



Consejo Económico y Social

Distr. general
29 de diciembre de 2015
Español
Original: inglés

Comisión de Estupefacientes

59º período de sesiones

Viena, 14 a 22 de marzo de 2016

Tema 5 a) 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 – reducción de la demanda y cuestiones conexas

Situación mundial del 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 (UNODC) sobre la demanda mundial ilícita de drogas. Se examina también el fortalecimiento de los servicios encaminados a reducir la demanda y se ofrece un análisis de las respuestas facilitadas por los Estados Miembros en la parte II del cuestionario para los informes anuales. Este análisis complementa el que figura en el informe del Director Ejecutivo acerca de las medidas adoptadas por los Estados Miembros para 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.7/2016/6). En 2013 se estimó que entre 162 millones y 329 millones de personas de 15 a 64 años de edad habían consumido drogas de manera ilícita el año anterior. También se estimó que el número de consumidores problemáticos -aquellos que tienen dependencia o trastornos por uso de drogas- se situaba entre 15,7 millones y 39 millones de personas. El consumo de drogas, incluido el consumo por inyección, siguió siendo común en las cárceles, donde se

* E/CN.7/2016/1.



estima que el uso de sustancias como la heroína fue 14 veces superior al nivel registrado entre la población en general. La UNODC, junto con la Organización Mundial de la Salud, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA y el Banco Mundial, estima que entre 8,48 millones y 21,46 millones de personas se inyectan drogas, y que, de ellas, entre 0,9 millones y 4,42 millones viven con el VIH.

A nivel mundial se está perfilando un cuadro polifacético del consumo de drogas, con un aumento del uso de sustancias sintéticas y del consumo con fines no médicos de medicamentos de venta con receta, como los opioides, los tranquilizantes y los estimulantes recetados. Las tendencias recientes del consumo de drogas en Europa muestran una estabilización del uso de cannabis, cocaína, heroína y estimulantes de tipo anfetamínico, pero un aumento del consumo de sustancias psicoactivas nuevas. En América del Norte, el consumo de cannabis ha aumentado. El uso de cannabis parece estar creciendo también en África y en partes de Asia. Mientras que el consumo de heroína parece estar estabilizando en general, el uso con fines no médicos de opioides de venta con receta sigue aumentando en algunas regiones. El consumo de estimulantes de tipo anfetamínico también continúa creciendo, en particular en Asia Oriental y Sudoriental. A nivel mundial, el cannabis es todavía la droga de uso más común. Cada vez más personas buscan tratamiento por trastornos relacionados con el consumo de cannabis. Los opioides siguen siendo las drogas que causan más daño en el mundo, si se tienen en cuenta la demanda de tratamiento, el consumo de drogas por inyección, las infecciones por el VIH y las muertes relacionadas con drogas. A escala mundial, se estima que entre 98.300 y 231.400 muertes fueron atribuibles al consumo de drogas; la mayoría de las muertes que podrían haberse evitado fueron casos de sobredosis letales y se produjeron entre los consumidores de opioides. La cobertura de los servicios de tratamiento de toxicomanías y de prevención del consumo de drogas, así como de los servicios de prevención y tratamiento del VIH y el SIDA entre las personas que se inyectan drogas, y de atención a esas personas, sigue siendo baja en muchas regiones. La tasa global de respuesta al cuestionario para los informes anuales se mantiene baja, y en muchos países falta información fidedigna y actualizada sobre la mayoría de los indicadores epidemiológicos del consumo de drogas. Esto continúa dificultando la vigilancia de las tendencias emergentes en relación con las drogas en la mayor parte de las regiones, así como la aplicación y evaluación de respuestas basadas en pruebas para combatir la demanda ilícita de drogas.

I. Introducción

A. Nuevas tendencias mundiales

1. Sobre la base de la información de que dispone la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), las tendencias recientes del consumo de drogas observadas en el mundo son las siguientes:

a) El consumo de cocaína se está reduciendo o estabilizando en Europa y América del Norte, pero hay indicaciones de que aumenta en algunas partes de América del Sur;

b) El consumo de cannabis está disminuyendo o se está estabilizando en niveles altos en Europa. Se considera que ha aumentado en algunas partes de América del Norte, Asia y África;

c) Se percibe un aumento del consumo de estimulantes de tipo anfetamínico, especialmente de metanfetamina, en Asia Oriental y Sudoriental;

d) Aunque el uso con fines no médicos de opioides de venta con receta está disminuyendo en América del Norte, el uso indebido de opioides y estimulantes de venta con receta sigue siendo motivo de preocupación en la región, así como en Oceanía y partes de América Latina. Hay informes del uso de opioides farmacéuticos con fines no médicos también en partes de África y Asia;

e) Entre las personas que se someten a tratamiento por primera vez en todo el mundo, la proporción de las que presentan trastornos por consumo de estimulantes de tipo anfetamínico y cannabis es mayor que la de las personas con trastornos debidos a otras sustancias, lo que indica que el grupo de los consumidores de estimulantes de tipo anfetamínico y de cannabis que necesitan tratamiento va en aumento;

f) Las cárceles siguen siendo un entorno de alto riesgo de consumo de drogas y enfermedades transmisibles. El uso de sustancias como la heroína en las prisiones se mantiene en niveles muy superiores a los que se registran en la comunidad;

g) La introducción de sustancias psicoactivas nuevas, es decir, de sustancias psicoactivas que no están sometidas a fiscalización internacional, sigue creciendo y plantea problemas de salud pública en todas las regiones.

B. Dificultades para determinar los niveles y las tendencias del consumo de drogas y el alcance de la respuesta

2. Las respuestas proporcionadas por los Estados Miembros al cuestionario para los informes anuales constituyen la principal base para la elaboración de las tendencias mundiales del consumo de drogas que se comunican cada año. El alcance y la calidad de la información que notifican los Estados Miembros se reflejan, pues, en el presente informe. Al 30 de noviembre de 2015, 96 Estados Miembros, de un total de 194 Estados y 15 territorios, habían respondido a la parte II del cuestionario, relativa al enfoque amplio de la reducción de la demanda y la oferta de drogas, y a la parte III, relativa a la magnitud, las características y las tendencias del consumo de drogas. Esto representa una tasa de respuesta por los Estados Miembros de casi el 50%. De los cuestionarios devueltos por los Estados Miembros, el 30% se

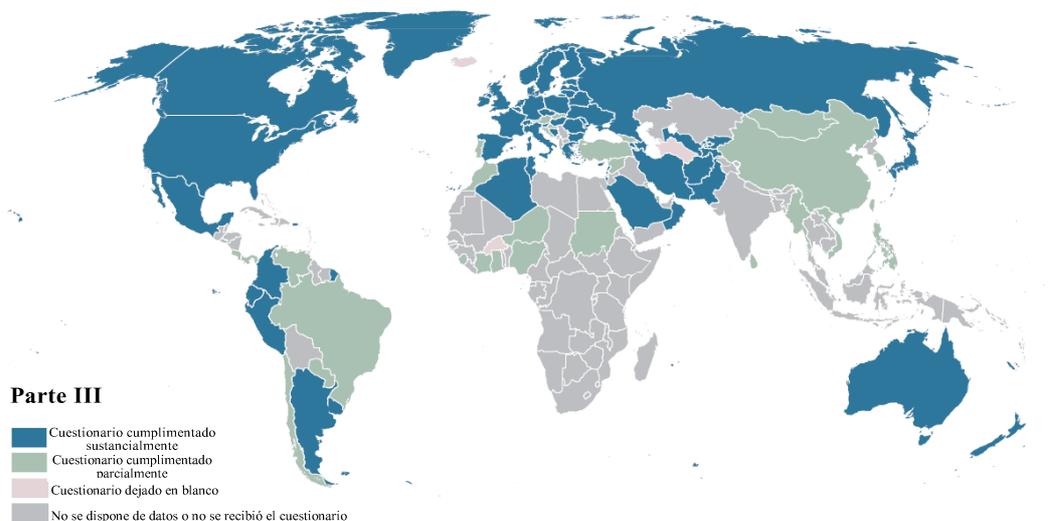
había cumplimentado parcialmente, y el resto, sustancialmente, lo que significa que el Estado había proporcionado información sobre más de la mitad de los indicadores principales del consumo de drogas (véanse el mapa 1 y los gráficos I y II más adelante).

3. En cuanto a la cobertura, el 50% de los Estados Miembros que respondieron al cuestionario representan más del 75% de la población mundial. Sin embargo, las subregiones de las que no se obtuvo respuesta comprenden la mayor parte de África, continente del que solo 11 Estados Miembros devolvieron el cuestionario, en su mayor parte sin ninguna información. Tampoco se recibieron respuestas de muchos Estados Miembros del Oriente Medio, Asa Meridional, Oriental y Sudoriental, y el Caribe y Centroamérica.

4. Como en años anteriores, la tasa de respuesta fue baja, y falta información objetiva o reciente sobre el consumo de drogas. En particular, se carece de información completa sobre algunos países con grandes poblaciones. Esta falta de información dificulta la realización de un análisis válido de la situación mundial del consumo de drogas y el suministro de información a los órganos encargados de la formulación de políticas sobre las medidas necesarias. Dada esa falta de datos, se ha procurado complementar la información, cuando ha sido posible, a partir de otras fuentes gubernamentales y de los informes publicados sobre la situación del consumo de drogas, especialmente en el caso de los países para los que faltaba una parte importante de la información pertinente.

Mapa 1

**Respuestas a la parte III del cuestionario para los informes anuales
(a 30 de noviembre de 2015)**



Notas: Los límites y los nombres que figuran en el mapa y las designaciones que se utilizan en él no implican una aprobación o aceptación oficial por parte de las Naciones Unidas. Las líneas discontinuas representan límites por determinar. La línea de puntos representa aproximadamente la línea de control en Jammu y Cachemira convenida por la India y el Pakistán. El estatuto definitivo de Jammu y Cachemira aún no ha sido acordado por las partes. El límite definitivo entre la República del Sudán y la República de Sudán del Sur aún no se ha determinado. Existe una disputa de soberanía entre los Gobiernos de la Argentina y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte respecto de las Islas Malvinas (Falkland).

Gráfico I
Porcentaje de Estados Miembros que respondieron al cuestionario para los informes anuales, por subregión

