



Consejo Económico y Social

Distr. general
29 de diciembre de 2021
Español
Original: inglés

Comisión de Estupefacientes

65º período de sesiones

Viena, 14 a 18 de marzo de 2022

Tema 6 del programa provisional*

Seguimiento del cumplimiento a nivel nacional, regional e internacional de todos los compromisos reflejados en la Declaración Ministerial de 2019 para abordar y contrarrestar el problema mundial de las drogas

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 magnitud del consumo de drogas y sus consecuencias para la salud. Se calcula que, en 2019, 275 millones de personas habían consumido alguna sustancia ilícita en el año anterior, y que, de ellas, aproximadamente 1 de cada 8 padecía trastornos por consumo de drogas. La UNODC, junto con la Organización Mundial de la Salud, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) y el Banco Mundial, calcula que 11,2 millones de personas se inyectan drogas, de las cuales aproximadamente 1 de cada 8 vive con el VIH. A nivel mundial, el consumo de drogas sigue siendo polifacético y se caracteriza por el consumo simultáneo y consecutivo de varias sustancias, como drogas convencionales de origen vegetal, estimulantes sintéticos, opioides, fármacos y nuevas sustancias psicoactivas (entre ellas, las que tienen efectos opioides). Los opioides, en particular la heroína y los fármacos opioides, siguen teniendo consecuencias muy perjudiciales para la salud de las personas que hacen un uso inadecuado de ellos. Resulta especialmente preocupante el número de muertes atribuidas al uso del fentanilo y sus análogos, en particular en América del Norte, y la rápida expansión del consumo del tramadol con fines no médicos en algunas partes de Asia y África. A nivel mundial, casi medio millón de muertes se atribuyeron al consumo de drogas en 2019. La falta de información fidedigna sobre la mayoría de los indicadores epidemiológicos del consumo de drogas sigue dificultando tanto la vigilancia de las tendencias que van surgiendo como la implantación y evaluación de medidas con base empírica para hacer frente al consumo de drogas y sus consecuencias para la salud.

* E/CN.7/2022/1.



I. Introducción

A. Nuevas tendencias mundiales

1. Según la información de que dispone la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), entre las tendencias más recientes del consumo de drogas observadas en el mundo cabe destacar las siguientes:

a) El consumo de opioides, que incluye el consumo de heroína y el uso indebido de fármacos opioides y nuevas sustancias psicoactivas con efectos opioides, es motivo de gran preocupación en muchos países por sus graves consecuencias para la salud;

b) Hay indicios de que el consumo de cocaína ha aumentado en Europa Occidental y Central y se ha estabilizado en niveles elevados en América del Norte;

c) El consumo de cannabis se mantiene estable en niveles altos en Europa, y se considera que va en aumento en las Américas, África y Asia;

d) El consumo de anfetaminas, en particular metanfetamina, parece ir en aumento en muchas zonas de Asia y en América del Norte, mientras que en Europa Occidental y Central, especialmente en los países donde la prevalencia es elevada, está disminuyendo o se mantiene estable;

e) A raíz de las medidas adoptadas para prevenir o contener la propagación de la enfermedad por coronavirus (COVID-19) en distintas partes del mundo, los expertos que respondieron a una encuesta señalaron que ha aumentado el consumo de cannabis, sedantes y tranquilizantes (benzodiazepinas) y fármacos opioides. Al mismo tiempo, en su opinión, el consumo de opiáceos, anfetaminas y cocaína parecía haber disminuido en sus países. La información disponible también sugiere que se ha producido un aumento del consumo de drogas por inyección o un cambio hacia el consumo de drogas por esa vía, así como un incremento de la morbilidad y la mortalidad relacionadas con las drogas entre los consumidores habituales de drogas.

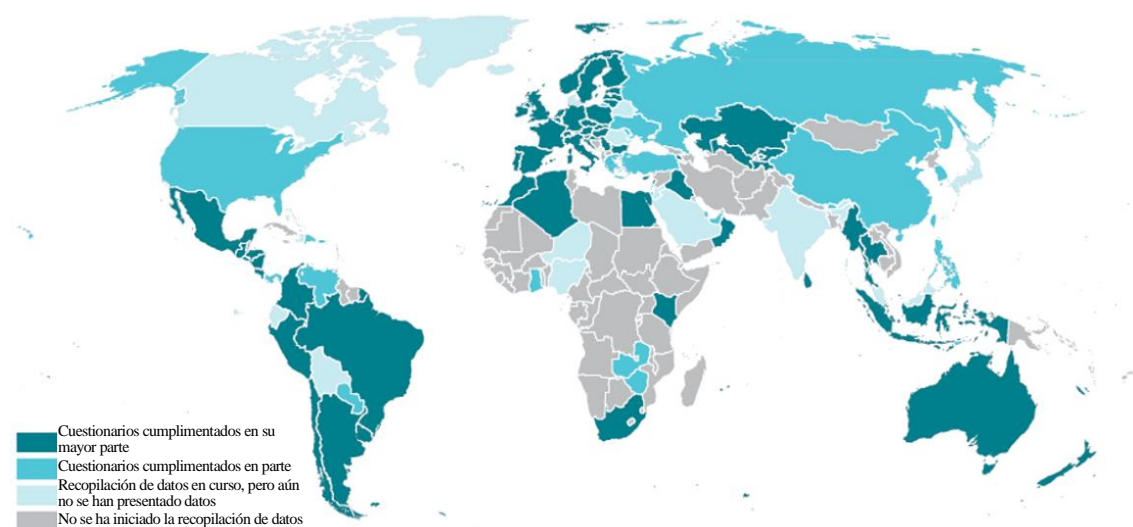
B. Dificultades para entender la magnitud, los hábitos y las tendencias del consumo de drogas

2. Las respuestas presentadas por los Estados Miembros al cuestionario para los informes anuales constituyen la base para informar cada año de la magnitud y las tendencias mundiales del consumo de drogas. Al 8 de diciembre de 2021, 86 de 200 Estados y territorios habían presentado sus respuestas a los módulos del nuevo cuestionario en línea para los informes anuales relativos a la magnitud, los hábitos y las tendencias del consumo de drogas en 2020. En conjunto, el 74 % de los módulos con respuestas presentados por los Estados Miembros se había cumplimentado en su mayor parte, lo que significa que los Estados habían presentado información sobre más de la mitad de los principales indicadores del consumo de drogas y sus consecuencias para la salud por medio de los seis módulos del cuestionario.

3. Al hacer un desglose por módulos, se observa que 82 Estados presentaron respuestas al módulo A01 (Prevalencia y magnitud del consumo de drogas), que se cumplimentó en su mayor parte en el 55 % de los casos; 77 Estados presentaron respuestas al módulo A02 (Registros de consumidores de drogas), que se cumplimentó en su mayor parte en todos los casos; 72 Estados presentaron respuestas al módulo A03 (Personas que se inyectan drogas), que se cumplimentó en su mayor parte en el 67 % de los casos; 68 Estados presentaron respuestas al módulo A04 (Personas con trastornos por consumo de drogas), que se cumplimentó en su mayor parte en todos los casos; 67 Estados presentaron respuestas al módulo A05 (Mortalidad relacionada con las drogas), que se cumplimentó en su mayor parte en todos los casos, y 58 Estados presentaron respuestas al módulo A06 (Tratamiento relacionado con las drogas), que se cumplimentó en su mayor parte en el 78 % de los casos. En cuanto a la cobertura demográfica, los 86 Estados Miembros que respondieron a los módulos representaban casi el 55 % de la población mundial (véase la figura I).

Figura I
Respuestas al cuestionario para los informes anuales

Estados Miembros que proporcionaron datos sobre la demanda de drogas en el cuestionario para los informes anuales correspondiente a 2020*



Nota: Las fronteras y los nombres que figuran en este mapa, así como las denominaciones que en él se utilizan, no implican ni la aprobación ni la aceptación oficial de las Naciones Unidas. Las líneas discontinuas representan fronteras por determinar. La línea de puntos representa aproximadamente la línea de control entre Jammu y Cachemira acordada por la India y el Pakistán. Las partes todavía no han llegado a un acuerdo definitivo sobre el estatuto de Jammu y Cachemira.

Aún no se ha determinado la frontera definitiva entre el Sudán y Sudán del Sur.

* Cuestionarios con respuestas que se habían presentado hasta el 8 de diciembre de 2021.

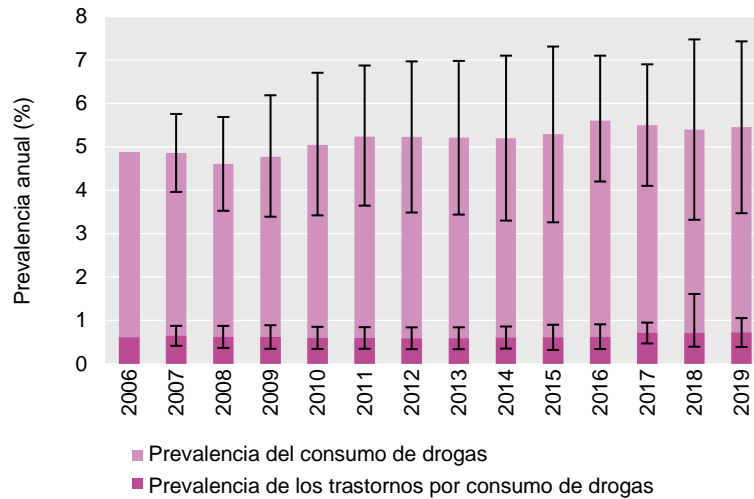
II. Panorama mundial

A. Magnitud del consumo de drogas

4. Se calcula que, en 2019, a nivel mundial, unos 275 millones de personas de 15 a 64 años, lo que equivale a 1 de cada 18 personas en ese grupo de edad (margen de variación: 175 millones a 374 millones), habían consumido drogas al menos una vez en el año anterior. Ello corresponde al 5,5 % de la población mundial de 15 a 64 años (margen de variación: 3,5 % a 7,4 %).

5. A escala mundial, entre 2010 y 2019, el número estimado de personas que habían consumido alguna droga en el año anterior aumentó de 226 millones a 275 millones, es decir, en un 22 %; ese incremento se produjo en parte como consecuencia del crecimiento de la población mundial, que aumentó en un 10 % en el grupo de edad de 15 a 64 años. Sin embargo, habida cuenta de los amplios intervalos de incertidumbre asociados a esas estimaciones y de que las estimaciones mundiales en un año dado se basan en los mejores datos disponibles, toda comparación de las estimaciones de distintos años se debe hacer con cautela.

