

**Comisión de Estupefacientes****57º período de sesiones**

Viena, 13 a 21 de marzo de 2014

Tema 9 del programa provisional*

Aplicación de la Declaración Política y el Plan de Acción sobre Cooperación Internacional en Favor de una Estrategia Integral y Equilibrada para Contrarrestar el Problema Mundial de las Drogas: seguimiento del examen de alto nivel por la Comisión de Estupefacientes, en vista del período extraordinario de sesiones de la Asamblea General sobre el problema mundial de las drogas que se celebrará en 2016

Situación mundial con respecto al uso indebido de drogas**Informe de la Secretaría***Resumen*

En el presente informe se resume la información más reciente de que dispone la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito en relación con la demanda mundial de drogas ilícitas. En 2011, se estimó que entre el 3,6% y el 6,9% de las personas de 15 a 64 años de edad (entre 167 y 315 millones de personas) habían consumido drogas de manera ilícita al menos una vez el año anterior. Desde 2009, ha habido un ligero aumento general de la prevalencia y el número de personas que consumen drogas de manera ilícita. La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito ha dado a conocer nuevas estimaciones correspondientes a 2011 respecto de las personas que consumen drogas por inyección y los consumidores de drogas por inyección que viven con el VIH: se estimó que 14 millones de personas (intervalo de 11,2 a 22,0 millones) consumían drogas por inyección, mientras que 1,6 millones de consumidores de drogas por inyección (intervalo de 1,2 a 3,9 millones) vivían con el VIH. A nivel mundial va surgiendo un cuadro cada vez más polifacético del consumo de drogas, caracterizado por el empleo de sustancias sintéticas y el uso extraterapéutico de medicamentos de venta con receta, entre ellos opioides, tranquilizantes y estimulantes de venta con receta que reemplazan las drogas tradicionales.

* E/CN.7/2014/1.



Las recientes tendencias del consumo de drogas observadas en Europa muestran una disminución o estabilización del consumo de cannabis, cocaína y heroína, pero un incremento del consumo de estimulantes de tipo anfetamínico y nuevas sustancias psicoactivas. En los Estados Unidos de América y México, se ha registrado un aumento del consumo de cannabis. Parecería que su consumo también está aumentando en África, América Latina y partes de Asia. Si bien el consumo de heroína se está estabilizando según parece, el uso extraterapéutico de opioides de venta con receta sigue aumentando en la mayoría de las regiones. El consumo de estimulantes de tipo anfetamínico continúa aumentando, especialmente en Asia, África y partes de América Latina.

A nivel mundial, el cannabis sigue siendo la droga que más se usa y su consumo se menciona cada vez con más frecuencia en relación con la demanda de tratamiento y los trastornos psiquiátricos conexos. Los opioides continúan siendo las drogas que causan el mayor daño a nivel mundial, a juzgar por la demanda de tratamiento, el consumo de drogas por inyección y las infecciones por el VIH, así como por las defunciones relacionadas con las drogas. A nivel global, se estimó que alrededor de 210.000 defunciones podían atribuirse al consumo ilícito de drogas; la mayoría de esas defunciones, que se podrían haber evitado, fueron casos de sobredosis letales de personas dependientes de opioides. En 2011, se estimó que casi uno de cada seis consumidores problemáticos había recibido tratamiento por trastornos provocados por el consumo de drogas y drogodependencia. Sin embargo, todavía existen diferencias en materia de servicios de tratamiento y atención de la drogodependencia de eficacia comprobada en muchas regiones.

En general se siguen recibiendo muy pocas respuestas al cuestionario para los informes anuales y sigue faltando información objetiva reciente sobre la mayoría de los indicadores epidemiológicos del consumo de drogas. En la mayoría de las regiones, la falta de sistemas sostenibles de información y de observatorios sobre las drogas continúa obstaculizando la vigilancia de las tendencias actuales y nuevas del consumo de drogas, así como la aplicación y evaluación de las respuestas basadas en pruebas para contrarrestar la demanda ilícita de drogas.

I. Introducción: nuevas tendencias mundiales

1. El presente informe contiene un resumen de la información más reciente de que dispone la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) sobre la magnitud, características y tendencias del consumo ilícito de drogas en el mundo. Algunas de las tendencias observadas en el curso del año transcurrido son:

a) El consumo de cocaína viene disminuyendo o se está estabilizando en Europa y América del Norte, pero hay indicaciones de que aumenta en partes de América del Sur y Oceanía. Debido a la falta de información de Asia, no se puede evaluar exhaustivamente el consumo de cocaína en la región, pero la incautación de cantidades considerables de cocaína en algunas partes de Asia tal vez indique la aparición de un nuevo mercado en dicha región;

b) En 2011, se estimó que 14 millones de personas de 15 a 64 años de edad (intervalo de 11,2 a 22,0 millones) consumían drogas por inyección, mientras que 1,6 millones de consumidores de drogas por inyección (intervalo de 1,2 a 3,9 millones) vivían con el VIH. Las variaciones registradas desde que se dieron a conocer las estimaciones anteriores a nivel nacional, regional y mundial sobre el consumo de drogas por inyección y la prevalencia del VIH entre los consumidores de drogas por inyección¹ son el resultado de una combinación de factores, entre ellos el aumento de la disponibilidad de un mayor número de datos fiables en muchos países, que deben tenerse en cuenta para evitar interpretaciones erróneas de los resultados. Por lo tanto, debe procederse con cautela al evaluar las variaciones regionales y mundiales a lo largo del tiempo;

c) En Europa, el consumo de cannabis viene disminuyendo o se está estabilizando considerablemente. Dicho consumo ha aumentado en partes de América del Norte, así como en América Latina y África;

d) El consumo de estimulantes de tipo anfetamínico, especialmente de metanfetamina, sigue aumentando en Asia oriental y sudoriental y en África;

e) En partes de Europa occidental y central, la sustitución del consumo de anfetamina por el de metanfetamina causa preocupación;

f) El uso extraterapéutico de opioides sintéticos y de venta con receta y de estimulantes sigue siendo motivo de preocupación en América del Norte, Europa, Oceanía y partes de América Latina. En partes de África y de Asia también se ha registrado consumo extraterapéutico de opioides y otros medicamentos de venta con receta;

g) La introducción de sustancias psicoactivas más nuevas basadas en precursores no sometidos a fiscalización internacional, que producen efectos similares a los de las drogas ilícitas, sigue aumentando y causando un problema de salud pública;

h) La falta de información objetiva de muchas partes del mundo sigue planteando importantes dificultades para determinar la magnitud del consumo ilícito de drogas, vigilar las tendencias y resolver adecuadamente el problema mundial de las drogas con estrategias e intervenciones basadas en pruebas.

Dificultades para comprender la magnitud y las tendencias del consumo de drogas

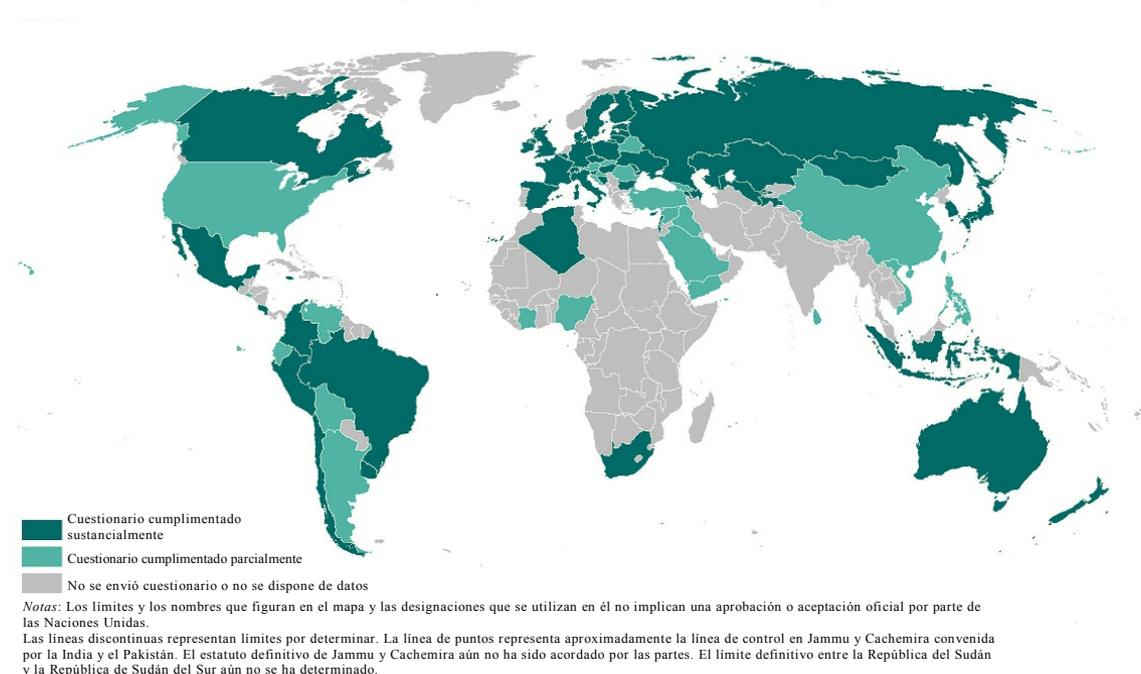
2. En general, las respuestas de los Estados Miembros al cuestionario para los informes anuales sirven de base al sistema de información por el cual se comunican las tendencias mundiales del consumo de drogas todos los años. Por lo tanto, en el presente informe se reflejan el alcance y la calidad de la información presentada por los Estados Miembros. Hasta el 29 de noviembre de 2013 habían respondido a la tercera parte del cuestionario, relativa a la magnitud, las características y las tendencias del consumo de drogas, 83 de un total de 194 Estados Miembros y 2 de

¹ Véase Bradley Mathers y otros, "Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review", *The Lancet*, vol. 372, núm. 9651 (noviembre de 2008).

un total de 15 territorios (véase el mapa). Eso constituye un índice de respuesta del 40% de los Estados Miembros. El 33% de los cuestionarios presentados se habían cumplimentado “parcialmente” o se devolvieron en blanco, mientras que los demás se habían cumplimentado “sustancialmente”, es decir que los Estados habían presentado información sobre más de la mitad de los indicadores del consumo de drogas.

