



# Consejo Económico y Social

Distr.: General  
14 de enero de 2005

Español  
Original: inglés

## Comisión de Estupefacientes

48º período de sesiones

Viena, 7 a 14 de marzo de 2005

Tema 5 c) del programa provisional\*

### Reducción de la demanda de drogas: La situación mundial con respecto al uso indebido de drogas

## La situación mundial con respecto al uso indebido de drogas

### Informe de la Secretaría

### Índice

	<i>Párrafos</i>	<i>Página</i>
I. Introducción .....	1-3	2
II. Tendencias del uso indebido de drogas en el período 1998-2003 .....	4-13	3
A. Cannabis .....	10	4
B. Opioides .....	11	4
C. Cocaína .....	12	7
D. Estimulantes de tipo anfetamínico .....	13	8
III. Tratamiento del uso indebido de drogas .....	14-58	9
A. Demanda de tratamiento .....	20-30	10
B. Razón principal para solicitar tratamiento .....	31-46	13
C. Edad media y género de las personas sometidas a tratamiento .....	47-58	17
IV. Mejora de la base de información mundial sobre uso indebido de sustancias .....	59-66	21

\* E/CN.7/2005/1.



## I. Introducción

1. El presente informe proporciona una visión general de las tendencias del uso indebido de drogas en el período 1998-2003, sobre la base de las respuestas recibidas de los Estados Miembros a la parte II del cuestionario para los informes anuales (E/NR/2003/2). El informe contiene también una visión general de la situación mundial con respecto a la demanda de tratamiento para evaluar los progresos realizados en relación con los objetivos de la Declaración Política aprobada por la Asamblea General en su vigésimo período extraordinario de sesiones (resolución S-20/2 de la Asamblea, anexo) y el Plan de Acción para aplicar la Declaración sobre los principios rectores de la reducción de la demanda de drogas (resolución 54/132 de la Asamblea, anexo).

2. Desde 1998, las tendencias del uso indebido de drogas comunicadas han sido las siguientes:

a) El uso indebido de la cannabis aumentó en la mayor parte de Asia, África y Europa, y permaneció estable o disminuyó en el resto del mundo;

b) El uso indebido de opioides disminuyó en Europa y Oceanía, pero aumentó en la mayor parte de África. En América del Norte, la tendencia es estable;

c) Las tendencias recientes parecen indicar que el uso indebido de la cocaína es estable en América, aunque sigue siendo muy difundido. El aumento del uso indebido de la cocaína en Europa está pasando a ser problemático;

d) El uso indebido de estimulantes de tipo anfetamínico ha aumentado en Asia y Europa desde 1998. En América del Norte y Oceanía la tendencia es estable.

3. En relación con la demanda de tratamiento, las cuestiones principales son:

a) En el plano mundial, el uso indebido de opioides y cocaína siguen representando la mayoría de los casos de tratamiento por uso indebido de drogas, pero cada vez con más frecuencia se considera que el uso indebido de estimulantes de tipo anfetamínico y cannabis es la principal razón para solicitar tratamiento;

b) La edad media de las personas que solicitan tratamiento varía entre 27 y 29 años. Sin embargo, la demanda de tratamiento de los jóvenes usuarios de cannabis de menos de 20 años de edad está aumentando en muchas regiones;

c) Los hombres representan la mayor parte de la población que hace uso indebido de drogas y de los que solicitan tratamiento por uso indebido de drogas en todas las regiones. En muchas regiones, las mujeres tienen dificultades para utilizar los servicios de tratamiento especializados;

d) Las diferencias en cuanto a género son pequeñas en relación con el uso de estimulantes de tipo anfetamínico, pero mayores en relación con el uso indebido de cannabis y opioides;

e) En general, se carece de datos de tratamiento uniformados, recolectados con métodos y conceptos armonizados.

## II. Tendencias del uso indebido de drogas en el período 1998-2003

4. Los Estados Miembros han pedido que cada año se comuniquen en los cuestionarios para los informes anuales las tendencias crecientes, estables o decrecientes del uso indebido de diferentes tipos de drogas entre su población en general (personas de 15 a 64 años de edad) en base a una escala de cinco niveles (gran aumento, cierto aumento, estable, cierto descenso, gran descenso). Si bien la información comunicada, que se basa en la opinión de expertos, tiene sus limitaciones, ésta es la información que han proporcionado la mayoría de los países de manera relativamente constante a través de los años.

5. Otra información solicitada en los cuestionarios para los informes anuales (prevalencia en la población en general, la población escolar, demanda de tratamiento, etc.) no siempre está disponible para diferentes años o puede ser difícil de utilizar con fines de comparación. Este problema requiere un cuidadoso examen por la Comisión y debe ser tenido en cuenta en el proceso de seguimiento de los progresos desde 1998.

6. Debido a la falta de un conjunto de datos amplios sobre la prevalencia del uso indebido de drogas, el presente informe cuantifica la opinión de los expertos para indicar las tendencias regionales. El análisis ponderado de las tendencias del uso indebido de drogas, que se presentó a la Comisión por primera vez en 2004, se ha utilizado para ponderar las estimaciones de las tendencias regionales en relación con los diferentes tamaños de población de los países que presentan informes<sup>1</sup>. Ahora bien, cuando se interpretan los resultados hay que tener en cuenta ciertas limitaciones:

a) La información se proporciona como opiniones de expertos y puede no reflejar adecuadamente las tendencias reales;

b) La diferencia entre diversos grados de tendencias del uso indebido de drogas (por ejemplo, entre “cierto descenso” y “gran descenso”), puede no interpretarse de la misma forma en países diferentes o hasta en el mismo país en informes de diferentes años;

c) La comunicación de las tendencias en el uso indebido de un tipo de droga determinado, como los estimulantes de tipo anfetamínico, puede verse afectada por tendencias diferentes en el uso indebido de sustancias diferentes (puede que el uso indebido de Éxtasis aumente al mismo tiempo que disminuye el de anfetaminas).

7. El presente informe proporciona sólo las orientaciones generales con respecto a los principales tipos de drogas sobre los que informan los Estados Miembros, lo que inevitablemente da lugar a amplias generalizaciones. Algunas veces, la experiencia de uno o dos países en cada región puede diferir de la tendencia regional general. Por lo tanto, es necesario realizar un análisis de las tendencias más específico de cada droga para apoyar sus conclusiones. No obstante, con estas reservas, los resultados generales, cualquiera sea la comparación que se pueda hacer con otros indicadores, puede estar básicamente en consonancia con los indicadores.

8. El análisis de las opiniones de expertos nacionales bien informados ofrece una base más amplia para el análisis de las tendencias en cada situación, dado que la mayoría de los países todavía no tiene capacidad para proporcionar datos sobre uso

indebido de drogas ilícitas basados en encuestas de la población o estudios de estimación de la prevalencia.

9. La situación general de las tendencias del uso indebido de drogas en el período 1998-2003 se basa en un cierto número de respuestas anuales; la tasa de respuestas provenientes de todo el mundo varía entre el 40% y el 60%<sup>2</sup>. En el cuadro 1 se presentan las tasas de respuesta con respecto a 2003.

Cuadro 1

**Respuestas a los cuestionario para los informes anuales de 2003 (parte II), por región**

<i>Región</i>	<i>Cuestionarios distribuidos</i>	<i>Cuestionarios recibidos</i>	<i>Países y territorios que respondieron (porcentaje)</i>
Asia central, meridional y sudoccidental	14	9	64
Asia oriental y sudoriental	16	13	81
Europa	48	39	81
América Latina y el Caribe	32	16	50
Norte de África y Medio Oriente	18	9	50
América del Norte	3	2	67
Oceanía	14	3	21
África subsahariana	47	18	38
<b>Mundial</b>	<b>192</b>	<b>109</b>	<b>57</b>