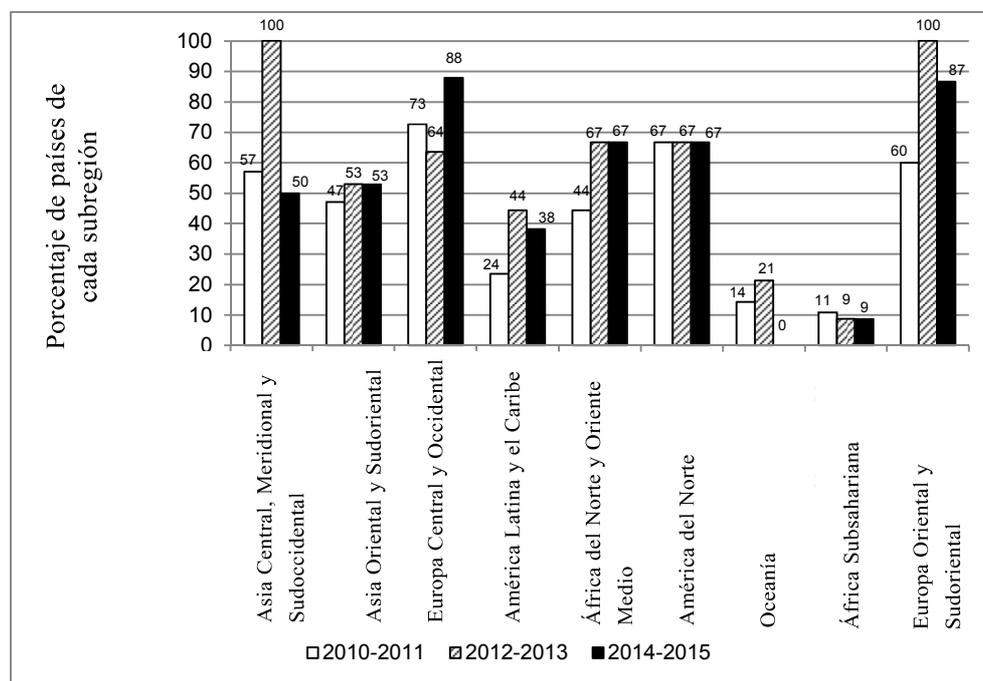
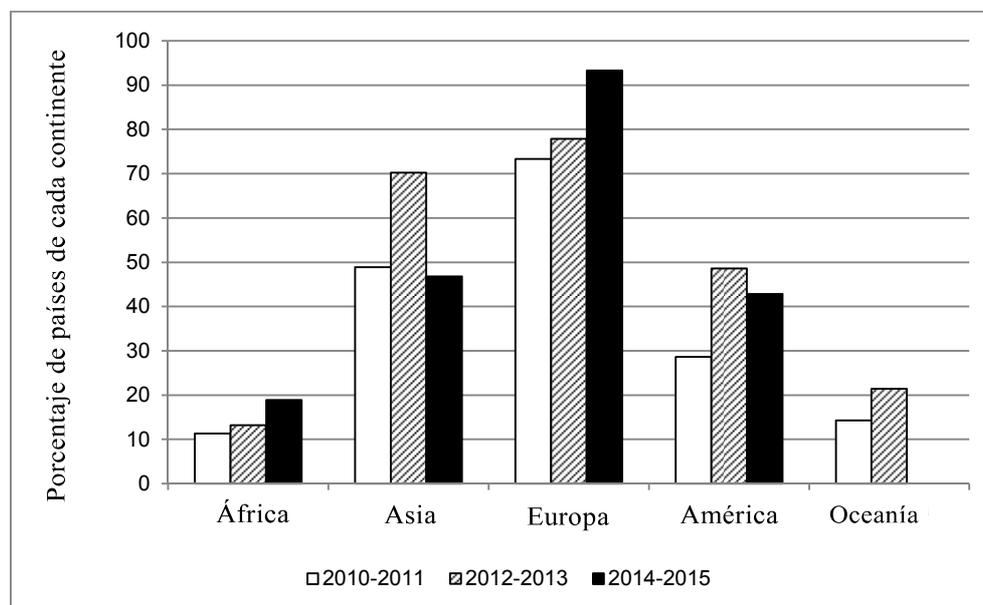


Gráfico II
Porcentaje de Estados Miembros que respondieron al cuestionario para los informes anuales, por continente



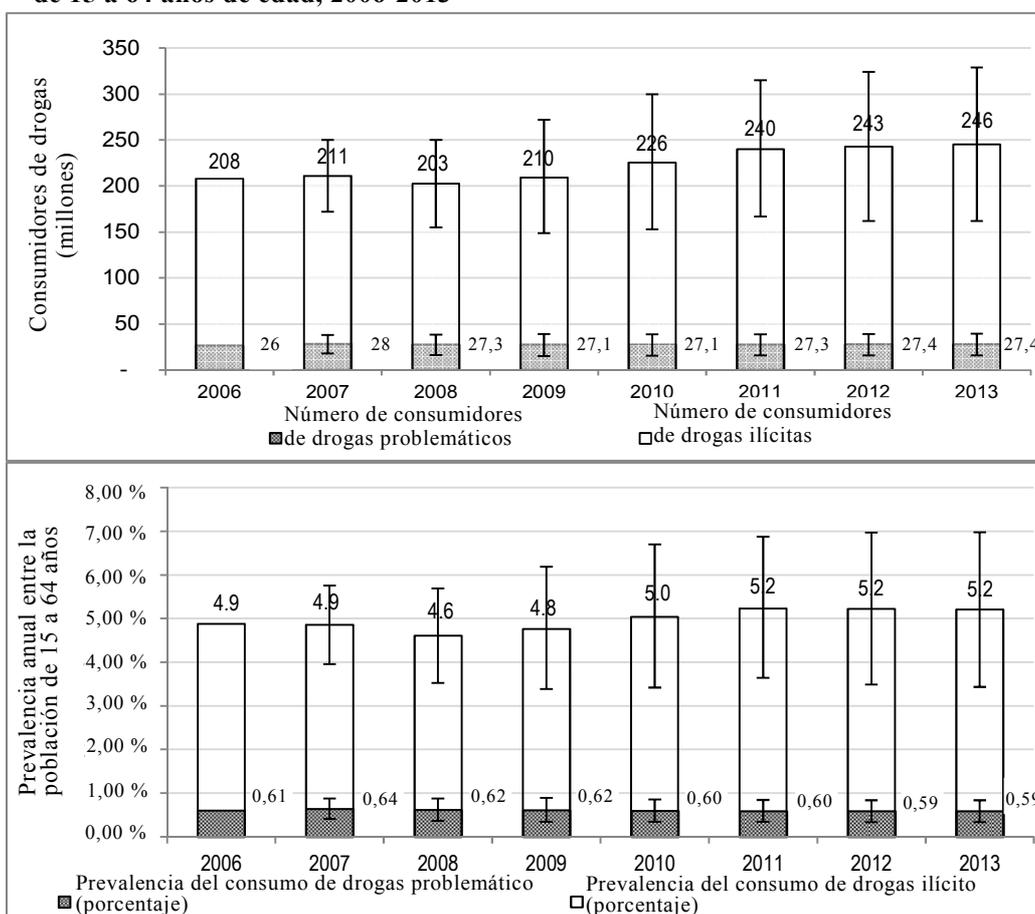
II. Panorama mundial

A. Magnitud del consumo de drogas

5. En 2013, la UNODC estimó que entre 162 millones y 329 millones de personas de 15 a 64 años de edad, que representaban entre el 3,4% y el 7% de esa población, habían consumido una sustancia ilícita el año anterior (véase el gráfico III). Aunque la magnitud del consumo de drogas se había mantenido estable en los tres años precedentes, se observaban tendencias diferentes a nivel regional y de los países. Del mismo modo, el número de consumidores problemáticos -aquellos que tienen dependencia o trastornos por uso de drogas- se había mantenido estable y, según las estimaciones, se situaba entre 15,7 millones y 39 millones de personas¹.

Gráfico III

Prevalencia anual del consumo ilícito de drogas entre la población mundial de 15 a 64 años de edad, 2006-2013



Fuente: Informe Mundial sobre las Drogas 2015 (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.15.XI.6).

¹ El número de consumidores de drogas problemáticas está determinado principalmente por el número estimado de consumidores de cocaína y opiáceos, por lo que refleja las tendencias en general estables del consumo de esas drogas.

Género y consumo de drogas

6. En comparación con el consumo entre los hombres, el consumo total de drogas entre las mujeres sigue siendo bajo. Los hombres tienen una probabilidad tres veces mayor que las mujeres de consumir cannabis, cocaína o anfetamina, mientras que las mujeres tienen más probabilidades de usar indebidamente medicamentos de venta con receta, en particular opioides y tranquilizantes². Se piensa que las diferencias entre el consumo de drogas de hombres y mujeres reflejan, principalmente, las diferencias en las oportunidades de hacerlo, que son el resultado de influencias sociales o del entorno cultural, más que de una vulnerabilidad inherente al género³.

El consumo de drogas problemático, reflejado en la demanda de tratamiento de toxicomanías

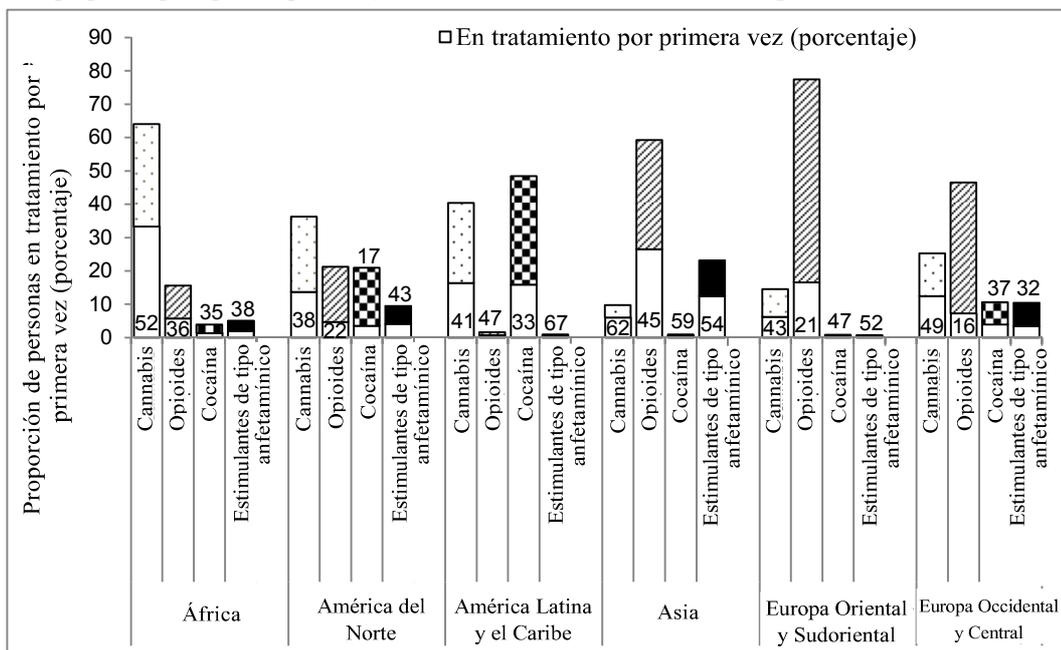
7. La demanda de tratamiento refleja la variación del consumo problemático de drogas entre las regiones. A nivel mundial, casi la mitad de las personas que acceden a tratamiento por consumo de drogas lo hacen por primera vez. Entre estas personas, la proporción de las que fueron tratadas por trastornos debidos al consumo de estimulantes de tipo anfetamínico y de cannabis fue superior a la de las personas tratadas por otras sustancias, lo que indica que, comparativamente, hay un creciente número de consumidores de estimulantes de tipo anfetamínico y de cannabis que necesitan tratamiento. En Asia, el número de personas que acceden a tratamiento por trastornos relacionados con el consumo de cannabis es pequeño, pero la proporción de las que lo hacen por primera vez (62%) es la más alta. La elevada proporción de personas sometidas a tratamiento por consumo de opioides en Asia y Europa Oriental refleja el alcance del consumo problemático de opioides en estas regiones. Los consumidores de estimulantes de tipo anfetamínico son otro grupo en que la proporción de los que acceden a tratamiento por primera vez es alta en Asia (véase el gráfico IV).

² Esta conclusión se basa en la prevalencia del consumo de cualquier droga entre hombres y mujeres comunicada por los Estados Miembros a la UNODC mediante el cuestionario para los informes anuales.

³ Véase el *Informe Mundial sobre las Drogas 2015* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.15.XI.6).

Gráfico IV

Proporción de personas que se sometieron a tratamiento por primera vez, por droga principal, por regiones (2013 o los datos más recientes disponibles)



Consumo de drogas en las cárceles

8. Las cárceles siguen siendo un entorno de alto riesgo de consumo de drogas y enfermedades transmisibles. Aunque los datos sobre el consumo de drogas en las cárceles son limitados, los que existen indican que este sigue siendo un fenómeno común en las prisiones. El cannabis es la droga de consumo más frecuente, pero el consumo de heroína, en el período en estudio o en otro momento de la vida, también es común y mucho más alto que el de la población en general. Se estimó que entre el 0,8% y el 11,5% de las personas encarceladas habían consumido heroína durante el año precedente, frente a un 0,3% a 0,5% de la población adulta de la comunidad.

Magnitud del consumo, por sustancias

9. No obstante las tendencias regionales del consumo de diferentes drogas, el uso de cannabis ha aumentado continuamente desde 2009, mientras que el de opiáceos y el uso indebido de opioides farmacéuticos se ha estabilizado en general. El consumo de cocaína se está estabilizando o reduciendo en América del Norte y en Europa Occidental y Central, a la vez que se percibe un aumento del consumo de anfetaminas⁴, especialmente en Asia Meridional y Sudoriental.

