sus siglas en inglés son *EPHA*) publicó la primera versión en el año 1995. Es misión de la *EPHA* la promoción y la protección de la salud de todas las personas que viven en Europa y trabajar por una mayor participación de la ciudadanía en la toma de decisiones de las políticas sanitarias en el ámbito europeo.

hace mención a *la convergencia de las políticas sanitarias en la UE, determinantes que inciden en la salud*, se mencionan al *tabaquismo* y al *uso dañino y peligroso del alcohol* entre los siete factores de riesgo sobre los que recae la mayor parte de la carga de enfermedad en la UE. Además, se cita el consumo de drogas, en particular entre los más jóvenes, que ha llegado a niveles sin precedentes. Basándose en el *Informe del 2006* del OEDT, se calcula la existencia de aproximadamente dos millones de consumidores problemáticos de drogas. Skar y Garrido reconocen que "la Comisión considera que el uso ilegal de drogas –y, hasta cierto punto, también el legal- representa un problema muy importante de salud pública". Con posterioridad, hace mención a la Estrategia de la UE y al Plan de Acción 2005-2008, cuestiones éstas tratadas anteriormente.

Con los datos aportados en la misma publicación al hacer referencia al alcohol, se estima que en la UE unas 55 millones de personas consumen niveles dañinos de alcohol y, algo más de la mitad de estas personas, son adictas al alcohol. En relación al tabaco, se señala que una de cada siete muertes en la UE (650.000 personas al año) está relacionada con el tabaco, y que las personas que sufren enfermedades crónicas graves relacionadas con el consumo de tabaco, superan los 13 millones en la UE. Desde un punto de vista de salud pública, con los datos aportados, deberían ser un problema importante algunos consumos de drogas, sobre todo los relacionados con el alcohol y el tabaco, además de algunos consumos de las denominadas drogas ilegales.

Según se reconoce en el Libro Blanco *Juntos por la salud: un planteamiento estratégico para la UE (2008-2013)*, la salud es una cuestión central en la vida de las personas y, por tanto, debe ser objeto de políticas y acciones efectivas tanto en el ámbito de los Estados que componen la Comunidad Europea (principales responsables de la política sanitaria y de la prestación de la atención sanitaria), como en ésta, y también. El Libro Blanco desea definir un marco coherente para orientar las actividades de la Unión Europea en el campo de la salud, y es considerada la primera estrategia comunitaria en el ámbito de la salud. El actual art. 168 del Tratado de la Unión Europea (como también lo hacía el antiguo art. 152), afirma que se debe garantizar un alto nivel de protección de la salud humana a la hora de definirse y ejecutarse todas las acciones de la Comunidad. Por medio del *Tratado de Lisboa*, se confirma el relevante papel de la Unión Europea dentro de la política sanitaria, al proponer reforzar la importancia estratégica de la salud.

El Libro Blanco se basa en cuatro principios y marca tres objetivos estratégicos para concretar la acción comunitaria en el ámbito de la salud. Los principios son: a) *una estrategia basada en valores sanitarios compartidos* (universalidad, acceso a una atención de calidad, equidad y solidaridad); b) *la salud es el tesoro más preciado* (la esperanza de vida con buena salud, también es un factor importante de crecimiento, por tanto es necesario llevar a cabo inversiones en el campo de la prevención); c) *la salud en todas las políticas (HIAP, Health In All Policies)*, (la salud abarca muchas más cuestiones que el ámbito sanitario, por tanto esta política también hay que aplicarla al ámbito de la política exterior, el desarrollo y el comercio); d) *reformar la voz de la UE en el ámbito de la salud a nivel mundial* (las políticas de la UE deben estar entroncadas en las políticas mundiales de salud).