Mapa

Estados Miembros que presentaron datos correspondientes a 2012 sobre la demanda de drogas ilícitas en el cuestionario para los informes anuales



3. En cuanto a la cobertura, el 40% de los Estados Miembros que respondieron al cuestionario representa el 75% de la población mundial. No obstante, las regiones de las cuales no se obtuvo respuesta comprenden la mayor parte de África (solo 4 Estados Miembros del continente respondieron al cuestionario), la mayor parte del Oriente Medio, Asia meridional y sudoccidental, el Caribe y América Central.

4. Como en años anteriores, el escaso número de respuestas y la falta de información objetiva o reciente sobre el consumo de drogas en regiones como África y Asia, así como en países con población numerosa, por ejemplo China y la India, hacen difícil realizar un análisis significativo de la situación mundial con respecto al consumo de drogas y señalar a los órganos encargados de la formulación de políticas cuáles son las medidas necesarias. Habida cuenta de esa falta de datos, se ha intentado complementar la información con datos de otras fuentes gubernamentales y de informes publicados sobre la situación del consumo de drogas, especialmente en relación con los países en que faltaba una parte considerable de la información.

5. Como parte del examen de mitad de período de la Declaración Política y el Plan de Acción sobre Cooperación Internacional en Favor de una Estrategia Integral y Equilibrada para Contrarrestar el Problema Mundial de las Drogas, es importante que los Estados Miembros evalúen la situación de la disponibilidad y calidad de los datos sobre indicadores del consumo de drogas y la necesidad de desarrollar la capacidad para subsanar las deficiencias en materia de reunión y comunicación de datos.

II. Panorama mundial

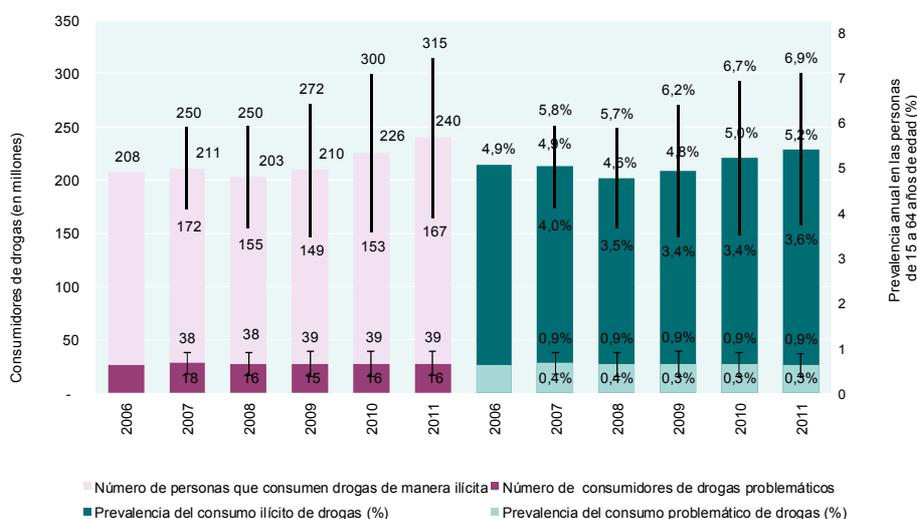
A. Magnitud del consumo de drogas

6. La principal fuente de información sobre la magnitud del consumo de drogas en determinado país son las encuestas de la población en general. Esa información suele complementarse con estimaciones de consumidores problemáticos o consumidores de drogas de alto riesgo, como los consumidores habituales de heroína, que se derivan de métodos indirectos de estimación del número de destinatarios. Dado que la mayoría de los países que realizan encuestas sobre drogas basadas en la población pertenecen a unas cuantas subregiones y las llevan a cabo únicamente cada tres a cinco años, la información mundial y regional sobre la magnitud del consumo de drogas no solo sigue siendo muy escasa, sino que también da lugar a un análisis de las tendencias a lo largo del tiempo en que se debe proceder con mucha cautela.

7. En 2011, la UNODC estimó que entre 167 y 316 millones de personas, que representaban entre el 3,6% y el 6,9% de las personas de 15 a 64 años en todo el mundo, habían consumido de manera ilícita una sustancia el año anterior (véase el gráfico I). La prevalencia del consumo ilícito de drogas y el número de consumidores problemáticos (quienes padecen trastornos provocados por el consumo de drogas y drogodependencia) se han mantenido estables², pero había diferentes tendencias perceptibles del consumo de drogas en distintas regiones y países y puede observarse un cuadro polifacético del consumo de drogas.

² El número de consumidores problemáticos está determinado principalmente por el número estimado de consumidores de cocaína y opiáceos, por lo que refleja las tendencias estables en términos generales del consumo de esas drogas.

Gráfico I
Prevalencia anual del consumo ilícito de drogas entre las personas de 15 a 64 años de edad de todo el mundo, 2006-2011



Fuente: Informe Mundial sobre las Drogas 2013 (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.12.XI.1).

8. No obstante, desde 2008 se ha registrado un aumento general del 18% en el número total estimado de personas que consumieron una sustancia ilícita el año anterior, lo que refleja en cierta medida tanto un aumento de la población mundial como un incremento de la prevalencia del consumo ilícito de drogas.

9. El cannabis sigue siendo la sustancia ilícita más consumida en el mundo. Se estima que entre 129 y 230 millones de personas de 15 a 64 años de edad consumieron cannabis al menos una vez el año anterior (véase el cuadro 1). A nivel mundial, la prevalencia anual del consumo de cannabis ha aumentado, especialmente en Asia y América, desde 2009. Aunque no se dispone de datos epidemiológicos, varios expertos de las regiones informan de un aumento percibido del consumo. Las regiones cuya prevalencia del consumo de cannabis es superior a la media mundial continúan siendo África occidental y central, Oceanía (esencialmente Australia y Nueva Zelanda), América del Norte y Europa occidental y central. Empero, se considera que el consumo de cannabis en la mayor parte de América del Norte y Europa occidental y central se mantiene estable o está disminuyendo.

Cuadro 1
Subregiones con una alta prevalencia del consumo de cannabis, 2011

	Prevalencia anual (porcentaje)	Cifra estimada
Todo el mundo	3,9	180 620 000
África occidental y central	12,4	27 990 000
Oceanía	10,9	2 630 000
América del Norte	10,7	32 700 000
Europa occidental y central	7,6	24 680 000

10. El consumo de estimulantes de tipo anfetamínico, con exclusión del “éxtasis”, sigue estando muy extendido en todo el mundo y parece ir en aumento. Aunque no se dispone de recientes estimaciones de prevalencia de Asia y África, varios expertos de esas regiones siguen informando de un aumento percibido del consumo de esos estimulantes. Existen informes que señalan una desviación creciente de los precursores y un incremento de la incautación y fabricación de metanfetamina, así como un aumento del consumo de esa sustancia en esas regiones. Por ejemplo, los datos actuales de la encuesta sobre el consumo de drogas en el Pakistán respaldan esa evaluación. En dicho país se están empezando a consumir estimulantes de tipo anfetamínico y se registró una prevalencia anual del 0,1% de la población en general³. Se observaron altos niveles de consumo de estimulantes de tipo anfetamínico en Oceanía (Australia y Nueva Zelanda), América Central, América del Norte, y África meridional, mientras que la prevalencia anual estimada del consumo de esos estimulantes en Asia sudoriental es comparable a la media mundial (véase el cuadro 2).

Cuadro 2

Subregiones con una alta prevalencia del consumo de estimulantes de tipo anfetamínico, 2011

	<i>Prevalencia anual (porcentaje)</i>	<i>Cifra estimada</i>
Todo el mundo	0,7	33 750 000
Oceanía	2,1	530 000
América del Norte	1,3	3 990 000
América Central	1,3	330 000
Asia sudoriental	0,6	8 740 000
África meridional	0,7	600 000

11. El consumo de opioides (la heroína, el opio y los opioides de venta con receta) ha aumentado en Asia oriental, sudoriental, central y sudoccidental desde 2009. Si bien no existen datos fiables correspondientes a la mayor parte de África, los expertos informan de un aumento del consumo de opioides en esa parte. La prevalencia del consumo de opioides en América del Norte, Oceanía, el Cercano Oriente, el Oriente Medio, Asia sudoccidental, Europa oriental y sudoriental, y Asia central es superior a la media mundial, pero el consumo de opiáceos (la heroína y el opio) se ha mantenido estable. No obstante, se ha registrado una alta prevalencia del consumo de opiáceos en el Cercano Oriente, el Oriente Medio y Asia sudoccidental (sobre todo en el Afganistán, Irán (República Islámica del) y el Pakistán), así como en Asia central, Europa oriental y sudoriental, América del Norte y África occidental y central (véase el cuadro 3).