## A. Cannabis

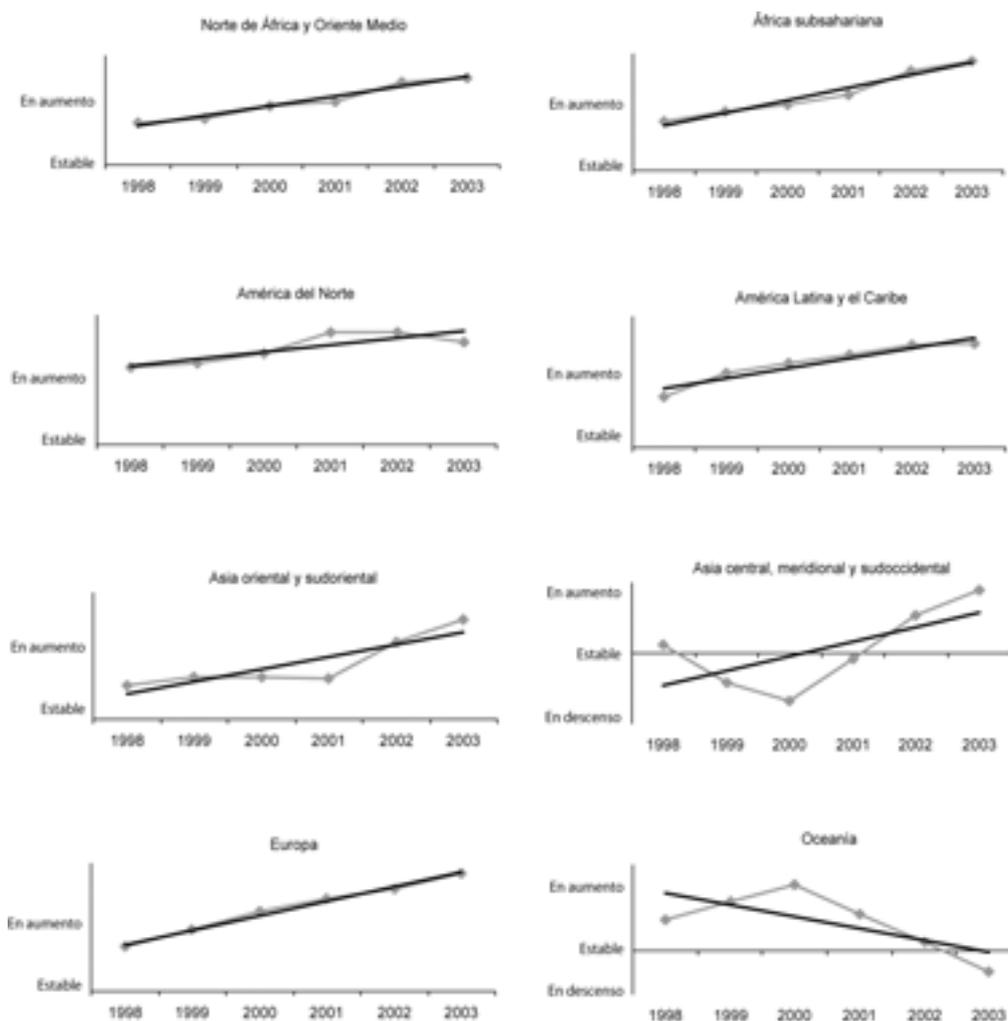
10. La cannabis sigue siendo la droga ilícita de mayor uso indebido en todo el mundo. En términos de las tendencias generales, el nivel de uso indebido de la cannabis parece haber aumentado en la mayoría de las regiones desde 1998. Sin embargo, en algunas regiones en que la prevalencia en la población en general es alta (por ejemplo, en América del Norte), la tendencia es decreciente o hacia la estabilización. En Asia, el Norte de África y el Oriente Medio, el África subsahariana y Europa, la tendencia del uso indebido de la cannabis es al aumento (véase el gráfico I).

## B. Opioides

11. Los informes provenientes de Europa y Oceanía indican niveles decrecientes del uso indebido de opioides, mientras que en América del Norte la tendencia parece ser estable. Si bien la heroína sigue siendo la principal droga problemática en la mayoría de los países de Europa oriental, menos países de la región comunicaron una tendencia al aumento que tendencias estables o decrecientes en el uso indebido de opioides en 2003. Se comunicaron algunos aumentos en países en que los opioides tradicionalmente no habían constituido el principal problema de drogas, como algunos países del África subsahariana (véase el gráfico II). Preocupan en particular los países de Asia, en especial los de Asia central, donde en los últimos

años se ha difundido rápidamente el uso de opioides por inyección. Cabe tener presente, sin embargo, que las tendencias en Asia pueden explicarse en parte por los aumentos observados en China y la India (en razón de que el sistema utilizado para calcular las tendencias guarda relación con el tamaño de la población de cada país). Un examen de la situación mundial confirma esta apreciación: si se excluye a China y la India del análisis, la tendencia mundial del uso indebido de opioides parece ser decreciente.

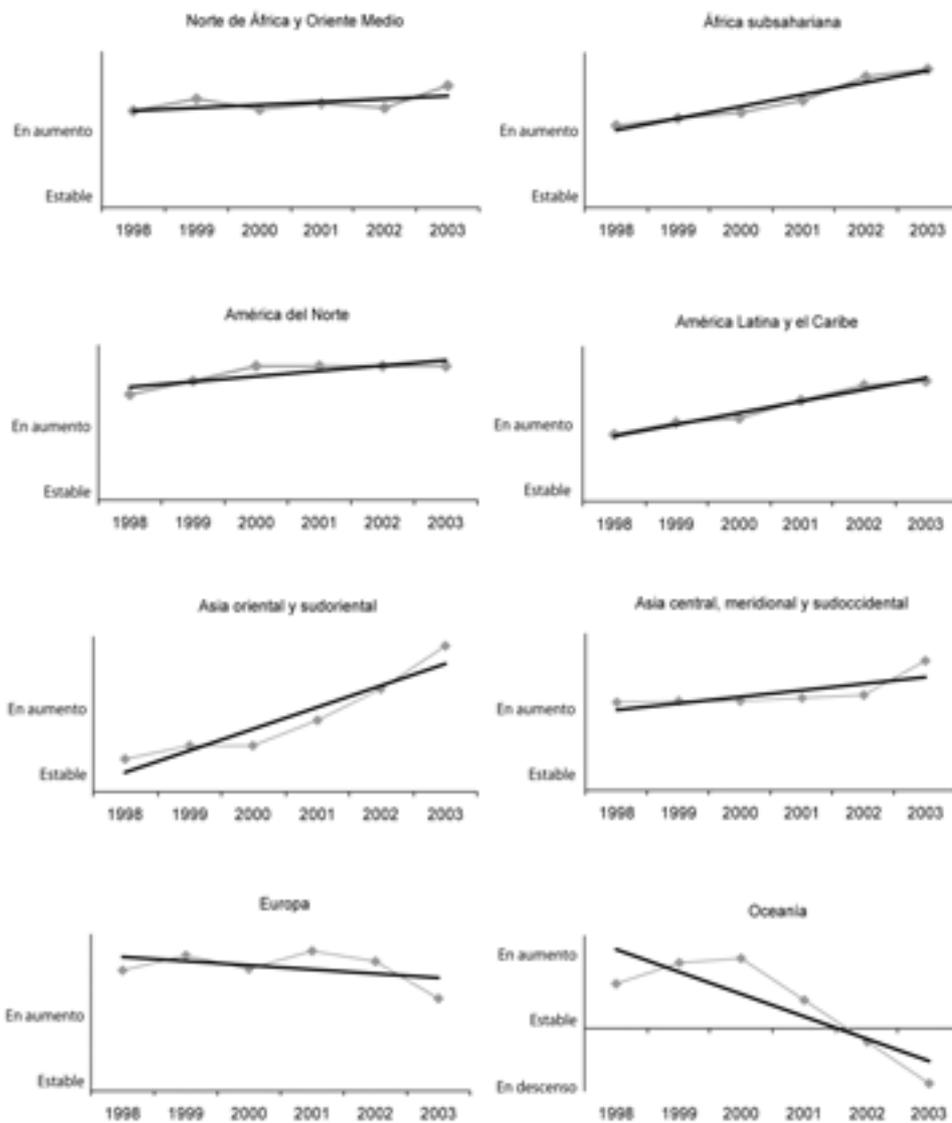
Gráfico I

**Tendencias del uso indebido de la cannabis, por región, 1998-2003**

*Fuente:* Cuestionario para los informes anuales.

*Nota:* Estimaciones de las tendencias nacionales ponderadas por tamaño de la población.

Gráfico II  
Tendencias del uso indebido de opioides, por región, 1998-2003



*Fuente:* Cuestionario para los informes anuales.

