



emcdda.europa.eu

Public expenditure in the area of drug-demand reduction

EMCDDA 2003 selected issue

In EMCDDA 2003 Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway

Gasto público en el ámbito de la reducción de la demanda de drogas ⁽¹⁹⁹⁾

La Estrategia europea en materia de lucha contra la droga (2000-2004) contempla que el Consejo y la Comisión deben intentar elaborar una lista relativa al conjunto del gasto público en el ámbito de la lucha contra la droga, utilizando como base los trabajos del OEDT y del Grupo Pompidou.

A fin de responder a lo dispuesto en la Estrategia europea en materia de lucha contra la droga, el OEDT estudia en el presente informe, con la valiosa contribución de los puntos focales nacionales de la red Reitox, el gasto público directo en el ámbito de la reducción de la demanda de drogas en 1999 ⁽²⁰⁰⁾. El OEDT se concentra en el gasto de ámbito nacional y regional, la prevención del consumo de drogas, el tratamiento de las adicciones (pacientes hospitalarios y ambulatorios), tratamiento de sustitución y sin drogas, rehabilitación y reintegración, trabajo de calle, reducción de daños y educación, investigación y coordinación relacionadas con la reducción de la demanda. A fin de delimitar mejor nuestra investigación, no hemos incluido los gastos directos contraídos por las organizaciones de salud privadas (centros de tratamiento, clínicas, etc.), ni los gastos indirectos efectuados por los servicios de carácter general, como hospitales generales y salas de emergencia. Por último, no se tiene en cuenta la cuestión, mucho más amplia y compleja, de los costes sociales que provocan las drogas ilegales.

Al abordar la cuestión del gasto público en materia de drogas (aunque en un ámbito reducido), este informe pretende en primer lugar aumentar en los países de la UE el estado de conciencia sobre la importancia de un indicador de políticas en materia de drogas, más que proporcionar pruebas empíricas.

Limitación y fiabilidad de los datos

No obstante, aunque hemos restringido nuestro campo de acción, los resultados confirman las dificultades originadas por lo limitado de la información disponible y la dificultad de recopilar datos en un ámbito relativamente infradesarrollado en la UE. De hecho, aparte de la investigación *ad hoc* llevada a cabo durante la redacción del presente informe ⁽²⁰¹⁾, únicamente se han realizado unos cuantos estudios con el fin de cuantificar los recursos públicos asignados a la lucha contra la droga en la UE ⁽²⁰²⁾. A título informativo, la mayoría de países de la UE no pueden decir con exactitud cuánto gastan en combatir las drogas y la drogadicción.

Por lo tanto, la mayoría de los participantes en esta investigación no pudieron presentar datos completos. De hecho, faltan algunos datos sobre el gasto en materia de reducción de la demanda y amenudo los cálculos se basan en métodos de estimación y extrapolación ⁽²⁰³⁾.

Como señalan numerosos puntos focales y confirma la literatura sobre el tema, al menos cinco factores pueden limitar esta investigación: 1) la falta de información sobre algunos ámbitos y países; 2) la dificultad de aislar los datos sobre drogas ilegales de los datos que engloban las drogas ilegales y el alcohol; 3) la variedad de los actores y organizaciones a nivel nacional, regional y local responsables de dicho gasto; 4) la dificultad para desglosar con precisión el gasto público en categorías teóricas, como reducción de la demanda y reducción de la oferta, y 5) la complejidad de desglosar el gasto, dentro de estas dos categorías, por ámbito de intervención (tratamiento, prevención primaria, rehabilitación, cooperación, coordinación, etc.).

Sin embargo, resulta interesante señalar que, aunque este tipo de estudio se ve dificultado, por los problemas de método, los responsables políticos muestran un creciente interés por las reseñas del gasto público ⁽²⁰⁴⁾, tanto como base para la toma de decisiones, como manera de medir sus resultados.

El gasto público directo en materia de reducción de la demanda de drogas

En el proceso de cálculo de «una lista» de todo el gasto público directo en materia de reducción de la demanda de drogas en los Estados miembros de la UE, y basándose en los datos recibidos de los centros de referencia nacionales, se ha intentado hacer una comparación del gasto de similares características.