³ UNODC, Ministerio del Interior y de Fiscalización de Estupefacientes del Pakistán, y Oficina de Estadística del Pakistán, *Drug Use in Pakistan* (de próxima aparición).

Cuadro 3
Subregiones con una alta prevalencia del consumo de opioides y opiáceos, 2011

	<i>Opioides</i>		<i>Opiáceos</i>	
	<i>Prevalencia anual (porcentaje)</i>	<i>Cifra estimada</i>	<i>Prevalencia anual (porcentaje)</i>	<i>Cifra estimada</i>
Todo el mundo	0,7	31 900 000	0,4	16 490 000
América del Norte	3,9	12 060 000	0,5	1 400 000
Oceanía	3,0	730 000	0,2	40 000
Cercano Oriente, Oriente Medio y Asia sudoccidental	1,9	5 140 000	1,2	3 180 000
Europa oriental y sudoriental	1,2	2 800 000	0,8	1 890 000
Asia central y Transcaucasia	0,9	470 000	0,8	430 000
África occidental y central	0,44	1 000 000	0,4	980 000

12. A nivel mundial, se estimó que entre 13,9 y 20,7 millones de personas habían consumido cocaína el año anterior. Los dos mercados principales de cocaína, América del Norte y Europa occidental y central, registraron una disminución del consumo de esa droga entre 2010 y 2011, pues la prevalencia anual de su consumo entre la población adulta de Europa occidental y central se redujo del 1,3% en 2010 al 1,2% en 2011, y del 1,6% al 1,5% en América del Norte. Si bien el consumo de cocaína en muchos países de América del Sur disminuyó o se mantenía estable, se registró un aumento en el Brasil que era lo suficientemente considerable para reflejarse en la prevalencia regional correspondiente a 2011. En Australia también se observó un incremento del consumo de cocaína.

13. Se estimó que entre 10 y 28,8 millones de personas habían consumido metilendioximetanfetamina (MDMA, conocida habitualmente como “éxtasis”) el año anterior. Si bien el consumo de “éxtasis” ha estado disminuyendo en términos generales, parece estar aumentando en Europa. Las tres regiones con una alta prevalencia del consumo de “éxtasis” continúan siendo Oceanía (2,9%), América del Norte (0,9%) y Europa (0,7%). El consumo sigue asociándose a los jóvenes y a los lugares de recreación y de vida nocturna en los centros urbanos.

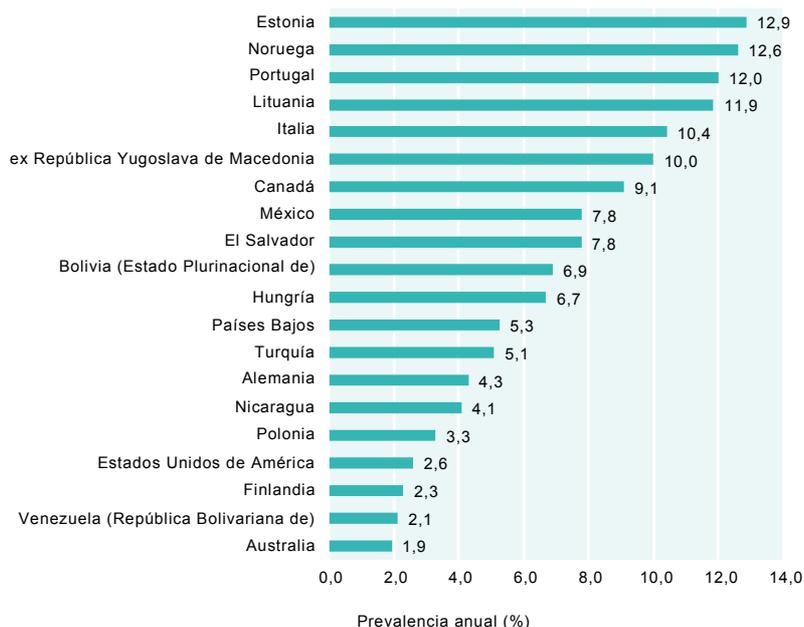
14. Si bien no se dispone de estimaciones mundiales del uso extraterapéutico de medicamentos de venta con receta, ese uso sigue planteando un grave problema de salud pública. El uso indebido o extraterapéutico de tranquilizantes y sedantes, como benzodiazepinas y barbitúricos, sigue siendo elevado y, a veces, es superior al de muchas sustancias ilícitas. De los 103 países que han facilitado información a la UNODC sobre el uso extraterapéutico de tranquilizantes y sedantes mediante el cuestionario para los informes anuales, cerca del 60% los clasificaron entre los tres tipos de sustancias que son objeto del mayor uso indebido en su país respectivo, mientras que casi el 15% de los países⁴ los clasificaron como las sustancias que se usan indebidamente con más frecuencia. En los países en que se disponía de datos sobre la prevalencia anual del uso extraterapéutico de tranquilizantes y sedantes, los niveles de prevalencia variaban entre el 1,9% en Australia y el 12,9% en Estonia

⁴ Argelia, Bulgaria, Burkina Faso, Estonia, Honduras, Hungría, Italia, Nicaragua, Países Bajos, Perú, Polonia, Rumania, Serbia y Venezuela (República Bolivariana de).

(véase el gráfico II). Además del consumo exclusivo de tranquilizantes (por ejemplo, benzodiazepinas), se observa con frecuencia el uso extraterapéutico de medicamentos de venta con receta entre las personas dependientes de varias drogas, especialmente los consumidores de heroína y los de metadona, que usan benzodiazepinas para aumentar sus efectos⁵. Asimismo, las benzodiazepinas suelen citarse entre las sustancias relacionadas con casos de sobredosis letales y no letales de consumidores de opioides⁶.

Gráfico II

Prevalencia anual del uso extraterapéutico de tranquilizantes y sedantes entre la población general de los países con una alta prevalencia de ese uso



Fuente: UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales correspondientes al período 2007-2011.

15. Las nuevas sustancias psicoactivas (sustancias modificadas químicamente de forma que quedan fuera de los regímenes de fiscalización internacional pero que reproducen los efectos de las sustancias fiscalizadas y representan una amenaza para la salud) se han convertido en un importante problema no solo debido al aumento de su consumo sino también a la falta de investigaciones científicas y de conocimiento de sus efectos negativos. Muchos países de todas las regiones del mundo comunican que están apareciendo nuevas sustancias psicoactivas. El número de esas sustancias notificadas por los Estados Miembros a la UNODC se ha incrementado hasta más

⁵ Markus Backmund y otros, "Co-consumption of benzodiazepines in heroin users, methadone- substituted and codeine-substituted patients", *Journal of Addictive Diseases*, vol. 24, núm. 4 (2006).

⁶ Phillip Oliver, Robert Forrest y Jenny Keen, "Benzodiazepines and cocaine as risk factors in fatal opioid overdoses", reseña de investigación, núm. 31 (Londres, Organismo Nacional sobre Tratamiento de la Toxicomanía, 2007). Disponible en: www.nta.nhs.uk/uploads/nta_rb31_benzos_cocaine_in_fatal_opioid_overdose.pdf.

del doble, de 166 a finales de 2009 a 351 en agosto de 2013⁷. Las nuevas sustancias psicoactivas que se notifican con más frecuencia son los cannabinoides sintéticos (23%), las fenetilaminas (23%), las catinonas (18%), las triptaminas (10%), las piperazinas (5%) y la ketamina. Entre las catinonas, las sustancias más notables son el análogo de la metcatinona 4-metil-metcatinona (conocido también como mefedrona) y la metilendioxipirovalerona (MDPV), conocida y vendida habitualmente como “sales de baño”. Las nuevas sustancias psicoactivas de origen vegetal cuyo consumo se notificó incluyen el khat, el kratom y la *Salvia divinorum*⁸.

B. Consecuencias del consumo de drogas

1. Personas que consumen drogas por inyección

16. La UNODC estima que, a nivel mundial, entre 11,2 y 22 millones de personas consumieron drogas por inyección en 2011 (quienes representaban entre el 0,24% y el 0,48% de la población mundial de 15 a 64 años de edad). Si bien las estimaciones de las personas que consumen drogas por inyección han permanecido dentro del mismo rango que las de 2008 (entre 11 y 21 millones), ha habido revisiones al alza en cerca del 38% de los países y revisiones a la baja en casi ocho países que tienen numerosa población. A nivel regional, se registró una alta prevalencia de las personas que consumen drogas por inyección en los países de Europa oriental y sudoriental, Asia central y Transcaucasia. Esas subregiones representan el 25% del número total estimado de personas que consumen drogas por inyección. China, los Estados Unidos de América y la Federación de Rusia representan el 46% de las personas que consumen drogas por inyección en todo el mundo (véase el cuadro 4).

