

**Comisión de Estupefacientes****52º período de sesiones**

Viena, 11 a 20 de marzo de 2009

Tema 5 b) del programa provisional*

Reducción de la demanda de drogas: situación mundial con respecto al uso indebido de drogas**Situación mundial con respecto al uso indebido de drogas****Informe del Director Ejecutivo***Resumen*

El presente informe ofrece una visión general de la situación a nivel mundial y regional en lo que respecta al consumo de drogas ilícitas, desde 1998 a 2008. De la información disponible se desprende que actualmente el consumo de opioides y cocaína se estabiliza o disminuye en los países donde el abuso de drogas es por lo general elevado. La prevalencia del consumo de heroína por inyección sigue siendo alta en los países del Asia central y Europa oriental. El consumo de estimulantes de tipo anfetamínico parece estabilizarse (y disminuir en algunas zonas) en los grandes mercados de Europa central y occidental, América del Norte y Oceanía. Sin embargo, se han registrado aumentos del abuso de dichos estimulantes en algunas partes del Asia oriental y sudoriental, el Oriente Cercano y Medio y partes de África y América Latina. El consumo de cannabis sigue extendiéndose a todo el mundo. Actualmente su uso se estabiliza o va en declive entre la juventud de los países con mercados ya bien establecidos (en Europa occidental, América del Norte y partes de Oceanía) pero aumenta en muchos países en desarrollo. A pesar de las notorias mejoras logradas desde 1998 en la calidad y fiabilidad de los datos sobre el consumo de drogas, en muchos países no se dispone de información actualizada, en particular sobre la prevalencia de ese consumo en la población en general y en los diferentes subgrupos vulnerables (por ejemplo los jóvenes, las mujeres y los consumidores de drogas inyectables), ni sobre el consumo per cápita. La falta de sistemas perdurables de información sobre las drogas sigue siendo un obstáculo para la vigilancia de las epidemias que surgen y la adopción de medidas de respuesta basadas en realidades.

* E/CN.7/2009/1.



Índice

	<i>Página</i>
I. Introducción	3
II. Panorama general	4
A. Tendencias del consumo de drogas en base a las apreciaciones de expertos	5
B. Estimación de la prevalencia del consumo de drogas	8
C. Estimación de la prevalencia del consumo de drogas por inyección	13
III. Resúmenes regionales	17
A. África	17
B. América	20
C. Asia	24
D. Europa	29
E. Oceanía	33
IV. Conclusiones y recomendaciones	34
Mapas	
1. Estados Miembros que contestaron al cuestionario para los informes anuales correspondientes a 2007	5
2. Opioides: existencia de indicaciones sobre su uso indebido en los Estados Miembros	9
3. Cannabis: existencia de indicadores sobre su uso indebido en los Estados Miembros	10
4. Cocaína: existencia de indicadores sobre su uso indebido en los Estados Miembros	10
5. Anfetaminas: existencia de indicaciones sobre su uso indebido en los Estados Miembros	11
6. Prevalencia estimada del consumo de drogas por inyección en todo el mundo	15
Figuras	
I. Respuestas de los Estados Miembros que incluyen datos sobre apreciaciones de expertos, por tipos de drogas, 1998-2007	6
II. Tendencias del consumo de drogas en base a las apreciaciones de expertos, 1998-2007	7
III. Número estimado de consumidores de drogas ilícitas por años (fines de los 90-2007) y tipos de drogas	12
IV. África: apreciaciones de expertos acerca de las tendencias del consumo de drogas entre la población en general, 1998-2007	18
V. América: apreciaciones de expertos acerca de las tendencias del consumo de drogas entre la población en general, 1998-2007	21
VI. Asia: Apreciaciones de expertos acerca de las tendencias del consumo de drogas entre la población en general, 1998-2007	25
VII. Europa: apreciaciones de expertos acerca de las tendencias del consumo de drogas entre la población en general; 1998-2007	30
Cuadro	
Estimaciones regionales y mundiales del número de personas que se inyectan drogas y son seropositivas; 2007	16

I. Introducción

1. El presente informe incluye un resumen de los datos más recientes de que dispone la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) sobre la demanda de drogas ilícitas desde 1998. Se basa en el examen de los datos sobre los indicadores principales comunicados por los Estados Miembros a la UNODC mediante el cuestionario para los informes anuales hasta noviembre de 2008 y en datos tomados de otras fuentes nacionales y regionales y de publicaciones científicas.