Los objetivos del Libro Blanco se resumen en: a) *promover la buena salud en una Europa que envejece* (existe un serio desequilibrio entre la baja tasa de natalidad y la esperanza de vida de las personas mayores, ello supone que en los próximos años la población va a envejecer y, consecuentemente, va a demandar una mayor asistencia sanitaria); b) *proteger a la ciudadanía frente a las amenazas para la salud* (necesidad de evaluación científica de los riesgos relacionados con la salud, incluyendo la seguridad de las personas trabajadoras y las intervenciones para la prevención de accidentes); c) *fomentar sistemas sanitarios dinámicos y nuevas tecnologías* (que ayuden a mejorar la prevención de las enfermedades y la seguridad de las personas usuarias).

No cabe duda de que muchos de los aspectos relatados, tanto en los principios como en los objetivos del Libro Blanco, están relacionados con las drogas y con las personas consumidoras de estas sustancias. En el texto se hace mención al tabaco (respecto a su fiscalidad en el principio de *la salud en todas las políticas*, y en el objetivo sobre la *promoción de la buena salud en una Europa que envejece*) y al alcohol, también en este objetivo. De igual modo, se afirma que las medidas a tomar deben incluir todo lo relacionado con la salud mental.

A lo largo del presente texto hemos hecho referencia al antiguo art. 152 del Tratado de Unión Europea y al actual art. 168, donde se alude a la *salud pública*. El actual art. 168, mantiene literalmente la referencia a reducir los daños a la salud producidos por las drogas, incluidas la información y la prevención (art. 168.1) –ya señalado anteriormente en la cita de Estievenart (2006)- y, entre las novedades, se faculta a instituciones de la UE a afrontar acciones directas de salud pública relacionadas con el alcohol y el tabaco (art. 168.5), así como se propone la adopción de medidas para la puesta en práctica de una normativa con el objeto de controlar la calidad y seguridad de los medicamentos y productos sanitarios de una manera eficiente (art. 168.4,c).

Por tanto, la referencia a las *drogas*, a los *medicamentos*, al *tabaco* y al *alcohol*, se enmarca en el *Tratado de Lisboa*, en el ámbito de la salud pública. Sin embargo, la mención a los *medicamentos* (entendidos éstos como sustancias empleadas para usos terapéuticos), al *tabaco* y al *alcohol* en concreto, y a las *drogas* emana un mensaje que da a entender que las drogas son algo diferente al alcohol y al tabaco, sobre todo, si lo contextualizamos con el art. 83 del *Tratado de Lisboa*, situado en el Capítulo 4 (Cooperación Judicial en materia penal), donde se hace referencia al *tráfico de drogas*, relacionado con las sustancias incluidas en las diversas Listas de los Convenios Internacionales en materia de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas

En el ámbito de la UE, como en otros ámbitos, se aprecia un proceso de disgregación de las sustancias denominadas drogas según la definición de la *Organización Mundial de la Salud*¹⁵, de las sustancias incluidas en las diversas Listas citada. Muchos de textos de la UE, al hacer referencia a algunas drogas – alcohol, tabaco, café, fármacos,...-, se las nombra específicamente, mientras que cuando se quiere mencionar a las sustancias incluidas en estas Listas, se las califica de *drogas*, aunque detrás de cada una de las sustancias haya realidades muy diversas y, algunas de las mismas, (por ejemplo, la hoja de coca) no lo sean.

Este proceso de separación de la perspectiva científica por la ambigua y ambivalente perspectiva jurídica (legal-ilegal), además de generar dudas, incertidumbres y confusiones, contribuye en gran medida a extender la idea de que el alcohol, el tabaco o los fármacos *no son drogas*, porque éstas se equiparan – generalmente- con las sustancias denominadas ilegales y, por tanto, se justifican más fácilmente inercias donde la estigmatización de las personas consumidoras de ese tipo de sustancias y un mayor control social hacia las mismas, adquieren un protagonismo primordial capaces de someter las políticas de salud pública a las *necesidades generadas* por el denominado populismo punitivo. Es necesario exigir a las instituciones de la UE –y de los estados miembros- que las diversas estrategias, planes, legislaciones, etc., enfoquen en su globalidad el fenómeno social de las drogas, desde una perspectiva científica.