Cuadro 4

Cifra estimada y prevalencia de los consumidores de drogas por inyección, 2011

Región	Subregión	Consumidores de drogas por inyección					
		Cifra estimada			Prevalencia (%)		
		Mínima	Óptima	Máxima	Mínima	Óptima	Máxima
África		304 925	997 574	6 608 038	0,05	0,17	1,12
América		2 908 787	3 427 561	4 019 041	0,47	0,55	0,64
	América del Norte	1 935 144	2 006 470	2 101 572	0,63	0,65	0,68
	América Latina y el Caribe	973 643	1 421 091	1 917 468	0,31	0,45	0,61
Asia		4 328 212	5 692 005	7 031 647	0,16	0,20	0,25
	Asia central y Transcaucasia	659 582	699 191	758 421	1,25	1,33	1,44
	Asia oriental y sudoriental	2 959 863	3 786 472	4 677 484	0,19	0,25	0,30
	Cercano Oriente, Oriente Medio y Asia sudoccidental	462 269	952 948	1 334 013	0,17	0,36	0,50
	Asia meridional	246 498	253 394	261 729	0,03	0,03	0,03

⁷ Véase el Sistema de Alerta Temprana sobre Nuevas Sustancias Psicoactivas de la UNODC. Disponible en: www.unodc.org/LSS/Home/NPS.

⁸ Para obtener más información, véase UNODC, *Informe Mundial sobre las Drogas 2013* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.13.XI.6).

Región	Subregión	Consumidores de drogas por inyección					
		Cifra estimada			Prevalencia (%)		
		Mínima	Óptima	Máxima	Mínima	Óptima	Máxima
Europa		3 553 859	3 777 948	4 156 492	0,64	0,68	0,75
	Europa oriental y sudoriental	2 821 599	2 907 484	2 987 155	1,23	1,26	1,30
	Europa occidental y central	732 260	870 464	1 169 337	0,23	0,27	0,36
Oceanía		118 628	128 005	158 919	0,49	0,53	0,66
	Todo el mundo	11 214 411	14 023 092	21 974 136	0,24	0,31	0,48

Fuentes: Cuestionarios para los informes anuales y otros datos de la UNODC; informes del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) relativos a los progresos en la lucha mundial contra el SIDA (varios años); Grupo de Referencia de las Naciones Unidas sobre el VIH y el consumo de drogas por inyección; informes de gobiernos nacionales.

2. VIH entre las personas que consumen drogas por inyección

17. De un número aproximado de 14 millones de personas que consumen drogas por inyección, se estima que entre 1,16 y 3,86 millones viven con el VIH. Eso representa una prevalencia mundial del VIH del 11,5% entre las personas que consumen drogas por inyección. La prevalencia más alta de los consumidores de drogas por inyección que viven con el VIH se registra en Asia sudoccidental, seguida por Europa oriental y sudoriental y América del Norte (véase el cuadro 5). China, los Estados Unidos de América y la Federación de Rusia representan conjuntamente casi la mitad de la cifra mundial de consumidores de drogas por inyección que viven con el VIH.

18. Desde que se publicaron las estimaciones anteriores en 2008⁹, las estimaciones de la prevalencia del VIH entre las personas que consumen drogas por inyección se revisaron al alza en el 40% de los países (especialmente en Belarús, Filipinas, Grecia y la República Checa); mientras que en varios países que tienen numerosa población la estimación revisada de consumidores de drogas por inyección que viven con el VIH fue notablemente inferior a la estimación anterior. Hay nueve países que representan conjuntamente más del 85% de las estimaciones comunicadas de consumidores de drogas por inyección que viven con el VIH en todo el mundo: el Brasil, China, los Estados Unidos de América, la Federación de Rusia, Indonesia, Kenya, Tailandia y Ucrania.

19. Cabe señalar que las estimaciones regionales y mundiales de las personas que consumen drogas por inyección, así como de quienes viven con el VIH, pueden estar condicionadas por una combinación de factores, entre ellos los cambios en las modalidades del uso de drogas en que se sustituye el consumo por inyección por otras vías de administración y las variaciones de las estimaciones nacionales como resultado del mejoramiento de los métodos de cálculo aplicados y, en particular, la mayor realización de encuestas biológicas y de comportamiento de carácter integrado en varios países durante el último decenio. Las variaciones registradas desde que se dieron a conocer las anteriores estimaciones nacionales, regionales y

⁹ Bradley Mathers y otros, "Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review".

mundiales sobre el consumo de drogas por inyección y el VIH entre las personas que consumen drogas por inyección son el resultado de una combinación de esos y otros factores, entre ellos las diferencias metodológicas. Por lo tanto, las nuevas estimaciones no pueden emplearse para evaluar de manera fidedigna las variaciones o tendencias mundiales de la epidemia.

Cuadro 5

Estimaciones de consumidores de drogas por inyección que viven con el VIH, 2011

Región	Subregión	VIH entre consumidores de drogas por inyección			Estimación óptima de prevalencia (%)
		Cifra estimada			
		Mínima	Óptima	Máxima	
África		36 506	117 502	1 837 542	11,8
América		222 053	369 445	560 134	10,8
	América del Norte	159 836	270 749	383 041	13,5
	América Latina y el Caribe	62 217	98 696	177 093	6,9
Asia		440 559	637 271	928 476	11,2
	Asia central y Transcaucasia	54 858	59 193	71 352	8,5
	Asia oriental y sudoriental	256 396	328 101	519 982	8,7
	Cercano Oriente, Oriente Medio y Asia sudoccidental	108 539	228 765	315 430	24,0
	Asia meridional	20 767	21 212	21 712	8,4
Europa		466 243	492 054	532 304	13,0
	Europa oriental y sudoriental	419 715	433 836	448 183	14,9
	Europa occidental y central	46 528	58 217	84 120	6,7
Oceanía		1 095	1 308	1 635	1,0
Todo el mundo		1 166 456	1 617 580	3 860 091	11,5

Fuentes: Cuestionarios para los informes anuales y otros datos de la UNODC; informes del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) relativos a los progresos en la lucha mundial contra el SIDA (varios años); Grupo de Referencia de las Naciones Unidas sobre el VIH y el consumo de drogas por inyección; informes de gobiernos nacionales.

3. Hepatitis entre las personas que consumen drogas por inyección

20. Entre las personas que consumen drogas por inyección, parece que la prevalencia de la hepatitis C es mucho mayor que la de cualquier otra infección. La UNODC estimó que la mitad de las personas que consumían drogas por inyección (7,2 millones de personas) estaban infectadas por la hepatitis C. Se estimó que la prevalencia mundial de la hepatitis B entre las personas que consumían drogas por inyección era del 8,4% (1,2 millones de personas). Ambas afecciones concurrentes contribuyen significativamente a la carga que supone la enfermedad para el tratamiento y atención de los drogodependientes.

4. Demanda de tratamientos

21. En 2011, se estimó que, a nivel mundial, uno de cada seis consumidores problemáticos (quienes padecen trastornos provocados por el consumo de drogas y drogodependencia) recibió tratamiento. Sin embargo, se registraron grandes variaciones en la prestación de servicios de tratamiento de la drogodependencia y las intervenciones conexas de una región a otra. En África, uno de cada 18 consumidores problemáticos había recibido tratamiento, mientras que en América Latina y el Caribe, y Europa oriental y sudoriental, aproximadamente uno de cada 11 lo había recibido. Las diferencias regionales en la necesidad desatendida de tratamiento tal vez reflejen diversos sistemas de presentación de informes, pero también muestran las importantes diferencias en la disponibilidad y accesibilidad de los servicios de tratamiento de la drogodependencia entre las distintas regiones¹⁰.

5. Defunciones relacionadas con las drogas

22. Las defunciones relacionadas con las drogas muestran el daño extremo que puede causar su consumo. Esas defunciones son siempre prematuras y la mayoría puede evitarse. La UNODC estimó que, en 2011, se produjeron entre 102.000 y 247.000 defunciones relacionadas con las drogas, lo que correspondía a una tasa de mortalidad de entre 22,3 y 54,0 defunciones por millón de habitantes de 15 a 64 años de edad (véase el cuadro 6). Eso representa entre el 0,54% y el 1,3% de la mortalidad por todas las causas entre las personas de 15 a 64 años de edad de todo el mundo. La magnitud de las defunciones relacionadas con las drogas sigue siendo esencialmente la misma en el orbe y las regiones. A nivel mundial, casi la mitad de las defunciones relacionadas con las drogas que se comunicaron se atribuyen a sobredosis letales, una situación que podría evitarse si se interviniera adecuadamente. A excepción de América del Sur, en que la cocaína ocupaba el primer lugar, en todas las demás regiones los opioides eran la principal sustancia que causaba defunciones relacionadas con las drogas. No obstante, las numerosas defunciones relacionadas con las drogas se produjeron en el contexto de la politoxicomanía. Por ejemplo, entre las muertes atribuidas al consumo de heroína en Europa se detectó el consumo de otras sustancias según los informes toxicológicos, como el alcohol, las benzodiazepinas y otros opioides (el fentanilo, la metadona y la buprenorfina)¹¹.