10. Las tendencias mundiales y regionales del consumo de drogas se estiman a partir de encuestas representativas a nivel nacional, así como de estudios que utilizan métodos indirectos para estimar el número de consumidores de alto riesgo. Muchos Estados Miembros, principalmente de Asia y África, no realizan esas

⁴ En el presente informe, el término “anfetaminas” se utiliza para referirse a la anfetamina y la metanfetamina.

encuestas, mientras que otros las llevan a cabo a intervalos de tres a cinco años. Por consiguiente, para calcular las estimaciones regionales y mundiales se utilizan las estimaciones de un número reducido de países disponibles cada año. Por este motivo, más que las tendencias mundiales o regionales en tiempo real, las variaciones de año en año reflejan las mejores estimaciones disponibles del consumo de drogas en cada momento particular. Así pues, desde el punto de vista de la política mundial, es más prudente utilizar las tendencias del consumo de drogas a largo plazo.

11. El cannabis sigue siendo la sustancia ilícita de consumo más amplio: se estimó que entre 128 millones y 232 millones de usuarios de 15 a 64 años habían consumido cannabis el año anterior. Las regiones con una prevalencia del consumo de cannabis superior a la media mundial fueron, una vez más, África Occidental y Central (12,4%), América del Norte (11,6%), Oceanía (esencialmente Australia y Nueva Zelanda, 10,7%), América del Sur (5,9%) y Europa Occidental y Central (5,7%) (véase el cuadro 1).

Cuadro 1

Subregiones con una alta prevalencia del consumo de cannabis, 2013

	<i>Prevalencia anual (porcentaje)</i>	<i>Número estimado de personas</i>
Todo el mundo	3,9	181 790 000
África Occidental y Central	12,4	29 310 000
América del Norte	11,6	36 660 000
Oceanía	10,7	2 650 000
América del Sur	5,9	16 030 000
Europa Occidental y Central	5,7	18 400 000

Fuente: Informe Mundial sobre las Drogas 2015.

12. El consumo de estimulantes de tipo anfetamínico, excluida la 3,4-metilenedioximetanfetamina (MDMA, conocida comúnmente como “éxtasis”), sigue estando muy difundido en todo el mundo y parece ir en aumento. Aunque no se dispone de estimaciones recientes de la prevalencia en Asia y África, expertos de esas regiones siguen informando de un incremento percibido en el uso de esas sustancias. Se comunicaron altos niveles de consumo de estimulantes de tipo anfetamínico en Oceanía (2,1% en Australia y Nueva Zelanda), América del Norte (1,4%) y África (0,9%). Si bien la prevalencia anual estimada de ese consumo en Asia (0,7%) fue comparable al promedio mundial, la región tuvo el número de consumidores más alto del mundo (véase el cuadro 2).

Cuadro 2

Subregiones con una alta prevalencia del consumo de estimulantes de tipo anfetamínico, 2013

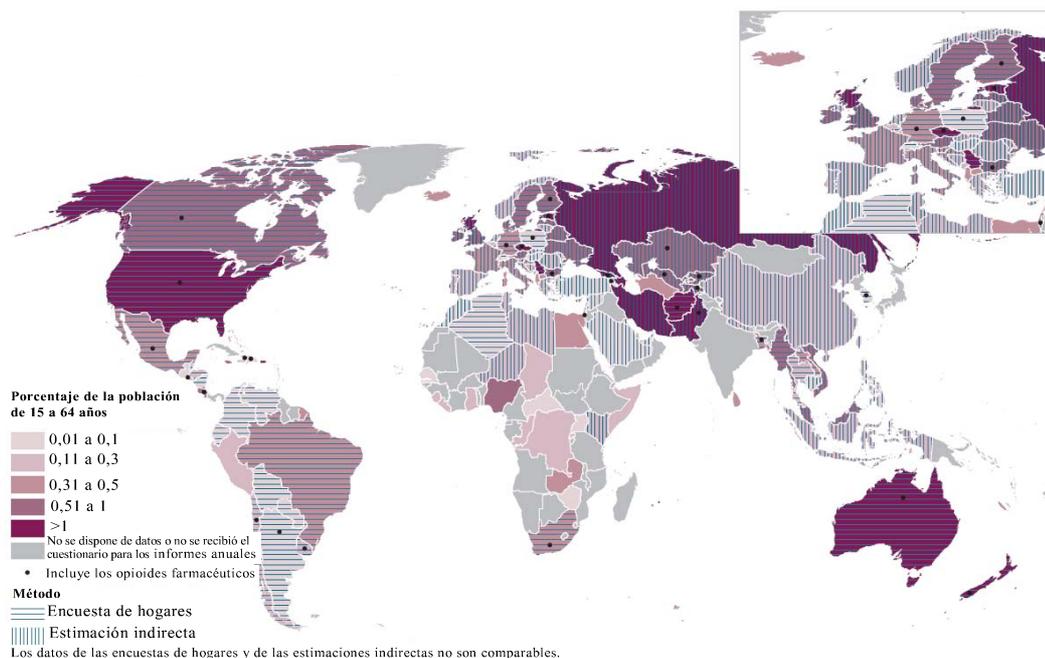
	<i>Prevalencia anual (porcentaje)</i>	<i>Número estimado de personas</i>
Todo el mundo	0,7	33 900 000
Oceanía	2,1	510 000
América del Norte	1,4	4 430 000
Asia Oriental y Sudoriental	0,6	9 060 000

Fuente: Informe Mundial sobre las Drogas 2015.

13. La prevalencia total del consumo de opioides (heroína, opio y opioides de venta con receta) se estimó en un 0,6% a 0,8% de la población de 15 a 64 años, mientras que la del consumo de opiáceos (heroína y opio) se estimó en un 0,3% a 0,4% de la población adulta. América del Norte y Oceanía se caracterizan por niveles altos de uso indebido de opioides de venta con receta, mientras que el consumo de opiáceos se mantiene alto en Asia Sudoccidental (1,2%) y en Europa Oriental y Sudoriental y Asia Central (0,8% cada una) (véase el mapa 2).

Mapa 2

Prevalencia del consumo de opiáceos y del uso indebido de opioides de venta con receta, 2013



Fuente: Informe Mundial sobre las Drogas 2015.

Notas: Los límites y los nombres que figuran en el mapa y las designaciones que se utilizan en él no implican una aprobación o aceptación oficial por parte de las Naciones Unidas. Las líneas discontinuas representan límites por determinar. La línea de puntos representa aproximadamente la línea de control en Jammu y Cachemira convenida por la India y el Pakistán. El estatuto definitivo de Jammu y Cachemira aún no ha sido acordado por las partes. El límite definitivo entre la República del Sudán y la República de Sudán del Sur aún no se ha determinado. Existe una disputa de soberanía entre los Gobiernos de la Argentina y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte respecto de las Islas Malvinas (Falkland).

Según el Gobierno del Canadá, los datos sobre el consumo de heroína basados en la encuesta de hogares no son notificables, y el Gobierno del Canadá no comunica una estimación basada en métodos indirectos.

14. A nivel mundial, entre 13,8 millones y 20,7 millones de personas habían consumido cocaína en los 12 meses precedentes. El uso de cocaína se mantenía alto en América del Norte y del Sur (con una prevalencia anual del 1,7% y el 1,2%, respectivamente), Oceanía (1,6%) y Europa Occidental y Central (1%).

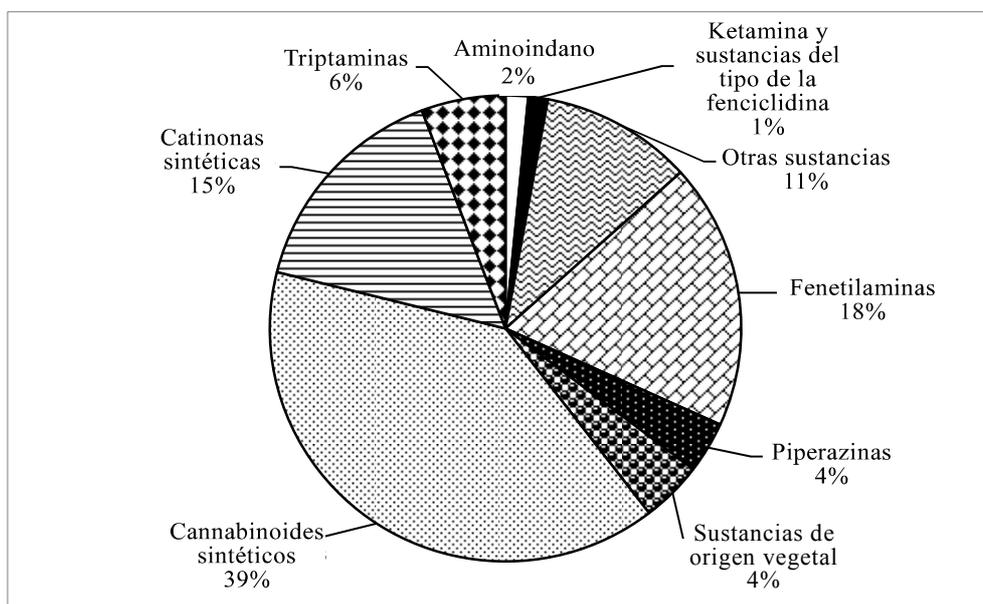
El consumo de cocaína parecía estarse estabilizando en niveles altos en los mercados principales y establecidos.

15. Se estimó que entre 9,3 millones y 28,4 millones de personas habían consumido “éxtasis” el año anterior. Las tres regiones con una prevalencia alta del consumo de “éxtasis” seguían siendo Oceanía (2,5%), América del Norte (0,9%) y Europa (0,5%). El consumo de “éxtasis” seguía estando vinculado a los jóvenes y a los lugares de esparcimiento y de vida nocturna en los centros urbanos.

16. Si bien no se dispone de estimaciones mundiales del uso con fines no médicos de medicamentos de venta con receta, ese uso sigue siendo un importante problema de salud pública. El uso con fines no médicos de tranquilizantes como las benzodiazepinas sigue estando muy extendido, y algunos países comunican tasas de prevalencia de su consumo más altas que las de muchas sustancias ilícitas. En numerosos países, las benzodiazepinas figuran con frecuencia en los informes sobre casos de sobredosis letales de opiáceos. El uso indebido de opioides de venta con receta, entre ellos el tramadol, también continúa siendo un problema, y muchos países comunican niveles elevados de abuso de esas sustancias. Solo unos pocos países notifican el uso indebido de estimulantes o medicaciones de venta con receta para el trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH), entre los jóvenes y en la población en general. Con la excepción de Indonesia, los países que informaron del uso indebido de estimulantes de venta con receta se encuentran en América del Sur y del Norte.

17. Al mes de diciembre de 2014, se habían notificado a la UNODC un total de 541 sustancias psicoactivas nuevas. Los cannabinoides sintéticos seguían representando la mayoría de esas sustancias notificadas, seguidos de las fenetilaminas y las catinonas sintéticas (véase el gráfico V). Cabe señalar que algunas de las sustancias psicoactivas nuevas tienen una presencia establecida y los países las vienen notificando desde hace varios años. Entre ellas figuran la ketamina (58 países), el khat (51 países), la mefedrona (46 países) y el JHW-018 (44 países). Más de una cuarta parte de los países que notificaron la aparición de nuevas sustancias psicoactivas mencionaron solo una sustancia, y estas eran en su mayoría de origen vegetal, como el khat, el kratom y la ketamina.

Gráfico V
Nuevas sustancias psicoactivas notificadas al sistema de alerta temprana de la UNODC, 2009-2014



Fuente: Informe Mundial sobre las Drogas 2015.