Pese a que se han adoptado todas las precauciones estadísticas posibles, no es posible obviar el problema de que las cifras comunicadas pueden corresponder en ocasiones a categorías diferentes en países diferentes, y el hecho de que en algunos países simplemente no se dispone de datos. En efecto, falta información importante sobre el gasto en reducir la demanda en Bélgica, Dinamarca, Italia y en particular Alemania y Suecia y por lo tanto la cifra total está ciertamente muy infravalorada. En el caso de otros países (Grecia, España, Francia, Luxemburgo, Austria y Portugal) los datos pueden considerarse más completos pese a alguna incertidumbre residual relativa a las categorías de gasto incluidas. En los Países Bajos y Noruega, en particular, las evaluaciones comunicadas se refieren tanto a los drogas ilegales

⁽¹⁹⁹⁾ Las diferencias entre los datos disponibles limitaron la posibilidad de establecer comparaciones transnacionales. Para obtener una imagen más completa del gasto en materia de drogas en cada uno de los Estados miembros, véase en: http://www.emcdda.eu.int/policy_law/national/strategies/public_expenditure.shtml.

⁽²⁰⁰⁾ Instantánea del año de referencia para el período del informe de la Estrategia europea en materia de lucha contra la droga (2000-2004).

⁽²⁰¹⁾ El OEDT desea agradecer de forma especial a los puntos focales de Grecia, Austria y Portugal las investigaciones específicas realizadas en este campo que han ayudado a mejorar la calidad de este Informe anual. El Observatorio agradece también la evaluación colegiada de la investigación realizada por el profesor Pierre Kopp.

⁽²⁰²⁾ Bélgica (2003), Luxemburgo (2002), el Reino Unido (2002); para más referencias véase en: http://www.emcdda.eu.int/policy_law/national/strategies/public_expenditure.shtml.

⁽²⁰³⁾ Nuestro deseo de incluir el mayor número posible de países a fin de presentar un cuadro completo de la situación europea se vio dificultado por la escasez de datos en algunos de los países estudiados. Por consiguiente, a pesar de que se ha mantenido un horizonte amplio, al informar sobre 16 países, la capacidad de análisis y comparación se ha visto muy reducida por la incertidumbre de las cifras definitivas.

⁽²⁰⁴⁾ Bélgica (2003), Luxemburgo (2002), el Reino Unido (2002); para más referencias véase en: http://www.emcdda.eu.int/policy_law/national/strategies/public_expenditure.shtml.

como al alcohol, lo que hace que las cifras finales de estos dos países sean bastante elevadas en comparación con otros países. Por último, la mayoría de datos son de 1999, como cifras base para el proceso de evaluación del plan de acción de la UE, pero hay excepciones. Las cifras comunicadas sobre Irlanda son el gasto estatal previsto en materia de reducción de la demanda para el año 2000, los datos de Francia se remontan a 1995 y en el caso del Reino Unido los datos corresponden al ejercicio 2000-2001. Por lo tanto, la lectura de los datos mostrados en el cuadro 6 deben tener en cuenta las limitaciones mencionadas.

Las cantidades totales que gastaron los Estados de la UE en la reducción de la demanda de drogas en 1999 parecen reflejar en general el tamaño y la prosperidad de cada uno de esos países (Kopp y Fenoglio, 2003). No resulta sorprendente que los países más grandes y prósperos (Alemania, Francia, Italia y el Reino Unido) destinen más recursos financieros, en términos absolutos, que los países pequeños, si bien este gasto también es relativamente alto en los Países Bajos y Noruega (posiblemente porque las intervenciones en las adicciones al alcohol se incluyen en estas cifras).