5. Consideraciones finales

- Las políticas públicas europeas tanto en materia de género como de drogas son una realidad bastante reciente con influencias desiguales. Mientras que las políticas en materia de drogas se han basado en las políticas

¹⁵ Cualquier sustancia natural o sintética cuyo consumo reiterado provoca en las personas dependencia psíquica, tolerancia, y dependencia física.

prohibicionistas consolidadas en los diversos Estados miembros de la UE, en la puesta en práctica de las políticas sobre género, se observa una mayor influencia de la UE en las políticas internas de los diversos Estados miembros.

- En la medida que ha ido avanzando el proceso de UE, paralelamente se han puesto en práctica políticas públicas tanto en materia de género como en materia de drogas, cuestiones que aparecen recogidas en el Tratado de Unión Europea.
- En las tres últimas décadas, las políticas europeas en materia de drogas han sufrido cambios significativos (fundación del OEDT, puesta en marcha de diferentes Estrategias y Planes, potenciación de la salud pública,...), donde se han puesto de manifiesto las tensiones y contradicciones existentes, muchas de ellas provocadas por un intento de equilibrio entre los principios fundamentales del Derecho Comunitario (respecto a la dignidad humana, la libertad, la democracia, la igualdad, la solidaridad y los derechos humanos) y las exigencias derivadas de los Convenios Internacionales en materia de drogas tóxicas, estupefacientes y sustancias psicotrópicas.
- Pese a las exigencias derivadas tanto del *Tratado de Unión Europea*, de la *Carta de Derechos Fundamentales de la UE* y de los principios del Libro Blanco *Juntos por la salud: un planteamiento estratégico para la UE* -donde se hace referencia a la igualdad entre mujeres y hombres, a la necesidad de incorporar una perspectiva de integración transversal de las políticas de género como objetivo prioritario, además de poner en práctica la salud en todas las políticas-, en la *Estrategia Europea de Lucha contra la Droga* y en los *Planes de Acción*, la referencia a la cuestión género ha sido realmente escasa y marginal.
- De igual modo, la *Estrategia Europea de Lucha contra la Droga* y los *Planes de Acción*, hacen una mención escasa y colateral al alcohol, tabaco y fármacos (ello no quiere decir que desde la UE no se aborden cuestiones relacionadas con la prevención, asistencia, etc., de estas sustancias). Es preocupante que la ambivalente perspectiva jurídica (legal-illegal) llegue a condicionar el ámbito científico de las políticas públicas en materia de drogas en la UE. Sería deseable y coherente con los principios del *Tratado de Unión Europea*, que las futuras estrategias y planes de acción en materia de drogas -y no *contra la Droga*, como aparece actualmente- abordaran este fenómeno social desde una perspectiva científica, donde tanto los aspectos relacionados con la salud y con la cuestión género estén integrados transversalmente, cuestiones éstas que todavía tienen amplísimo margen de mejora.

Bibliografía

- Arana, X., 2009. Políticas en materia de tabaco. En: X. Arana, I. Germán. *Políticas y legislación en materia de tabaco*. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 17-69.
- Arana, X., Husak, D. y Scheerer, S., 2003. *Globalización y drogas: políticas sobre drogas, derechos humanos y reducción de riesgos*. Madrid: Dykinson.
- Astelarra, J., 2001. *The evaluation of policies in relation to the division of paid and unpaid work*. The Netherlands: European Network on Policies and the Division of Unpaid and Paid Work, WORC, Tilburg University.
- Benhabid, S., 1990. El otro generalizado y el otro concreto: la controversia Kohlberg-Gilligan y la teoría feminista. En: S. Benhabid, D. Cornell, eds. *Teoría feminista y crítica*. Valencia: Alfons el Magnánim, Generalitat Valenciana, 119-149.