2. En la Declaración política aprobada por la Asamblea General en su vigésimo período de extraordinario de sesiones (resolución S-20/2, anexo) se fijaron dos objetivos de amplio alcance para la reducción de la demanda de drogas: a) el establecimiento de nuevos o mejores programas y estrategias de reducción de esa demanda, a más tardar en 2003; y b) lograr resultados importantes y mensurables en cuanto a la reducción de la demanda, a más tardar en 2008.

3. Varios países han hecho progresos significativos desde 1998 en la tarea de reunir datos conformes al conjunto recomendado de indicadores epidemiológicos comunes básicos en materia de drogas¹. Desde 2001 más de 100 Estados han presentado alguna información sobre el consumo de estupefacientes en el respectivo país².

4. A lo largo del pasado decenio la UNODC ha señalado constantemente que la calidad y cantidad de los datos sobre la situación en cuanto al consumo de drogas distaban mucho de ser satisfactorias. Faltan datos recientes de muchos países, incluso de aquellos que disponen de capacidad para reunirlos con regularidad. Existen grandes lagunas con respecto a lo siguiente: a) prevalencia del consumo de drogas entre la población en general y los jóvenes; b) demanda de tratamiento

¹ Los indicadores epidemiológicos básicos en materia de drogas especificados, conocidos como “Consenso de Lisboa” fueron: el consumo de drogas entre la población en general (estimaciones de la prevalencia e incidencia); el consumo de drogas entre los jóvenes (estimaciones de la prevalencia e incidencia); el uso indebido de drogas de alto riesgo (estimaciones del número de personas que consumen drogas por inyección y de la proporción cuyo comportamiento es de alto riesgo, así como estimaciones del número de consumidores diarios); la utilización de servicios por problemas de drogas (número de personas que buscan ayuda por un problema de esa índole); la morbilidad relacionada con las drogas (la prevalencia del VIH, la hepatitis B y la hepatitis C entre los consumidores de drogas ilícitas); y la mortalidad relacionada con las drogas (los casos de muerte directamente atribuibles al abuso de drogas).

² El hecho de que la UNODC recibiera respuestas al cuestionario para los informes anuales no significa que fueran completas o se enviasen a tiempo ni que la información que contenían fuera exacta. Cuando se redactó el presente informe la tasa de respuesta era del 56% (108 respuestas, incluidas las de territorios) con relación a 2007; 54% (104 respuestas) a 2006; 55% (106 respuestas) a 2005; 57% (110 respuestas) a 2004; 57% (109 respuestas) a 2003; 55% (106 respuestas) a 2002; 54% (103 respuestas) a 2001; 41% (80 respuestas) a 2000; 49% (94 respuestas) a 1999; y 58% (112 respuestas) a 1998. La fecha límite de devolución del cuestionario para los informes anuales contestado con relación a 2007 fue el 30 de junio de 2008. Todos los datos de cuestionarios para los informes anuales que figuran en el presente informe provienen de las respuestas recibidas de los Estados Miembros antes del 30 de noviembre de 2008.

contra drogas; y c) prevalencia del consumo de drogas por inyección y de la infección por VIH entre los jóvenes que se inyectan. En algunos casos regiones enteras descuidan cumplir sus obligaciones de presentación de informes.