La investigación muestra (Kopp y Fenoglio, 2003; Origer, 2002; Godfrey et al., 2002) que las estimaciones de esta clase podrían ser una valiosa fuente de información a nivel nacional. Las comparaciones a lo largo del tiempo en un mismo país pueden ayudar a revelar el posible aumento o disminución de los presupuestos relativos a las drogas. A su vez, la comparación entre sectores (demanda, suministro, cooperación internacional, etcétera) sirve para informar, junto a las estrategias formales, sobre el esfuerzo financiero concreto realizado para combatir el fenómeno de las drogas.

A nivel de la UE las comparaciones «transnacionales» (el más complejo) pueden determinar modelos comunes o diferencias en las cantidades asignadas a la política antidrogas y permiten efectuar la comparación del gasto con el promedio europeo o en otras regiones del mundo.

Por otra parte, el uso de indicadores macroeconómicos (como el producto interior bruto, la población total, el gasto total del Estado o el número de consumidores problemáticos de drogas) a nivel nacional y europeo, pueden ayudar a medir el alcance del gasto, y proporcionar una interpretación más informativa de datos que, considerados de forma individual, tendrían poco valor.

De hecho, la comparación del gasto en la reducción de la demanda de drogas con, por ejemplo, el PIB de cada país podría revelar qué porcentaje de su riqueza puede destinar un país para prevenir el consumo de drogas y combatir las consecuencias de las mismas. De conformidad con los datos recogidos en esta investigación, parece que en 1999 los países que gastaron el mayor porcentaje del PIB en actividades destinadas a reducir la demanda de drogas fueron Noruega, que destinó aproximadamente un 0,1 % de su riqueza económica (PIB), seguida de los Países Bajos (0,078 %), Portugal (0,074 %), Finlandia (0,073 %) e Irlanda (0,070 %); en comparación los

países más grandes y supuestamente más ricos parece que se quedan atrás. No obstante, la consabida falta de datos sobre estos últimos puede sesgar la comparación.

La interpretación de esta información no resulta sencilla, no sólo por la falta de datos. El porcentaje de la riqueza dedicada al control de la drogodependencia en los Estados miembros de la UE puede interpretarse como el reflejo del alcance del problema de las drogas o bien como el grado de la respuesta a dicho problema (o ambas cosas), o bien como el nivel de las intervenciones sociales y sanitarias en la población. Explorar estas cuestiones puede contribuir a una mejor comprensión del fenómeno y una comprensión más profunda de las estimaciones de los gastos.

Otra forma de analizar el gasto público consiste en examinarlo en el contexto del ámbito al que va destinado, en este caso, los consumidores problemáticos de drogas ⁽²⁰⁵⁾. Si utilizamos como indicador en número estimado de consumidores problemáticos de drogas podemos calcular el gasto por persona entre los más necesitados de asistencia. Desgraciadamente, este cálculo presenta dos problemas: en primer lugar, las cifras no están directamente relacionadas con los consumidores problemáticos de drogas —drogodependientes (por ejemplo, prevención, educación y coordinación)—; y en segundo lugar, calcular el número de consumidores problemáticos de drogas resulta bastante incierto por razones obvias.

Una vez más, según nuestros datos, el valor de los servicios utilizados por cada drogodependiente que los necesita es considerablemente superior en algunos países (Finlandia, Luxemburgo, Austria) que en otros (Grecia, Portugal, Francia, Reino Unido). Esto podría interpretarse como el resultado de un mayor compromiso con los servicios para los drogodependientes en el grupo anterior; no obstante, es más probable que las cifras dependan de la calidad y el tipo de intervención. De hecho, las diferencias en los niveles de gastos no se traducen automáticamente en el nivel de compromiso, sino más bien un nivel diferente de reacción, que viene determinado por lo específico de cada situación.

Además del gasto por consumidor problemático de droga, resulta útil calcular la carga que representa la política de reducción de la demanda para la sociedad en general. Si consideramos el gasto en reducción de la demanda en los 16 países estudiados (15 Estados miembros y Noruega), y partiendo de los limitados datos disponibles (cuadro 6), la cantidad total (mínima) gastada en la UE en 1999 en prevención de la drogadicción y atención a drogodependientes se elevó a aproximadamente 2 300 millones de euros. Esto significa que cada ciudadano de la UE contribuyó con entre 5 y 10 euros. Por supuesto, es probable que esta cantidad sea considerablemente más elevada.