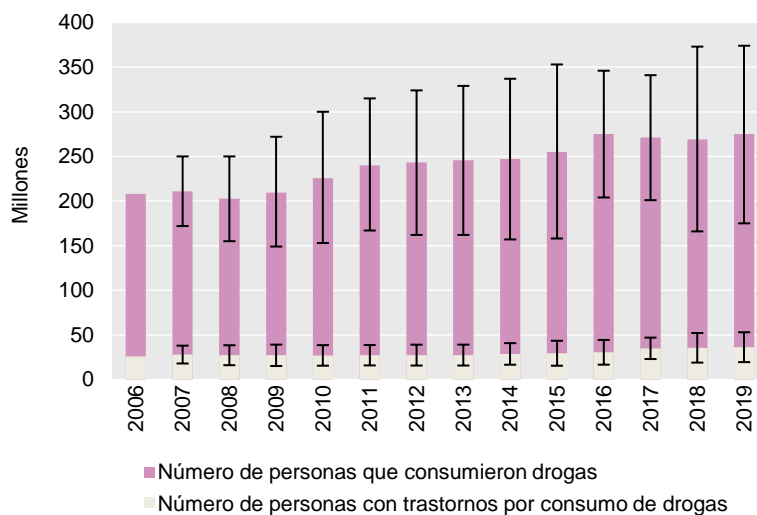
Figura II
Prevalencia anual del consumo de drogas y los trastornos por consumo de drogas, 2006 a 2019



Fuente: UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales.

Nota: Las estimaciones de la prevalencia anual se basan en el porcentaje de adultos (de 15 a 64 años) que indicaron que habían consumido drogas en el año anterior. Las estimaciones mundiales de la magnitud del consumo de drogas y de los trastornos por consumo de drogas se basan en la mejor información disponible correspondiente a 2019. Los cambios con respecto a años anteriores reflejan en gran medida la información actualizada por los países que en 2020 facilitaron datos nuevos sobre la magnitud del consumo de drogas. Por consiguiente, las estimaciones mundiales y regionales que se presentan en un año dado están basadas tanto en las nuevas estimaciones que estaban disponibles en relación con un determinado país en el año de referencia como en las estimaciones más recientes disponibles en relación con los demás países. En lo tocante a 2019, la prevalencia mundial estimada del consumo de drogas se basa en las estimaciones de 141 países, que representaban el 88 % de la población mundial. De esos 141 países, 13 comunicaron nuevos datos.

Figura III
Número de personas que consumieron drogas y número de personas con trastornos por consumo de drogas, 2006 a 2019



Fuente: UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales.

Nota: Número estimado de personas de 15 a 64 años que consumieron drogas en el año anterior.

6. El consumo total de drogas sigue siendo menor entre las mujeres que entre los hombres. A nivel mundial, las probabilidades de que una mujer consuma cannabis,

cocaína o anfetaminas son tres veces inferiores a las probabilidades de que lo haga un hombre, y solo una de cada cinco personas que se inyectan drogas es una mujer. Por el contrario, es más probable que las mujeres usen indebidamente fármacos, en particular fármacos opioides y tranquilizantes. Todo ello es en gran medida un reflejo de las diferencias en cuanto a la exposición al consumo de drogas y las oportunidades de consumirlas a causa de la influencia de los entornos sociales o culturales, más que de una vulnerabilidad de género intrínseca¹.

7. A lo largo del último decenio, se ha producido una diversificación de las sustancias disponibles en los mercados de drogas. Además de las sustancias tradicionales de origen vegetal (el cannabis, la cocaína y la heroína), el último decenio ha sido testigo de la expansión de un dinámico mercado de drogas sintéticas y de un aumento del consumo de fármacos con fines no médicos. Hoy en día, muchas drogas son más potentes y están cada vez más disponibles en el mercado, y los consumidores ocasionales o habituales de drogas también consumen muchas de ellas de forma consecutiva o secuencial, lo que plantea un problema aún mayor que en el pasado para la prevención del consumo de drogas, el tratamiento de los trastornos por consumo de drogas y la respuesta a sus consecuencias adversas para la salud.

8. Se estima que casi 1 de cada 8 personas que consumen drogas —es decir, 36,3 millones de personas— padece trastornos por consumo de drogas, lo que significa que su hábito de consumo es perjudicial o que podrían tener drogodependencia o necesitar tratamiento. Esto equivale a una prevalencia mundial de los trastornos por consumo de drogas del 0,7 % (margen de variación: 0,4 % a 1,1 %) en la población de entre 15 y 64 años.

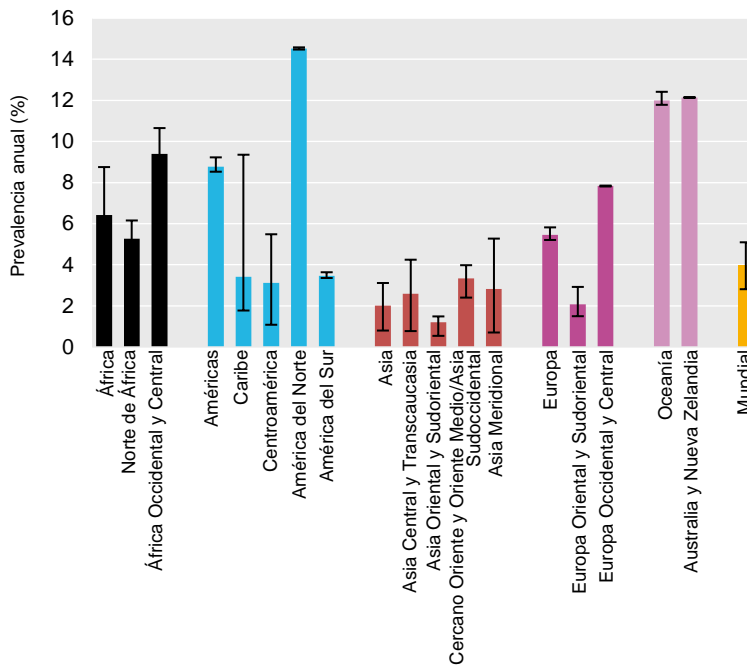
9. En el período comprendido entre 2010 y 2016, la prevalencia de los trastornos por consumo de drogas se mantuvo bastante estable a escala mundial, y el aumento del número de personas con trastornos por consumo de drogas durante ese período se debió principalmente al crecimiento de la población. Sin embargo, la prevalencia estimada de los trastornos por consumo de drogas ha aumentado desde 2017; la prevalencia de esos trastornos (0,7 %) en 2019 fue mayor que en el pasado (0,6 % en 2016), lo que contribuyó, junto con el crecimiento de la población, a un cambio en el número estimado de personas con trastornos por consumo de drogas, que pasó de 30,5 millones en 2016 a 36,3 millones en 2019.

10. En 2019, había consumido cannabis en el año anterior un total estimado de 200 millones de personas en todo el mundo, es decir, el 4,0 % de la población mundial de 15 a 64 años. Las mayores tasas de prevalencia anual del consumo de cannabis se siguen registrando en América del Norte (14,5 %), Australia y Nueva Zelandia (12,1 %) y África Occidental y Central (9,4 %).

11. Hace poco más de un decenio, en 2010, se informó de que el consumo de cannabis, especialmente entre las personas jóvenes, había comenzado a estabilizarse o a disminuir en los países con mercados de cannabis consolidados, como los de Europa Occidental y Central, América del Norte y partes de Oceanía (Australia y Nueva Zelandia). Sin embargo, esa tendencia se ha visto contrarrestada desde entonces por el aumento de su consumo en muchos países de África y Asia. El número de personas que habían consumido cannabis en el año anterior en todo el mundo aumentó un 18 % entre 2010 y 2019.

¹ *Informe mundial sobre las drogas 2018*, fascículo 5, *La mujer y las drogas: Consumo y oferta de drogas y sus consecuencias* (publicación de las Naciones Unidas, 2018).

Figura IV
Consumo de cannabis, por región, 2019



Fuente: UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales.

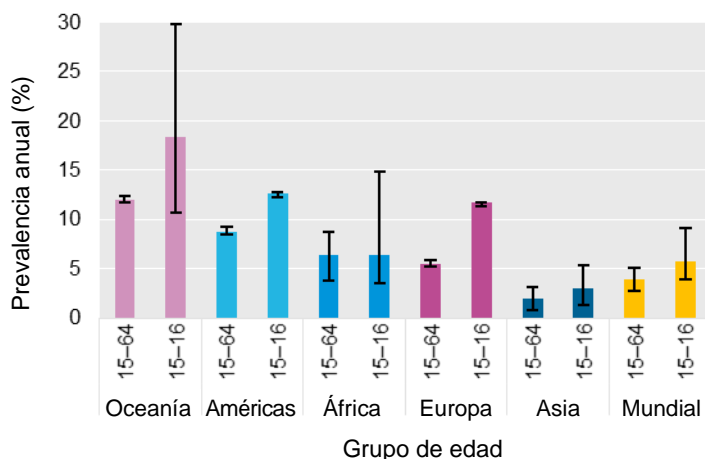
12. El cannabis es la droga que más consumen las personas jóvenes. A nivel mundial, se estima que en 2019 habían consumido cannabis en el año anterior unos 14 millones de estudiantes de 15 y 16 años. Esa cifra representa una prevalencia anual del consumo de cannabis del 5,7 % en ese grupo de edad, tasa superior a la registrada en la población general de 15 a 64 años (el 4,0 %) a escala mundial y en la mayoría de las regiones.

13. En el último decenio, se ha introducido en el mercado del cannabis de algunas regiones un número cada vez mayor de productos de cannabis considerados de alta potencia. Esos productos suelen tener un alto contenido de *delta-9*-tetrahidrocannabinol (*delta-9*-THC), el principal componente psicoactivo del cannabis, y un bajo contenido de cannabidiol, un cannabinoide que, a diferencia del *delta-9*-THC, no tiene efectos estupefacientes².

14. El porcentaje de *delta-9*-THC presente en los productos del cannabis aumentó de aproximadamente el 4 % al 16 % en los Estados Unidos de América en el período comprendido entre 1995 y 2019, y de aproximadamente del 6 % al 11 % en Europa entre 2002 y 2019. Aunque existen pruebas de que el *delta-9*-THC es el causante de los trastornos mentales que presentan los grandes consumidores de cannabis a largo plazo, el porcentaje de adolescentes que consideran que el consumo habitual de cannabis es perjudicial ha disminuido hasta un 40 % durante el mismo período. Las encuestas realizadas a niños en edad escolar y a adultos jóvenes en los Estados Unidos y en Europa confirman esa conclusión. En otras partes del mundo, los datos son más escasos, pero también apuntan a una situación similar.

² Organización Mundial de la Salud (OMS), Comité de Expertos en Farmacodependencia, *Critical Review: Cannabis Plant and Cannabis Resin* (Ginebra, 2018), secc. 1.

Figura V
Estimaciones del consumo de cannabis en las personas jóvenes y en la población general, 2019



Fuente: UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales; y otros informes gubernamentales.

15. Los opioides siguen siendo motivo de gran preocupación en muchos países debido a las graves consecuencias para la salud que entraña su consumo, entre otras, las sobredosis mortales y no mortales. Por ejemplo, en 2019, el consumo de opioides representó más del 70 % de los 18 millones de años de vida sana perdidos por discapacidad o muerte prematura (es decir, años de vida ajustados en función de la discapacidad) atribuidas a los trastornos por consumo de drogas, así como de todas las muertes que se atribuyeron a esos trastornos.