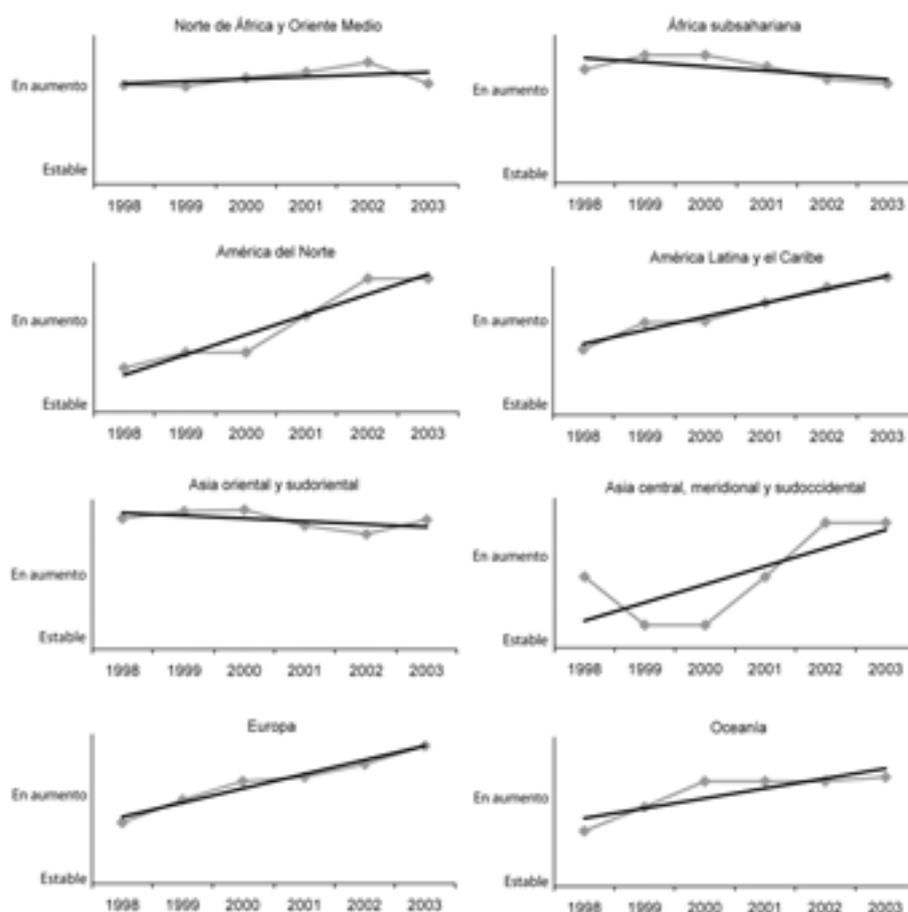
*Nota:* Estimaciones de las tendencias nacionales ponderadas por tamaño de la población.

## C. Cocaína

12. Las tendencias del uso indebido de la cocaína muestran una cierta estabilización en las principales regiones de consumo, América del Norte y América Latina. En el Caribe, la cocaína crack, en particular, sigue causando preocupación. Casi la mitad de los países de Europa que respondieron comunicaron un nivel en aumento de uso indebido de cocaína. En África, los indicadores del uso indebido de la cocaína muestran una disminución general desde 1998; sin embargo, la tendencia parece haber sido estable en los últimos dos años. En el Asia oriental y sudoriental, tras un período de disminución de uso indebido de la cocaína, en 2003 se comunicó un aumento. En Oceanía, la situación con respecto al uso indebido de la cocaína permanece bastante estable (véase el gráfico III).

Gráfico III

### Tendencias del uso indebido de la cocaína, por región, 1998-2003



*Fuente:* Cuestionario para los informes anuales.

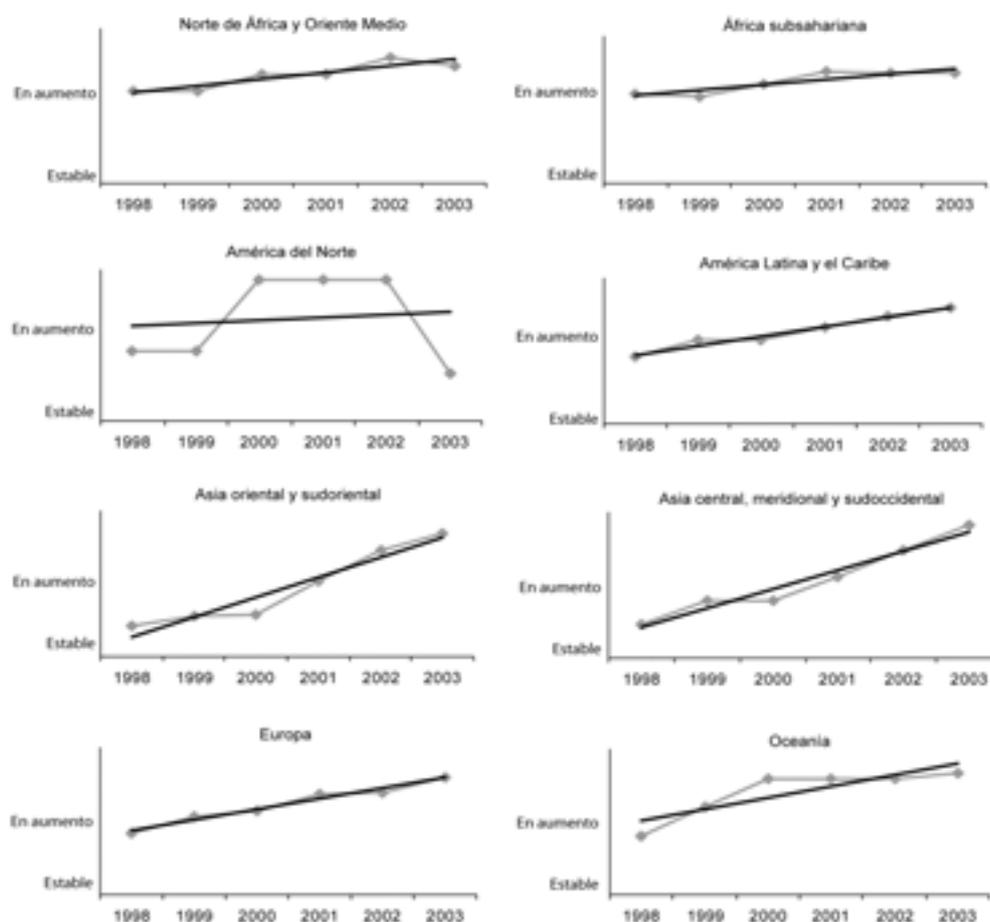
*Nota:* Estimaciones de las tendencias nacionales ponderadas por tamaño de la población.

## D. Estimulantes de tipo anfetamínico

13. En el Asia oriental y sudoriental, aunque todavía hay niveles elevados de prevalencia y uso difundido de estimulantes de tipo anfetamínico entre la población en general, sin el impacto de una tendencia creciente en China, con su vasta población, la tendencia regional del uso indebido de estimulantes parece ser bastante estable. Con respecto a las otras regiones principales de uso indebido de estimulantes de tipo anfetamínico, la tendencia indica un aumento en Europa y una cierta estabilización en Oceanía (véase el gráfico IV). Se ha comunicado una tendencia decreciente en América del Norte. Algunos de los países de África y el Oriente Medio que respondieron también indicaron un uso indebido de estimulantes en aumento durante los últimos años.

Gráfico IV

**Tendencias del uso indebido de estimulantes de tipo anfetamínico, por región, 1998-2003**



*Fuente:* Cuestionario para los informes anuales.

*Nota:* Estimaciones de las tendencias nacionales ponderadas por tamaño de la población.

### III. Tratamiento del uso indebido de drogas

14. Con el objeto de facilitar una evaluación amplia de los progresos en relación con el logro de los objetivos de la Declaración Política adoptada por la Asamblea General en su vigésimo período extraordinario de sesiones, la Secretaría informará sobre la situación del uso indebido de drogas en el mundo centrandó la atención en indicadores epidemiológicos clave para el período 1998-2008. En el presente informe, la atención se centra en los datos de la demanda de tratamiento; en el informe correspondiente a 2006 se hará hincapié en la prevalencia entre los jóvenes, y en el correspondiente a 2007 en la prevalencia en la población en general.