- Boekhout, T., 2002. *Drugs and decision-making in the European Union* [en línea]. Amsterdam: Mets and Schilt. Disponible en: <http://www.cedro-uva.org/lib/boekhout.eu.html> [Acceso 12 septiembre 2012].
- Boekhout, T., 2004. *Dealing with Drugs in Europe. An Investigation of European Drug Control Experiences: France, the Netherlands and Sweeden*. The Hague: Willen Pompe Institute for Criminal Law and Criminology/BJu Legal Publishers.
- Burkhart, G., 2002. Políticas europeas: Posibilidades y límites. En: A. Vega, coord. *Drogas qué política para qué prevención*. Donostia-San Sebastián: Gakoa, 105-128.
- Calvete Oliva, A., 2000. La salud pública en la Unión Europea según el tratado de Amsterdam. *Revista de Administración Sanitaria*, 4, 14, abril/junio, 231-237.
- Cavana, M.L., 1995. Diferencia. En: C. Amorós, dir. *10 palabras clave sobre mujer*. Pamplona: Verbo Divino, 53-86.
- Comisión Europea, 1996. *Integrar la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres en el conjunto de las políticas y acciones comunitarias*. COM(1996) 67 final [en línea]. Disponible en: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:1996:0067:FIN:ES:PDF> [Acceso 12 septiembre 2012].
- Comisión Europea, 2004a. *Guía Equal sobre integración de la perspectiva de género, noviembre* [en línea]. Disponible en: http://ec.europa.eu/employment_social/equal_consolidated/data/document/gendermain_es.pdf [Acceso 12 septiembre 2012].
- Comisión Europea, 2004b. *Libro Verde. Igualdad y no discriminación en la Unión Europea ampliada*. Disponible en: http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/es/com/2004/com2004_0379es01.pdf [Acceso 12 septiembre 2012].
- Comisión Europea, 2006. *Plan de Trabajo para la igualdad entre las mujeres y los hombres 2006-2010*. COM(2006) 92 final [en línea]. Disponible en: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2006:0092:FIN:ES:PDF> [Acceso 12 septiembre 2012].
- Comisión Europea, 2010a. *Estrategia para la igualdad entre mujeres y hombres 2010-2015 (COM(2010) 491 final)*. Disponible en: http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/equality_between_men_and_women/em0037_es.htm [Acceso 27 noviembre 2012].
- Comisión Europea, 2010b. *Un compromiso reforzado en favor de la igualdad entre mujeres y hombres: una Carta de la Mujer (COM(2010)78 final)*. Disponible en: http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/equality_between_men_and_women/em0033_es.htm [Acceso 27 noviembre 2012].
- Consejo Europeo, 2006. *Consejo Europeo de Bruselas. 23 y 24 de marzo de 2006. Conclusiones de la Presidencia, 7775/1/06 REV1, 18/5/2006* [en línea]. Disponible en: <http://www.consilium.europa.eu/uedocs/NewsWord/es/ec/89026.doc> [Acceso 12 septiembre 2012].
- Estievenart, G., 1994. La Comunidad Europea y la lucha contra la droga en los años 1990. En: A. Labrousse y A. Wallon, coord. *El planeta de las drogas*. Bilbao: Mensajero, 126-129.
- Estievenart, G., 2006. La estrategia antidrogas de la Unión Europea y América Latina. En: A. Camacho, ed. *Narcotráfico: Europa, EE.UU., América Latina*. Barcelona: Obreal, 13-38.