B. Consecuencias del consumo de drogas

1. Personas que se inyectan drogas

18. La estimación conjunta de la UNODC, la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y el Banco Mundial del número de personas que se inyectan drogas se sitúa entre 8,48 millones y 21,46 millones (estimación óptima: 12,19 millones). Esto representa entre un 0,18% y un 0,46% (estimación óptima: 0,26%) de la población de 15 a 64 años de edad. La prevalencia más alta, con mucho, de personas que se inyectan drogas sigue registrándose en Europa Oriental y Sudoriental, donde se estima que el 1,27% de la población adulta consume drogas por inyección. Sin embargo, si se considera el número efectivo de personas que consumen drogas de esa forma, estimado en 3,15 millones, aproximadamente una de cada cuatro personas que se inyectan drogas en el mundo reside en Asia Oriental o Sudoriental. También hay números elevados de personas que se inyectan drogas en Europa Oriental y Sudoriental (el 24% del total mundial) y América del Norte (el 17% del total mundial) (véase el cuadro 3). Juntos, China, los Estados Unidos de América y la Federación de Rusia representan cerca de la mitad (48%) del total mundial estimado de personas que se inyectan drogas.

Cuadro 3
Número estimado y prevalencia de personas que se inyectan drogas, 2013

Región	Subregión	Personas que se inyectan drogas					
		Número estimado			Prevalencia (porcentaje)		
		Estimación mínima	Estimación óptima	Estimación máxima	Mínima	Óptima	Máxima
África		330 000	1 000 000	5 590 000	0,05	0,16	0,91
América		2 150 000	2 820 000	3 970 000	0,34	0,44	0,62
	América del Norte	1 780 000	2 070 000	2 380 000	0,56	0,65	0,75
	América Latina y el Caribe	370 000	750 000	1 590 000	0,11	0,23	0,49
Asia		3 380 000	4 560 000	6 110 000	0,12	0,16	0,21
	Asia Central y Transcaucasia	360 000	410 000	470 000	0,66	0,75	0,87
	Asia Oriental y Sudoriental	2 330 000	3 150 000	4 300 000	0,15	0,20	0,27
	Asia Sudoccidental	400 000	670 000	940 000	0,22	0,37	0,51
	Cercano Oriente y Oriente Medio	30 000	70 000	130 000	0,03	0,08	0,13
	Asia Meridional	250 000	260 000	260 000	0,03	0,03	0,03
Europa		2 500 000	3 680 000	5 630 000	0,45	0,67	1,02
	Europa Oriental y Sudoriental	1 790 000	2 910 000	4 780 000	0,78	1,27	2,09
	Europa Occidental y Central	710 000	770 000	850 000	0,22	0,24	0,26
Oceanía		120 000	130 000	160 000	0,49	0,53	0,66
Todo el mundo		8 480 000	12 190 000	21 460 000	0,18	0,26	0,46

Fuente: Informe Mundial sobre las Drogas 2015.

2. El VIH entre las personas que se inyectan drogas

19. La carga de infección por el VIH entre las personas que se inyectan drogas sigue siendo alta. Se estima que estas personas representan el 30% de las infecciones nuevas por el VIH fuera del África Subsahariana. En 2013, en todo el mundo, entre 0,92 millones y 4,42 millones (estimación óptima: 1,65 millones) de personas que se inyectaban drogas vivían con el VIH. Esto representa una prevalencia mundial del VIH del 13,5% entre las personas que se inyectan drogas (véase el cuadro 4).

Cuadro 4
Estimaciones de las personas que se inyectan drogas y que viven con el VIH, 2013

Región	Subregión	VIH entre las personas que se inyectan drogas			
		Número estimado			Prevalencia (porcentaje) Estimación óptima
		Estimación mínima	Estimación óptima	Estimación máxima	
África		30 000	112 000	1 582 000	11,2
América		167 000	237 000	416 000	8,4
	América del Norte	141 000	182 000	248 000	8,8
	América Latina y el Caribe	26 000	55 000	168 000	7,3

Región	Subregión	VIH entre las personas que se inyectan drogas			Prevalencia (porcentaje) Estimación óptima
		Número estimado			
		Estimación mínima	Estimación óptima	Estimación máxima	
Asia		344 000	576 000	993 000	12,6
	Asia Central y Transcaucasia	26 000	31 000	40 000	7,5
	Asia Oriental y Sudoriental	211 000	329 000	612 000	10,5
	Asia Sudoccidental	90 000	196 000	314 000	29,3
	Cercano Oriente y Oriente Medio	1 000	3 000	9 000	3,8
	Asia Meridional	17 000	17 000	18 000	6,8
Europa		373 000	724 000	1 428 000	19,7
	Europa Oriental y Sudoriental	322 000	665 000	1 359 000	22,8
	Europa Occidental y Central	51 000	59 000	69 000	7,6
Oceanía		1 000	1 000	2 000	1,0
Todo el mundo		915 000	1 651 000	4 421 000	13,5

Fuente: Informe Mundial sobre las Drogas 2015.

20. Los datos desglosados por género de que se dispone sobre la prevalencia del VIH entre las personas que se inyectan drogas indican la existencia de disparidades de género muy grandes en algunos países. Los datos comunicados al ONUSIDA muestran una prevalencia mayor del VIH (superior a 120.000) entre las mujeres que se inyectan drogas en muchos países con grandes poblaciones que consumen drogas por inyección y en los países que tienen una prevalencia alta del VIH entre las personas que se inyectan drogas. En numerosos países, la prevalencia del VIH entre las mujeres que se encuentran en las cárceles es superior a la de los reclusos varones.

3. La hepatitis entre las personas que se inyectan drogas

21. La hepatitis C puede suponer graves problemas de salud para las personas infectadas, y causa insuficiencia hepática y cáncer de hígado. Se estima que el 2,2% de la población mundial está infectada por la hepatitis C; esta proporción es 25 veces más alta entre las personas que se inyectan drogas, en que se estima en un 52%, lo que equivale a 6,3 millones de personas en el mundo. En algunos países, incluidos los que tienen grandes poblaciones de personas que se inyectan drogas, la prevalencia de la hepatitis C entre esas personas es considerablemente mayor. La prevalencia de la hepatitis C entre las personas que se inyectan drogas es del 60% o más en 29 países, y del 80% o más en 10 países.

4. Muertes relacionadas con las drogas

22. Se estima que en 2013 hubo en el mundo entre 98.300 y 231.400 muertes relacionadas con las drogas, lo que corresponde a una tasa de mortalidad de entre 21,5 y 50,5 por millón de personas de 15 a 64 años (véase el cuadro 5). La sobredosis es la principal causa de muerte relacionada con las drogas en todo el mundo, y los opioides son el principal tipo de droga que lleva a esas muertes. Sin embargo, una proporción sustancial de las muertes relacionadas con las drogas se produce en el contexto del policonsumo de drogas.

Cuadro 5
Número estimado de muertes relacionadas con las drogas y tasa de mortalidad por millón de habitantes de 15 a 64 años de edad, 2013

Región	Número de muertes relacionadas con drogas			Tasa de mortalidad por millón de habitantes de 15 a 64 años			Disponibilidad de datos sobre la mortalidad (porcentaje de la población total en la región)
	Estimación óptima	Estimación mínima	Estimación máxima	Estimación óptima	Estimación mínima	Estimación máxima	
África	37 800	18 000	57 700	61,9	29,4	94,3	
América del Norte	43 300	43 300	43 300	136,8	136,8	136,8	100,0
América Latina y el Caribe	6 000	4 900	10 900	18,4	14,9	33,4	80,0
Asia	81 100	13 600	100 700	28,2	4,7	35,0	9,0
Europa Occidental y Central	7 300	7 300	7 300	22,5	22,5	22,5	100,0
Europa Oriental y Sudoriental	9 500	9 500	9 500	41,5	41,5	41,5	92,0
Oceanía	2 000	1 700	2 100	82,3	69,9	83,3	75,0
Todo el mundo	187 100	98 300	231 400	40,8	21,5	50,5	

Fuente: Informe Mundial sobre las Drogas 2015.

Nota: Debido a los escasos datos comunicados por los países de África, la fuente de información utilizada ha sido 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, Majid Ezaati y otros, eds. (Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004).

III. Resúmenes regionales

23. La información sobre el consumo de drogas que se presenta a continuación pone de relieve las principales tendencias y la nueva información que aportaron los países. Las estimaciones regionales y subregionales de la prevalencia que se presentan en cada sección son las estimaciones de la UNODC publicadas en el *Informe Mundial sobre las Drogas 2015*.

A. África

24. Aunque la información disponible sobre la situación del consumo de drogas en África era limitada, se consideró que el consumo de cannabis en la región era alto en comparación con el promedio mundial (entre el 3,3% y el 9,7% de la población de 15 a 64 años). Se estimaron niveles de consumo parecidos o inferiores a los promedios mundiales para los opiáceos (entre el 0,2% y el 0,4%), la cocaína (entre el 0,1% y el 0,8%) y los estimulantes de tipo anfetamínico (entre el 0,2% y el 1,5%).

25. Junto con el consumo de sustancias ilícitas, muchos países de la región comunicaron una tendencia creciente al uso con fines no médicos de opioides y tranquilizantes de venta con receta.

26. Solo unos cuantos países de la región comunicaron información sobre las nuevas tendencias. En Argelia, por ejemplo, los tranquilizantes ocupaban el segundo lugar entre las sustancias de consumo más común, después del cannabis. En 2014, los expertos percibieron un gran aumento del consumo de benzodiazepinas y una tendencia creciente a la inyección de buprenorfina entre los jóvenes con más recursos⁵. Expertos de Côte d'Ivoire notificaron un aumento del consumo de benzodiazepinas y buprenorfina. El uso indebido del opioide sintético analgésico tramadol también es un problema serio en la región: expertos de Côte d'Ivoire y Nigeria informaron de una tendencia creciente al uso de esta sustancia con fines no médicos. Egipto, Libia, Mauricio y Togo también han notificado su uso indebido en años anteriores⁶.

27. La Red Sudafricana de Epidemiología Comunitaria sobre el Uso de Drogas comunica regularmente datos sobre las tendencias basados en las admisiones a tratamiento en todo el país. Según su informe más reciente, el consumo de heroína siguió siendo un problema en aumento, con un incremento constante del número de pacientes que comunicaban el consumo de esta sustancia por inyección. Hubo también informes del consumo de otras drogas por inyección, como la cocaína y la metcatinona. El cannabis continuó siendo la sustancia de uso más común, especialmente entre los jóvenes que acuden a centros de tratamiento especializado, mientras que la metanfetamina fue la segunda sustancia más consumida entre los jóvenes (de menos de 20 años) que solicitaron tratamiento. La demanda de tratamiento relacionada con el consumo de cocaína se mantuvo baja y estable en Sudáfrica⁷.

B. América

28. El cannabis siguió siendo la sustancia ilícita de uso más común en América, con una prevalencia anual del 8,4% entre la población de 15 a 64 años de edad. En esta tasa influyeron principalmente los altos niveles de consumo en América del Norte. Los opioides ocuparon el segundo lugar entre las sustancias ilícitas más usadas, con una prevalencia anual del 2,0%, unas tres veces superior al promedio mundial. La prevalencia anual del consumo de cocaína en la región también se mantuvo alta, en un 1,4%. Asimismo, el consumo de anfetaminas y de "éxtasis" fue superior a los respectivos promedios mundiales.

1. América del Norte

29. En América del Norte, el consumo de todos los tipos de drogas fue superior a los promedios mundiales. El cannabis fue la sustancia más ampliamente usada (el 11,6% de la población la había consumido el año anterior), y el consumo de opioides (principalmente antiálgicos y opioides de venta con receta) y de cocaína también fue alto. La prevalencia anual del consumo de opioides ascendió al 3,8%,

⁵ Respuesta de Argelia al cuestionario para los informes anuales de 2014.

⁶ UNODC, 2014 *Global Synthetic Drugs Assessment: Amphetamine-type Stimulants and New Psychoactive Substances* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta E.14.XI.6).