15. Los datos sobre demanda de tratamiento son importantes para evaluar la extensión y naturaleza del uso indebido de drogas ilícitas. Sirven como medida directa de la demanda de servicios de tratamiento y como medida indirecta para evaluar las tendencias del uso indebido de drogas utilizando técnicas de estimación de la prevalencia. Muchos países reúnen datos sobre las actividades y características de los servicios de tratamiento de drogas y sus clientes, a fin de fundamentar la planificación y desarrollar políticas en la esfera de la reducción de la demanda de drogas, aunque el concepto y las modalidades del tratamiento pueden variar entre los países. La utilización de los servicios que tratan problemas de drogas (el número de individuos que solicita ayuda en relación con problemas de drogas) también se considera un indicador epidemiológico clave de la demanda de drogas para los sistemas eficaces de información sobre drogas, utilizados para seguir la situación y las tendencias relativas al uso indebido.

16. Cuando se consideran las ventajas de los datos sobre demanda de tratamiento y sus usos potenciales, es también importante reconocer sus limitaciones inherentes. En primer lugar, en razón del intervalo entre el primer uso de drogas ilícitas y la primera necesidad de tratamiento (que con frecuencia es de varios años), los datos sobre la demanda de tratamiento no pueden servir como indicador de la situación más reciente en materia de uso indebido de drogas.

17. En segundo lugar, la población de usuarios de drogas abarcada por los datos sobre demanda de tratamiento varía según la disponibilidad y accesibilidad de los servicios de tratamiento en diferentes países. Esos datos excluyen a los toxicómanos que no se presentan a los servicios de tratamiento, aquellos que son admitidos a los servicios pero que no participan en el sistema de información, los que no son admitidos a ningún centro de tratamiento y aquellos que todavía no han experimentado problemas derivados del uso indebido de drogas. Dado que con frecuencia los toxicómanos asisten a diferentes centros de tratamiento en el curso de un año, se corre el riesgo del doble recuento, lo que conduce a una sobreestimación del número total de personas que solicita tratamiento para sus problemas de drogas. Este sesgo se puede evitar utilizando técnicas específicas, como identificadores anónimos, pero esta solución no siempre es viable o aceptable.

18. En tercer lugar, hay todavía muchas incoherencias en los sistemas y entre ellos en términos de definiciones, y no está claro cuáles son los aspectos que se pueden armonizar. Con respecto a las comparaciones internacionales, cabe señalar que no todos los países tienen datos sobre tratamientos individuales y, aun cuando existen instrumentos estándar, no todos los países reúnen conjuntos completos de datos. La variedad de los sistemas de tratamiento, así como los diferentes métodos de

organizarlos y financiarlos, también influye en la disponibilidad y calidad de los datos sobre demanda de tratamiento y frecuencia de presentación de informes.

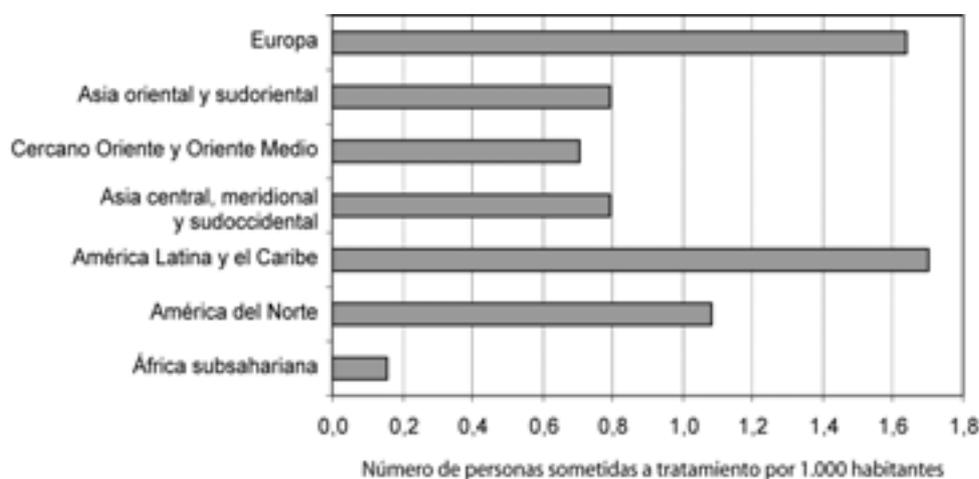
19. Los gráficos V a IX se basan en los últimos datos sobre demanda de tratamiento comunicados por los Estados en sus respuestas a los cuestionarios para los informes anuales durante los años de presentación de informes 2001-2003. Se presentan cifras para las regiones en donde se dispone de datos que permiten una presentación regional razonable. Las comparaciones entre las regiones se deben interpretar con cautela en razón de las limitaciones a que se hizo referencia más arriba.

## A. Demanda de tratamiento

20. En muchas regiones, los datos sobre demanda de tratamiento por uso indebido de drogas son el tipo principal de datos de que se dispone de ordinario sobre el uso indebido de drogas. El número de personas que reciben ese tratamiento por cada 1.000 habitantes (de 15 a 64 años de edad) (véase el gráfico V) varía mucho según la disponibilidad y accesibilidad de los servicios de tratamiento especializado en diferentes países y puede parecer bajo aun en los casos en que en una región hay una demanda real de tratamiento por uso indebido de drogas.

Gráfico V

**Número de personas sometidas a tratamiento por uso indebido de drogas por cada 1.000 habitantes de 15 a 64 años de edad, por región, últimas estimaciones disponibles**



*Fuente:* Cuestionario para los informes anuales.

21. La demanda de tratamiento por uso indebido de drogas está aumentando en América Latina y el Caribe. La cocaína y la cannabis han sido tradicionalmente las drogas que representaban la mayoría de las admisiones para tratamiento. Sin embargo, hay diferencias considerables entre los países en cuanto a la

disponibilidad de servicios de tratamiento especializados en el uso indebido de drogas. En el Perú, el número de personas que recibe diferentes tipos de tratamiento y servicios de rehabilitación ha venido aumentando regularmente y se ha duplicado entre 2001 y 2002.

22. Con respecto a América del Norte, el número de admisiones a tratamiento en los Estados Unidos de América se ha mantenido bastante estable durante la última década. En México, la prevalencia del uso indebido de la cocaína está aumentando: la cocaína es la droga citada en la mayoría de las admisiones a tratamiento, y el número de personas que asisten a centros de tratamiento del uso indebido de la cocaína está aumentando. El número real de personas que necesitan ese tratamiento se ha estimado en una cifra siete veces superior a la que indican los datos sobre tratamiento<sup>3</sup>.

23. La mayoría de los países del Asia sudoccidental y central han comunicado un aumento en la demanda de tratamiento por uso indebido de drogas, especialmente los opioides, durante los últimos años. Por ejemplo, en Kazajstán, el número total de toxicómanos que recibieron tratamiento en 2003 refleja una demanda creciente en relación con años anteriores. En Tayikistán, sin embargo, en los últimos dos años se ha observado una disminución del número de personas que reciben tratamiento por uso indebido de drogas.

24. En el África subsahariana, se carece en general de sistemas de reunión y comunicación de datos sobre tratamiento, y la disponibilidad de servicios de tratamiento y rehabilitación es en general más baja que en otras regiones. Hay que tener esto en cuenta cuando el bajo número de personas que reciben tratamiento en la región se compara con la situación en otras regiones. Los datos sobre tratamiento más representativos son los que se comunican por conducto de la Red de epidemiología sobre consumo de drogas (SENDU) de la Comunidad del África Meridional para el Desarrollo (SADC). En los países abarcados por la SENDU, se produjo un aumento general en la demanda de tratamiento por uso indebido de drogas ilícitas en 2003. En particular, en Mauricio, Mozambique, Namibia, la República Unida de Tanzania, Sudáfrica, Swazilandia y Zambia, parece haber una demanda de tratamiento por uso indebido de una variedad de sustancias más grande que en los otros países abarcados por la SENDU.

25. En el Cercano Oriente y el Oriente Medio, sólo unos pocos países han reunido y comunicado datos sobre tratamiento de una manera uniforme y sistemática. Algunos expertos nacionales son de la opinión de que la demanda de tratamiento está aumentando en la región. En el Líbano, el número de personas que solicita tratamiento por dependencia de drogas se ha casi duplicado entre 2001 y 2003. Por otro lado, los Emiratos Árabes Unidos comunicaron una reducción del número de casos tratados desde 2001.

26. En Australia, la tendencia del número de personas que reciben tratamiento por problemas de drogas ha venido aumentando durante los últimos años. En Nueva Zelanda, se observado un cierto aumento de la demanda de tratamiento del uso indebido de cannabis, metanfetamina y opioides distintos de la heroína. El tratamiento para los problemas de drogas se refirió principalmente a la heroína, la cocaína y las anfetaminas y el uso de éxtasis se mantuvo estable en 2003.