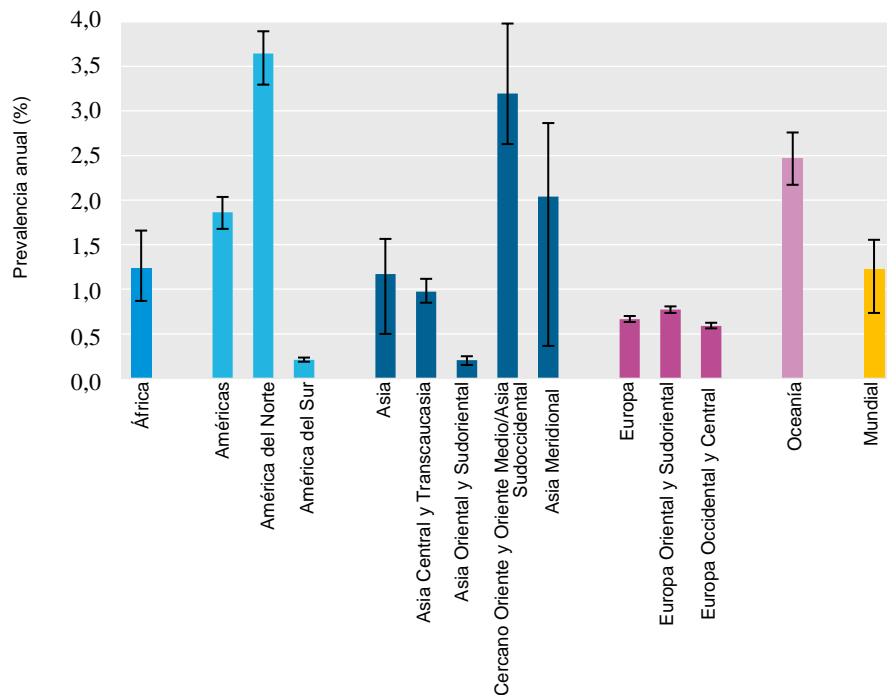
16. Según las estimaciones, en 2019, 62 millones de personas en todo el mundo habían consumido opioides (es decir, opiáceos y fármacos opioides u opioides sintéticos) en contextos no médicos en el año anterior. Esa cifra equivale al 1,2 % (margen de variación: 0,7 % a 1,6 %) de la población mundial de 15 a 64 años.

17. Las subregiones con mayor prevalencia del consumo de opioides con fines no médicos en el año anterior fueron América del Norte (3,6 %), Cercano Oriente y Oriente Medio y Asia Sudoccidental (3,2 %) y Oceanía (2,5 %; principalmente Australia y Nueva Zelanda). Asia, donde la prevalencia del consumo de opioides en el año anterior se sitúa en un nivel comparable a la media mundial, representa más de la mitad (58 %) del número estimado de consumidores de opioides a nivel mundial.

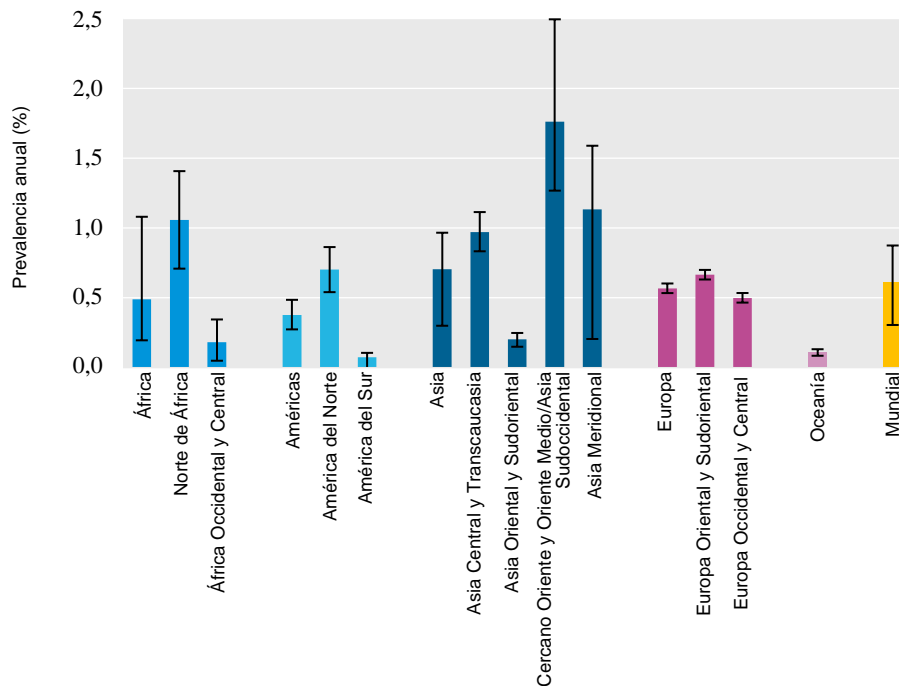
18. Según las estimaciones, en 2019, cerca de la mitad de los consumidores de opioides en el año anterior (casi 31 millones) consumía opiáceos (heroína y opio), lo que representaba el 0,6 % de la población mundial de 15 a 64 años. Las subregiones con mayor prevalencia anual del consumo de opiáceos fueron Cercano Oriente y Oriente Medio y Asia Sudoccidental (1,8 %), Asia Meridional (1,1 %), Norte de África (1,1 %) y Asia Central y Transcaucasia (1 %). A nivel mundial, casi el 70 % del número estimado de consumidores de opiáceos reside en Asia.

Figura VI
Consumo de opioides y opiáceos, por región, 2019

Opioides



Opiáceos



Fuente: UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales.

19. Persiste la crisis de los opioides en América del Norte, como evidencia el aumento constante de las muertes por sobredosis de opioides atribuidas al consumo de fentanilos. También se prolonga la otra crisis de los opioides, que es consecuencia del consumo con fines no médicos del tramadol, un opioide sintético no sujeto a fiscalización internacional que, en los últimos años, se ha convertido en un problema de salud pública en muchas subregiones, especialmente en África Occidental y Central y Norte de África.

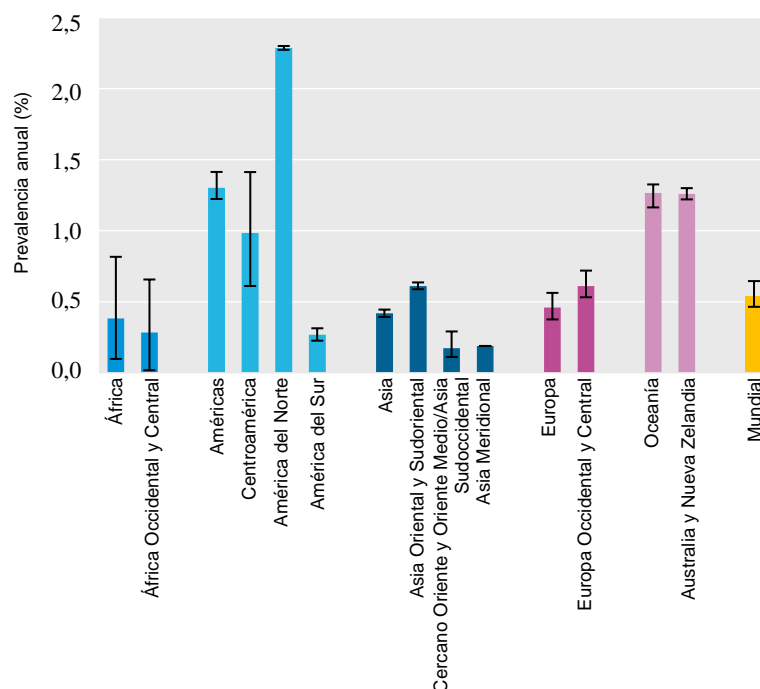
Esto se refleja en el número de personas que reciben tratamiento por problemas relacionados con el tramadol y en el número de muertes por sobredosis de dicha sustancia registradas en algunos países de esas subregiones. También hay cada vez más indicios de consumo de fármacos opioides con fines no médicos en Europa Occidental y Central, como se desprende del número cada vez mayor de personas que reciben tratamiento por dicho consumo en esa subregión.

20. Se estima que, en 2019, había consumido anfetaminas en el año anterior un total de 27 millones de personas en todo el mundo, es decir, el 0,5 % de la población mundial de 15 a 64 años. Según las estimaciones, la mayor prevalencia del consumo de anfetaminas en el año anterior en la población de 15 a 64 años se registró en América del Norte (2,3 %) y Australia y Nueva Zelanda (1,3 %).

21. Desde 2010, la situación del consumo de anfetaminas sobre la que ha informado la mayoría de los países de Europa Occidental y Central, basándose en las encuestas de población, se ha mantenido relativamente estable; sin embargo, los datos extraídos de los análisis de aguas residuales mostraron un aumento del consumo de anfetaminas en 2018 y 2019 en casi la mitad (21 de 41) de las ciudades sobre las que se disponía de datos en esa subregión. Hay indicios de un aumento del consumo de metanfetamina en América del Norte y en Asia Oriental y Sudoriental, y la información cualitativa sobre las tendencias y algunos datos limitados de varios países de esa última subregión sugieren que se ha producido un aumento del consumo de metanfetamina cristalina en particular. Más de un tercio del número estimado de consumidores de anfetaminas a nivel mundial reside en Asia Oriental y Sudoriental.

Figura VII

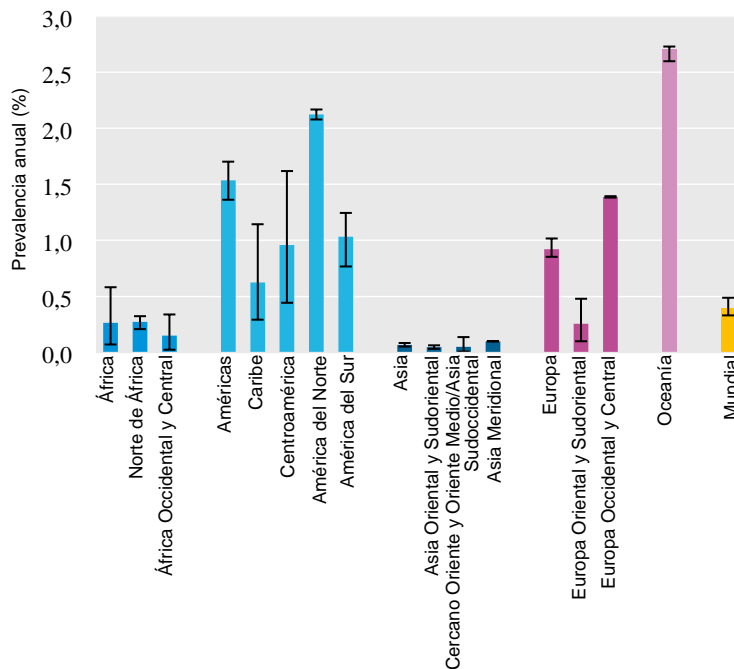
Consumo de anfetaminas, por región, 2019



Fuente: UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales.

22. Según las estimaciones, en 2019 había consumido cocaína en el año anterior un total de 20 millones de personas en todo el mundo, es decir, el 0,4 % de la población mundial de 15 a 64 años. La prevalencia del consumo de cocaína en el año anterior es comparativamente elevada en Oceanía (2,7 %, lo que refleja principalmente la situación en Australia y Nueva Zelanda), América del Norte (2,1 %), Europa Occidental y Central (1,4 %) y América del Sur (1,0 %).