5. Cincuenta y nueve Estados Miembros (el 31%) facilitaron estimaciones nacionales anuales de la prevalencia del consumo de drogas en sus respuestas al cuestionario para los informes anuales, con relación a 1998. Al 1° de noviembre de 2008, 65 Estados Miembros (34%) habían presentado datos de cualquier año anterior. El número de Estados Miembros que facilitan datos por medio del cuestionario para los informes anuales viene disminuyendo desde 2004³, lo que significa que, aunque el cuestionario es una fuente importante de información, no ofrece necesariamente una imagen completa de la situación en cuanto al abuso de drogas. Por consiguiente, es esencial que, siempre que sea posible, esos datos se complementen con información adicional.

6. El presente informe expone a grandes rasgos los principales problemas y lagunas del conocimiento. También ofrece algunos ejemplos de fuentes y modelos alternativos de recopilación de datos, además del cuestionario para los informes anuales.

II. Panorama general

7. Mucho de lo que las Naciones Unidas conocen sobre las tendencias mundiales del consumo de drogas proviene de las respuestas de los Estados Miembros al cuestionario para los informes anuales, que esos Estados tienen el deber de presentar a la UNODC anualmente. A lo largo del tiempo numerosos Estados Miembros han realizado un enérgico esfuerzo por presentar datos con regularidad por medio de los cuestionarios para los informes anuales.

8. No obstante, subsisten grandes lagunas en la información. En 2008 muchos Estados no presentaron respuestas a la UNODC (véase el mapa 1). Las lagunas no afectan de manera uniforme a las regiones, pues existen grandes diferencias de capacidad de recopilación de datos. Falta información procedente de varios Estados de diversas subregiones de África así como del Oriente Cercano y Medio, Europa oriental y sudoriental, Asia oriental y sudoriental, partes de América Latina y casi todos los Estados y territorios insulares de Oceanía.

³ Cuando se redactó este informe, 98 de las 108 respuestas (el 91%) incluían al menos algún dato sobre el abuso de drogas ilícitas.

Mapa 1

Estados Miembros que contestaron al cuestionario para los informes anuales correspondientes a 2007

(situación en noviembre de 2008)



Nota: Los límites y nombres o las denominaciones que figuran en este mapa no significan respaldo ni aceptación oficial por parte de las Naciones Unidas. La línea de puntos representa aproximadamente la línea de control en Jammu y Cachemira convenida por la India y el Pakistán. El estatus final de Jammu y Cachemira no ha sido acordado aún por las partes.

9. Por ejemplo, en el último decenio (1998-2007), sólo seis de los 44 Estados africanos (el 14%) que respondieron a la sección del cuestionario relativa a las apreciaciones de expertos acerca de cualquier tipo de droga lo hicieron más de un 75% del tiempo⁴. Lo mismo sucedió con cinco de los 34 Estados de América que respondieron (el 15%), 12 de los 43 Estados de Asia que respondieron (29%), 23 de los 43 Estados de Europa que respondieron (55%) y un Estado de Oceanía.

10. La mayor parte de los Estados Miembros que contestaron no rellenaron por completo el cuestionario para los informes anuales, descuidando responder incluso a preguntas fundamentales (como las referentes a las apreciaciones de expertos sobre el consumo de drogas). En algunos casos los cuestionarios se devolvieron sin ningún dato.

A. Tendencias del consumo de drogas en base a las apreciaciones de expertos

11. La información más corrientemente comunicada se basa en las apreciaciones de expertos nacionales sobre el consumo de drogas, por tipos de las mismas. Esas apreciaciones bien fundadas y las tendencias generales deducidas de las mismas, se han comparado con datos directos sobre el consumo de drogas y se corresponden a grandes rasgos con las tendencias generales resultantes de otras fuentes de datos. Por ello puede considerarse que son por lo común útiles para indicar las tendencias generales del consumo de los diversos tipos de drogas ilícitas.