Finalmente, según ponen de relieve varios participantes en el estudio, sería fundamental disponer de una metodología común para la investigación transnacional, asumiendo que este tipo de información y su análisis posterior resultan ser importantes para la toma de decisiones.

⁽²⁰⁵⁾ Consumo por vía parenteral o consumo de larga duración/habitual de opiáceos, cocaína y/o anfetaminas. Para calcular el gasto por consumidor problemático de drogas se utilizaron las estimaciones sobre consumidores problemáticos de drogas comunicadas por los puntos de referencia nacionales, sirviéndose de tipos medios. Para más información véase el cuadro estadístico 4: Número estimado de consumidores problemáticos de droga en los Estados miembros de la UE, 1995-2001 (versión en línea).

Cuadro 6. Desglose del gasto público directo, expresado en millones de euros, según figura en los informes nacionales 2002 de la red Reitox

País	Millones de euros	Categorías de gasto en 1999
Bélgica	139,0	Tratamiento (100); rehabilitación (22,5); metadona (8,9); comunidades y regiones: prevención, cuidados, formación, coordinación (8,3) (no incluidos: 7 millones de euros asignados por el Ministerio del Interior a la prevención de la delincuencia)
Dinamarca	67,0	Gastos en drogadicción por condados y municipios 495,5 millones de coronas (66,5 millones de euros); prevención a nivel central 6,2 millones de coronas (0,8 millones de euros), desconocida en condados y municipios
Alemania	343,2	Alojamientos de emergencia (3,0); acompañamiento psicosocial (13,3); 951 locales para asesorar a pacientes ambulatorios (57,9); rehabilitación hospitalaria de pacientes [25 % de 434 millones de euros (99,7)]; integración laboral (4,3); alojamiento vigilado por cuidadores (8,0); tratamiento en departamentos de hospitales dedicados a las adicciones (97,0); tratamiento de sustitución (desconocido, pero estimado en como mínimo de 30,0), presupuesto de los Länder para la «adicción» 23,9 % (reparto entre de drogas) de 127 millones de euros (30,0) (no incluidos: gasto destinado a persecución penal y aplicación de la ley)
Grecia	16,2	39 centros de prevención (Okana), salarios y personal (Kethea), alojamiento y costes de funcionamiento (2,4); tratamiento: sin drogas, de sustitución y de bajo umbral (11,9); rehabilitación social (0,3); investigación (0,3) Okana, datos no incluidos; educación (0,8), algunos costes de la administración central (0,5)
España	181,5	Nivel central: Ministerio del Interior (GDNPD), Defensa (prevención), Sanidad y Consumo, Educación y Cultura; Asuntos Exteriores, Trabajo y Asuntos Sociales (19,8); fondo procedente de bienes confiscados, destinado a la reducción de la demanda 66 % (2,8); comunidades autónomas (158,7, de los cuales el 22,3 procedente del PIB)
Francia (1995)	205,8	Subutex (91,4); Asuntos Sociales, Sanitarios y Ciudadanos (101,9); Educación (Investigación) (6,6); Juventud y Deporte (1,3); Trabajo, Empleo y Formación (0,12); MILDT (66 % de 6,9 millones de euros (4,5) (no incluida: cooperación internacional y subsidios a organizaciones internacionales)
Irlanda (2000), gasto estatal estimado	57,1	Ministerio de Sanidad e Infancia (tratamiento, prevención, investigación) (32,0); Ministerio de la Empresa, Comercio y Empleo (reintegración) (6,0); Ministerio de Educación y Ciencia (prevención) (7,5); Ministerio de Turismo, Deporte y Actividades Recreativas (prevención, investigación, evaluación, coordinación) (11,6)
Italia	278,5	Tratamiento ambulatorio (99,1); tratamiento residente y semiresidente (88,8); proyectos de fondos nacionales contra las drogas promovidos a nivel local/regional (67,6); proyectos de fondos nacionales contra las drogas patrocinados por los ministerios (23,0). No hay datos de ocho regiones y sólo había datos parciales de la mayoría de las demás regiones