¹⁰ Para obtener más información sobre la aplicación del tratamiento de la drogodependencia a nivel mundial, véase el informe del Director Ejecutivo sobre las medidas adoptadas por los Estados Miembros a fin de aplicar la Declaración Política y el Plan de Acción sobre Cooperación Internacional en Favor de una Estrategia Integral y Equilibrada para Contrarrestar el Problema Mundial de las Drogas (E/CN.7/2014/7).

¹¹ Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, *Informe Europeo sobre Drogas 2013: Tendencias y novedades* (Luxemburgo, 2013). Disponible en: www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2013 (consultada el 18 de diciembre de 2013).

Cuadro 6
Cifra estimada de defunciones relacionadas con las drogas y tasa de mortalidad por millón de habitantes de 15 a 64 años de edad, 2011

Región	Cifra de defunciones relacionadas con las drogas			Tasa de mortalidad por millón de habitantes de 15 a 64 años de edad		
	Estimación	Estimación mínima	Estimación máxima	Estimación	Estimación mínima	Estimación máxima
África	36 435	17 336	55 533	61,9	29,4	94,3
América del Norte	47 813	47 813	47 813	155,8	155,8	155,8
América Latina y el Caribe	4 756	3 613	8 097	15,0	11,4	25,6
Asia	104 116	16 125	118 443	37,3	5,8	42,4
Europa occidental y central	8 087	8 087	8 087	24,9	24,9	24,9
Europa oriental y sudoriental	7 382	7 382	7 382	32,1	32,1	32,1
Oceanía	1 957	1 685	1 980	80,8	69,6	81,8
Todo el mundo	210 546	102 040	247 336	45,9	22,3	54,0

Fuentes: UNODC, UNODC, cuestionarios para los informes anuales; Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas; Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías; Louisa Degenhardt y otros, "Illicit drug use", en *Comparative Quantification of Health Risks: Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors*, vol. 1, capítulo 13, y Majid Ezaati y otros, comps. (Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004).

Nota: Los datos correspondientes a África se han ajustado para reflejar la población en 2011. El gran intervalo de estimaciones correspondientes a Asia refleja el bajo nivel de presentación de informes de los países de la región. La mejor estimación correspondiente a Asia se orienta hacia el extremo superior del intervalo, dado que un pequeño número de países con numerosa población notificaron una tasa de mortalidad relativamente elevada, lo que tuvo como resultado una media regional elevada.

III. Resúmenes regionales

23. A continuación se resaltan las principales tendencias de las distintas regiones y nueva información si se dispone de ella.

A. África

24. Aunque solo se dispone de información limitada sobre la situación del consumo de drogas en África, el consumo de cannabis en la región siguió alcanzando niveles elevados (7,5% de las personas de 15 a 64 años de edad), en comparación con la media mundial (3,9%). El consumo de esa droga fue especialmente elevado en África occidental y central, en que la prevalencia anual de su consumo fue del 12,4% entre las personas de 15 a 64 años de edad. Se observaron niveles de consumo similares o inferiores a la media mundial en el caso de los opiáceos (0,33%), los opiáceos (0,3%), la cocaína (0,4%), los estimulantes de tipo anfetamínico con exclusión del "éxtasis" (0,9%) y el "éxtasis" (0,2%). No se disponía de datos completos relativos a las apreciaciones de los expertos sobre los

cambios recientes en el consumo de drogas. En la información facilitada había ciertos indicios de un aumento del consumo de cannabis y de estimulantes de tipo anfetamínico.

25. En una encuesta realizada en Cabo Verde en 2012 se constató que el 7,6% de la población había consumido una sustancia ilícita al menos una vez en su vida, el 2,7%, una sustancia ilícita el año anterior y el 1,6%, una sustancia ilícita el mes anterior. El cannabis fue la droga más preferida (el 2,4% comunicó que la había consumido el año anterior), seguida por la cocaína (prevalencia anual del 0,2%). En la encuesta se constató también que el consumo de un “cóctel” que contenía cocaína crack y cannabis era muy común entre los drogodependientes actuales. Aunque había un bajo consumo de estimulantes de tipo anfetamínico (prevalencia durante la vida del 0,1%), parecía que estaba aumentado.

26. En Nigeria, las apreciaciones de los expertos indicaban un gran aumento del consumo de cannabis, así como cierto incremento del consumo de estimulantes de tipo anfetamínico¹². Según la Encuesta Nacional de Nigeria sobre Consumo de Alcohol y Drogas, realizada en 2009, además del alcohol, el consumo extraterapéutico de tranquilizantes tuvo la prevalencia anual más alta (5,5%) entre las personas de 15 a 64 años de edad. La prevalencia anual del uso indebido de opioides de venta con receta que registró un valor del 3,6% fue inferior a la de la heroína, que llegó al 2,2%. Asimismo, se registraron altos niveles en la prevalencia anual del consumo de otras sustancias: el cannabis (2,6%), la anfetamina (1%), la metanfetamina (1,6%), el “éxtasis” (1,7%), la cocaína (1,6%) y el crack (2%). La prevalencia anual del consumo de drogas por inyección registró un valor del 1,9%¹³.

27. En Argelia, conforme a su encuesta nacional de 2010 sobre el consumo de drogas, el nivel general del consumo ilícito de drogas era bajo (1,15% de las personas de 12 años de edad o más). El consumo de tranquilizantes y sedantes tenía la prevalencia más alta (0,59%), seguidos por el cannabis (0,52%). Según las apreciaciones de los expertos, el consumo de ambas drogas estaba aumentando, mientras que el de consumo ilícito de todas las demás drogas permanecía estable. En el caso de los jóvenes, se mencionó el consumo exclusivo de tranquilizantes y sedantes¹⁴.

28. En Sudáfrica, según las apreciaciones de los expertos, se registró un aumento del consumo de heroína y metanfetamina y cierta disminución del de cocaína *crack* (y el consumo de otras drogas permanecía estable)¹⁵. Los centros de tratamiento de todo el país comunicaron que el cannabis seguía siendo la sustancia que se consumía con más frecuencia, especialmente entre los jóvenes, pues casi la mitad de las personas que acudían a centros de tratamiento especializados tenían problemas

¹² Respuestas presentadas por Nigeria al cuestionario para los informes anuales correspondientes a 2012.

¹³ Hospital Federal Neuropsiquiátrico, Aro, *Substance Abuse in Perspective in Nigeria* (Abeokuta (Nigeria), 2012). Disponible en: http://neuroaro.com/national_documents?page=1 (consultada el 18 de diciembre de 2013).

¹⁴ Respuestas presentadas por Argelia al cuestionario para los informes anuales correspondientes a 2012.

¹⁵ Respuestas presentadas por Sudáfrica al cuestionario para los informes anuales correspondientes a 2012.

relacionados con el consumo de cannabis. El uso indebido de varias drogas parecía ser un fenómeno común entre los drogodependientes en tratamiento¹⁶.

B. América

29. El cannabis era la sustancia ilícita que se consumía con más frecuencia en América (véase el cuadro 7), con una prevalencia anual del 7,9% entre los habitantes de 15 a 64 años de edad. Esa prevalencia equivalía al doble de la media mundial, aunque los altos niveles de consumo de cannabis se debían principalmente al consumo en América del Norte. Los opioides eran la segunda droga más consumida, con una prevalencia anual del 2,1%, lo que equivalía a unas tres veces la media mundial. La prevalencia anual del consumo de cocaína a nivel regional era también una de las más altas (1,3%, es decir más de tres veces la media mundial).

Cuadro 7

América: Tendencias en el consumo de drogas según las apreciaciones de los expertos, por tipos de drogas, 2012

Tipo de droga	Estados Miembros que presentaron datos basados en apreciaciones		Estados Miembros que informaron de un aumento en el consumo de drogas		Estados Miembros que informaron de un consumo estable de drogas		Estados Miembros que informaron de una disminución en el consumo de drogas	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Cannabis	10	29	6	60	2	20	2	20
Estimulantes de tipo anfetamínico	9	26	3	33	3	33	3	33
“Éxtasis”	8	23	5	63	2	25	1	13
Opioides	9	26	3	33	3	33	3	33
Cocaína	8	23	4	50	2	25	2	25

1. América del Norte

30. En América del Norte, el consumo de todos los tipos de drogas alcanzaba niveles superiores al de la media mundial. El cannabis era la sustancia que más se consumía (el 10,7% de la población consumía dicha sustancia el año anterior), pero el consumo de opioides (sobre todo opioides y analgésicos de venta con receta) y de cocaína fue también elevado en comparación con los niveles mundiales. La prevalencia anual del consumo de opioides fue del 3,9%, mientras que la del consumo de opiáceos, 0,5% y la del consumo de cocaína, 1,5% (casi cuatro veces la media mundial). El consumo de estimulantes de tipo anfetamínico y el de “éxtasis” eran también muy superiores a los niveles medios de consumo a nivel mundial (con una prevalencia anual del 1,3% y del 0,9%, respectivamente).