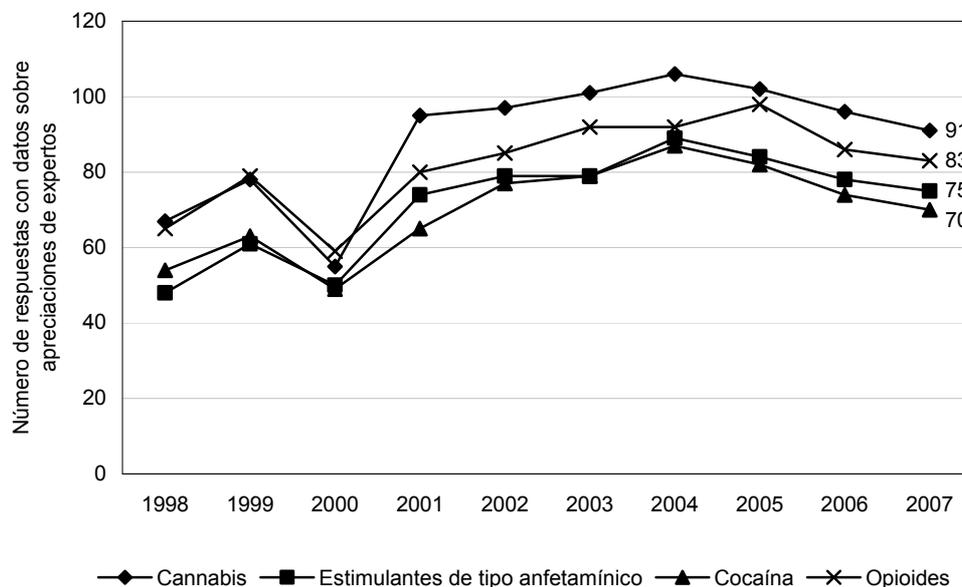
⁴ Concretamente, con referencia a la pregunta sobre el cannabis, que fue la sustancia notificada más corrientemente.

Sin embargo, menos de la mitad de todos los Estados Miembros suministran esa información cada año (figura I).

Figura I

Respuestas de los Estados Miembros que incluyen datos sobre apreciaciones de expertos, por tipos de drogas, 1998-2007

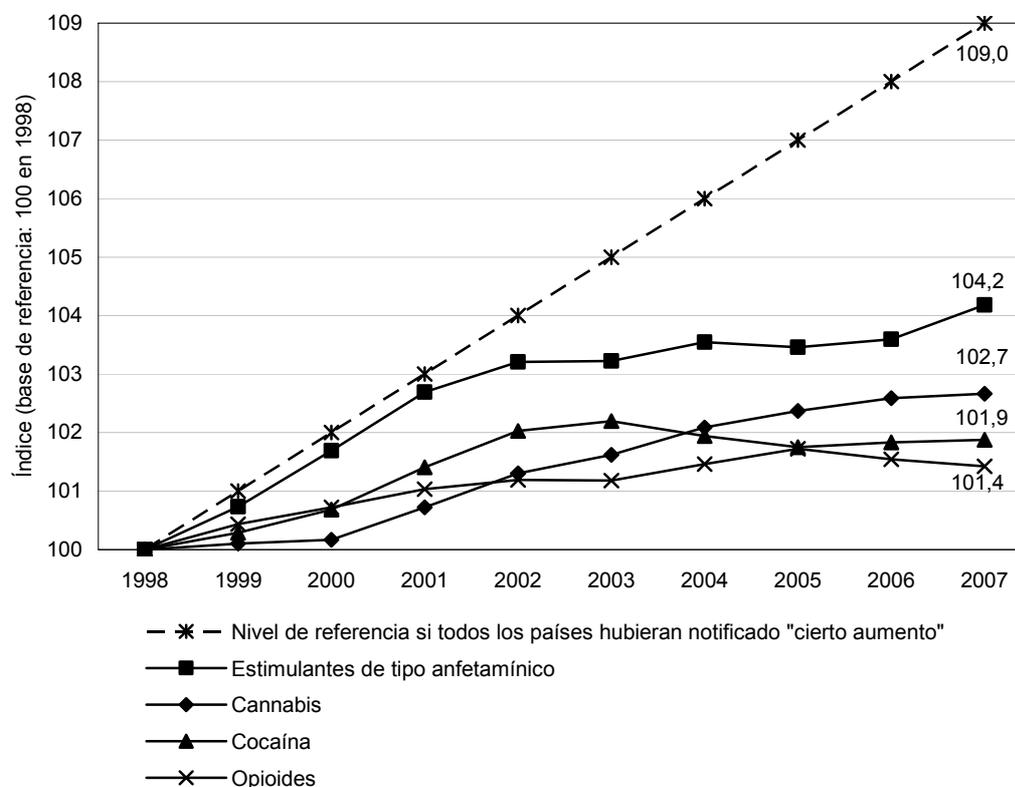
(situación en noviembre de 2008)