27. La comparación del número de personas que reciben tratamiento por uso indebido de drogas (véase el gráfico V) con el número de las que reciben

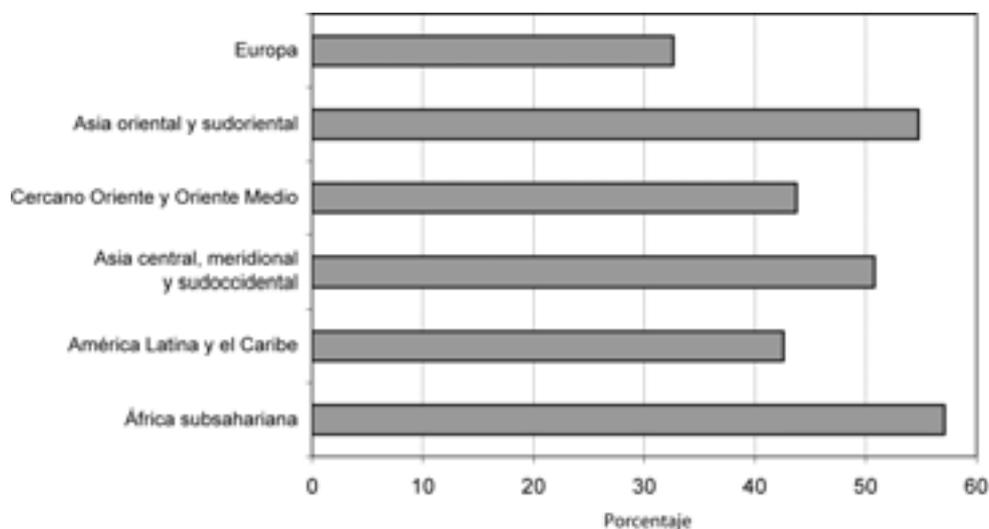
tratamiento por primera vez (véase el gráfico VI) proporciona una indicación de las tendencias más recientes o emergentes en relación con los problemas de drogas. Por ejemplo, la proporción de personas que reciben tratamiento por primera vez parece ser marcadamente superior, más del 50%, en el África subsahariana y en Asia oriental y sudoriental, mientras que el número de personas que reciben tratamiento (por 1.000 habitantes de 15 a 64 años de edad) ha permanecido relativamente bajo. Esto parece indicar un creciente problema de drogas, así como una posible mejora en la cobertura de los servicios.

28. En el Asia oriental y sudoriental, la mayoría de los países comunicaron un aumento del número de nuevos toxicómanos que usan estimulantes de tipo anfetamínico (predominantemente, metanfetamina en forma de tabletas), y un mayor número de usuarios de otras sustancias han comunicado la adición de los estimulantes de tipo anfetamínico a sus pautas de uso indebido de drogas múltiples. Las tendencias nacionales, sin embargo, pueden parecer diferentes de la situación regional en razón de las diferencias en las pautas del uso indebido. En China, por ejemplo, donde los opioides y la cannabis siguen representando la mayoría de los problemas de drogas, la incidencia de los nuevos toxicómanos comunicada por las instituciones de tratamiento en todo el país indican una disminución sustancial tanto entre los hombres como entre las mujeres desde 2001.

29. El Asia central, meridional y sudoccidental, como región, tiene uno de los porcentajes más altos de nuevos clientes que reciben tratamiento por uso indebido de drogas. En el Pakistán, por ejemplo, de todos los que recibieron tratamiento por problemas de drogas en 2003, más de dos tercios lo recibieron por primera vez. En Kirguistán, casi la mitad de los pacientes admitidos para tratamiento en 2003 fueron casos nuevos.

Gráfico VI

**Personas tratadas por primera vez por uso indebido de drogas como porcentaje de todos los que reciben tratamiento por uso indebido de drogas, por región, últimas estimaciones disponibles**



*Fuente:* Cuestionario para los informes anuales.

30. En Europa, ha continuado la tendencia creciente en cuanto al número total de personas admitidas a servicios de tratamiento. Ese aumento se puede atribuir en parte a las mejoras en el sistema de comunicación y en la disponibilidad de servicios de tratamiento en toda la región. No obstante, la proporción de personas que reciben tratamiento por primera vez parece ser estable y, en general, más baja que en las otras regiones<sup>4</sup>.

## **B. Razón principal de la solicitud de tratamiento**

31. Respecto de muchos países, algunos de los datos se basan en las admisiones a tratamiento; algunos países tienen registros nacionales de personas sometidas a tratamiento por uso indebido de drogas. Si bien los datos sobre la demanda de tratamiento se pueden desglosar por tipo de drogas, hay diferencias en la utilización del concepto de la droga principal para la que se solicita tratamiento. El concepto, que define la droga ilícita que causa los principales problemas al paciente, es de gran importancia para aplicar el tratamiento más eficaz. El uso normalizado del concepto resultaría en una mayor posibilidad de comparación con respecto a la importancia de los diferentes tipos de drogas para el tratamiento en diferentes situaciones regionales.

32. En el África subsahariana, así como en muchas otras regiones, la falta de datos sobre tratamiento uniformes y recolectados de ordinario perjudica a los esfuerzos por seguir las tendencias del uso de drogas ilícitas. De los 18 países del África subsahariana que respondieron al cuestionario, cinco comunicaron un aumento del número de personas que recibían tratamiento principalmente por uso de cannabis (Etiopía, Mauricio, Namibia, Seychelles y Zambia), y cuatro comunicaron un aumento en la demanda de tratamiento principalmente por uso de heroína (Mauricio, Seychelles, Sudáfrica y Zambia). La proporción de pacientes que citaron la cannabis como su principal droga de uso indebido varió mucho en 2003, desde el 4% en Namibia hasta el 85% en Malawi.

33. La prevalencia del uso indebido de drogas por inyección sigue siendo relativamente baja en toda el África meridional. De los países de la región, Mauricio tiene el porcentaje más grande de pacientes que reciben tratamiento que mencionan la heroína como la droga principal de uso indebido (más del 90%), y la mitad de éstos se han inyectado la droga. En Mozambique y Sudáfrica, el número de pacientes cuya principal droga de uso indebido es la heroína ha aumentado durante los últimos años. En el África subsahariana, la demanda de tratamiento por problemas relacionados con el uso de la cocaína se limita principalmente a Namibia y Sudáfrica y, en menor medida, a Mozambique y Zambia, habiéndose observado algunos aumentos en esos países. Siguió siendo bajo en la región el número de casos en que los estimulantes de tipo anfetamínico fueron la principal razón citada para solicitar tratamiento.

34. En el Norte de África y el Oriente Medio, la heroína y la cannabis son las sustancias ilícitas citadas de ordinario como la principal razón para solicitar tratamiento por problemas de drogas (véase el gráfico VIII). Otras sustancias frecuentemente comunicadas incluyen las anfetaminas, y algunos países, entre ellos los Emiratos Árabes Unidos, el Líbano, Marruecos y Túnez, han comunicado tratamiento por dependencia de la cocaína.

35. En América del Norte, la cocaína, especialmente la cocaína crack, sigue constituyendo un importante problema en la mayoría de las zonas, pese a una cierta estabilización en los últimos años. Aunque el número de admisiones para tratamiento por uso indebido de cocaína ha disminuido en los Estados Unidos desde 1992, esas admisiones siguen representando la proporción más alta de las admisiones para tratamiento por todos los problemas de drogas en casi la mitad de las zonas que presentaron informes (entre el 40% y el 53% de todas las admisiones). Desde 1992, se ha producido un aumento en el número de admisiones principalmente para tratar problemas relacionados con los opioides, la cannabis y los estimulantes. Sin embargo, en 2003 los indicadores relativos a la heroína permanecieron relativamente estables, aunque a un nivel elevado en las zonas del noreste y del Atlántico medio, donde se dispone de heroína en polvo de alta pureza proveniente de América del Sur.

36. Se ha producido un aumento sustancial a largo plazo en las admisiones para tratamiento del uso indebido de la cannabis entre la población de adolescentes de los Estados Unidos. Entre 1992 y 2002, las admisiones de adolescentes cuya sustancia principal de uso indebido era la cannabis aumentaron del 23% al 64%, mientras que en el mismo período el número de adolescentes cuyo principal problema de uso indebido de sustancias era el alcohol disminuyó del 56% al 20% de todas las admisiones de adolescentes para tratamiento por uso indebido de sustancias.