Figura VIII
Consumo de cocaína, por región, 2019



Fuente: UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales.

23. Con anterioridad a 2010, se comunicaban tendencias estables en Centroamérica, América del Sur y Europa respecto del consumo de cocaína, mientras que en América del Norte se observaba una disminución del consumo de esa sustancia. Más recientemente, en Europa Occidental y Central, tanto los resultados de los análisis de aguas residuales como los datos de las encuestas de población realizadas en algunos países apuntan a un aumento del consumo de cocaína y la prevalencia de su consumo en esa subregión. Con respecto a América del Norte, cabe señalar que el consumo de cocaína en los Estados Unidos ha fluctuado en los últimos años en torno a una línea de tendencia bastante estable. Aunque los datos de encuestas relativos a América del Sur son limitados, algunos países de esa subregión han informado de tendencias dispares en lo referente al consumo de cocaína en los últimos años. Al mismo tiempo, en algunas zonas de Asia y África Occidental se han incautado cantidades cada vez mayores de cocaína, lo que indica que el consumo podría aumentar, especialmente en los sectores urbanos acomodados de la población, en subregiones en las que, previamente, su consumo había sido escaso.

24. Según las estimaciones, en 2019, casi 20 millones de personas en todo el mundo habían consumido en el año anterior 3,4-metilendioximetanfetamina (MDMA, conocida comúnmente como “éxtasis”), es decir, el 0,4 % de la población mundial de 15 a 64 años. El consumo de esta sustancia en el año anterior es relativamente alto en Australia y Nueva Zelanda (2,8 %), Europa Occidental y Central (0,9 %) y América del Norte (0,9 %). El consumo de éxtasis está vinculado principalmente a los lugares de ocio nocturno, y los niveles más altos de consumo se observan entre las personas más jóvenes³. Puede que, durante la pandemia de COVID-19, se haya invertido la tendencia del consumo de la sustancia en esos mercados consolidados.

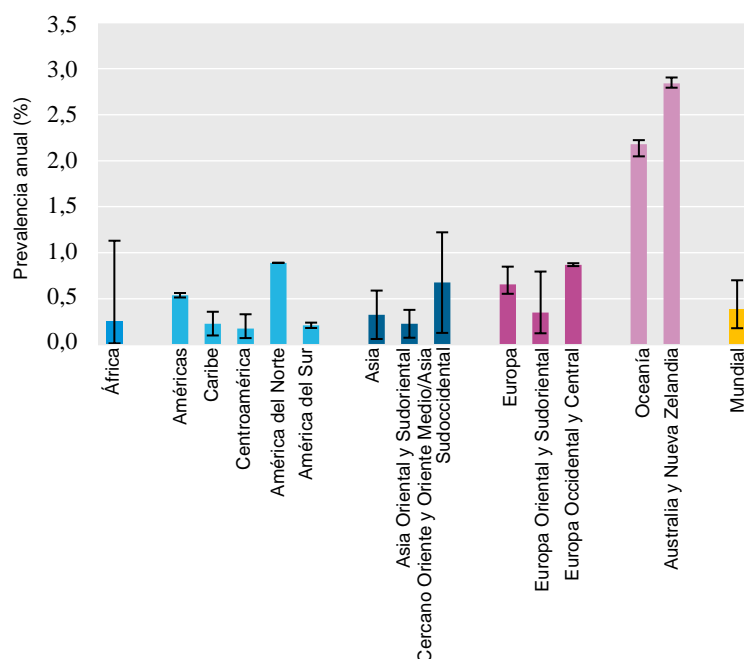
25. Aunque los informes de encuestas recientes realizadas en países de Europa Occidental y Central muestran una tendencia general estable del consumo de éxtasis, se han diversificado las formas en que se encuentra la sustancia en el mercado; cada vez es más fácil obtenerla y ahora se consume habitualmente en polvo de gran pureza y en

³ Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA), *Monitoreo del uso de drogas en entornos recreativos en Europa: desafíos conceptuales e innovaciones metodológicas*, reporte técnico (Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2018).

sus formas cristalinas en los mercados de éxtasis consolidados, junto con comprimidos de éxtasis con un alto contenido de MDMA.

Figura IX

Consumo de éxtasis, por región y en determinadas subregiones, 2019



Fuente: UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales.

26. Tras la rápida expansión del mercado de nuevas sustancias psicoactivas entre 2009 y 2015, el número de diferentes sustancias de ese tipo detectadas cada año a nivel mundial se ha estabilizado. Aunque los Estados Miembros detectaron y notificaron 541 nuevas sustancias psicoactivas diferentes en 2019, muchas de ellas habían llegado al mercado mundial en años anteriores y solo 71 se detectaron por primera vez a nivel mundial en ese año, en comparación con el máximo de 163 sustancias registrado en 2013.

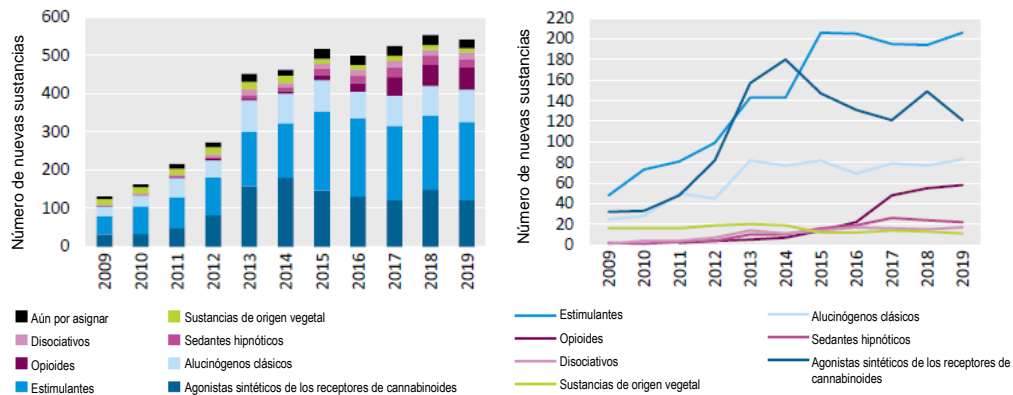
27. La mayoría de las nuevas sustancias psicoactivas detectadas y notificadas siguen siendo estimulantes, seguidos de agonistas sintéticos de los receptores de cannabinoides, mientras que un número cada vez mayor de ellas son opioides (análogos del fentanilo u opioides de investigación). La naturaleza rápidamente cambiante del mercado de estas sustancias sigue representando un problema para las políticas y los programas concebidos para hacer frente a su aparición y proliferación, y las consecuencias que entrañan para la salud afectan a los consumidores de nuevas sustancias psicoactivas tanto a nivel individual como a nivel de la población general.

28. Los daños causados por el consumo de las distintas nuevas sustancias psicoactivas varían en su intensidad y sus consecuencias para la salud, y dependen de distintos factores relacionados con la clase y el grupo de sustancias, su estructura química y el grupo de consumidores. No obstante, a nivel de la población, con la notable excepción de algunas nuevas sustancias psicoactivas con efectos opioides, el alcance de los efectos o daños graves causados por la mayoría de las nuevas sustancias psicoactivas parece ser mucho menor que el ocasionado por las sustancias sometidas a fiscalización. Además, no parece que las diferentes nuevas sustancias psicoactivas cuenten con mercados consolidados de importancia que puedan representar una amenaza para la salud pública a nivel mundial. Sin embargo, se han observado ciertos hábitos de consumo de esas sustancias, en particular el consumo de agonistas sintéticos de los receptores de cannabinoides por grupos marginados, vulnerables y socialmente desfavorecidos como,

por ejemplo, las personas sin hogar, los reclusos y las personas en libertad condicional⁴. Por otra parte, el consumo por inyección de nuevas sustancias psicoactivas estimulantes sigue siendo motivo de preocupación, en particular habida cuenta de las prácticas de inyección de alto riesgo que al parecer están asociadas con ese uso.

Figura X

Nuevas sustancias psicoactivas detectadas en los Estados Miembros, por grupo de efectos, 2009 a 2019



Fuente: Sistema de alerta temprana sobre nuevas sustancias psicoactivas de la UNODC, 2020.

B. Consecuencias del consumo de drogas

29. Entre las diversas consecuencias adversas para la salud del consumo de drogas pueden figurar los trastornos por consumo de drogas, los trastornos de salud mental, la infección por el VIH, el cáncer de hígado y la cirrosis relacionados con la hepatitis, la sobredosis y la muerte prematura. Los mayores daños para la salud son los que guardan relación con los trastornos por consumo de opioides y con el consumo de drogas por inyección, debido al riesgo de sobredosis y de contraer el VIH o la hepatitis C a causa de prácticas de inyección peligrosas.

30. En los últimos decenios se ha reconocido cada vez más la concomitancia de trastornos de salud mental en las personas con trastornos por consumo de sustancias. Aunque estos últimos van acompañados frecuentemente de otras enfermedades mentales, pocas veces está claro si lo uno provoca lo otro o si existen factores de riesgo subyacentes que contribuyan a la aparición de ambos trastornos⁵. La importancia de la concomitancia de trastornos por consumo de sustancias y trastornos de salud mental no guarda relación solo con la elevada prevalencia de esa comorbilidad, sino también con la dificultad que plantea su gestión, sobre todo porque en muchos países los servicios de tratamiento del consumo de drogas y los servicios de salud mental no están integrados^{6,7}. En las personas que presentan trastornos de salud mental y trastornos por consumo de sustancias de manera concomitante, también se observan tasas más bajas de éxito del tratamiento, un tasa más elevada de hospitalización psiquiátrica y una mayor

⁴ Informe mundial sobre las drogas 2021, fascículo 2, *Global Overview: Drug Demand and Drug Supply* (publicación de las Naciones Unidas, 2021).

⁵ OMS y Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), *International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders: Revised Edition Incorporating Results of Field-Testing* (Ginebra y Viena, 2020).

⁶ *Ibid.*

⁷ A. Thomas McLellan *et al.*, "Reconsidering the evaluation of addiction treatment: from retrospective follow-up to concurrent recovery monitoring", en *Addiction*, vol. 100, núm. 4 (abril de 2005), págs. 447 a 458.

prevalencia de suicidios que en las personas que no presentan trastornos de salud mental concomitantes^{8,9}.