Fuente: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, cuestionario para los informes anuales.

12. En términos generales, la apreciación de los expertos nacionales, indicada en el cuestionario para los informes anuales, es que ha habido un ligero “crecimiento del consumo” de todos los tipos de drogas desde 1998 (figura II). Durante el período 1998-2007, los mayores aumentos comunicados corresponden a los estimulantes de tipo anfetamínico (anfetamina, metanfetamina y metilendioximetanfetamina (MDMA, conocida comúnmente como éxtasis)). Tras grandes incrementos durante el período 1998-2002, el abuso de estimulantes de tipo anfetamínico se estabilizó en el período 2003-2006 pero volvió a aumentar en 2007. El consumo de opioides y cocaína presentó los menores aumentos durante el período 1998-2007, en correspondencia con el declive continuo de su tasa de crecimiento desde 2000. El abuso de cannabis aumentó a lo largo del período 1998-2006 pero se estabilizó en 2007. No obstante, casi la mitad (42 de 91, o sea el 46%) de los Estados Miembros informantes apreciaron aumentos de ese consumo en 2007 y sólo 13 Estados notificaron una disminución.

Figura II
**Tendencias del consumo de drogas en base a las apreciaciones de expertos,
 1998-2007**
 (situación en noviembre de 2008)



Fuente: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, cuestionario para los informes anuales.

Nota: El índice refleja las variaciones del promedio ponderado de las apreciaciones de expertos sobre el consumo de drogas, por tipos de drogas. Todos los años se pide a los Estados Miembros que indiquen, en sus respuestas al cuestionario para los informes anuales, las tendencias crecientes, estables o decrecientes con respecto al consumo de los diferentes tipos de estupefacientes entre la población en general (personas de 15 a 64 años) según una escala de cinco puntos (gran aumento, cierto aumento, sin gran variación, cierto descenso y gran descenso). Las tendencias del consumo de drogas notificadas se ponderaron con respecto a la proporción de consumidores de un país expresada como porcentaje del consumo mundial de estupefacientes tomado del *Informe Mundial sobre las Drogas 2008* (publicación de las Naciones Unidas, N° de venta S.08.XI.11) utilizando las previsiones demográficas para 2007. (Esto supone un pequeño cambio de método en comparación con el utilizado en el anterior informe de la Secretaría sobre la situación mundial con respecto al uso indebido de drogas (E/CN.7/2008/4) en el cual los aumentos y disminuciones de las apreciaciones del abuso de drogas se ponderaban con respecto a la población total y no a la de consumidores). Si todos los Estados hubieran notificado "cierto aumento" la línea representativa de la tendencia mundial habría aumentado en un punto cada año, llegando a 109 en 2007. La ventaja de este análisis, en su forma más adecuada, es que, al tener en cuenta la magnitud de la población consumidora de drogas a la que se refiere la tendencia estimada, se reduce notablemente el riesgo de una gran sobrevaloración o una gran infravaloración de la magnitud de las tendencias regionales. Por ejemplo, un "gran aumento" del consumo de

cannabis en un país con pequeña población de consumidores se considera menos significativo de lo que sería “cierto aumento” en un país con una gran población consumidora. Aunque esa información, que se basa en apreciaciones de expertos, tiene sus limitaciones, es la que han suministrado la mayoría de los países con relativa regularidad a lo largo de los años.