⁷ Siphokazi Dada y otros, *Monitoring Alcohol and Drug Abuse Trends in South Africa: August 2015, Phase 37, July to December 2014*, SACENDU Report Back Meetings (Ciudad del Cabo, Sudáfrica, Red Sudafricana de Epidemiología Comunitaria sobre el Uso de Drogas, 2015).

la del consumo de opiáceos, al 0,4%, y la del consumo de cocaína, al 1,7% (la más alta de todas las regiones). El consumo de anfetaminas y de “éxtasis” fue asimismo muy superior a los niveles mundiales medios, con una prevalencia anual del 1,4% y el 0,9%, respectivamente.

30. En los Estados Unidos, el consumo de drogas ilícitas entre las personas de 12 años o más aumentó significativamente durante el año, pasando del 15,9% en 2013 al 16,7% en 2014. La prevalencia del consumo de cannabis siguió creciendo y llegó al 13,2% en 2014, frente a un 12,6% en 2013. En comparación con 2013, el consumo de cocaína también aumentó (llegando al 1,7% en 2014). En 2014 se registró una disminución del consumo de psicofármacos⁸ con fines no médicos (que pasó del 5,8% en 2013 al 5,6% en 2014). En particular, se comunicó una merma importante del uso con fines no médicos de los opioides de venta con receta, del 4,2% en 2013 al 3,9% en 2014⁹.

31. En los Estados Unidos, la disminución del consumo de opioides de venta con receta fue contrarrestada parcialmente por un aumento del consumo de heroína, que quedó de manifiesto por la elevada oferta y los bajos precios de la heroína¹⁰. En 2014, el 0,3% de las personas de 12 años o más habían consumido heroína durante el último año, lo que equivalía a unas 914.000 personas. El aumento del consumo de heroína entre las personas de 12 años o más se debió a un mayor uso de esa sustancia por los adultos de 26 años o más y, en menor medida, a un incremento del consumo entre los adultos jóvenes de 18 a 25 años de edad¹¹.

32. En los Estados Unidos se registró también un aumento considerable de las muertes relacionadas con la heroína. Algunas de las causas atribuidas a esas muertes fueron las siguientes: a) la oferta de heroína de gran pureza en ciertas partes del país, que ocasionó la ingesta accidental de sobredosis por algunos usuarios; b) un aumento de los nuevos consumidores de heroína, que en gran parte eran jóvenes e inexpertos; c) el hecho de que consumidores de opioides de venta con receta (que tienen una dosificación determinada y carecen de adulterantes) comenzaran a utilizar heroína, con distintos grados de pureza y diferentes dosis y adulterantes; y d) la presencia de adulterantes como el fentanilo en la heroína en ciertas zonas¹².

33. En el Canadá, aunque el consumo de la mayoría de las sustancias se consideró estable, se percibió una disminución del uso de opioides. El consumo notificado de cannabinoides sintéticos (BZP/TFMPP) y mefedrona se estudió por primera vez mediante una encuesta entre los jóvenes realizada en 2012-2013. La prevalencia de los 12 meses anteriores entre los estudiantes de los grados 7 a 12 era del 1,4% para

⁸ La expresión “consumo de psicofármacos” comprende el uso con fines no médicos de calmantes, tranquilizantes, estimulantes y sedantes.

⁹ Estados Unidos, Departamento de Salud y Servicios Humanos, Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Center for Behavioral Health Statistics and Quality, *Results from the 2014 National Survey on Drug Use and Health: Detailed Tables* (Rockville, Maryland, 2015).

¹⁰ *Informe Mundial sobre las Drogas 2015*.

¹¹ Estados Unidos, Center for Behavioral Health Statistics and Quality, *Behavioral Health Trends in the United States: Results from the 2014 National Survey on Drug Use and Health* (HHS Publication No. SMA 15-4927, NSDUH Series H-50) (Rockville, Maryland, 2015).

¹² Estados Unidos, Administración para el Control de Drogas, *2015 National Drug Threat Assessment Summary* (octubre de 2015).

los cannabinoides sintéticos, del 0,5% para la BZP y del 0,6% para la mefedrona. El Canadá informó también de un aumento de las incautaciones y las muertes relacionadas con el fentanilo. Entre 2009 y 2014 se notificaron más de 1.000 muertes relacionadas con el fentanilo¹³.

34. En México, el consumo ilícito de drogas notificado se mantuvo en niveles bajos, con un consumo de cualquier droga del 1,5% durante el año anterior. El uso de cannabis en ese período se estimó en el 1,2%, y el de cocaína, en el 0,5%. Los expertos percibieron una tendencia general estable en el consumo de cannabis, heroína, cocaína crack y estimulantes de tipo anfetamínico en el país e informaron del comienzo del consumo de muchas sustancias psicoactivas nuevas, tales como la *Salvia divinorum*, Spice, la ketamina, el *kratom* y el *khat*, entre los adultos jóvenes¹⁴.

2. América del Sur y Centroamérica y el Caribe

35. En América del Sur y en Centroamérica y el Caribe, los niveles notificados de consumo de cocaína fueron nuevamente altos. En América del Sur la prevalencia anual del consumo de cocaína se estimó en el 1,2%, mientras que en Centroamérica y el Caribe los niveles fueron más bajos (el 0,6% en ambas subregiones). El consumo ilícito de otras sustancias se mantuvo en niveles de bajos a moderados en la subregión.

36. Como se señaló en el cuestionario para los informes anuales, los expertos de la Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), el Ecuador, el Perú y el Uruguay percibieron un consumo estable o menguante de cocaína durante el año precedente, mientras que en el Brasil y Chile se percibió un aumento del consumo de esa sustancia.

37. Según la encuesta de hogares de 2014 en Chile, hubo un aumento del consumo de cannabis y cocaína y del uso con fines no médicos de opioides de venta con receta, y una disminución del consumo de anfetaminas y tranquilizantes. La prevalencia anual del consumo de cannabis notificada fue del 11,8% in 2014, frente a un 7,8% en 2012, mientras que el consumo de cocaína se estimó en un 1,7% en 2014, frente a un 1,2% en 2012. Chile comunicó también cierto uso de ketamina, mefedrona y cannabinoides sintéticos¹⁵.

38. En el Uruguay, según lo comunicado en su encuesta sobre el consumo de drogas de 2014, el consumo de cannabis se mantuvo alto (el 9,30% de la población adulta), mientras que el de cocaína y de anfetaminas -principalmente el uso indebido de estimulantes de venta con receta- permaneció estable, en el 1,8% y el 0,4%, respectivamente¹⁶.

C. Asia

39. Aunque solo se disponía de estimaciones fidedignas de las tasas de prevalencia del consumo de diferentes drogas para unos pocos países de Asia, los niveles de consumo de sustancias ilícitas como los opiáceos y las anfetaminas en la región en

¹³ Respuesta del Canadá al cuestionario para los informes anuales de 2014.

¹⁴ Respuesta de México al cuestionario para los informes anuales de 2014.

¹⁵ Respuesta de Chile al cuestionario para los informes anuales de 2014.

¹⁶ Respuesta del Uruguay al cuestionario para los informes anuales de 2014.

su conjunto se estimaron en valores comparables a los mundiales, entre el 0,3% y el 0,5% para la heroína, y entre el 0,1% y el 1,2% para las anfetaminas. Sin embargo, el consumo de cannabis (entre el 1,0% y el 3,1%) y de cocaína (entre el 0,02% y el 0,08%) se mantuvo considerablemente por debajo de los promedios mundiales.

40. Los expertos de la región percibieron un aumento del consumo de cannabis y tendencias estables en el consumo de cocaína en sus países (véase el cuadro 6). En la mayoría de los Estados Miembros de Asia Oriental y Meridional, los expertos percibieron un aumento del consumo de anfetaminas, mientras que en el uso de opioides se percibió un aumento principalmente en Asia Sudoccidental y Central.

Cuadro 6

Asia: Tendencias del consumo de drogas según las apreciaciones de los expertos, por tipos de drogas, 2014

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	15	33	10	67	3	20	2	13
Anfetaminas	11	24	7	64	2	18	2	18
“Éxtasis”	7	16	3	43	2	29	2	29
Opioides	14	31	7	50	3	21	4	29
Cocaína	8	18	3	38	3	38	2	25

Fuente: Cuestionarios para los informes anuales de 2014.

1. Asia Oriental y Sudoriental

41. Con la excepción de las anfetaminas, el consumo de otras sustancias ilícitas en Asia Oriental y Sudoriental siguió siendo bajo; los consumidores de anfetaminas de la subregión (que sumaron entre 3,5 millones y 20,5 millones) siguieron siendo los más numerosos a nivel mundial.

42. A falta de datos fidedignos, hay indicaciones de que el consumo de estimulantes de tipo anfetamínico ha aumentado y se ha diversificado. El consumo notificado de metanfetamina indica un aumento en muchos países; expertos de Brunei Darussalam, China y el Japón, en particular, comunicaron un incremento del consumo de estas sustancias. El mercado de nuevas sustancias psicoactivas también se está diversificando con rapidez, y muchos países informaron de su aparición, en particular China, el Japón y Singapur. El número de nuevas sustancias psicoactivas comunicado en la región pasó de 34 en 2009 a un total de 137 sustancias al final de 2014. Mientras que la ketamina y el kratom tienen una presencia establecida desde hace mucho tiempo en el mercado de varios países, otras sustancias psicoactivas nuevas, como los cannabinoides sintéticos y las catinonas, parecen estar en el mercado solo por un período breve en la región¹⁷.

¹⁷ UNODC, Programa Global SMART, “The challenge of synthetic drugs in East and South-East Asia and Oceania: trends and patterns of amphetamine-type stimulants and new psychoactive substances”, mayo de 2015.

43. Al final de 2014 se había registrado en China un total de 2,95 millones de consumidores de drogas, entre ellos 480.000 consumidores nuevos. De esos consumidores registrados, se estimaba que más de la mitad (1,66 millones) tenían entre 18 y 35 años. Los usuarios de heroína (1,45 millones) representaban cerca de la mitad de los consumidores de drogas registrados, y los usuarios de metanfetamina y ketamina (1,19 millones y 222.000, respectivamente) constituían la otra mitad. Sin embargo, de los 480.000 nuevos consumidores de drogas de 2014, el 19,7% consumía heroína y otros opiáceos, mientras que el 79% usaba drogas sintéticas (metanfetamina y ketamina)¹⁸.

44. El número de personas residentes en esta subregión que se inyectan drogas (entre 2,3 y 4,3 millones) representa más de una cuarta parte del total mundial. En algunos países (como Camboya, Indonesia y Tailandia), la prevalencia del VIH entre las personas que se inyectan drogas es superior al 20%.

2. Asia Meridional

45. La información existente sobre la situación relativa a las drogas en Asia Meridional es limitada, especialmente en lo que respecta al consumo de cocaína y de estimulantes de tipo anfetamínico. La prevalencia anual del consumo de cannabis se estimó en el 3,5%, y la del consumo de opiáceos en el 0,3%, por debajo del promedio mundial respectivo en ambos casos. La prevalencia de personas que se inyectan drogas (0,03%), y la prevalencia del VIH (6,8%) entre esas personas siguieron siendo bajas en comparación con los promedios mundiales.

46. Sri Lanka fue el único país de la subregión que presentó el cuestionario para los informes anuales de 2014. Con 245.000 consumidores de drogas registrados, de los cuales 200.000 consumían cannabis y el resto heroína, la situación general del consumo de drogas en el país se consideraba estable¹⁹.

3. Asia Sudoccidental y Central

47. La subregión se caracteriza por una elevada prevalencia del consumo de opiáceos. Asia Sudoccidental tuvo la prevalencia más alta (29,3%) del VIH entre las personas que se inyectan drogas.

48. En Asia Central y Transcaucasia, la prevalencia anual del consumo de cannabis fue comparable a los niveles mundiales; no obstante, el consumo de opiáceos (el 0,8% de la población adulta) fue considerablemente más alto que el promedio mundial. La prevalencia del VIH entre las personas que se inyectan drogas también se mantuvo alta (7,5%). En 2014, expertos de Armenia, Azerbaiyán y Tayikistán, en particular, comunicaron un aumento del consumo de opioides.