1. Personas con trastornos por consumo de drogas que reciben tratamiento por drogodependencia

31. Existen pruebas abrumadoras de que el costo del tratamiento con base empírica de los trastornos por consumo de drogas es mucho menor que el de no tratar la drogodependencia¹⁰. El tratamiento basado en datos científicos de los trastornos por consumo de drogas no solo ayuda a reducir los daños relacionados con las drogas, sino que también mejora la salud, el bienestar y la recuperación de las personas que padecen trastornos por consumo de drogas y, al mismo tiempo, reduce la delincuencia relacionada con las drogas y refuerza la seguridad pública y la obtención de resultados positivos en la comunidad, por ejemplo, mediante la disminución del sinhogarismo, la necesidad de asistencia social y el desempleo¹¹. Sin embargo, en muchos países sigue habiendo un gran déficit tanto de capacidades nacionales como de prestación de servicios de tratamiento del consumo de drogas con base empírica en el marco del sistema público de atención sanitaria. Para las personas con trastornos por consumo de drogas, la disponibilidad de servicios de tratamiento, en particular servicios con base científica, y el acceso a ellos siguen siendo limitados en todo el mundo, y solo 1 de cada 8 recibe tratamiento por consumo de drogas cada año. Además, aunque las mujeres constituyen un tercio de los consumidores de drogas, siguen representando solo 1 de cada 5 personas en tratamiento.

32. Los opioides siguen siendo el principal tipo de droga por el que se recibe tratamiento en Europa (especialmente Europa Oriental y Sudoriental), América del Norte y Asia. En Europa, el consumo de opioides (principalmente heroína) fue el principal motivo de empezar a someterse a un tratamiento especializado por consumo de drogas en 2019; los opioides representaron el 40 % de los tratamientos iniciados en Europa Occidental y Central y el 74 % de esos tratamientos en Europa Oriental y Sudoriental. En la mayoría de las regiones, las personas a las que se administra un tratamiento por trastornos relacionados con el consumo de opioides suelen tener más edad (alrededor de 35 años) que las que reciben tratamiento por el consumo de la mayoría de las demás drogas, y entre un cuarto y un tercio de ellas se somete a tratamiento por primera vez¹².

33. Aunque entre 2010 y 2014 se observó un aumento en todas las regiones, excepto África, de la proporción de personas a las que se administraba tratamiento por el consumo de cannabis como droga principal, con respecto a todos los tratamientos por consumo de drogas iniciados, desde 2014 las tendencias han variado de unas subregiones a otras. Sin embargo, en 2019, casi la mitad de las personas en tratamiento por trastornos relacionados con el consumo de drogas en África, Oceanía (principalmente Australia y Nueva Zelandia) y América Latina estaban siendo tratadas por el consumo de cannabis como droga principal.

34. Algunos de los factores que pueden haber influido en el aumento del número de personas en tratamiento por trastornos relacionados con el consumo de cannabis son las variaciones en el número de personas que realmente necesitan tratamiento, los cambios en el sistema de derivación a los servicios de tratamiento, los cambios en la sensibilización sobre los posibles problemas relacionados con los trastornos por

⁸ Michael Gossop *et al.*, “The National Treatment Outcome Research Study (NTORS): 4-5 year follow-up results”, en *Addiction*, vol. 98, núm. 3 (abril de 2003), págs. 291 a 303.

⁹ Marta Torrens, Joan-Ignasi Mestre-Pintó y Antònia Domingo-Salvany, *Comorbidity of Substance Use and Mental Disorders in Europe*, EMCDDA Insights Series, núm. 19 (Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2015).

¹⁰ OMS y UNODC, *International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders*.

¹¹ *Ibid.*

¹² UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales. Basado en un análisis de los datos sobre la administración de tratamiento del consumo de drogas comunicados por los países correspondientes al período comprendido entre 2015 y 2019.

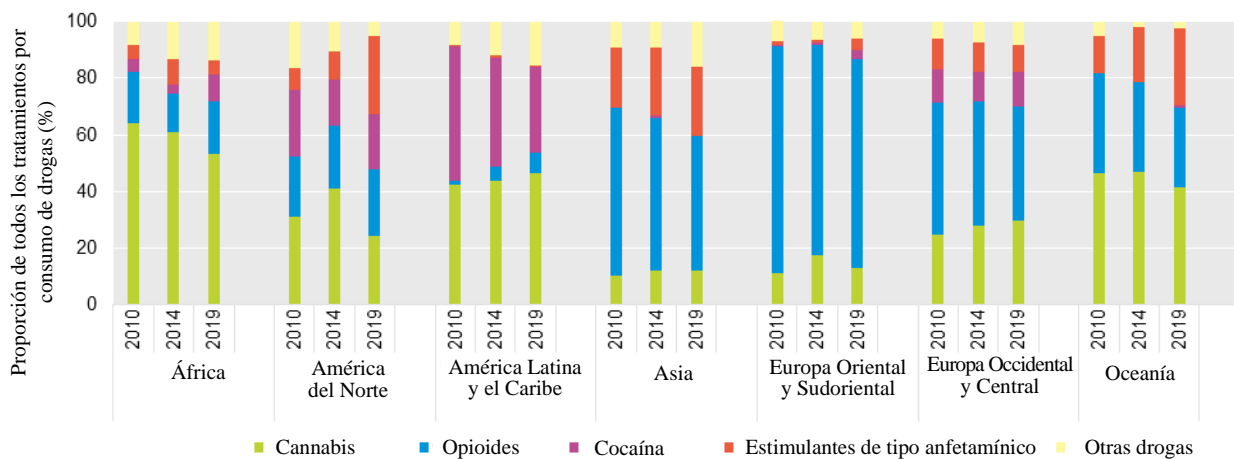
consumo de cannabis y los cambios en la disponibilidad de tratamiento para esos trastornos y el acceso a dicho tratamiento.

35. El tratamiento por consumo de anfetaminas es más frecuente en Asia (fundamentalmente por el consumo de metanfetamina), Oceanía (según los datos de Australia y Nueva Zelanda, por el consumo de metanfetamina) y América del Norte que en otras zonas, y más de una cuarta parte de las personas en tratamiento en esas regiones y esa subregión son tratadas por trastornos por consumo de anfetaminas. En muchos países de Asia Oriental y Sudoriental, las personas que reciben tratamiento por consumo de metanfetamina representan más de tres cuartas partes de las que son tratadas por consumo de drogas. En general, las personas con trastornos por consumo de anfetamina que reciben tratamiento de la drogodependencia suelen ser más jóvenes (alrededor de 25 años) que las personas que reciben tratamiento por consumo de opioides o cocaína, y la mayoría de ellas se somete a tratamiento por primera vez.

36. La administración de tratamiento a personas con trastornos por consumo de cocaína se observa principalmente en las Américas, en particular en América Latina y el Caribe. En América Latina, al igual que en otras subregiones, las personas que se someten a tratamiento a causa de trastornos por consumo de cocaína suelen tener alrededor de 35 años, y entre el 30 % y el 40 % de ellas se somete a tratamiento por primera vez¹³.

Figura XI

Tendencias de las principales drogas por las que se recibe tratamiento, por región, 2010, 2014 y 2019



Fuente: UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales.

2. Personas que se inyectan drogas

37. Las personas que se inyectan drogas constituyen un segmento de la población especialmente vulnerable que puede sufrir múltiples consecuencias adversas para la salud derivadas del consumo de drogas por inyección. Corren un mayor riesgo de contraer enfermedades infecciosas que pueden poner en peligro la vida, como el VIH y la hepatitis C, al compartir agujas y jeringuillas contaminadas, y también están expuestas a un mayor riesgo de sufrir sobredosis mortales y no mortales^{14, 15}.

¹³ UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales. Basado en un análisis de los datos sobre la administración de tratamiento del consumo de drogas comunicados por los países correspondientes al período comprendido entre 2015 y 2019.

¹⁴ Bradley M. Mathers *et al.*, "Mortality among people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis", en *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 91, núm. 2 (febrero de 2013), págs. 102 a 123.

¹⁵ Samantha Colledge *et al.*, "The prevalence of non-fatal overdose among people who inject drugs: a multi-stage systematic review and meta-analysis", en *International Journal of Drug Policy*, vol. 73 (2019), págs. 172 a 184.

38. Según 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, el número de personas que, a nivel mundial, se inyectaron drogas en 2019 fue de 11,2 millones (margen de variación: 8,9 millones a 14,2 millones), lo que representaba el 0,22 % (margen de variación: 0,18 % a 0,28 %) de la población de 15 a 64 años. Esa estimación se basa en los datos sobre consumo de drogas por inyección comunicados por 122 países, que representaban el 90 % de la población mundial de 15 a 64 años.

39. La prevalencia del consumo de drogas por inyección sigue siendo muy elevada en Europa Oriental, Asia Central y Transcaucasia, y América del Norte, donde se registran tasas que son 5,7, 2,8 y 2,5 veces superiores a la media mundial, respectivamente.

40. La prevalencia del VIH y de la hepatitis C es desproporcionadamente alta entre los consumidores de drogas por inyección, y el consumo de drogas por inyección es uno de los principales factores que contribuyen a la epidemia mundial de hepatitis C. La OMS estima que, en 2015, casi una cuarta parte (23 %) de los 1,7 millones de nuevas infecciones por hepatitis C en el mundo eran atribuibles al consumo de drogas por inyección¹⁶. Además, ONUSIDA estima que, en 2019, aproximadamente 1 de cada 10 nuevas infecciones de adultos por el VIH a nivel mundial correspondía a personas que se inyectaban drogas.

41. Según las estimaciones, el riesgo de contraer el VIH en 2019 era 29 veces mayor entre las personas que se inyectaban drogas que entre las que no se las inyectaban. Además, las personas que se inyectaban drogas representaban casi la mitad de las nuevas infecciones por el VIH en adultos en Europa Oriental y Asia Central (48 %) y en Oriente Medio y Norte de África (43 %)¹⁷. Es importante señalar que, si se exceptúa África Subsahariana, se calcula que las personas que se inyectan drogas y sus parejas sexuales representan aproximadamente una cuarta parte de todas las nuevas infecciones por el VIH¹⁸.

42. Según la estimación conjunta de la UNODC, la OMS, ONUSIDA y el Banco Mundial, la prevalencia del VIH en las personas que se inyectaban drogas en todo el mundo en 2019 fue del 12,6 %, lo que significa que 1,4 millones de personas que se inyectaban drogas vivían con el VIH. Esa estimación se basa en los datos sobre la prevalencia del VIH entre las personas que se inyectaban drogas facilitados por 121 países, que abarcaban el 96 % del número estimado de personas que se inyectaban drogas a nivel mundial.

43. Se estima que la mayor prevalencia del VIH en las personas que se inyectan drogas se registra en Asia Sudoccidental y en Europa Oriental, que presentan tasas 2,3 y 2,1 veces superiores a la media mundial, respectivamente. En lo referente al número real de consumidores de drogas por inyección que viven con el VIH en todo el mundo, cabe señalar que la mayoría reside en Europa Oriental (32 %), Asia Oriental y Sudoriental (20 %) y Asia Sudoccidental (15 %). En Asia Oriental y Sudoriental, la prevalencia tanto del consumo de drogas por inyección como del VIH entre las personas que se inyectan drogas se sitúa por debajo de las medias mundiales.

3. El VIH y la hepatitis C en las personas que se inyectan drogas

44. Como ya se ha señalado, el consumo de drogas por inyección es uno de los principales factores que contribuye a la epidemia de hepatitis C en todo el mundo. Las proyecciones basadas en la modelización de datos sugieren que hasta 2 de cada 5 nuevas infecciones por el virus de la hepatitis C (alrededor del 43 %) a nivel mundial podrían

¹⁶ OMS, *Global Hepatitis Report 2017* (Ginebra, 2017).