Luxemburgo	13,7	Ministerio de Sanidad (5,7); Familia, Solidaridad Social y Juventud (2,3); Educación, Formación Profesional y Deporte (0,5); otros ministerios (0,3); reembolso de la seguridad social (4,9)
Países Bajos	287,9	Ley general sobre la gestión de enfermedades especiales (a oficinas regionales de atención y clínicas de adicción) (76,0); Ministerio de Sanidad, Bienestar Social y Deporte (cura de adicciones a pacientes ambulatorios) (74,2); fondos para personas sin techo adictos a drogas, drogadicción no sometida a seguimiento (aproximadamente dos tercios de 150 millones de euros (112,5)); molestias relacionadas con las drogas (24,1); actividades para prevención de la drogadicción (1,1) (la mayoría de las cifras se refieren tanto a las drogas como al alcohol)
Austria	52,3	Recursos federales, provinciales y municipales, incluyendo fondos de la seguridad social, servicios de empleo público y el Healthy Austria Fund: prevención primaria (2,4); trabajo de calle y reducción de daños (3,3); asesoramiento, atención y tratamiento (40,7); reintegración (4,2); aseguramiento de la calidad (0,6); otros gastos/no asignable (0,8).
Portugal	71,7	Presidencia del Consejo de Ministros (16,2); Ministerios de Sanidad (41,6); de Educación (3,1); de Empleo y Asuntos Sociales (9,5); de Defensa 1,2
Suecia	62,5	Estimaciones muy poco exactas de gasto destinado a reducción de la demanda de alcohol y drogas (Tullverket, 2000). Municipalidades 300 millones de coronas (30 millones de euros), condados 250 millones de coronas (25 millones de euros) y Estado 50 millones de coronas (5 millones de euros). Organizaciones, fundaciones y empresas no gubernamentales 25 millones de coronas (2,5 millones de euros).
Finlandia	76,2	Cuidados sanitarios (pacientes hospitalarios) (15,1); cuidados sanitarios (pacientes ambulatorios) (7,9); pensiones relacionadas con las drogas (4,3); beneficios por enfermedad relacionada con las drogas (0,5); compensación (empresas aseguradores) (0,9); servicios sobre abuso de sustancias (pacientes hospitalarios/ambulatorios) (26,5); asignaciones vitales (4,8); bienestar de la infancia (10,9); investigación y prevención (5,2)
Reino Unido (2000-2001)	466,3	Estimación del ejercicio económico 2000-2001 (12 meses hasta el 31 de marzo de 2001). «Tratamiento de la drogadicción», 234 millones de libras (367,4 millones de euros); «Protegiendo a los jóvenes (prevención)», 63 millones de libras (98,9 millones de euros)
Noruega	224,9	Estimación de costes a nivel central, regional y municipal para los servicios de prevención de las drogas y el alcohol, tratamiento y atención sanitaria (hospitalaria/ambulatoria, sin drogas, de sustitución), servicios sociales para trabajo de campo con drogadictos, reducción de daños/riesgos, rehabilitación y reintegración

Fuentes: Informes nacionales de la red Reitox (2002).

Desglose del gasto

Resulta muy difícil obtener un desglose fiable por categorías del gasto con los sistemas que se utilizan actualmente para la recogida de datos. A nivel nacional, ámbitos como el tratamiento, la reducción del daño y la prevención a menudo pueden aparecer en la misma partida, y no todos los países aplican el mismo sistema para clasificar el gasto. Por consiguiente, las comparaciones internacionales se ven dificultadas por el uso de diferentes métodos de recogida y clasificación de datos, lo que hace muy difícil comparar el gasto de los distintos ámbitos.

Sin embargo, dejando de lado estas limitaciones metodológicas, podemos sacar una conclusión bastante sólida sobre la base de los mejores datos que figuran en el presente informe: el ámbito de la atención sanitaria y el tratamiento se llevan la mayor parte, pues representan entre un 50 % y un 80 % de todo el gasto público directo para reducir la demanda de drogas.