- García Sánchez, I., Carrillo Tirado, M. y Cantón, M.A., 2006. La hoja de ruta para la igualdad de género en la UE. *Informes estratégicos "La UE y el SSPA"* (Observatorio de Salud en Europa de la Escuela Andaluza de Salud Pública), 2,. Disponible en: <http://www.easp.es/es/system/files/Hoja%20de%20Ruta%20para%20la%20Igualdad%20de%20Genero%20en%20la%20UE.pdf> [Acceso 12 septiembre 2012].
- López, I., coord., 2007. *Género y políticas de cohesión social. Conceptos y experiencias de transversalización*. Madrid: FIIAPP.
- MacGregor, S. y Whiting, M., 2010. The development of European drug policy and the place of harm reduction within this. En: T. Rhodes, D. Hedrich, eds. *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*. EMCDDA Monographs, 10, Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la UE.
- OEDT, 2010. *Informe Anual 2010: El problema de la Drogodependencia en Europa* [en línea]. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la UE. Disponible en: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2010> [Acceso 12 septiembre 2012].
- OEDT, 2011. *Informe Anual 2011: El problema de la Drogodependencia en Europa* [en línea]. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la UE. Disponible en: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2011> [Acceso 12 septiembre 2012].
- Olesti Rayo, A., 2002. La Unión Europea y la reducción de la oferta ilícita de drogas. *Revista de Derecho Comunitario Europeo*, 11, 113-152.
- Olmo, R. del, 1998. Teorías sobre la criminalidad femenina. En: R. del Olmo, coord. *Criminalidad y criminalización de la mujer en la región andina*. Venezuela: Nueva Sociedad, 19-34.
- Olszewski, D., et al., 2009. Women's voices. Experiences and perceptions of women who face drug-related problems in Europe. *Thematic Papers*. EMCDDA.
- Pollack, M. A., Hafner-Burton, E. M., 2000. Mainstreaming gender in the European Union. *Journal of European Public Policy*, 7(4), 432-456.
- Recasens, A., 1996. Soberanía, aparato policial e integración europea. En: R. Bergalli y E. Resta, comp. *Soberanía: un principio que se derrumba. Aspectos metodológicos y jurídico-políticos*. Barcelona: Paidós, 91-112.
- Rigat-Pflaum, M., 2008. Gender mainstreaming: un enfoque para la igualdad de género. *Nueva Sociedad*, 218, 40-56.
- Rodríguez Martín, J.A. y Añaños, M.K., 2012. La integración laboral de las mujeres drogodependientes, en la lucha contra la discriminación por género en la Unión Europea. *Revista Española de Drogodependencias*, 37, 109-120.
- Rossilli, M., 2001. *Políticas de género en la Unión Europea*. Madrid: Narcea.
- Sánchez Pardo, L., 2009. *Guía informativa: drogas y género*. Santiago de Compostela: Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias.
- Sequeros, F., 2000. *El Tráfico de drogas ante el ordenamiento jurídico: evolución normativa, doctrinal y jurisprudencial*. Madrid: La Ley.
- Skar, M. y Garrido, L., 2007. Salud Pública en la UE: una visión global. *Economía de la salud*, 7 (1), 11-18.
- Unión Europea, 2007. *Tratado de Lisboa por el que se modifican el Tratado de la Unión Europea y el Tratado constitutivo de la Comunidad Europea*. 2007/C 306/01, Diario Oficial de la Unión Europea, C 306, 17.12.2007. Disponible en:

http://europa.eu/lisbon_treaty/full_text/index_es.htm [Acceso 12 septiembre 2012].

Unión Europea, 2010a. *Carta de los derechos fundamentales de la Unión Europea* [en línea]. Diario oficial de la Unión Europea, n. C 83 de 30.3.2010, 2010/C 83/02, http://europa.eu/legislation_summaries/justice_freedom_security/combating_discrimination/l33501_es.htm [Acceso 27 noviembre 2012].

Unión Europea, 2010b. *Espacio europeo de libertad, seguridad y justicia* [en línea]. Disponible en: http://europa.eu/legislation_summaries/institutional_affairs/treaties/lisbon_treaty/ai0022_es.htm [Acceso 27 noviembre 2012].