¹⁷ ONUSIDA, *Global AIDS Update 2020: Seizing the Moment - Tackling Entrenched Inequalities to End Epidemics* (Ginebra, 2020).

¹⁸ ONUSIDA, *Health, Rights and Drugs: Harm Reduction, Decriminalization and Zero Discrimination for People Who Use Drugs* (Ginebra, 2019).

evitarse si se eliminara el riesgo de transmisión que entraña el consumo de drogas por inyección¹⁹.

45. La prevalencia de la hepatitis C en las personas que se inyectan drogas es 37,2 veces superior que en la población general. Esta diferencia es más acusada en Asia Oriental y Sudoriental, Europa Occidental y Central y el Caribe. Aunque se estima que las personas que actualmente se inyectan drogas representan el 5,5 % (margen de variación: 2,7 % a 12,1 %) de los 71 millones de personas que viven con la hepatitis C en todo el mundo, la proporción de personas con hepatitis C que además se han inyectado drogas en algún momento de su vida es mucho más elevada²⁰.

46. Según la estimación conjunta de la UNODC, la OMS, ONUSIDA y el Banco Mundial, la prevalencia de la hepatitis C en las personas que se inyectaban drogas en todo el mundo en 2019 fue del 50,2 %, lo que equivalía a una cifra estimada de 5,6 millones de consumidores de drogas por inyección que vivían con la hepatitis C. Esa estimación se basa en la información sobre la prevalencia de la hepatitis C en las personas que se inyectaban drogas proporcionada por 108 países, que abarcaban el 94 % de la población mundial estimada de esas personas.

47. Más de un tercio (35 %) de las personas que se inyectan drogas y viven con la hepatitis C en todo el mundo reside en Asia Oriental y Sudoriental, la subregión con el mayor número de personas que se inyectan drogas y con una elevada prevalencia de la hepatitis C en este grupo de personas.

48. Se estima que, entre las personas que se inyectan drogas y viven con el VIH, un 82 %, es decir, 1,2 millones, también vive con la hepatitis C. En cambio, entre las personas de la población general que viven con el VIH, se estima que un 2,4 % también vive con la hepatitis C. En las personas que viven con el VIH, la hepatitis C avanza más rápido y la infección concomitante por el virus de la hepatitis C puede complicar el tratamiento del VIH²¹.

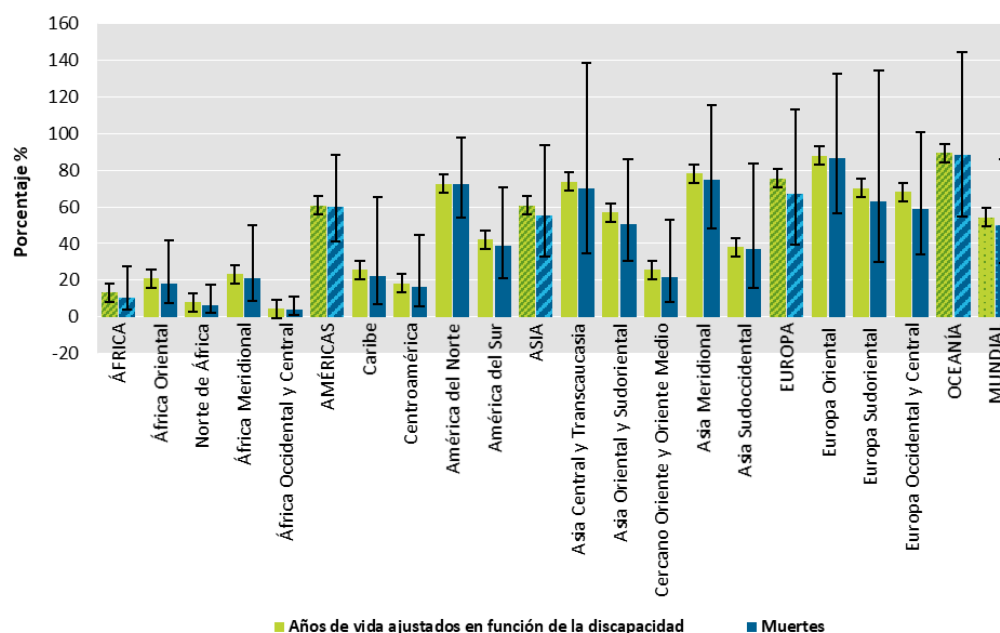
¹⁹ Adam Trickey *et al.*, “The contribution of injection drug use to hepatitis C virus transmission globally, regionally, and at country level: a modelling study”, en *The Lancet Gastroenterology and Hepatology*, vol. 4, núm. 6 (junio de 2019), págs. 435 a 444.

²⁰ Fundación CDA, Observatorio Polaris, Viremic HCV infections 2017. Puede consultarse en: <https://cdafound.org/polaris/>.

²¹ Lucy Platt *et al.*, “Prevalence and burden of HCV co-infection in people living with HIV: a global systematic review and meta-analysis”, en *Lancet Infectious Diseases*, vol. 16, núm. 7 (julio de 2016), págs. 797 a 808.

Figura XII

Muertes y años de vida ajustados en función de la discapacidad relacionados con la hepatitis C y atribuibles al consumo de drogas, 2019



Fuente: Departamento de Programas Mundiales sobre VIH, Hepatitis e Infecciones de Transmisión Sexual de la OMS, según los datos extraídos del estudio “Global Burden of Disease Study 2019 Data Resources: GBD Results Tool” del Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria.

Nota: Los límites superior e inferior de las estimaciones del gráfico se han calculado del modo siguiente: límite inferior = “número mínimo de años de vida ajustados en función de la discapacidad consecuencia del consumo de drogas” dividido por “número máximo del total años de vida ajustados en función de la discapacidad”; límite superior = “número máximo de años de vida ajustados en función de la discapacidad consecuencia del consumo de drogas” dividido por “número mínimo del total de años de vida ajustados en función de la discapacidad”.

49. Según la estimación conjunta de la UNODC, la OMS, ONUSIDA y el Banco Mundial, la prevalencia de la hepatitis B a nivel mundial en las personas que se inyectaban drogas en 2019 fue del 8,7 %; es decir, se estima que en todo el mundo 970.000 personas que se inyectaban drogas vivían con una infección activa por el virus de la hepatitis B. Esa estimación se basa en la información sobre la prevalencia de la hepatitis B en las personas que se inyectaban drogas proporcionada por 94 países, que representaban el 71 % del número estimado de esas personas a nivel mundial.

4. Años de vida ajustados en función de la discapacidad y muertes relacionadas con las drogas

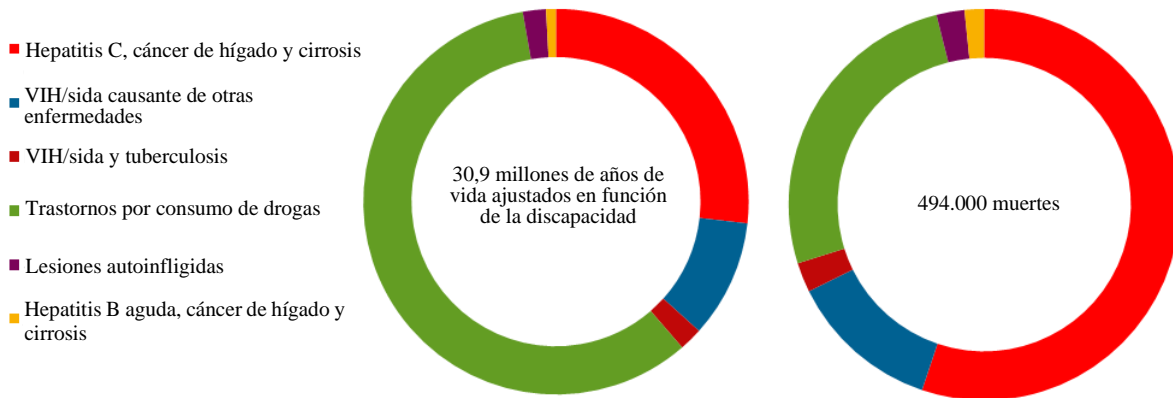
50. Las muertes relacionadas con las drogas comprenden aquellas que pueden atribuirse directamente a trastornos por el consumo de drogas, principalmente la sobredosis, y las muertes derivadas de otros factores de riesgo como el VIH y el sida, la tuberculosis, la hepatitis C y el cáncer de hígado o la cirrosis en las personas que consumen drogas.

51. En 2019, en el *Global Burden of Disease Study*, un estudio sobre la carga mundial de morbilidad, se estimó que se habían perdido 30,9 millones de años de vida sana como consecuencia del consumo de drogas, más de la mitad de ellos a causa de trastornos por consumo de drogas. Según las estimaciones, a nivel mundial, se atribuyeron 494.000 muertes al consumo de drogas en 2019; más de la mitad de esas muertes se atribuyó al cáncer de hígado, la cirrosis y otras enfermedades hepáticas crónicas en personas que consumían o se inyectaban drogas, mientras que la cuarta parte de ellas era atribuible directamente a trastornos por consumo de drogas (128.000 muertes), de las que un 69 % (88.300) eran atribuibles a trastornos por consumo de opioides.

Figura XIII

Principales causas de los años de vida ajustados en función de la discapacidad y de las muertes atribuibles al consumo de drogas, 2019

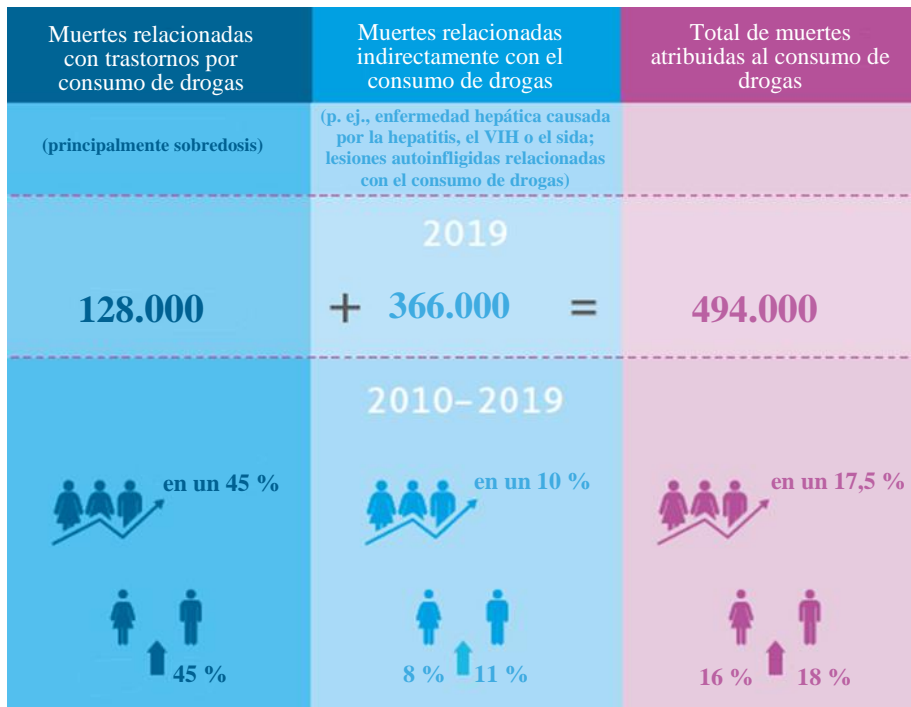
La hepatitis C y los trastornos por consumo de opioides son responsables de la mayoría de las muertes prematuras y los años de vida ajustados en función de la discapacidad atribuidos al consumo de drogas



Fuente: UNODC, basado en datos extraídos del Global Burden of Disease Study 2019.