En Austria, el «asesoramiento, atención y tratamiento» de drogodependientes representó en 1999 un 78 % del gasto federal destinado a la reducción de la demanda. En Grecia, los datos muestran que casi el 73 % del gasto conocido fue dedicado al tratamiento (y el gasto secundario), mientras que en España, el gasto en tratamientos durante 1999 en las comunidades y ciudades autónomas representó un 74 % del total. En Portugal, un 49 % del gasto total destinado a la lucha contra las drogas en 1999 fue a parar al tratamiento, pero un 25 % del gasto total se asignó a la prevención del consumo de drogas, lo que representa uno de los porcentajes más elevados (entre los datos conocidos) en este ámbito dentro de la UE.

Los gastos directos en materia de «prevención», resultan de hecho difíciles de identificar, por lo que la información resulta menos segura. Los porcentajes conocidos van desde el 4 % en Austria, país que sólo proporcionó datos sobre la prevención primaria, hasta el 20 % en Grecia (también aquí, sólo atención primaria), un 15 % en las comunidades y ciudades autónomas españolas y un 10 % en Luxemburgo.

La parte del gasto total dedicado a la reducción de la demanda de drogas destinada a la rehabilitación y la reintegración, y a las actividades de acercamiento y reducción de daños parece inferior, muy probablemente debido a la distinta escala del gasto en relación con el tratamiento o porque en parte está incluido en él.

Consideraciones finales

Por lo que respecta al análisis del gasto en materia de drogas, debe distinguirse entre la investigación del gasto anivel nacional y las comparaciones transnacionales de esta investigación.

Estudios recientes realizados en algunos países ⁽²⁰⁶⁾ han mostrado las posibilidades de lograr resultados satisfactorios incluso sin utilizar una «metodología aprobada internacionalmente». Es evidente que, con una base tal, la comparabilidad entre países se ve ciertamente limitada, pero a nivel nacional esta investigación puede aumentar el conocimiento de las respuestas al fenómeno de la droga y puede ser un instrumento útil para los responsables de tomar decisiones, permitiéndoles evaluar el nivel de gasto en sus propios países y en diferentes épocas (si hay información reiterada) y en diferentes sectores (si se dispone de suficientes detalles). Por otra parte, cuando se comparan las estimaciones de costes con otros indicadores, según se ha visto antes, es posible evaluar el gasto por drogodependiente, o cuánto cuesta la política de reducción de la demanda de drogas en comparación con otras políticas, o en cuánto deben contribuir los ciudadanos a la reducción de la demanda de drogas.

Estas ratios y comparaciones suscitan preguntas e hipótesis muy pertinentes, cuyas respuestas pueden obtenerse mediante estudios más profundos.

La comparación «entre países» (el ámbito de este estudio) es otra dimensión de la investigación sobre los costes relacionados con las drogas. Según muestra el presente informe, estos estudios dependen en gran medida de las diferentes fuentes de datos, y se ven limitados por la falta de uniformidad entre la metodología, estadísticas y cifras de los diferentes países. Para superar estas (y otras) dificultades deberían ponerse en práctica normativas comunes de recogida de datos. No obstante, un enfoque de este tipo exigiría inversiones, sin que por ello se garanticen la calidad y la utilidad de los resultados finales. Antes de realizar una inversión de este tipo es necesario seguir investigando, a la vez que se hace una reflexión más profunda sobre la pertinencia y utilidad de estos estudios a nivel europeo.

En el interim, y mientras los socios europeos reflexionan sobre cómo debe ser el futuro, la función del OEDT es seguir promocionando la mejora de los sistemas estadísticos en la materia y difundir la información sobre las metodologías en uso y las investigaciones iniciadas.

⁽²⁰⁶⁾ Uhl (2001), ONDCP (2001), Godfrey et al. (2002), Origer (2002), Kopp y Fenoglio (2003). Véase también el centro nacional de referencia de Austria, Portugal, España y Grecia, en el marco de los informes nacionales 2002 de la red Reitox.