37. El uso indebido de la metanfetamina se ha seguido difundiendo rápidamente en nuevas poblaciones de los Estados Unidos, y se ha comunicado que algunos usuarios de otras drogas han pasado a usar metanfetamina. Los indicadores relativos al Éxtasis, sin embargo, no han aumentado. La tasa de admisiones para tratamiento principalmente por uso de metanfetamina y anfetamina aumentó de 10 a 52 admisiones por 100.000 habitantes de 12 años de edad o mayores entre 1992 y 2002, y casi un cuarto de ellos (23%) comunicaron que se inyectaban la droga en 2002<sup>5, 6</sup>.

Gráfico VII  
**Principales drogas de uso indebido comunicadas por las personas que reciben tratamiento por problemas de drogas, por región, últimas estimaciones disponibles**



*Fuente:* Cuestionario para los informes anuales.

38. En América Latina y el Caribe, las drogas más citadas como causa principal del tratamiento por problemas de drogas fueron la cocaína en siete países (Chile, El Salvador, Guyana, Haití, la República Dominicana, Trinidad y Tabago y Venezuela) y la cannabis en cuatro países (Argentina, Bahamas, Ecuador y Granada). En el Brasil, el creciente uso indebido de cocaína entre los adolescentes es un problema cada vez mayor, que aumenta la demanda de servicios de tratamiento.

39. En el Asia oriental y sudoriental hay una necesidad urgente de servicios especializados de tratamiento y rehabilitación para satisfacer la mayor demanda de tratamiento de la rápidamente creciente población de personas que usan estimulantes de tipo anfetamínico en la región. Estos estimulantes son la clase de drogas objeto de mayor uso indebido en Camboya, Filipinas, Japón, la República de Corea y Tailandia; en China, Indonesia, Malasia, Mongolia, Myanmar y Viet Nam ocupa el segundo lugar después de los opioides o la cannabis. En el Japón, la metanfetamina fue la principal droga de uso indebido del 51% de las personas admitidas en centros de tratamiento del uso indebido de drogas en 2003. Filipinas ha

experimentado un lento pero constante aumento en el número de admisiones para tratamiento durante los últimos cinco años, principalmente en relación con el uso de la metanfetamina. En Tailandia, el uso indebido de la metanfetamina ha aumentado desde mediados del decenio de 1990, pasando a ser la droga de uso indebido para la que más se solicita tratamiento. En algunos países, por ejemplo, en Indonesia, el Japón y Myanmar, las tendencias recientes de la demanda de tratamiento parecen bastante estables.

40. Pese a la creciente prevalencia del uso indebido de estimulantes de tipo anfetamínico, la demanda de tratamiento por uso indebido de opioides todavía predomina en muchos países del Asia oriental y sudoriental. En China, Malasia y Myanmar, por ejemplo, la gran mayoría de los pacientes solicita tratamiento por uso indebido de heroína u opio. En China, los estimulantes de tipo anfetamínico sólo recientemente se han incorporado a las pautas de uso de drogas múltiples, y el uso indebido de opioides, en particular la heroína, representa la abrumadora mayoría (96,8%) de los casos de tratamiento de problemas de drogas<sup>7, 8</sup>.

41. En el Asia central, meridional y sudoccidental, la mayoría de los casos de tratamiento tienen que ver con problemas relacionados con el uso indebido de opioides, en particular la heroína. En países del Asia central, la proporción de personas que usan principalmente la heroína y que solicitan tratamiento normalmente varía entre el 60% y el 95%. En la mayoría de los casos, son usuarios de drogas por inyección. En la India, las drogas de uso indebido más comunes de las personas que solicitan tratamiento son la cannabis, la heroína y el opio. La proporción de usuarios de cannabis en la India se duplicó entre 1997 y 2000, pero ha permanecido estable en los últimos años. Por otro lado, la demanda de tratamiento indica aumentos recientes en el tratamiento del uso indebido de la heroína y el opio, que había estado disminuyendo al final de los años 90. La prevalencia de los usuarios de estimulantes de tipo anfetamínico y cocaína sigue siendo baja en la India, como se refleja en la demanda de tratamiento por uso indebido de esas sustancias<sup>9</sup>.

42. En Europa, los opioides, la cannabis y la cocaína son las sustancias que se registran con mayor frecuencia como la razón primaria o secundaria de las admisiones para tratamiento por problemas de drogas, con notables diferencias entre los países. En la mayoría de los países, los opiáceos (principalmente la heroína) siguen siendo las drogas para las que se solicita tratamiento con más frecuencia, y representan entre el 40% y el 90% de todas las admisiones para tratamiento en Europa. Con la notable excepción de los nuevos Estados miembros de la Unión Europea, hay indicios de un nivel decreciente del uso de heroína por inyección en algunos países, en particular, entre los nuevos clientes que asisten a centros de tratamiento del uso indebido de drogas.

43. La cannabis ocupa el segundo lugar entre las drogas que se citan con más frecuencia en Europa, en particular, entre los que se someten a tratamiento por primera vez: se ha comunicado que la cannabis es la principal droga problemática en casi un tercio de esas nuevas admisiones. La cocaína es la tercera droga más común de uso indebido comunicada por los que ingresan a centros de tratamiento, y representa un 25% de las nuevas admisiones. En los nuevos Estados miembros de la Unión Europea, la demanda de tratamiento de problemas relacionados con el uso de la cocaína sigue siendo baja. El uso de estimulantes distintos de la cocaína parece

ser citado con menos frecuencia como la razón para solicitar la admisión a un centro de tratamiento en la mayoría de los países europeos<sup>4</sup>.

44. En la Federación de Rusia, el uso de la heroína representa la abrumadora mayoría (88%) de los casos de tratamiento por uso de drogas ilícitas. El número de casos en que se ha citado el uso indebido de otras sustancias como la razón principal para solicitar tratamiento sigue siendo bajo. No obstante, hay un número cada vez mayor de personas que reciben tratamiento principalmente por uso de cannabis en centros especializados e instituciones psiquiátricas.

45. En Australia, se informó de que el uso indebido de heroína, cannabis y anfetaminas fue la razón principal para la administración de tratamiento en 2003. En este país hay un gran número de personas sometidas a tratamiento sin residencia, y el número real de personas que reciben tratamiento externo puede ser de 5 a 10 veces el número de los que reciben tratamiento en entornos residenciales especializados, según la frecuencia de sus visitas a un centro de tratamiento.

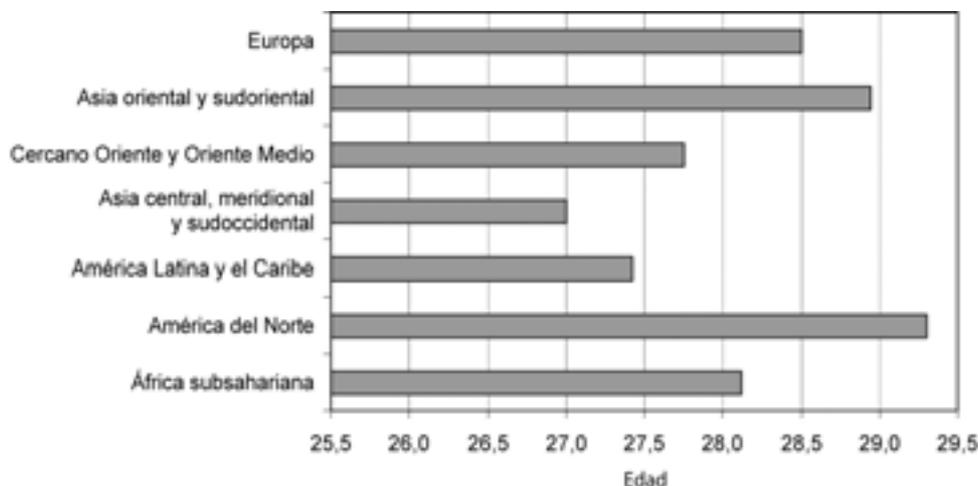
46. Si bien en Australia el cannabis sigue siendo la droga ilícita principal y de uso más difundido, el creciente uso indebido de sustancias sintéticas, como la metanfetamina y el Éxtasis, puede plantear un gran problema a los sistemas de tratamiento del uso indebido de drogas en Australia<sup>10</sup>. En Nueva Zelanda, el cannabis representa la mayor parte de la demanda de tratamiento por uso indebido de drogas, pero un estudio reciente que hace hincapié en el uso de la metanfetamina indica que el número de personas que solicitan tratamiento para esa sustancia ha aumentado<sup>11</sup>.