Figura XIV

Tendencias de las muertes relacionadas con las drogas, 2010 a 2019



Fuente: UNODC, basado en datos del Global Burden of Disease Study 2019.

III. Efectos de la COVID-19 en el consumo de drogas

52. Los cierres y otras restricciones a la circulación aplicados para contener la propagación de la COVID-19, sumados al desempleo, el estrés y el distanciamiento físico consiguientes, además del aislamiento y el aburrimiento vinculados con este último, y los cambios en la disponibilidad de ciertas sustancias, han comportado algunas

variaciones en los hábitos de consumo de drogas en todo el mundo, en particular durante la primera etapa de la pandemia. Sin embargo, las pruebas siguen siendo fragmentarias y esas variaciones aún no se han traducido en cambios mensurables en la prevalencia mundial del consumo de drogas durante la pandemia.

53. Sin embargo, parecen perfilarse algunas tendencias comunes en distintos países, a saber: un aumento del consumo de cannabis, aunque no está claro si es un reflejo de la prevalencia o de la frecuencia del consumo de esa droga, o de ambos factores; un aumento del consumo con fines no médicos de fármacos como el tramadol, las benzodiazepinas y los barbitúricos; y una disminución del uso de drogas que se consumen principalmente en entornos y contextos sociales o de ocio, como la cocaína o las “drogas recreativas”, como la MDMA, sobre todo a raíz de la aplicación generalizada de medidas de confinamiento y cierres de locales nocturnos y de ocio. En el caso de los consumidores de otras drogas, no parece que se haya producido un cambio sustancial en los hábitos de consumo, aunque la información disponible sigue siendo demasiado escasa para extraer conclusiones definitivas²².

54. La escasez en el suministro de algunas drogas observada en ciertos países durante los períodos iniciales de confinamiento, evidenciada en las subidas de los precios y la menor disponibilidad, aun siendo efímera, dio lugar a algunos cambios y adaptaciones en los hábitos de consumo de drogas. Algunas personas simplemente redujeron su consumo, mientras que otras recurrieron a sustitutos que, especialmente en el caso de la heroína, son más perjudiciales o propician hábitos de consumo más nocivos como, por ejemplo, el uso de heroína mezclada con fentanilo u otras sustancias, o el inicio del consumo de drogas por inyección.

55. En determinadas circunstancias, los riesgos para la salud de las personas que consumen drogas se han agravado durante la pandemia. Por ejemplo, en América del Norte, el ya elevado número de casos de sobredosis mortales siguió aumentando en 2021. En los informes de algunos países africanos se indica un aumento de los casos de sobredosis no mortales durante los períodos de confinamiento, cuando las personas que dependían de un tratamiento de sustitución con opioides pasaron a consumir otras sustancias al disminuir la disponibilidad de ese tratamiento²³.

56. Una encuesta mundial²⁴, realizada entre expertos (principalmente especialistas en medicina de las adicciones) de 77 países²⁵, sobre los cambios en el consumo de alcohol y drogas durante abril y mayo de 2020 mostró algunos cambios percibidos en el consumo de drogas en general durante las primeras etapas de la pandemia de COVID-19, aunque esos cambios no habían sido homogéneos en todos los países ni respecto de todas las sustancias. Por ejemplo, los expertos informaron de un aumento del consumo de alcohol y del consumo con fines no médicos de sedantes (benzodiazepinas y barbitúricos) y fármacos opioides en la mayoría de los países en que se realizó la encuesta. Aunque también se informó muy a menudo de un aumento del consumo de cannabis, las tendencias descritas por los expertos en medicina de la adicción en lo referente al consumo de otras sustancias eran más heterogéneas.

²² *Informe mundial sobre las drogas 2021* (publicación de las Naciones Unidas, 2021).

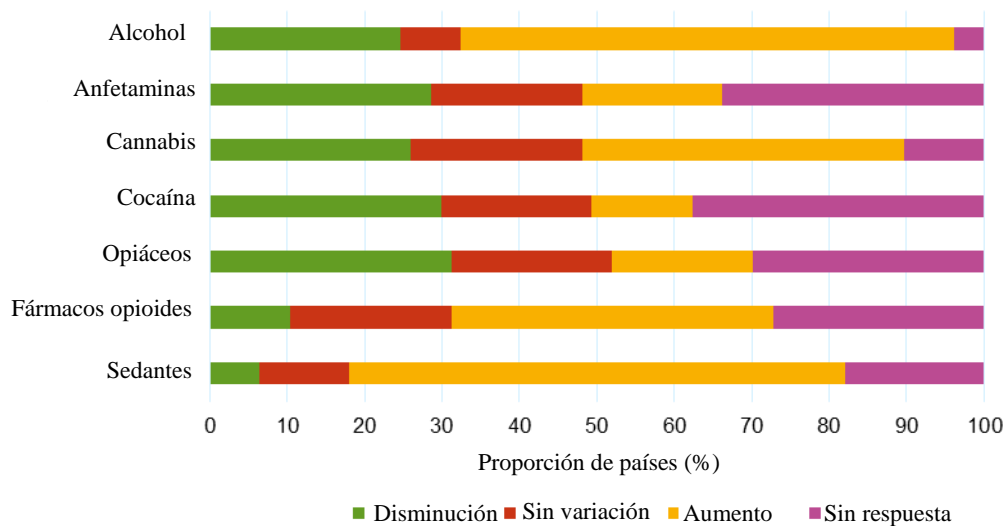
²³ Evaluación de las oficinas extrasede de la UNODC basada en la recopilación de información cualitativa y cuantitativa en África Occidental y Central.

²⁴ Ali Farhoudian *et al.*, “A global survey on changes in the supply, price and use of illicit drugs and alcohol, and related complications during the 2020 COVID-19 pandemic”, en *Frontiers in Psychiatry*, vol. 12 (2021).

²⁵ Participaron en la encuesta entre 1 y 13 profesionales de la medicina de las adicciones por país.

Figura XV

Tendencias del consumo de drogas durante las primeras etapas de la pandemia de COVID-19, según la información proporcionada por especialistas nacionales en medicina de la adicción, por sustancia, abril y mayo de 2020



Fuente: Ali Farhoudian *et al.*, “A global survey on changes in the supply, price and use of illicit drugs and alcohol, and related complications during the 2020 COVID-19 pandemic”, en *Frontiers in Psychiatry*, vol. 12 (2021).

Nota: Los datos se basan en las respuestas de expertos de 77 países de todas las regiones. Se pidió a los encuestados que informaran de los cambios en el consumo de alcohol, anfetaminas, cannabis, cocaína, opiáceos, fármacos opioides y sedantes hipnóticos en sus países, con las siguientes opciones de respuesta: “Aumentó”, “Disminuyó”, “Sin variación”, “No sabe” y “Número de consumidores muy reducido o inexistente”. Las tendencias de los datos de los países se calcularon tomando las medias de las respuestas de todos los encuestados de cada país. La categoría “No contesta” refleja las respuestas en las que los encuestados indicaron falta de información o renuencia a responder a la pregunta.

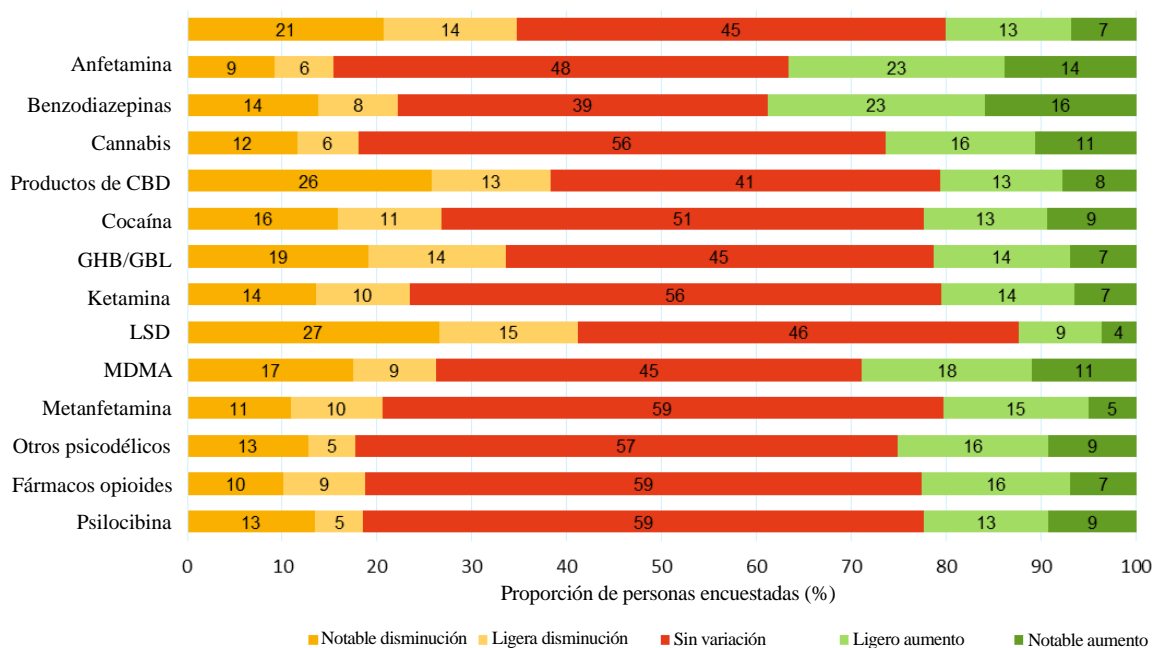
57. La encuesta Global Drug Survey, que se realizó en línea ²⁶ con 55.000 participantes, la mayoría de ellos de Europa Occidental, las Américas y Australia y Nueva Zelanda, arrojó resultados similares. La encuesta reveló un aumento de la frecuencia de consumo de cannabis y benzodiazepinas y una disminución de la frecuencia de consumo de MDMA y cocaína durante la pandemia; en lo concerniente a otras drogas, los hábitos de consumo eran menos claros. No obstante, cabe señalar que la frecuencia de consumo entre muchos de los encuestados (del 39 % al 59 % de ellos, dependiendo de la sustancia) no varió en comparación con el período previo al inicio de la pandemia de COVID-19²⁷.

²⁶ Global Drug Survey, “GDS COVID-19 special edition: key findings report” (2020).

²⁷ Global Drug Survey, “GDS COVID-19 special edition”.

Figura XVI

Tendencias mundiales de la frecuencia de consumo de drogas entre las personas que declararon haberlas consumido recientemente, en comparación con el período previo al inicio de la pandemia de COVID-19, mayo y junio de 2020



Fuente: Global Drug Survey, “GDS COVID-19 special edition: key findings report”, agosto de 2020.