13. Según las apreciaciones de expertos, pese al aumento global del abuso de estimulantes de tipo anfetamínico en 2007, dicho consumo mostró indicios de estabilización e incluso de declive en los Estados Miembros de elevados ingresos (en Europa central y occidental, América del Norte y Oceanía). Treinta y seis de 75 Estados Miembros (el 48%) comunicaron un crecimiento del abuso de estimulantes de tipo anfetamínico en 2007, es decir un aumento frente a 2006, año en que el 41% de los Estados informantes indicaron un incremento de tal consumo. Esta constatación se ha relacionado con el crecimiento de la fabricación y abuso de esas sustancias en los países de ingresos bajos y medios, cuya capacidad de respuesta al problema es limitada⁵. Los Estados Miembros que notificaron haber apreciado cierto aumento del consumo de sustancias de tipo anfetamínico eran principalmente del Asia oriental y sudoriental y del Oriente Cercano y Medio.

14. Las tendencias del consumo de opioides variaron notablemente de unas regiones a otras. Treinta y siete de los Estados Miembros informantes (el 45%) indicaron un crecimiento de dicho consumo. La mayoría de los aumentos se registraron en África, continente en el que, de todas formas, la amplitud de las poblaciones consumidoras de opioides siguió siendo relativamente reducida. Las subregiones con largo historial de abuso de opioides (es decir, América del Norte, Europa occidental y central y Asia oriental y sudoriental) comunicaron que ese consumo se había reducido o estabilizado. Los aumentos notificados en los países del Asia central y Europa oriental son motivo de inquietud y se han puesto en relación con el rápido aumento de la propagación del VIH entre los consumidores que se inyectan opioides.

15. Según las apreciaciones de expertos que figuran en las contestaciones al cuestionario para los informes anuales, el abuso de cocaína se estabiliza actualmente (tras crecer constantemente durante muchos años), tendencia impulsada por las disminuciones notificadas en América del Norte. Sin embargo, muchos Estados con un historial de consumo de cocaína más limitado comunicaron cierto aumento en 2007 (36 de 70 Estados Miembros informantes, o sea el 51%); los mayores aumentos los notificaron Estados de América Latina y el Caribe, África y Europa.

B. Estimación de la prevalencia del consumo de drogas

16. Los datos de prevalencia del consumo de drogas deducidos de encuestas a la población en general (adecuadas en el caso de los estupefacientes más generalizados como el cannabis), o de los denominados métodos de estimación de la “prevalencia indirecta” (en el caso de los estupefacientes menos corrientes, como los opioides), ofrecen una medida más objetiva de la amplitud del abuso de drogas y la drogodependencia.

17. Los datos de ese tipo son raros. Un examen realizado por el Grupo de expertos sobre trastornos mentales y consumo de drogas ilícitas como parte del Estudio de la

⁵ *Amphetamines and Ecstasy: 2008 Global ATS Assessment* (publicación de las Naciones Unidas, N° de venta E.08.XI.12).

carga mundial de morbilidad, lesiones y factores de riesgo⁶ muestra que en la mayoría de los países existen ciertas indicaciones sobre el abuso de drogas y la disponibilidad de las mismas (véanse los mapas 2 a 5). Pero es raro que se efectúen encuestas sobre el consumo basadas en la población y las estimaciones de la amplitud de la drogodependencia en la población son aún menos corrientes.