31. En los Estados Unidos de América, el consumo ilícito de drogas entre las personas de 12 años de edad o más aumentó del 14,9% en 2011 al 16,0% en 2012, con lo cual se registró el mayor número de personas que consumían drogas de manera ilícita durante los diez años anteriores. La prevalencia del consumo de

¹⁶ Siphokazi Dada y otros, “Alcohol and drug abuse trends” actualización, junio de 2013 (Ciudad del Cabo (Sudáfrica), Red epidemiológica comunitaria sudafricana sobre uso de drogas, 2013). Disponible en: www.sahealthinfo.org/admodule/sacendu.htm.

cannabis se incrementó del 11,5% al 12,1% y el uso extraterapéutico de medicamentos psicoterapéuticos¹⁷, especialmente de opioides de venta con receta, aumentó del 5,7% al 6,4%, después de una disminución registrada en 2011. Asimismo, el consumo de cocaína se acrecentó ligeramente en 2012, tras varios años de aminoración¹⁸. Entre las personas de 12 a 17 años de edad, el consumo ilícito de drogas disminuyó del 19% en 2011 al 17,9% en 2012, alcanzando así el nivel más bajo en los diez años anteriores. En comparación con 2011, en 2012 se observó una reducción del consumo de casi todos los tipos de drogas en el caso de ese grupo de edad¹⁹.

32. El uso extraterapéutico cada vez mayor de analgésicos (opioides de venta con receta) se reflejó en el aumento constante de la proporción de personas ingresadas para recibir tratamiento por dependencia de opiáceos distintos de la heroína²⁰, que fue superior a la de personas ingresadas para recibir tratamiento por dependencia de cocaína y metanfetamina²¹.

33. El número de defunciones causadas por sobredosis de analgésicos de venta con receta también siguió acrecentándose, especialmente entre las mujeres²². Además, las situaciones de emergencia médica relacionadas con el uso extraterapéutico de medicamentos de venta con receta se incrementaron en un 132% durante el período 2004-2011, y los casos conexos en que se detectaron opiáceos y opioides aumentaron en un 183%²³.

34. En el Canadá, el consumo de cannabis entre las personas de 15 años de edad o más se mantuvo sin cambios en 2012 respecto del año anterior, mientras que se registró un aumento del consumo de esa droga del 6,7% en 2011 al 8,4% en 2012 entre las personas de 25 años de edad o más. Se estimó que el consumo ilícito de otras sustancias durante el año anterior llegó aproximadamente al 1% y no se

¹⁷ Incluidos los opioides, tranquilizantes, sedantes y estimulantes de venta con receta.

¹⁸ Estados Unidos de América, Departamento de Salud y Servicios Humanos, Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental, *Results from the 2012 National Survey on Drug Use and Health: Detailed Tables*, NSDUH Series H-46, HHS Publication No. SMA 13-4795 (Rockville, Maryland, 2013), cuadros 7.1A y 7.2B.

¹⁹ *Ibid.*, cuadro 7.5B.

²⁰ La categoría de “opiáceos distintos de la heroína” incluye la metadona, la buprenorfina, la codeína, la hidrocodona, la hidromorfona, la meperidina, la morfina, el opio, la oxycodona, la pentazocina, el dextropropoxifeno, el tramadol y cualquier otra droga con efectos similares a la morfina de venta libre.

²¹ Estados Unidos de América, Departamento de Salud y Servicios Humanos, Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental, Centro de Estadísticas y Calidad de la Salud del Comportamiento, *Treatment Episode Data Set (TEDS): 2001-2011. National Admissions to Substance Abuse Treatment Services*, BHSIS Series S-65, HHS Publication No. SMA 13-4772 (Rockville, Maryland, 2013).

²² Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, “Prescription painkiller overdoses: a growing epidemic, especially among women”, 3 de julio de 2013, disponible en: www.cdc.gov/vitalsigns/PrescriptionPainkillerOverdoses

²³ United States, Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, *Drug Abuse Warning Network, 2011: National Estimates of Drug-Related Emergency Department Visits*, DAWN Series D-39, HHS Publication No. SMA 13-4760 (Rockville, Maryland, 2013).

observaron cambios en la prevalencia de esas sustancias entre 2011 y 2012 o entre 2004 y 2012²⁴.

35. En México hubo un aumento del consumo de cannabis entre los varones, del 1,7% en 2008 al 2,2% en 2011. El consumo ilícito de otras drogas siguió siendo mayormente estable entre los varones y, en el caso de las mujeres, era estable o disminuía ligeramente²⁵.

36. En junio de 2013, México, D.F. publicó los resultados de una encuesta sobre el consumo de drogas entre los estudiantes. A partir de una muestra de más de 26.500 estudiantes de secundaria y educación superior, la encuesta reveló un acrecentamiento del consumo ilegal de drogas, encabezadas por el cannabis, la cocaína, la cocaína crack y los alucinógenos. El incremento más significativo fue el del cannabis: el consumo aumentó del 8,2% en 2009 al 12,2% en 2012. En contraposición a la disminución de los niveles de prevalencia del consumo de cocaína en América del Norte en su conjunto, las cifras correspondientes al consumo de esa sustancia entre estudiantes de secundaria y educación superior de México, D.F. aumentaron del 1,7% en 2009 al 2,5 % en 2012.

2. América del Sur y América Central y el Caribe

37. En América del Sur y América Central y el Caribe, los niveles registrados de consumo de cocaína se mantuvieron elevados. En América del Sur, se estimó que la prevalencia anual del consumo de cocaína había aumentado del 0,7% en 2010 (1,84 millones de consumidores) al 1,3% en 2011 (3,29 millones de consumidores), niveles que eran comparables al consumo de esa droga en América del Norte. El consumo de cocaína en América Central y el Caribe permaneció en niveles inferiores (0,6% y 0,7%, respectivamente).

38. El consumo ilícito de otras sustancias permaneció en niveles bajos a moderados en la subregión, a excepción de los estimulantes de tipo anfetamínico (con exclusión del “éxtasis”) en América Central, en que la prevalencia anual de su consumo fue del 1,3%, en comparación con la media mundial del 0,7%.

39. Según una encuesta reciente realizada entre estudiantes universitarios de los cuatro países andinos, la prevalencia anual del consumo de cannabis variaba entre el 15,2% en Colombia y el 3,6% en Bolivia (Estado Plurinacional de). El consumo de cocaína también fue elevado en Colombia (2,2%), en comparación con el 1,1% en el Ecuador, el 0,5% en el Perú y el 0,3% en Bolivia (Estado Plurinacional de). Se registraron niveles de prevalencia del consumo de estimulantes de tipo anfetamínico del 0,9% en Colombia, el 0,7% en el Ecuador y el 0,5% en el Perú. Al comparar las tendencias entre 2009 y 2012, se observó un aumento general del consumo de cannabis entre los estudiantes de los cuatro países, del 4,8% en 2009 al 7,9% en 2012, y un pequeño incremento del consumo de estimulantes de tipo anfetamínico. El consumo de cocaína se mantuvo estable. Una conclusión importante de la encuesta fue la alta prevalencia del consumo de dietilamida del ácido lisérgico (LSD) entre los estudiantes universitarios. Ese consumo aumentó del 0,2% en 2009

²⁴ Health Canada, 2012 *Canadian Alcohol and Drug Use Monitoring Survey*, (Ottawa, 2013).

²⁵ J.A. Villatoro Velázquez y otros, *Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas*. (México D.F., México, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública y Secretaría de Salud, 2012).

al 0,95% en 2012²⁶. Se registró un consumo particularmente elevado de LSD entre los estudiantes de Colombia²⁷.

C. Asia

40. Aunque se disponía de estimaciones fiables de los valores de prevalencia del consumo de distintas drogas solo en el caso de unos cuantos países de Asia, los niveles de consumo de sustancias ilícitas en la región en su conjunto eran comparables o inferiores a los niveles mundiales. El cannabis era la sustancia que se consumía con más frecuencia, con una prevalencia anual del 1,9% entre las personas de 15 a 64 años de edad, seguido por los estimulantes de tipo anfetamínico (con exclusión del “éxtasis”) (0,7%), el “éxtasis” (0,4%), los opiáceos (0,4%) y la cocaína (0,05%) (véase el cuadro 8).

Cuadro 8

Asia: Tendencias en el consumo de drogas según las apreciaciones de los expertos, por tipos de drogas, 2012

Tipo de droga	Estados Miembros que presentaron datos basados en apreciaciones		Estados Miembros que informaron de un aumento en el consumo de drogas		Estados Miembros que informaron de un consumo estable de drogas		Estados Miembros que informaron de una disminución en el consumo de drogas	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Cannabis	16	36	8	50	3	19	5	31
Estimulantes de tipo anfetamínico	11	24	4	36	1	9	6	55
“Éxtasis”	7	16	0	0	2	29	5	71
Opioides	15	33	5	33	2	13	8	53
Cocaína	9	20	2	22	4	44	3	33

1. Asia oriental y sudoriental

41. Aunque el consumo ilícito de otras sustancias seguía siendo bajo en la subregión, se estimó que una cuarta parte del total mundial de consumidores de estimulantes de tipo anfetamínico (con exclusión del “éxtasis”) vivía en Asia oriental y sudoriental.

42. Ante la ausencia de datos fiables de encuestas, existían indicaciones de que el consumo de estimulantes de tipo anfetamínico se había acrecentado y diversificado. Esos estimulantes se habían clasificado como una de las tres sustancias que se consumían con más frecuencia en la subregión desde 2009. El consumo registrado de metanfetamina siguió elevándose en la mayoría de los países de la subregión, y la incautación conexa de metanfetamina en comprimidos y forma cristalina alcanzó

²⁶ Comunidad Andina, *II Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria, Informe Regional, 2012*, (Lima, 2013).