49. En el Cercano Oriente y el Oriente Medio había poca información fidedigna sobre la magnitud del consumo de drogas. Según las opiniones de los expertos sobre las tendencias del consumo de drogas, el uso de cannabis había aumentado en Israel, Jordania y el Líbano, mientras que el de opioides había crecido en la Arabia Saudita, el Líbano y la República Árabe Siria, con un aumento también del consumo de anfetaminas en la Arabia Saudita y en la República Árabe Siria.

¹⁸ Comisión Nacional de Fiscalización de Estupefacientes de China, *Drug Situation Report 2014* (Beijing, 2015).

¹⁹ Respuesta de Sri Lanka al cuestionario para los informes anuales de 2014.

D. Europa

50. El cannabis siguió siendo la sustancia ilícita más consumida en Europa (véase el cuadro 7), con un número de consumidores en el año precedente estimado en 23,7 millones (el 4,3% de la población de 15 a 64 años de edad), seguido de la cocaína, con 3,7 millones de consumidores en el año precedente (el 0,7% del mismo grupo etario). El consumo de opioides (0,8%) y el consumo de opiáceos (0,5%) fueron ligeramente superiores a los promedios mundiales, del 0,7% y el 0,4%, respectivamente. La prevalencia del consumo de anfetamina fue inferior (0,4%) al promedio mundial (0,7%), pero la del consumo de “éxtasis” alcanzó niveles ligeramente más altos (0,5%) que el promedio mundial (0,4%).

51. Dentro de Europa, las características del consumo de drogas difieren sustancialmente entre las dos subregiones. La prevalencia del consumo de cannabis y de cocaína fue mucho mayor en Europa Occidental y Central, y el consumo de opioides fue mucho más alto en Europa Oriental y Sudoriental. Con excepción del cannabis, el consumo de la mayoría de las sustancias se consideró estable en Europa.

Cuadro 7

Europa: Tendencias del consumo de drogas según las apreciaciones de los expertos, por tipos de drogas, 2014

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	26	58	12	46	8	31	6	23
Estimulantes de tipo anfetamínico	20	44	6	30	11	55	3	15
“Éxtasis”	21	47	7	33	8	38	6	29
Opioides	25	56	5	20	12	48	8	32
Cocaína	21	47	7	33	8	38	6	29

Fuente: Cuestionarios para los informes anuales de 2014.

1. Europa Occidental y Central

52. La prevalencia anual del consumo de cannabis se mantuvo alta en Europa Occidental y Central (5,7%); sin embargo, hubo indicios de una tendencia a la estabilización o a la baja, especialmente en los países con un consumo arraigado de cannabis de larga data. Los expertos percibieron grandes aumentos del consumo de cannabis en Francia y Letonia, mientras que para Lituania, Portugal y Polonia se comunicaron grandes reducciones. El número de consumidores que iniciaban un tratamiento debido principalmente al consumo de cannabis, incluidos los que lo hacían por primera vez, siguió aumentando en muchos países de Europa Occidental²⁰.

²⁰ Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, *Informe Europeo sobre Drogas: Tendencias y novedades 2015* (Luxemburgo, 2015).

53. El consumo de cocaína en Europa Occidental y Central se mantuvo alto (el 1,0% de la población adulta). Sin embargo, países con elevados niveles de consumo, como Dinamarca, España, Irlanda y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, han comunicado tendencias estables o descendentes en los últimos años²¹. Por otra parte, según lo indicado en los cuestionarios para los informes anuales, expertos de Alemania, Portugal y Rumania percibieron un aumento del consumo de cocaína durante el año precedente.

54. El consumo de opioides, principalmente de heroína, durante el año anterior se estimó en un 0,5% de la población de 15 a 64 años. No obstante, en Europa Occidental y Central otros opioides sintéticos disponibles en el mercado ilícito, como la buprenorfina, el fentanilo y la metadona, se están convirtiendo en un problema de salud pública cada vez mayor: su consumo, notificado por las personas que solicitan tratamiento, está vinculado a una gran proporción de las muertes por sobredosis²².

55. Aunque la prevalencia total del consumo de opioides se mantuvo estable, el número de consumidores de opioides en tratamiento disminuyó. También mermó el consumo de drogas por inyección, al igual que los casos de diagnóstico de infección por el VIH entre las personas que se inyectan drogas. Sin embargo, el número de muertes por sobredosis de opioides aumentó en varios países²³.

56. La prevalencia anual del consumo de anfetaminas (0,5%) fue inferior a la prevalencia media mundial, mientras que el consumo de “éxtasis” (prevalencia anual del 0,5%) se mantuvo en torno al promedio mundial. La mayoría de los países comunicaron tendencias estables con respecto al consumo de anfetaminas, aunque España y el Reino Unido notificaron una disminución importante²⁴.

57. La aparición y el consumo de nuevas sustancias psicoactivas siguió siendo un reto importante en Europa Occidental y Central. Al mes de octubre de 2015, los países de la subregión habían informado de un total de 483 sustancias de ese tipo, de las cuales el 30% consistían en cannabinoides sintéticos, el 20% eran fenetilaminas y el 18% eran catinonas sintéticas²⁵. Hay crecientes indicios de las consecuencias adversas para la salud del consumo de sustancias psicoactivas nuevas; casi 1 de cada 10 urgencias hospitalarias relacionadas con drogas entrañan el consumo de esas sustancias (especialmente de catinonas). En Hungría se detectaron sustancias psicoactivas nuevas en alrededor del 50% de las muertes relacionadas con drogas que se registraron en 2013²⁶.

²¹ *Ibid.*

²² *Ibid.*

²³ *Ibid.*

²⁴ *Ibid.*

²⁵ UNODC, Programa Mundial de Vigilancia de las Drogas Sintéticas: Análisis, Informes y Tendencias (SMART).

²⁶ *Informe Europeo sobre Drogas: Tendencias y novedades 2015.*

2. Europa Oriental y Sudoriental

58. El elevado nivel de consumo de opioides, especialmente de opiáceos, es motivo de gran preocupación en Europa Oriental y Sudoriental, donde las tasas de prevalencia anuales se situaron en el 1,4% y el 0,8%, respectivamente, el doble de los promedios mundiales. El consumo de cannabis, cocaína y anfetaminas fue inferior a los niveles medios mundiales.

59. Con un 1,27%, la prevalencia de personas que se inyectan drogas también fue la más alta del mundo (el promedio mundial fue del 0,26%). Además, la prevalencia del VIH entre las personas que se inyectan drogas ascendió al 22,8%, un nivel muy alto en comparación con el promedio mundial. Según las opiniones de expertos de la Federación de Rusia, hubo un aumento del consumo de anfetaminas y tranquilizantes y también del consumo de cannabis. Asimismo, se percibió una disminución en el consumo de cocaína y cierta merma en el de opioides. El problema mayor fueron las sustancias psicoactivas nuevas; estas sustancias han sustituido parcialmente las drogas “tradicionales”, especialmente la heroína²⁷.

60. En Belarús, el consumo de la mayoría de las drogas se consideró estable, pero los expertos comunicaron un aumento del uso ilícito de tramadol y metadona.

E. Oceanía

61. La información sobre el consumo de drogas en la región se limitó a Australia y Nueva Zelandia y se caracterizó por altos niveles de consumo de la mayoría de las sustancias, incluidos el cannabis (10,7%), los opioides (2,9%), el “éxtasis” (2,5%), las anfetaminas (2,1%) y la cocaína (1,6%).

62. Aunque en Australia el consumo de la mayoría de las sustancias se consideró estable, hubo un aumento del uso de ketamina. Además, aparecieron en el mercado de drogas ilícitas del país una amplia variedad de análogos de drogas y nuevas sustancias psicoactivas, principalmente sustancias del tipo de las catinonas, otros estimulantes de tipo anfetamínico y cannabinoides sintéticos²⁸.

63. En Nueva Zelandia, el consumo de la mayoría de las sustancias, incluida la metanfetamina, se mantuvo básicamente invariable con respecto al año anterior. Se observó una diversificación en el mercado de sustancias más nuevas, que eran principalmente drogas 2C (por ejemplo, 2CB, 2CE, 2CI y 2CP), un gran número de nuevos cannabinoides sintéticos y nuevos análogos de drogas sometidas a fiscalización y “productos químicos de investigación” ya existentes. Como en el caso de los comprimidos de “éxtasis”, los “tripis” en papel secante absorbente estaban cada vez más adulterados con nuevas sustancias químicas como el 25I-NBOMe, en lugar de la dietilamida del ácido lisérgico (LSD) tradicional²⁹.

²⁷ Respuesta de la Federación de Rusia al cuestionario para los informes anuales de 2014.

²⁸ Respuesta de Australia al cuestionario para los informes anuales de 2014.

²⁹ Respuesta de Nueva Zelandia al cuestionario para los informes anuales de 2014.

IV. Prevención e intervención temprana

64. En el Informe del Director Ejecutivo acerca de las medidas adoptadas por los Estados Miembros para 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.7/2016/6) figura un análisis detallado de las respuestas dadas por los Estados Miembros al cuestionario para los informes anuales en su tercer ciclo. En la presente sección se intenta evaluar los progresos realizados en el fortalecimiento de los servicios de tratamiento de las toxicomanías. Por “fortalecimiento de los servicios” se entiende el aumento de la disponibilidad y la cobertura de los servicios. El análisis ha sido particularmente útil a la luz de la reciente aprobación de los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible y las metas conexas que deberán cumplirse para 2030. En el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3, sobre la promoción de una vida sana y del bienestar para todos en todas las edades, se menciona explícitamente el fortalecimiento de los servicios de reducción de la demanda de drogas en la meta 3.5 (“Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol”).

65. Para abordar la cuestión del fortalecimiento de los servicios de tratamiento de las toximánías, se generó un indicador compuesto fusionando la información sobre la disponibilidad (sí/no) y la cobertura (baja/mediana/alta) de cada una de las 17 intervenciones de tratamiento enumeradas y definidas en la pregunta 10 de la parte II del cuestionario para los informes anuales. La cobertura se describió como la medida en que se presta un servicio a una población destinataria (la proporción de la población destinataria que necesita el servicio y que efectivamente lo recibe). Esos servicios se agruparon en tres categorías distintas:

a) Farmacológicos (desintoxicación, terapia con mantenimiento de opioides, mantenimiento con agonistas de opioides);

b) De rehabilitación social (formación profesional, asistencia social, actividades educativas, rehabilitación y postratamiento);

c) Psicosociales (planificación del tratamiento, apoyo psicológico, grupos de apoyo entre pares, detección precoz/intervenciones breves, gestión de situaciones imprevistas, terapia cognitivo-conductual, tratamiento de la comorbilidad, entrevistas motivacionales).

66. La puntuación compuesta de cada categoría se generó multiplicando la disponibilidad (0 para “no disponible”/1 para “disponible”) por la cobertura (0 para “no se aplica”, 1 para “baja”, 2 para “mediana”, 3 para “alta”). La puntuación obtenida para cada categoría se normalizó posteriormente en valores de 0 a 1 para poder hacer comparaciones.

67. En un esfuerzo por determinar la tendencia del fortalecimiento de los servicios, como se exige en la meta de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, se utilizó la información aportada por los Estados Miembros que habían respondido al cuestionario en los tres ciclos de presentación de información (2010-2011, 2012-2013 y 2014-2015). El número de países que habían proporcionado esa información en los tres ciclos era de aproximadamente 60, lo que representaba alrededor del 70% de los Estados Miembros que habían respondido en cada ciclo

(45 de los cuales habían aportado datos sobre las preguntas). Esos 60 Estados Miembros eran principalmente países de Europa, Asia y América (42%, 30% y 21%, respectivamente).