Nota: Los datos se basan en una encuesta realizada a 55.000 personas que habían consumido alcohol o drogas recientemente y tenían acceso a Internet. No se muestran los tipos de drogas para las que el tamaño de la muestra mundial era inferior a 500.

Abreviaturas: CBD: cannabidiol; GHB: ácido *gamma*-hidroxibutírico;

GBL: *gamma*-butirolactona; LSD: dietilamida del ácido lisérgico;

MDMA: 3,4-metilendioximetanfetamina.

58. La pandemia de COVID-19 y las restricciones a la movilidad para contener la propagación del virus han reducido la disponibilidad de servicios para los consumidores de drogas y el acceso a ellos en todas las regiones. Las restricciones han alterado, al menos en parte, el tratamiento de los trastornos por consumo de drogas, la prevención de las consecuencias adversas para la salud del consumo de drogas y el tratamiento de comorbilidades como el VIH, la hepatitis C y la tuberculosis.

59. No poder acceder a los servicios de tratamiento del consumo de drogas es una cuestión especialmente preocupante para los usuarios en tratamiento de mantenimiento con agonistas opioides que necesitan obtener la medicación a diario; las interrupciones de la medicación pueden acarrear un aumento del riesgo de recaída, sobredosis o muerte. En algunos países, el acceso limitado a los servicios de tratamiento del consumo de drogas coincidió con alteraciones del suministro de opiáceos durante los períodos iniciales de confinamiento. Dado que las personas que consumían habitualmente opioides no podían gestionar su drogodependencia, los servicios de muchos países de todas las regiones asistieron a un aumento de los síntomas de abstinencia y, consiguientemente, de la demanda de tratamiento por trastornos relacionados con el consumo de opioides, incluido el tratamiento con agonistas opioides.

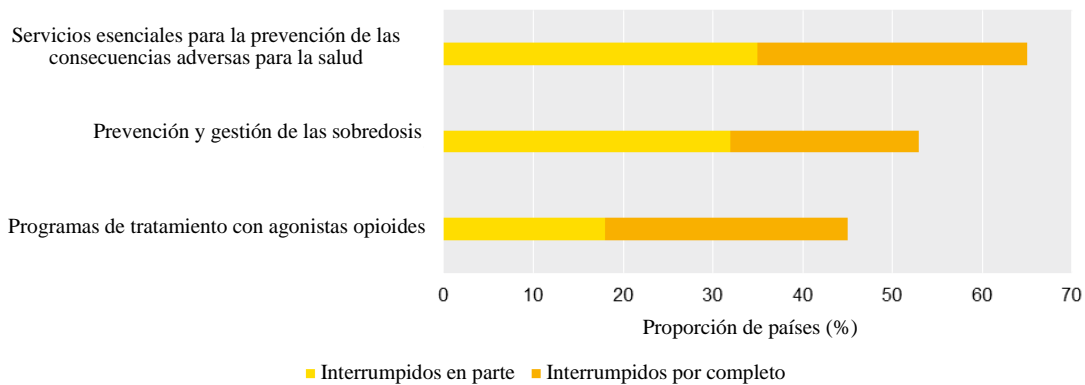
60. Una rápida evaluación mundial, realizada entre junio y agosto de 2020, de la prestación de servicios de salud mental y para trastornos neurológicos y por consumo de drogas durante las primeras etapas de la pandemia de COVID-19²⁸ puso de manifiesto

²⁸ OMS, *The Impact of COVID-19 on Mental, Neurological and Substance Use Services: Results of a Rapid Assessment* (Ginebra, 2020).

que, en el 65 % de los países que presentaron información, se encontraban interrumpidos en parte o por completo servicios esenciales para la prevención de las consecuencias adversas para la salud en las personas con trastornos por consumo de drogas; lo mismo ocurría con el tratamiento con agonistas opioides de los trastornos por consumo de opioides en el 45 % de los países y con los programas de prevención y gestión de las sobredosis en el 53 % de los países.

Figura XVII

Alteraciones de los servicios de tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias durante las etapas iniciales de la pandemia de COVID-19

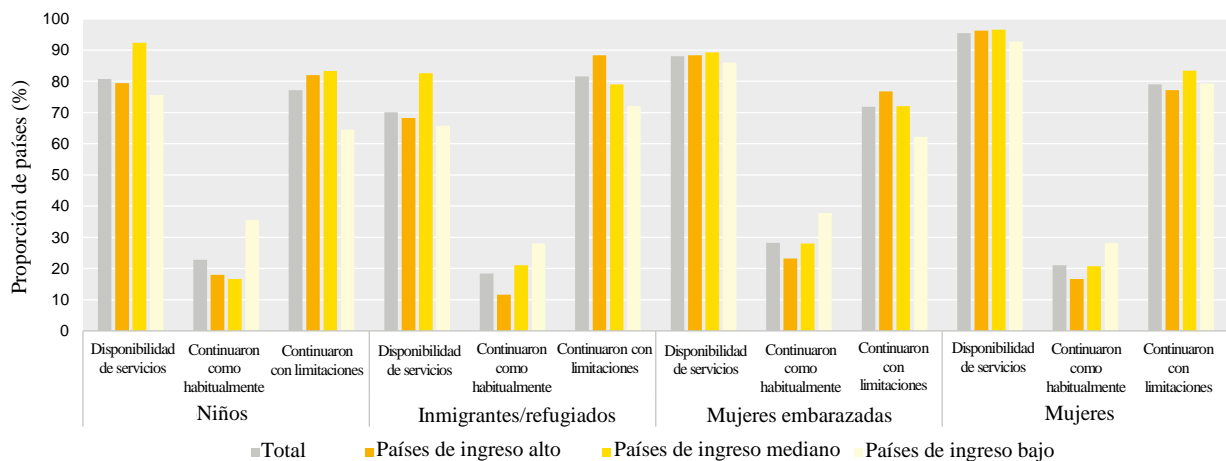


Fuente: OMS, *The Impact of COVID-19 on Mental, Neurological and Substance Use Services: Results of a Rapid Assessment* (Ginebra, 2020), pág. 14.

Nota: Basado en datos de 130 países reunidos entre junio y agosto de 2020. Por “servicios interrumpidos en parte” se entiende aquellos servicios que no pudieron atender a entre el 5 % y el 50 % de los pacientes como lo hacían habitualmente; por “servicios interrumpidos por completo” se entiende aquellos servicios que no pudieron atender a más del 50 % de sus pacientes como lo hacían habitualmente.

Figura XVIII

Disponibilidad de servicios de tratamiento del consumo de drogas para determinados grupos de población durante las etapas iniciales de la pandemia de COVID-19, 2020



Fuente: Seyed Ramin Radfar *et al.*, “Reorganization of substance use treatment and harm reduction services during the COVID-19 pandemic: a global survey”, en *Frontiers in Psychiatry*, vol. 12 (2021).

Nota: Los datos se basan en las respuestas de expertos de 77 países de todas las regiones. Los promedios de las respuestas se calcularon sin tener en cuenta el número de encuestados en cada país.

61. A fin de superar las limitaciones derivadas de la crisis de la COVID-19 que afectan a la prestación de servicios para las personas que consumen drogas y a la accesibilidad

de esos servicios, muchos países se han dotado de enfoques innovadores con objeto de asegurar la continuidad del tratamiento y la atención de esas personas. Entre las medidas adoptadas con ese fin, cabe señalar: a) la modificación de las normas y directrices nacionales relativas al tratamiento del consumo de drogas; b) un aumento del uso de la telemedicina y de la flexibilidad de los programas de tratamiento del consumo de drogas, por ejemplo, en lo referente a las modalidades de dispensación de fármacos para el tratamiento con agonistas opioides; y c) formas novedosas de facilitar el acceso a agujas y jeringuillas y suministrar naloxona a pesar de las restricciones a la movilidad y el menor contacto social. Aún debe evaluarse la eficacia de esos enfoques.

IV. Conclusiones y recomendaciones

62. Dado el aumento de las pruebas que apuntan a un mayor consumo de fármacos opioides con fines no médicos en distintas regiones, es importante analizar la aparición del consumo de esas sustancias con fines no médicos y sus consecuencias. A fin de facilitar el acceso a los analgésicos a quienes los requieran, evitando al mismo tiempo su desviación y uso indebido, los países podrían estudiar la posibilidad de elaborar directrices para el tratamiento del dolor, desarrollando a tal fin un sistema de alerta temprana y mejorando los sistemas de prevención con base empírica con objeto de fortalecer la difusión de mensajes coherentes sobre la adquisición de aptitudes como la toma de decisiones a edades adecuadas en función del desarrollo de la personalidad.

63. También es importante aumentar el acceso a las intervenciones para prevenir el consumo de drogas y tratar los trastornos que de él se derivan, así como lograr una mayor disponibilidad, cobertura y calidad de esas intervenciones, conforme a las *Normas Internacionales sobre la Prevención del Uso de Drogas* y las *Normas Internacionales para el Tratamiento de Trastornos por el Uso de Drogas* de la UNOC y la OMS.

64. Además, para garantizar la equidad en las intervenciones, se recomienda fortalecer las medidas de prevención consistentes en intervenciones selectivas dirigidas a los grupos de riesgo, además de la población general, y reforzar las intervenciones de tratamiento, tanto a nivel de las comunidades como para las personas en circunstancias especialmente vulnerables, entre ellas, las que están en contacto con el sistema de justicia penal, en establecimientos penitenciarios o en situaciones humanitarias.

65. La base empírica de los programas y políticas de ámbito nacional, regional e internacional requiere de datos fiables y válidos sobre la situación en materia de drogas y las medidas adoptadas al respecto. Por consiguiente, es necesario mejorar esa base empírica apoyando la implantación de sistemas de vigilancia del consumo de drogas fundamentados en indicadores epidemiológicos, lo que implica, entre otras cosas, capacitar a especialistas de países y regiones de alta prioridad, elaborar métodos innovadores y utilizar las nuevas tecnologías, como los medios sociales y los macrodatos (grandes conjuntos de datos) para comprender los hábitos y tendencias del consumo de drogas y las asociaciones relativas al comportamiento de las personas, así como para pronosticar sus efectos en la salud.

66. Para fortalecer y ampliar la base global de datos científicos también es preciso invertir en el seguimiento y la evaluación del proceso, los resultados y los efectos de las estrategias de prevención y tratamiento del consumo de drogas, a fin de garantizar su eficacia y reducir al mínimo el riesgo de obtener resultados negativos.

67. Algunos indicadores para vigilar la situación en materia de drogas que requieren especial atención son el desarrollo y la aplicación de métodos innovadores y eficaces en función del costo para calcular la magnitud del consumo de drogas (tanto en la población general como en los consumidores de alto riesgo, en particular los que se inyectan drogas) en los países con recursos limitados; la mortalidad relacionada con las drogas; el número y la proporción de personas que padecen trastornos por consumo de drogas; y la cobertura de las intervenciones de tratamiento de esos trastornos. Estos dos últimos indicadores son los componentes clave de la vigilancia y la presentación de información relativas al indicador 3.5.1 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.