### **C. Edad media y género de las personas sometidas a tratamiento**

47. Las diferencias entre las regiones en la edad media de las personas sometidas a tratamiento por problemas de drogas son relativamente pequeñas (véase el gráfico VIII). Además, la edad media en relación con diferentes tipos de drogas es bastante similar en todas las regiones. Por ejemplo, con respecto al uso de la cannabis la edad media es normalmente más baja que respecto de otras sustancias, pero los que reciben tratamiento por uso de opioides son generalmente mayores. En muchas regiones, la demanda de tratamiento entre los usuarios de cannabis de 20 años o menos está aumentando.

Gráfico VIII

**Promedio de edad de las personas sometidas a tratamiento por uso indebido de drogas, por regiones, últimas estimaciones disponibles**



*Fuente:* Cuestionario para los informes anuales.

48. Entre los países del África subsahariana, se ha observado un aumento de la proporción de personas menores de 20 años que están sometidas a tratamiento por uso indebido de drogas en Botswana, Mozambique y Sudáfrica, aunque en este último país la tendencia ha sido estable recientemente. En Sudáfrica, Swazilandia y Zambia, más de uno de cada cinco pacientes sometidos a tratamiento por problemas de drogas eran menores de 20 años en 2003<sup>12, 13, 14</sup>.

49. En América del Norte, la edad media de las personas sometidas a tratamiento es mayor que en otras regiones, lo que refleja en parte la alta proporción de usuarios de cocaína. En los Estados Unidos de América, la edad media en la fecha de la admisión era de 37 años para los que fumaban principalmente cocaína y 34 años para los no fumadores de cocaína. En cuanto a las admisiones por heroína, la edad media era también elevada, 36 años, en comparación con la edad media de los pacientes tratados principalmente por uso de cannabis y metanfetamina (o anfetamina) (23 años y 31 años, respectivamente)<sup>5</sup>.

50. En América Latina y el Caribe, la edad media de las personas sometidas a tratamiento por uso indebido de cualquier droga ilícita varió del 20% al 35% en 2003. La edad media de los pacientes tratados principalmente por problemas relacionados con la cannabis es por lo general menor (17 a 18 años) que respecto de otras sustancias, en particular la cocaína. Los jóvenes usuarios de cannabis en algunos países de la región necesitan cada vez con más urgencia servicios de tratamiento especializados.

51. En la India, el desglose por edades de las personas tratadas varía considerablemente según el tipo de droga y es algo diferente de lo que se observa normalmente en otras partes. Aproximadamente un tercio (32,2%) de los usuarios de opio tienen más de 40 años; los usuarios de heroína son notablemente más jóvenes,

ya que casi la mitad de ellos (48,8%) tienen entre 21 y 30 años. La demanda de tratamiento por uso de la cannabis está distribuida en forma relativamente pareja entre los diferentes grupos de edades. Para todos los tipos de drogas, menos de 1 de cada 10 personas tenía menos de 20 años, notablemente los usuarios de opio (3,1%)<sup>9</sup>. En los países del Asia central, la edad media de los usuarios de drogas sometidos a tratamiento es generalmente 30 años.

52. En Europa, los que reciben tratamiento por uso de cannabis son normalmente más jóvenes (con frecuencia, menores de 20 años) que los usuarios de otras sustancias, en particular la heroína<sup>4</sup>.

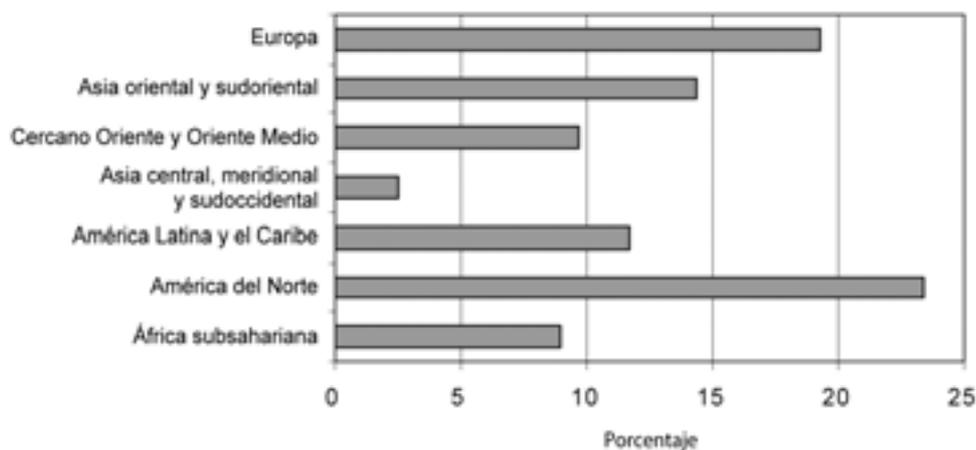
53. Los hombres representan la mayoría de las personas sometidas a tratamiento por problemas de drogas en todas las regiones (véase el gráfico IX). La proporción más baja de mujeres puede reflejar en parte una mayor proporción de hombres que usan drogas y las diversas dificultades que experimentan las mujeres para lograr acceso a servicios de tratamiento, o al hecho de que pueden buscar ayuda en lugares distintos de los servicios especializados de tratamiento del uso indebido de drogas. Cabe señalar que, en todo el mundo, sólo un tercio de los países han comunicado el establecimiento de servicios de tratamiento y rehabilitación con enfoques específicos en función del género, y que las diferencias regionales son sólo menores. En muchas regiones, la diferencia de género en la demanda de tratamiento parece ser más pequeña para el uso de los estimulantes de tipo anfetamínico y más grande en relación con el uso de la cannabis y los opioides.

54. En Asia central, meridional y sudoccidental, la proporción de mujeres que reciben tratamiento por uso indebido de drogas es notablemente inferior a la de otras regiones del mundo, y los hombres constituyen por lo general entre el 90% y el 95% de los que reciben ese tratamiento.

55. En el Cercano Oriente y el Oriente Medio, sólo unas pocas fuentes proporcionan información sobre el género de las personas que reciben tratamiento por problemas de drogas. En el Líbano y en Israel, la proporción de mujeres que asistieron a servicios de tratamiento del uso indebido de drogas en 2003 fue del 12% y el 15%, respectivamente. En Kuwait, la proporción de mujeres en esos servicios de tratamiento fue de sólo el 2% en 2001. En el Norte de África, los datos disponibles en Egipto indican que, en 2001, sólo una pequeña proporción (2,8%) de las personas que recibieron tratamiento eran mujeres<sup>15</sup>.

Gráfico IX

**Proporción de mujeres entre las personas que reciben tratamiento por problemas de drogas, por región, últimas estimaciones disponibles**



*Fuente:* Cuestionario para los informes anuales.

56. En América Latina y el Caribe, la proporción de mujeres en tratamiento por problemas de drogas fue, en promedio, del 12% en 2003, aunque menos de la mitad de los países de la región tenían datos sobre tratamiento que incluían el género de las personas tratadas.

57. En América del Norte, la diferencia de género en los Estados Unidos es particularmente grande, principalmente en relación con el uso de la cannabis, la heroína y la cocaína (no fumada); los hombres constituyen más de dos tercios de las admisiones por uso indebido de esas drogas. Con respecto a las admisiones principalmente por uso de metanfetamina (o anfetamina) y cocaína fumada, la diferencia de género es algo menor<sup>5</sup>.

58. En Europa, la relación entre hombres y mujeres en tratamiento por problemas de drogas varía considerablemente entre los países, entre 3:1 y 6:1, y es en los Estados de Europa septentrional y los nuevos Estados miembros de la Unión Europea<sup>4</sup> donde se encuentran las proporciones más altas de mujeres usuarias de drogas. En la Federación de Rusia, los hombres representan más del 80% de todas las personas registradas para tratamiento por uso indebido de drogas, con algunas diferencias según las sustancias. La proporción de mujeres sometidas a tratamiento es más baja para las usuarias de cannabis (5,6%) y más alta para las usuarias de estimulantes de tipo anfetamínico (20,1%).

#### **IV. Mejora de la base de información mundial sobre uso indebido de sustancias**

59. En su resolución 47/1, titulada “Optimización de los sistemas integrados de información sobre las drogas”, la Comisión de Estupefacientes pidió al director ejecutivo que en su 48º período de sesiones le presentara un informe sobre la aplicación de esa resolución. De conformidad con esa petición, esta sección contiene un examen de las actividades realizadas por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD) para mejorar la base de información mundial en colaboración con otros organismos internacionales y órganos de expertos.