68. Las puntuaciones compuestas generadas indicaron en primer lugar que el fortalecimiento de las respuestas de tratamiento era de aproximadamente 0,6, en una escala de 0 a 1, lo que no representaba ningún progreso real en el fortalecimiento de los servicios de tratamiento de las toxicomanías con respecto al primer ciclo de presentación de información. En segundo lugar, la diferencia entre los servicios prestados en la comunidad y en los entornos penitenciarios seguía siendo grande, pese a un ligero avance observado en el fortalecimiento de los servicios de las prisiones con respecto al primer ciclo. No parecía haber indicio alguno de una reducción importante de esa diferencia desde 2010. En tercer lugar, en los servicios disponibles tanto en las comunidades como en los entornos penitenciarios, las intervenciones farmacológicas seguían siendo el servicio más débil en lo relativo tanto a la disponibilidad como a la cobertura, en comparación con los demás servicios (véanse los gráficos VI y VII).

Gráfico VI

Puntuación compuesta normalizada, por categoría de servicios de tratamiento en las comunidades, por ciclo de presentación de información

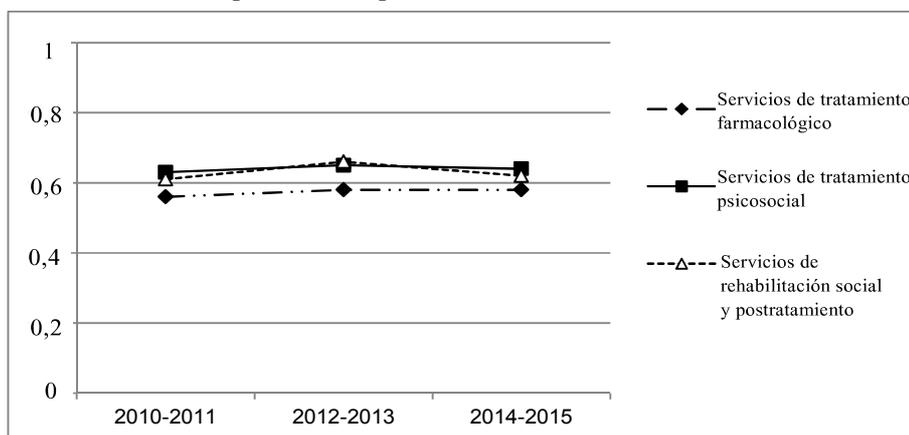
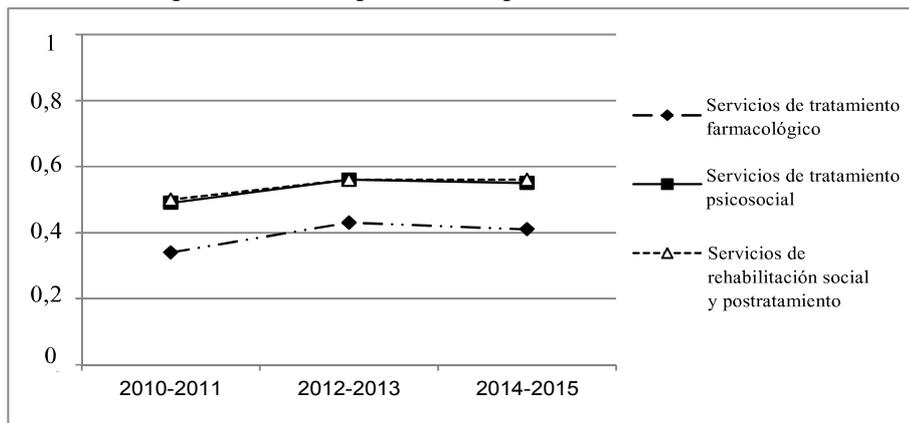


Gráfico VII

Puntuación compuesta normalizada, por categoría de servicios de tratamiento en los entornos penitenciarios, por ciclo de presentación de información



69. La brecha entre la disponibilidad de servicios en las comunidades y en los entornos penitenciarios era clara en las tres regiones geográficas más representadas en las respuestas. Aun así, el indicador compuesto dio una puntuación más alta en las categorías de servicios de tratamiento y reveló una mayor equidad entre los servicios comunitarios y penitenciarios en Europa que en Asia y América. Los países de Asia y América comunicaron una menor disponibilidad de servicios farmacológicos, en comparación con las otras dos categorías de servicios. Una razón de ello podría ser la naturaleza del problema de drogadicción predominante en cada región (el apoyo farmacológico está más presente en los continentes en que el problema predominante son los opioides). Sin embargo, eso no explica la discrepancia y la amplia brecha entre la disponibilidad de servicios farmacológicos en la comunidad y en los entornos penitenciarios dentro de una misma región (véanse los gráficos VIII a XIII).

Gráfico VIII

Puntuación compuesta normalizada, por categoría de servicios de tratamiento en las comunidades, por ciclo de presentación de información: América

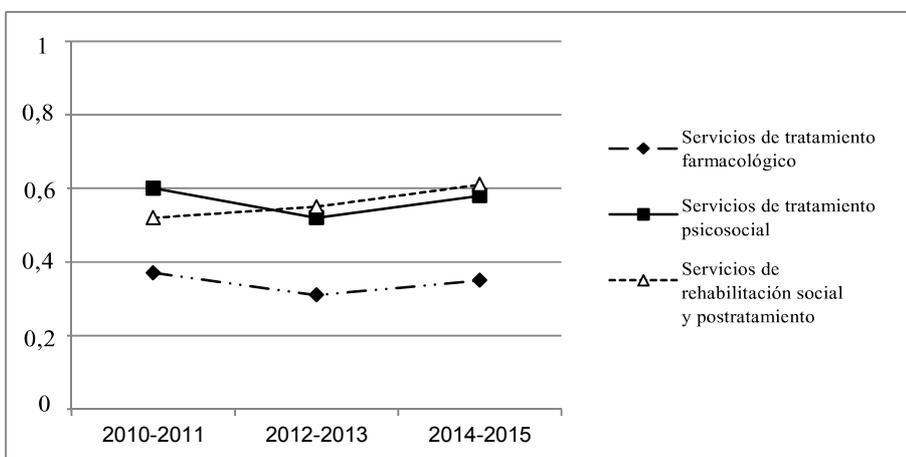


Gráfico IX

Puntuación compuesta normalizada, por categoría de servicios de tratamiento en los entornos penitenciarios, por ciclo de presentación de información: América

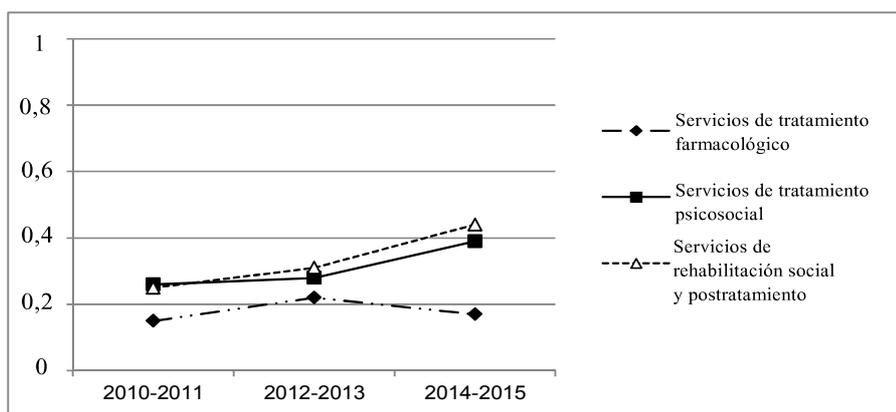


Gráfico X
Puntuación compuesta normalizada, por categoría de servicios de tratamiento en las comunidades, por ciclo de presentación de información: Asia

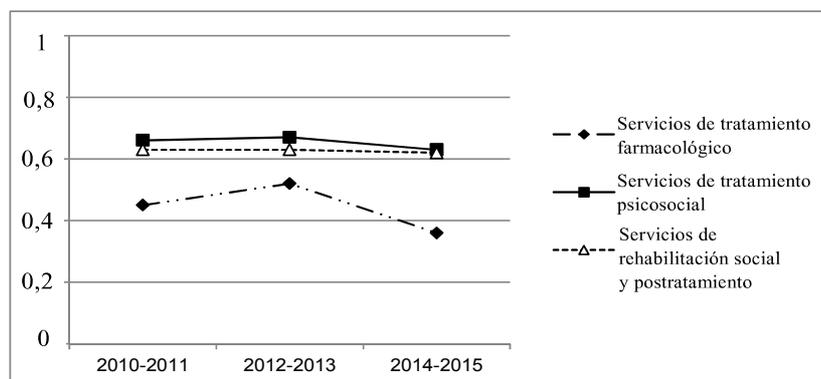


Gráfico XI
Puntuación compuesta normalizada, por categoría de servicios de tratamiento en los entornos penitenciarios, por ciclo de presentación de información: Asia

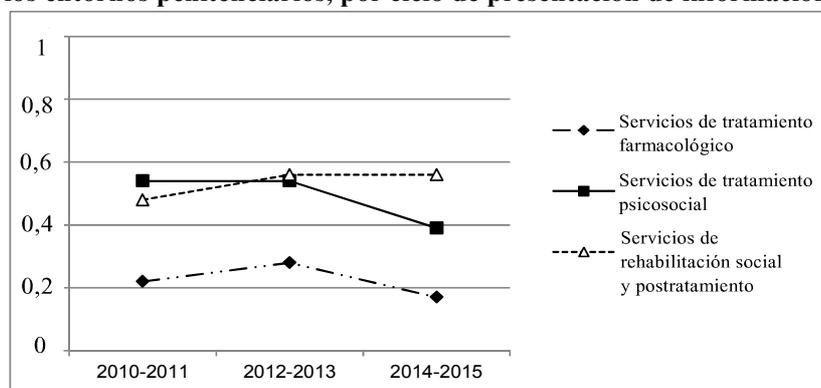


Gráfico XII
Puntuación compuesta normalizada, por categoría de servicios de tratamiento en las comunidades, por ciclo de presentación de información: Europa

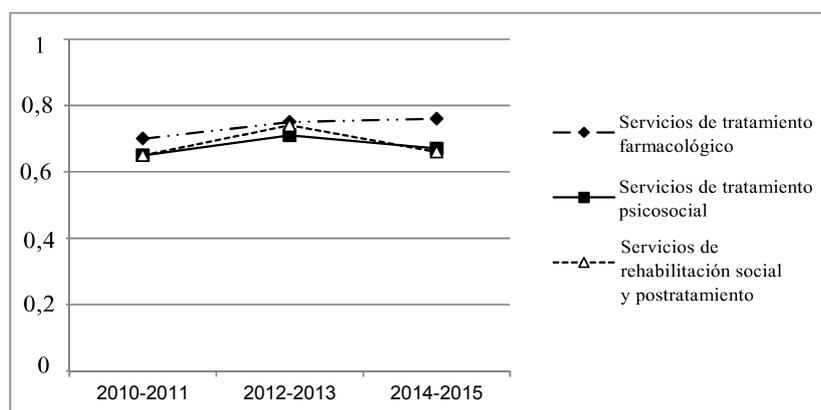
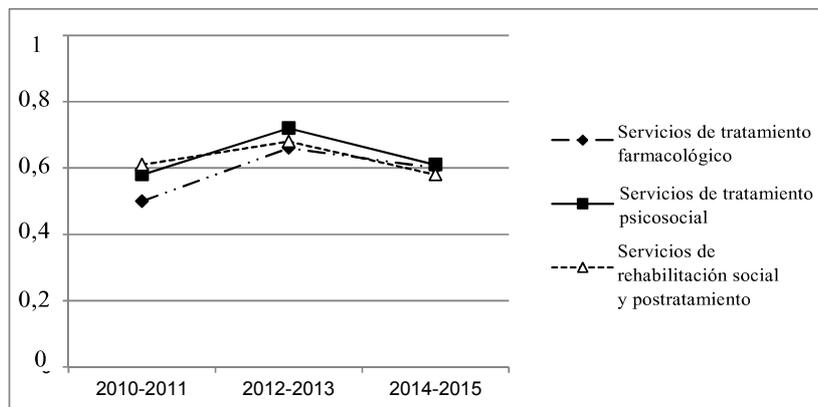