Mapa 2

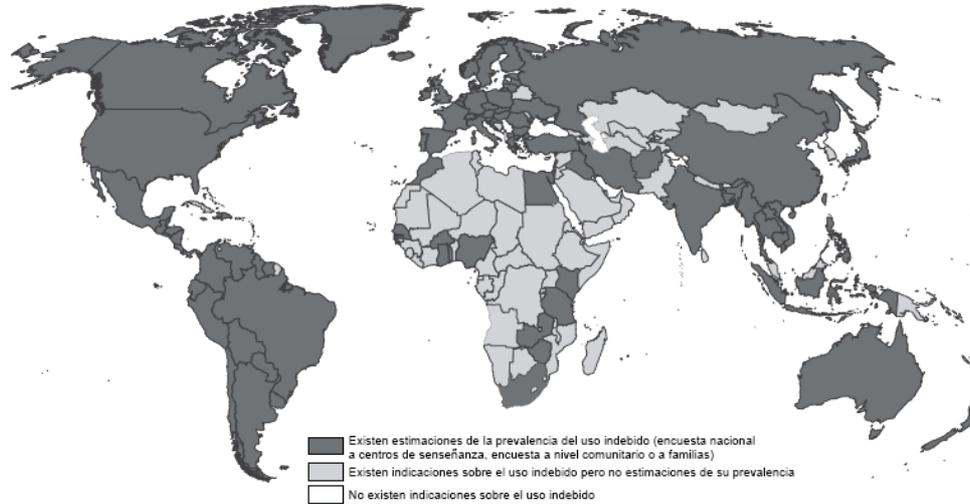
Opioides: existencia de indicaciones sobre su uso indebido en los Estados Miembros



Nota: Los límites y nombres o las denominaciones que figuran en este mapa no significan respaldo ni aceptación oficial por parte de las Naciones Unidas. La línea de puntos representa aproximadamente la línea de control en Jammu y Cachemira convenida por la India y el Pakistán. El estatus final de Jammu y Cachemira no ha sido acordado aún por las partes.

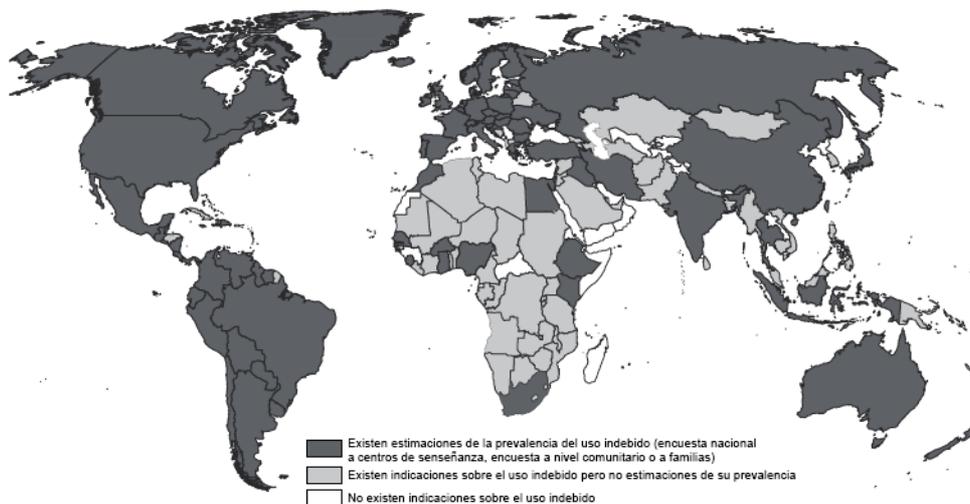
⁶ El Estudio de la carga mundial de morbilidad, lesiones y factores de riesgo es una tarea de colaboración internacional en la que participan la Organización Mundial de la Salud, el Centro Nacional de Investigación sobre Drogas y Alcohol de la Universidad de Nueva Gales del Sur y el Centro Queensland de Investigación sobre la Salud Mental, Universidad de Queensland (Australia) y la Universidad de Harvard, el Instituto de Métrica y Evaluación de la Salud de la Universidad de Washington y la Universidad John Hopkins (Estados Unidos de América).