²⁷ Los expertos forenses del Ministerio de Justicia de Colombia analizaron muestras de sustancias que se vendían como LSD, luego de que se tuvieran noticias de que su consumo había aumentado y provocado efectos no habituales en la salud de los consumidores. Los resultados de las muestras obtenidas en tres ciudades importantes revelaron que dichas sustancias no contenían LSD, sino las fenetilaminas sintéticas 25B-NBOMe y 25C-NBOMe (UNODC, *Global SMART Update 2013*, vol. 10, septiembre de 2013).

cotas sin precedentes en 2012. Los comprimidos de metanfetamina se consumían principalmente en países como Camboya, Myanmar, la República Democrática Popular Lao, Tailandia y Viet Nam. La metanfetamina cristalina era la droga que más preocupaba a Brunei Darussalam, Camboya, Filipinas, Indonesia, el Japón y la República de Corea²⁸. Asimismo, se observó un resurgimiento en el mercado de “éxtasis”, con un mayor consumo registrado en varios países en 2012, tras una disminución durante varios años. La incautación de “éxtasis” se incrementó hasta más del triple en 2012 en comparación con el año anterior. El mercado de nuevas sustancias psicoactivas también crecía con rapidez en la subregión. El consumo de ketamina seguía siendo muy común en Asia oriental y sudoriental, aunque parecía que se estaba estabilizando. El kratom continuaba utilizándose como estimulante tradicional en Malasia, Myanmar y Tailandia. El consumo de cannabinoides sintéticos también se registró en China, Indonesia, el Japón, la República de Corea y Singapur.

43. China notificó que el consumo de cannabis, de cocaína y de tranquilizantes y sedantes se había estabilizado. El consumo de opioides seguía siendo elevado en China, con 1,27 millones de consumidores de opioides registrados a finales de 2012²⁹, en comparación con 1,18 millones en 2011. Empero, entre los drogodependientes registrados, la proporción de consumidores de heroína disminuyó en 2012. Un incremento pronunciado del consumo de metanfetamina dio lugar a que el número de consumidores de estimulantes de tipo anfetamínico registrados aumentara más que el número de consumidores de heroína registrados³⁰.

44. Un gran número de personas (3,8 millones) que consumían drogas por inyección vivían en la subregión, representando así el 27% del total mundial. En Camboya e Indonesia, la prevalencia del VIH entre las personas que consumían drogas por inyección fue superior al 20%.

2. Asia meridional

45. Se disponía de información limitada sobre el consumo de drogas en Asia meridional, especialmente acerca del consumo de cocaína y estimulantes de tipo anfetamínico. Se estimó que la prevalencia anual del consumo de cannabis era del 3,5% y la de los opiáceos, del 0,3%, en ambos casos se trataba de niveles ligeramente inferiores a su media mundial respectiva.

46. En Maldivas se realizó la primera encuesta sobre consumo de drogas durante el período 2011-2012. Se comprobó que el cannabis era la sustancia que se consumía con más frecuencia, seguido por los opiáceos (prevalencia anual del 2,5% y del 1,5%, respectivamente). El consumo de opioides, cocaína, estimulantes de tipo anfetamínico, sedantes y tranquilizantes de venta con receta se daba con menos frecuencia³¹.

²⁸ UNODC, *Patterns and Trends of Amphetamine-Type Stimulants and Other Drugs: Challenges for Asia and the Pacific* (Viena, noviembre de 2013). Disponible en: www.unodc.org/documents/scientific/2013_Regional_ATS_Report_web.pdf.

²⁹ Comisión Nacional de Fiscalización de Estupefacientes de China, *Annual Report on Drug Control in China* (Beijing, 2012).

³⁰ Respuestas presentadas por China al cuestionario para los informes anuales correspondientes a 2012.

³¹ UNODC, *National Drug Use Survey: Maldives – 2011/2012* (Malé, 2013).

3. Asia sudoccidental y central

47. No se disponía de datos recientes ni fiables sobre las tendencias del consumo de drogas respecto de la mayor parte de Asia sudoccidental y central; sin embargo, se registró una alta prevalencia del consumo de opiáceos en la subregión.

48. En una encuesta realizada en el Pakistán en 2012³², se comprobó que el 6% de las personas de 15 a 64 años de edad había consumido una sustancia ilícita el año anterior. El cannabis era la sustancia ilícita que se consumía con más frecuencia, se observó que el 3,6% de las personas de 15 a 64 años de edad consumía dicha sustancia y se clasificó a cerca del 70% de los consumidores del año anterior dentro de la categoría de personas dependientes según los criterios basados en la Clasificación Internacional de Enfermedades. El consumo de opiáceos era elevado, pues el 1% de la población de 15 a 64 años de edad consumió heroína u opio el año anterior. La prevalencia anual del uso indebido de analgésicos basados en opioides también fue elevada, pues el 1,5% de las personas de 15 a 64 años de edad informó de su consumo extraterapéutico durante el año anterior. El aumento del número de personas que consumían drogas por inyección, de una cifra estimada de 125.000 en 2006 a 430.000 en 2012, y la alta proporción de consumidores de drogas por inyección que vivían con el VIH (37%) constituyeron tendencias alarmantes en el Pakistán.

49. En Asia central, la prevalencia del consumo de cannabis concordaba con los niveles mundiales; sin embargo, el consumo de opiáceos en la subregión (0,8% de las personas adultas) se mantuvo en niveles considerablemente más elevados que la media mundial. Asimismo, Asia central fue la subregión con la prevalencia más alta de las personas que consumían drogas por inyección. Dicha prevalencia era del 1,33% de las personas de 15 a 64 años de edad, lo que suponía más de cuatro veces la media mundial (0,31%). La prevalencia del VIH entre las personas que consumían drogas por inyección también siguió siendo elevada en la subregión (8,5%).

D. Europa

50. El cannabis continuó siendo la sustancia que se consumía con más frecuencia (véase el cuadro 9), con una cifra estimada de 30,9 millones de consumidores durante al año anterior (5,6% de los habitantes de 15 a 64 años de edad), seguido por la cocaína, con 4,6 millones de consumidores durante el mismo año (0,8% de los habitantes de 15 a 64 años de edad). El consumo de opioides y opiáceos era comparable a los promedios mundiales. El consumo de estimulantes de tipo anfetamínico (con exclusión del “éxtasis”) alcanzó un nivel ligeramente inferior a la media mundial, pero el de “éxtasis” fue mucho más elevado, con una prevalencia anual del 0,7% en comparación con la media mundial del 0,4%.

51. Las modalidades del consumo ilícito de drogas fueron bastante diferentes entre las dos subregiones de Europa. El consumo de cannabis y cocaína fue mucho más elevado en Europa occidental y central, mientras que el de opioides y opiáceos fue mucho mayor en Europa oriental y sudoriental.

³² UNODC y Pakistán, Ministry of Narcotics Control, *Drug Use in Pakistan*, 2013.

Cuadro 9
Europa: Tendencias en el consumo de drogas según las apreciaciones de los expertos, por tipos de drogas, 2012

Tipo de droga	Estados Miembros que presentaron datos basados en apreciaciones		Estados Miembros que informaron de un aumento en el consumo de drogas		Estados Miembros que informaron de un consumo estable de drogas		Estados Miembros que informaron de una disminución en el consumo de drogas	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Cannabis	23	51	8	35	8	35	7	30
Estimulantes de tipo anfetamínico	23	51	8	35	8	35	7	30
“Éxtasis”	16	36	3	19	4	25	9	56
Opioides	23	51	5	22	13	57	5	22
Cocaína	23	51	7	30	8	35	8	35

1. Europa occidental y central

52. Aunque el consumo de cannabis siguió siendo elevado en Europa occidental y central (prevalencia anual del 7,6%), existían pruebas de que estaba disminuyendo, especialmente en los países en que el consumo estaba arraigado desde hacía tiempo³³. Asimismo, se observó en la subregión una diversidad creciente de los tipos de productos de cannabis disponibles, por ejemplo la hierba de cannabis de alta potencia y los productos sintéticos cannabinoides. El consumo de cannabis entre los escolares de 15 y 16 años de edad se había mantenido estable en términos generales desde 2007 (prevalencia durante la vida del 17%), pero su consumo aumentó considerablemente en 11 países y disminuyó en 5 países³⁴. Una tendencia significativa en la subregión fue la creciente demanda de tratamiento para trastornos provocados por el consumo de cannabis. En 2011, el cannabis fue la segunda droga principal que más se comunicó en los casos de consumidores que iniciaban tratamiento especializado del abuso de drogas³⁵.

53. La prevalencia anual del consumo de cocaína en Europa occidental y central seguía siendo elevada y equivalía al 1,2% de la población adulta. Empero, los países con altos niveles de consumo, como Dinamarca, España, Italia y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, notificaron una tendencia descendente en el consumo de cocaína, así como en la demanda de tratamiento para dicho consumo³⁶.

54. Se estimó que el consumo de opioides, sobre todo de heroína, durante el año anterior alcanzó la cifra del 0,4% de las personas de 15 a 64 años de edad. Con todo, en Europa occidental y central, el mercado ilícito vendía otros opioides, como la buprenorfina, el fentanilo e incluso la metadona, y se informó de una sustitución de la heroína por el fentanilo y la buprenorfina en algunos países. En general,

³³ Informe Europeo sobre Drogas 2013: Tendencias y novedades.