Gráfico XIII
Puntuación compuesta normalizada, por categoría de servicios de tratamiento en los entornos penitenciarios, por ciclo de presentación de información: Europa



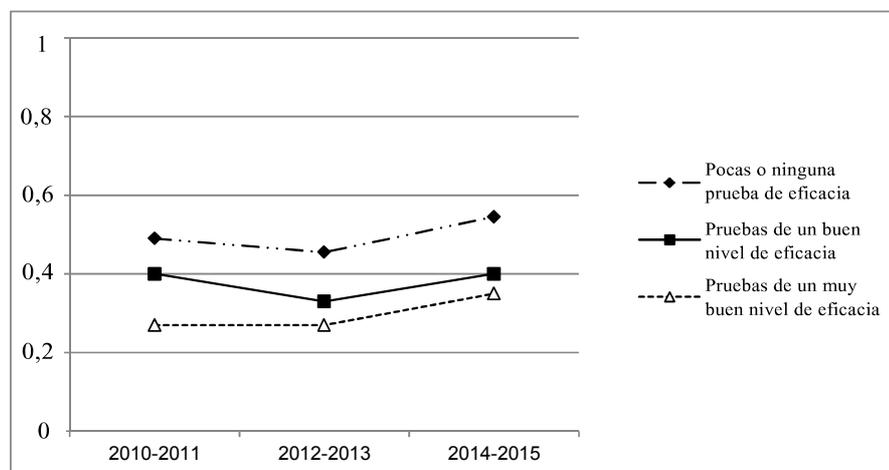
70. El análisis se repitió para los servicios de prevención de la toxicomanía empleando una puntuación compuesta análoga, que fusionaba la información sobre la disponibilidad y la cobertura de las intervenciones. La única diferencia radicaba en la categorización de los servicios, que se basó en las Normas Internacionales sobre la Prevención del Uso de Drogas:

- a) Servicios con pocas o ninguna prueba de eficacia (oferta de actividades alternativas, difusión de información sobre los peligros de las drogas, campañas en los medios de comunicación, formación profesional y apoyo para la generación de ingresos);
- b) Servicios con un buen nivel de eficacia (enseñanza de aptitudes para la vida en las escuelas y programas de prevención de la toxicomanía en los lugares de trabajo);
- c) Servicios con un muy buen nivel de eficacia (enseñanza de aptitudes familiares y parentales, detección precoz e intervenciones breves).

71. La puntuación compuesta normalizada para la prevención indicó una menor disponibilidad de servicios de prevención que de servicios de tratamiento. Además, los servicios de prevención con un muy buen nivel de eficacia obtuvieron la puntuación más baja, pese al leve avance observado en el tercer ciclo de presentación de información, seguidos de los servicios con un buen nivel de eficacia. Los servicios con pocas o ninguna prueba de eficacia obtuvieron la puntuación compuesta más alta. Estos resultados variaban ligeramente de un ciclo de presentación de información a otro (véase el gráfico XIV).

Gráfico XIV

Puntuación compuesta normalizada para los servicios de prevención, por nivel de eficacia según las Normas Internacionales sobre la Prevención del Uso de Drogas, por ciclo de presentación de información



72. Además, se intentó generar puntuaciones compuestas normalizadas para los servicios destinados a prevenir las enfermedades infecciosas entre las personas que se inyectan drogas. Esos servicios se categorizaron como sigue:

a) Paquete completo de servicios para las personas que se inyectan drogas con arreglo a la *WHO, UNODC, UNAIDS Technical Guide for Countries to Set Targets for Universal Access to HIV Prevention, Treatment and Care for Injecting Drug Users* (Guía Técnica de la OMS, la UNODC y el ONUSIDA para que los países establezcan metas en relación con el acceso universal de los consumidores de drogas por inyección a los servicios de prevención, tratamiento y atención del VIH) (categorías de respuestas a la pregunta 15 del cuestionario para los informes anuales);

b) Paquete mínimo requerido de intervenciones (programas de sustitución de agujas y jeringuillas, pruebas de detección del VIH y apoyo psicológico, terapia antirretrovírica y terapia con mantenimiento de opioides);

c) Servicios de prevención, tratamiento y cuidados para las personas con enfermedades de transmisión sexual, hepatitis y tuberculosis (cribado de los consumidores de drogas para detectar y tratar las enfermedades de transmisión sexual; programas de distribución de condones; programas específicos de información/educación/comunicación sobre el VIH, la hepatitis B y C y otras enfermedades de transmisión sexual; diagnóstico y tratamiento de la hepatitis viral B y vacunación contra esta enfermedad; diagnóstico y tratamiento de la hepatitis viral C; y prevención y tratamiento de la tuberculosis);

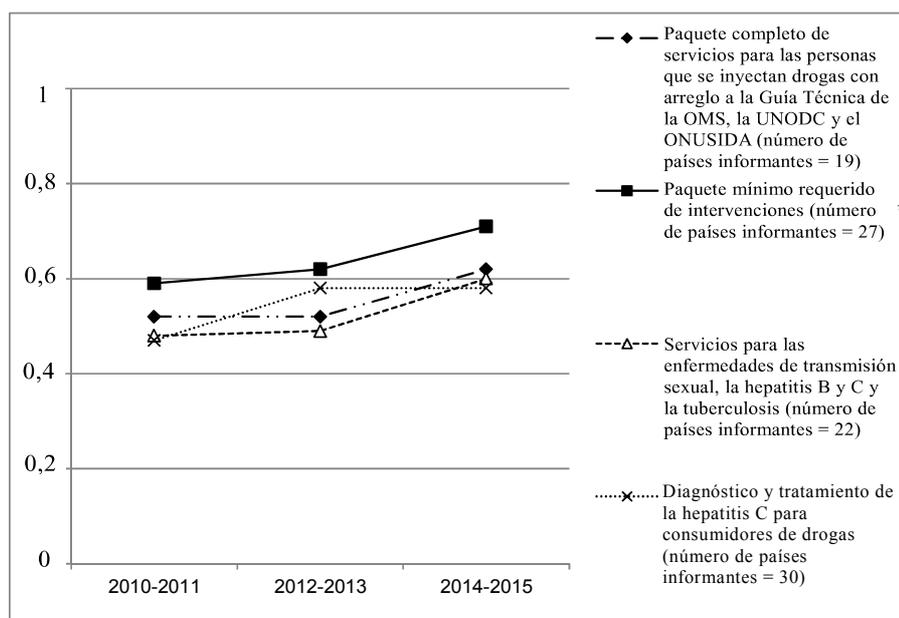
d) Diagnóstico y tratamiento de la hepatitis viral C en los consumidores de drogas.

73. Debido al mayor número de preguntas no contestadas respecto de estos servicios, el número de países para los que se pudo generar una puntuación compuesta varió entre 19 y 30, según la categoría. A pesar de esta diferencia, y al

igual que para los servicios de tratamiento de toxicomanías, la puntuación normalizada fue de aproximadamente 0,6, en una escala de 0 a 1, con una ligera indicación de mejora de un ciclo de presentación de información a otro. Otra señal positiva fue que para los servicios mínimos requeridos se obtuvo un resultado ligeramente mejor que para las otras categorías (véase el gráfico XV).

Gráfico XV

Puntuación compuesta normalizada, por servicios de prevención de enfermedades (incluidas las enfermedades infecciosas), en las comunidades, por ciclo de presentación de información (número de países informantes = 60)



V. Conclusiones y recomendaciones

74. A nivel mundial, el consumo de drogas es un fenómeno polifacético que evoluciona continuamente, con la aparición de un número cada vez mayor de nuevas sustancias psicoactivas y el uso indebido de medicamentos de venta con receta. Sin embargo, la información existente sobre la magnitud del consumo de esas nuevas sustancias psicoactivas es limitada. El consumo de drogas como la heroína y la cocaína se mantiene estable o da señales de disminuir en muchas partes del mundo. Todas estas novedades deben vigilarse de cerca en las diferentes regiones.

75. En general, el consumo de opioides sigue planteando un importante problema de salud pública, por los casos de sobredosis, las muertes relacionadas con las drogas, el consumo de drogas por inyección y la transmisión de enfermedades infecciosas.

76. La información objetiva disponible sobre la magnitud, las características y las tendencias del consumo de drogas es limitada, especialmente en las regiones en que se percibe un aumento o una evolución de este fenómeno. Los datos han demostrado

que los países que establecen sistemas de vigilancia del consumo de drogas están en mejores condiciones de hacer frente a su situación de manera eficaz.

77. Por consiguiente, se alienta a los Estados Miembros a que proporcionen a la Oficina respuestas oportunas y completas al cuestionario para los informes anuales a fin de aumentar la calidad y cantidad de los informes y, de ese modo, mejorar las evaluaciones mundiales y regionales de la situación del consumo de drogas y de los progresos realizados por los Estados Miembros en su respuesta a ella.

78. La información facilitada por los Estados Miembros indica que hay aún grandes carencias que subsanar para ofrecer un conjunto completo de servicios de tratamiento de toxicomanías (farmacológicos, psicosociales y de rehabilitación/reinserción social) y atender adecuadamente a las necesidades de las personas con trastornos por el consumo de sustancias. Esas carencias en la prestación de los servicios son mucho más preocupantes en los países con ingresos bajos y medios.

79. Hay desigualdades entre los servicios disponibles en la comunidad y los que se prestan en los entornos penitenciarios; en el sistema de justicia penal las personas están expuestas a que se interrumpa su tratamiento, vulnerándose así su derecho a la atención de salud. Se requieren avances importantes para lograr que los pacientes puedan tener acceso a los servicios, en particular a los que entrañan una asistencia farmacológica.

80. Con respecto a los servicios de prevención, deben desplegarse esfuerzos considerables para ofrecer los servicios de eficacia probada, de conformidad con las Normas Internacionales sobre la Prevención del Uso de Drogas.

81. Hay indicaciones inequívocas de que los programas de sustitución de agujas y jeringuillas y la terapia sustitutiva de opioides son eficaces para reducir el intercambio del equipo de inyección y evitar las infecciones por el VIH. También hay pruebas convincentes de la buena relación costo-eficacia de cada una de las tres intervenciones fundamentales para las personas que se inyectan drogas, con un ahorro promedio de entre 100 y 1.000 dólares por cada caso de infección por el VIH evitado. Sin embargo, la cobertura de esas intervenciones fundamentales es actualmente demasiado baja, en casi todas las regiones, para incidir en la propagación de las infecciones por el VIH y de otras infecciones transmitidas por la sangre, como la hepatitis C, entre las personas que se inyectan drogas. Se recomienda encarecidamente que se aumenten con urgencia las tres intervenciones, ampliando al mismo tiempo los servicios de detección del VIH y de apoyo psicológico en las comunidades y en las cárceles y otros entornos cerrados.

82. Además de su utilidad para evaluar la situación del consumo de drogas y los progresos realizados en la 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, los cuestionarios para los informes anuales pueden utilizarse para vigilar los avances hechos por los Estados Miembros en el cumplimiento de las metas del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3.

83. A ese respecto, se sugiere que los Estados Miembros tomen en consideración las diferencias existentes en la disponibilidad y la calidad de los datos sobre los indicadores del consumo de drogas y que estudien estrategias para reforzar la capacidad de los países de reunir, analizar y difundir datos sobre el consumo de drogas y sus consecuencias. Esas estrategias podrían incluir la promoción y el apoyo del desarrollo de sistemas de vigilancia de las drogas mediante el fomento de la capacidad de los expertos y la generación de estimaciones de los indicadores del consumo de drogas en los países en que sigue habiendo grandes lagunas, la elaboración de métodos eficaces en relación con el costo para estimar la magnitud del consumo de drogas acrecentando las sinergias con otros sistemas de reunión de datos ya existentes, y el suministro de recursos para establecer o reforzar los sistemas de vigilancia de las drogas y aumentar la capacidad en las regiones prioritarias.