60. Los datos presentados más arriba indican que, aunque se han logrado considerables avances en la capacidad de los países para reunir datos sobre su situación en materia de uso indebido de drogas, hay todavía grandes lagunas en la información. Mientras los Estados Miembros y las organizaciones internacionales no puedan colmar esas lagunas, será difícil evaluar los progresos logrados en la reducción de la demanda de drogas ilícitas en los próximos años.

61. La vigilancia de los progresos de los Estados Miembros en la realización de los objetivos relacionados con la reducción de la demanda se realizará en gran parte utilizando los cuestionarios para los informes anuales, en lo que se refiere a las pautas y tendencias del uso indebido de drogas, y los cuestionarios para los informes bienales con respecto a la aplicación de las estrategias y los programas de reducción de la demanda que se conforman a la Declaración sobre los principios rectores de la reducción de la demanda de drogas (resolución S-20/3 de la Asamblea General, anexo). En el informe correspondiente a 2004 sobre la situación mundial con respecto al uso indebido de drogas (E/CN.7/2004/2), se examinan algunos de los retos que impone la medición de los progresos hacia la realización de esa meta.

62. A fin de mejorar la cobertura de los datos mundiales sobre uso indebido de sustancias y mejorar el uso de los instrumentos y las bases de datos existentes, la ONUDD ha venido trabajando junto con la Organización Mundial de la Salud (OMS) para asegurar que los Estados Miembros tengan la posibilidad de obtener datos sobre el uso y el uso indebido de sustancias tanto lícitas como ilícitas. En particular, se han celebrado conversaciones y se han hecho trabajos en colaboración con respecto a la armonización de las bases de datos sobre el uso del tabaco (la ONUDD ha proporcionado insumos al Global Youth Tobacco Survey (Estudio mundial del tabaco y los jóvenes)) y el alcohol, que está a cargo de la OMS, y sobre la información relativa al uso indebido de drogas ilícitas, que está a cargo de la ONUDD. La Oficina también intercambia información con la OMS en el contexto del estudio de esta última organización sobre los recursos de atención de la salud mental, el sistema de alerta sobre el vínculo con las tendencias del uso indebido, conocido como el proyecto ATLAS, que reúne información sobre recursos de tratamiento y prevención.

63. Además, la OMS contribuyó al proyecto de la ONUDD y el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías para desarrollar un conjunto de instrumentos de reunión de datos sobre tratamiento. El conjunto de instrumentos, que ayudará a los Estados Miembros a reunir datos sobre tratamiento comparables, se desarrolla como parte de las actividades del Programa Mundial de Evaluación del

Uso Indebido de Drogas de la ONUDD, en colaboración con el Observatorio y expertos de otros organismos internacionales y órganos de expertos.

64. Desde 1999, y por conducto del Programa Mundial de Evaluación del Uso Indebido de Drogas, la ONUDD proporciona asistencia a 51 países en forma de capacitación, análisis de la situación y establecimiento de redes. En 49 países, se realizaron estudios de la población, las escuelas, los usuarios de drogas problemáticos, la demanda de tratamiento y el VIH. En 23 países se realizaron estudios más a fondo para ayudar a los gobiernos a elaborar políticas y diseñar programas, dado que los datos sobre la prevalencia no eran suficientes para orientar la adopción de decisiones por los gobiernos. La ONUDD prestó apoyo directo al establecimiento de una red regional en Asia central, África oriental, África meridional y el Caribe.

65. Esto ha permitido mejorar la presentación de los informes, y la calidad y la cobertura de los datos, lo que a su vez ha permitido a la ONUDD producir mejores análisis mundiales para los Estados Miembros.

66. Los fondos disponibles han permitido hasta el momento aplicar subprogramas regionales del Programa Mundial de Evaluación del Uso Indebido de Drogas en Asia central y sudoccidental, el Caribe, África oriental y meridional y el Norte de África y el Oriente Medio. En 2005, las actividades serán ampliadas para incluir al África occidental y central.

#### Notas

<sup>1</sup> Cada grado de estimación de la tendencia recibió un valor numérico que iba de -2 a 2 (-2 representa una gran disminución; -1, alguna disminución; 0, ningún cambio; 1, algún aumento, y 2, un gran aumento). Las estimaciones para cada tipo de droga se ponderaron por el tamaño de la población de cada país. Se sumaron las estimaciones nacionales para representar la estimación de la tendencia regional anual para cada tipo de droga, y se calculó un cambio acumulativo para cada región. La curva de la tendencia representa esos cambios acumulativos desde el año base de presentación de informes. La principal ventaja de ese análisis ponderado es que, en el mejor de los casos, al tener en cuenta el tamaño de la población afectada por la tendencia estimada, se reduce significativamente el riesgo de una gran sobreestimación o subestimación de la magnitud de las tendencias regionales. Por ejemplo, se considera que un gran aumento en el uso indebido de la cannabis en un país con una población pequeña tiene menos importancia e impacto en comparación con algún aumento en un país con una población grande. El sistema WADAT se utilizó también en el *Informe Mundial sobre las Drogas, 2004* (publicación de las Naciones Unidas, No. de venta S.04.XI.16, vol. 2), en el que se lo denominó Índice de tendencias del uso indebido de drogas.

<sup>2</sup> La tasa de respuesta fue del 57% (109 respuestas recibidas) para el año de presentación de informes 2003, 55% (106 respuestas recibidas) para 2002, 54% (103 respuestas recibidas) para 2001, 41% (80 respuestas recibidas) para 2000, 49% (94 respuestas recibidas) para 1999 y 58% (112 respuestas recibidas) para 1998.

<sup>3</sup> Consejo Nacional contra las Adicciones, *Observatorio Epidemiológico en Drogas: El Fenómeno de las Adicciones en México 2001* (Ciudad de México, 2001).

<sup>4</sup> Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, *Annual Report 2004: the State of the Drugs Problem in the European Union and Norway* (Lisboa, 2004).

- 
- <sup>5</sup> Estados Unidos de América, Departamento de Salud y Servicios Humanos, Administración de Servicios sobre Uso Indebido de Sustancias y Salud Mental, *Treatment Episode Data Set (TEDS): 1992-2002; National Admissions to Substance Abuse Treatment Services*, DASIS Series S-23, DHHS Publicación No. SMA 04-3965 (Rockville, Maryland, 2004).
- <sup>6</sup> Estados Unidos de América, Departamento de Salud y Servicios Humanos, Institutos Nacionales de Salud, *Epidemiologic Trends in Drug Abuse: Advance Report* (diciembre de 2003).
- <sup>7</sup> Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, *Regional ATS Update and Training Meeting: Final Report* (Bangkok, 2004).
- <sup>8</sup> Centro Nacional de Vigilancia del Uso Indebido de Drogas, *Report of Drug Abuse Surveillance 2003* (Beijing, 2004).
- <sup>9</sup> Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Oficina Regional para el Asia Meridional, *National Survey on Extent, Pattern and Trends of Drug Abuse in India: National Report* (2002).
- <sup>10</sup> Instituto Australiano de Salud y Bienestar, *Alcohol and Other Drug Treatment Services in Australia 2001-02: Report on the National Minimum Data Set*, HSE 28 (Canberra, 2003).
- <sup>11</sup> C. Wilkins y colaboradores, "Recent changes in the methamphetamine scene in New Zealand: preliminary findings from key informant surveys of drug enforcement officers and drug treatment workers", monografía presentada en un seminario celebrado en el Centre for Social and Health Outcomes Research and Evaluation (SHORE), Auckland (Nueva Zelanda), 16 de enero de 2004.
- <sup>12</sup> Parry y colaboradores, *South African Community Epidemiology Network on Drug Use (SACENDU): Alcohol and Drug Abuse Trends, May 2004* (Ciudad del Cabo, 2004).
- <sup>13</sup> Charles D. H. Parry y Andreas Plüddemann, "SENDU: the SADC Epidemiology Network on Drug Use", *SENDU Update* (Ciudad del Cabo), vol. 7, 2004.
- <sup>14</sup> Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, *East Africa Drug Information System (EADIS): Proceedings of the Third Annual Meeting* (octubre de 2003).
- <sup>15</sup> Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, *Assessment of the Current Treatment and Rehabilitation Facilities and Services in Egypt* (2001).
-