³⁴ Consejo sueco para la información sobre los problemas del alcohol y otras drogas, *The 2011 European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) Report: Substance Use Among Students in 36 European Countries* (Estocolmo, 2012).

³⁵ Informe Europeo sobre Drogas 2013: Tendencias y novedades.

³⁶ *Ibid.*

la mayoría de los países de la subregión notificaron tendencias descendentes en el consumo de heroína³⁷.

55. El número de consumidores de heroína que se someten a tratamiento por primera vez ha ido en descenso, lo que ha dado lugar al envejecimiento de la cohorte de consumidores de esa droga que actualmente están en tratamiento. El consumo de heroína por inyección también ha estado disminuyendo y, junto con otros hechos, esa tendencia se debía probablemente a la aminoración del número de nuevas infecciones por el VIH en consumidores de heroína por inyección³⁸.

56. La anfetamina y el “éxtasis” seguían siendo los estimulantes sintéticos que se usaban con frecuencia en la subregión, y la prevalencia anual de su consumo era del 0,7% y del 0,8% de la población adulta, respectivamente. Asimismo, las tasas de consumo de anfetamina por inyección se mantenían en niveles significativos entre los drogodependientes crónicos. Si bien el consumo de anfetamina se ha ido estabilizando en partes de la subregión, su sustitución por la metanfetamina era motivo de preocupación, sobre todo teniendo en cuenta la disponibilidad creciente de esa sustancia en algunos mercados.

57. El consumo de “éxtasis” había disminuido desde 2006, principalmente debido a los bajos niveles de pureza o a que los comprimidos no contenían realmente MDMA. No obstante, había indicaciones de que su consumo podría aumentar, dado su creciente grado de pureza.

58. La aparición y el consumo de nuevas sustancias psicoactivas seguían planteando un grave problema en Europa occidental y central. Además de los cannabinoides sintéticos, las fenetilaminas y las catinonas habituales, una novedad reciente fue la proporción creciente de sustancias de grupos químicos menos conocidos u opacos³⁹. Dada la naturaleza de las nuevas sustancias psicoactivas y la falta de datos farmacológicos y toxicológicos al respecto, resultó difícil determinar sus efectos en la salud a largo plazo. No obstante, cada vez eran más frecuentes las informaciones de que su consumo estaba asociado a defunciones y consecuencias adversas para la salud, como patologías de la vejiga y síntomas de las vías urinarias comunicados por consumidores de ketamina⁴⁰.

2. Europa oriental y sudoriental

59. La preocupación principal en Europa oriental y sudoriental fue el alto nivel de consumo de opioides y opiáceos, pues se registraron prevalencias anuales del 1,2% y el 0,8%, respectivamente. El consumo de “éxtasis” también fue muy superior a los promedios mundiales, con una prevalencia anual del 0,6%. Asimismo, la región tenía una de las prevalencias más altas de las personas que consumían drogas por inyección (1,26%) y una prevalencia elevada de los consumidores de drogas por inyección que vivían con el VIH (14,9%).

³⁷ *Ibid.*

³⁸ *Ibid.*

³⁹ *Ibid.*

⁴⁰ R. Pal y otros, “Ketamine is associated with lower urinary tract signs and symptoms”. *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 132, núms. 1 y 2 (septiembre de 2013).

60. Dos de los países con tasas superiores de consumo de opiáceos, Belarús y Ucrania, notificaron un incremento significativo del consumo de opio. Belarús también comunicó un aumento significativo del consumo de heroína (se informó de que el consumo de heroína en Ucrania se mantenía estable).

61. La Federación de Rusia tenía la prevalencia más alta del consumo de opiáceos en la región. Sin embargo, como resultado de varias actividades específicas de aplicación de la ley, se estaba sustituyendo la heroína, según las informaciones recogidas, por preparados que contenían opioides de venta con o sin receta más baratos y más fácilmente asequibles. El consumo de estimulantes de tipo anfetamínico, opioides sintéticos y cannabinoides sintéticos también parecía estar acrecentándose, especialmente entre los jóvenes⁴¹.

E. Oceanía

62. La información acerca del consumo de drogas en Oceanía se limitaba a Australia y Nueva Zelanda; por lo tanto, las tendencias presentadas reflejan esencialmente la situación en esos dos países. La región tenía altos niveles de prevalencia del cannabis (10,9%), los opioides (3%), el “éxtasis” (2,9%), los estimulantes de tipo anfetamínico (2,1%) y la cocaína (1,5%).

63. En Australia, las apreciaciones de los expertos indicaban un aumento del consumo de cannabis, cocaína, alucinógenos, así como de disolventes e inhalables, pero una disminución del consumo del “éxtasis”. En el mercado de drogas ilícitas de Australia podía conseguirse una amplia gama de sustancias análogas a las drogas y nuevas sustancias psicoactivas. En los últimos años, esas sustancias han sido principalmente las sustancias de tipo catinónico, nuevos estimulantes de tipo anfetamínico y los cannabinoides sintéticos. En 2012, las sustancias de tipo catinónico representaron la mayoría de las incautaciones fronterizas analizadas en función de la cantidad y ocuparon el segundo lugar, superadas solo por otras sustancias nuevas, en función del peso. En el mismo año, el número de detecciones en la frontera australiana de sustancias que potencian el rendimiento del organismo y mejoran la imagen, anestésicos y productos farmacéuticos fue el más elevado que se notificó en el último decenio⁴².

64. En Nueva Zelanda, se notificó cierto aumento del consumo de heroína, opioides farmacéuticos, estimulantes de venta con receta y cannabinoides sintéticos. Se disponía de nuevas drogas en una amplia gama de formas, por ejemplo una serie de estupefacientes sintéticos vendidos con el nombre genérico de “éxtasis”, un gran número de nuevos cannabinoides sintéticos y nuevas sustancias análogas a las sustancias fiscalizadas y los “productos químicos de investigación” vigentes⁴³.

⁴¹ Respuestas presentadas por la Federación de Rusia al cuestionario para los informes anuales correspondientes a 2012.

⁴² Respuestas presentadas por Australia al cuestionario para los informes anuales correspondientes a 2012.

⁴³ Respuestas presentadas por Nueva Zelanda al cuestionario para los informes anuales correspondientes a 2012.

IV. Conclusiones y recomendaciones

65. A nivel mundial, aún se observa en los países desarrollados un desplazamiento del consumo de heroína y cocaína por el uso de estupefacientes sintéticos, entre ellos las nuevas sustancias psicoactivas no sujetas a fiscalización internacional, y el uso indebido de medicamentos de venta con receta. En los países en desarrollo, la situación con respecto al consumo de drogas se ha diversificado y transformado, presentando un cuadro polifacético del consumo de drogas.

66. El fenómeno de la politoxicomanía sigue borrando las diferencias entre los distintos tipos de consumidores de drogas y presentando una combinación de tendencias de consumo de sustancias a escala mundial.

67. Si bien el consumo de heroína parece estabilizarse en algunas partes del mundo, se está sustituyendo por el uso de opioides de venta con receta o sustancias similares. El consumo general de opioides sigue siendo gran motivo de preocupación en materia de salud pública por los casos de sobredosis, las defunciones relacionadas con las drogas, el uso de drogas por inyección y la transmisión de enfermedades infecciosas. Todas esas novedades y tendencias emergentes deben vigilarse de cerca en las diferentes regiones.

68. Se dispone de información objetiva limitada sobre la magnitud, características y tendencias del consumo de drogas, especialmente en las regiones en que se observa un aumento y una evolución. Los datos han mostrado que los países que han creado sistemas integrados de vigilancia del consumo de drogas están en mejores condiciones de afrontar esa situación de manera eficaz.

69. La UNODC, en consulta con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Mundial de Aduanas, la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, así como el Sistema Mundial de Vigilancia del Tabaco de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos de América y la OMS, ha preparado un informe para el 45º período de sesiones de la Comisión de Estadística sobre el mejoramiento de la disponibilidad y calidad de los datos estadísticos sobre drogas⁴⁴. En el informe se describen brevemente la situación actual y los problemas con que tropiezan los países y las organizaciones internacionales y regionales para reunir y comunicar datos sobre el abastecimiento y consumo de drogas. En dicho informe se propone también un conjunto de medidas para mejorar la disponibilidad y calidad de los datos estadísticos sobre drogas a nivel nacional, regional e internacional.

70. Como parte del examen de mitad de período de la Declaración Política y el Plan de Acción sobre Cooperación Internacional en Favor de una Estrategia Integral y Equilibrada para Contrarrestar el Problema Mundial de las Drogas, es importante que los Estados Miembros evalúen la situación de la disponibilidad y calidad de los datos sobre indicadores del consumo de drogas y consideren estrategias para mejorar la situación, teniendo en cuenta las deficiencias vigentes en la capacidad de reunión, análisis y comunicación de datos de calidad, especialmente en África y Asia. Asimismo, los Estados Miembros deben aportar los recursos necesarios para subsanar las deficiencias que se observan en la creación de sistemas de vigilancia de drogas.

⁴⁴ Se publicará con la signatura E/CN.3/2014/19.