Mapa 3
Cannabis: existencia de indicaciones sobre su uso indebido en los Estados Miembros



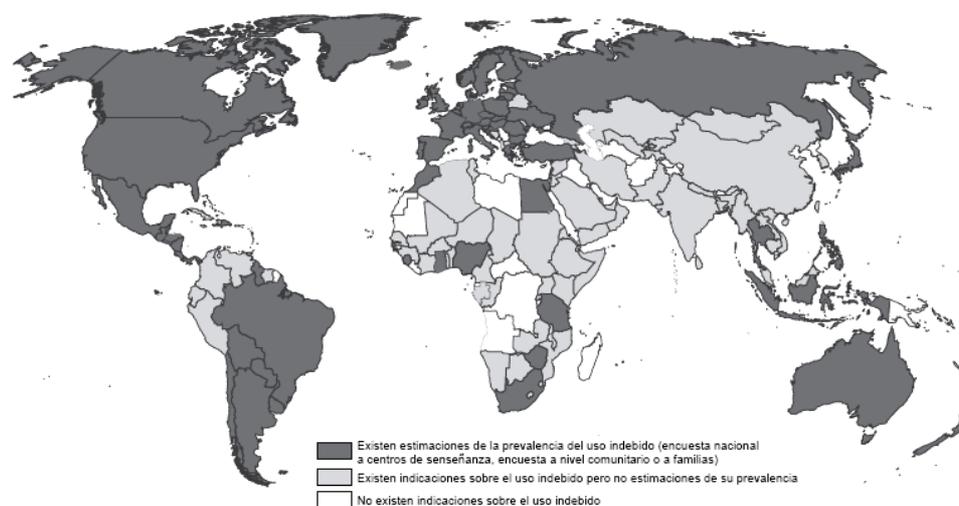
Nota: Los límites y nombres o las denominaciones que figuran en este mapa no significan respaldo ni aceptación oficial por parte de las Naciones Unidas. La línea de puntos representa aproximadamente la línea de control en Jammu y Cachemira convenida por la India y el Pakistán. El estatus final de Jammu y Cachemira no ha sido acordado aún por las partes.

Mapa 4
Cocaína: existencia de indicaciones sobre su uso indebido en los Estados Miembros



Nota: Los límites y nombres o las denominaciones que figuran en este mapa no significan respaldo ni aceptación oficial por parte de las Naciones Unidas. La línea de puntos representa aproximadamente la línea de control en Jammu y Cachemira convenida por la India y el Pakistán. El estatus final de Jammu y Cachemira no ha sido acordado aún por las partes.

Mapa 5

Anfetaminas: existencia de indicaciones sobre su uso indebido en los Estados Miembros

Nota: Los límites y nombres o las denominaciones que figuran en este mapa no significan respaldo ni aceptación oficial por parte de las Naciones Unidas. La línea de puntos representa aproximadamente la línea de control en Jammu y Cachemira convenida por la India y el Pakistán. El estatus final de Jammu y Cachemira no ha sido acordado aún por las partes.

18. Los resultados de ese examen son coherentes con la información recibida por la UNODC mediante el cuestionario para los informes anuales. Ambos métodos muestran que sólo 58 países efectuaron encuestas generales basadas en la población sobre el consumo de drogas entre 2000 y 2007. De los que realizaron tal encuesta, la mayoría sólo llevó a cabo una, lo cual significa que, por lo general, se carece de datos objetivos sobre las tendencias de la prevalencia de ese consumo. Además, no está clara la medida en que algunas de las encuestas dieron estimaciones válidas o verdaderamente representativas de la prevalencia del consumo, dadas las cuestiones de metodología y otra índole que posiblemente influyeron en los resultados en algunos países. Algunas de las encuestas realizadas abarcaron sólo zonas limitadas de un país o se efectuaron sólo sobre ciertas subpoblaciones.

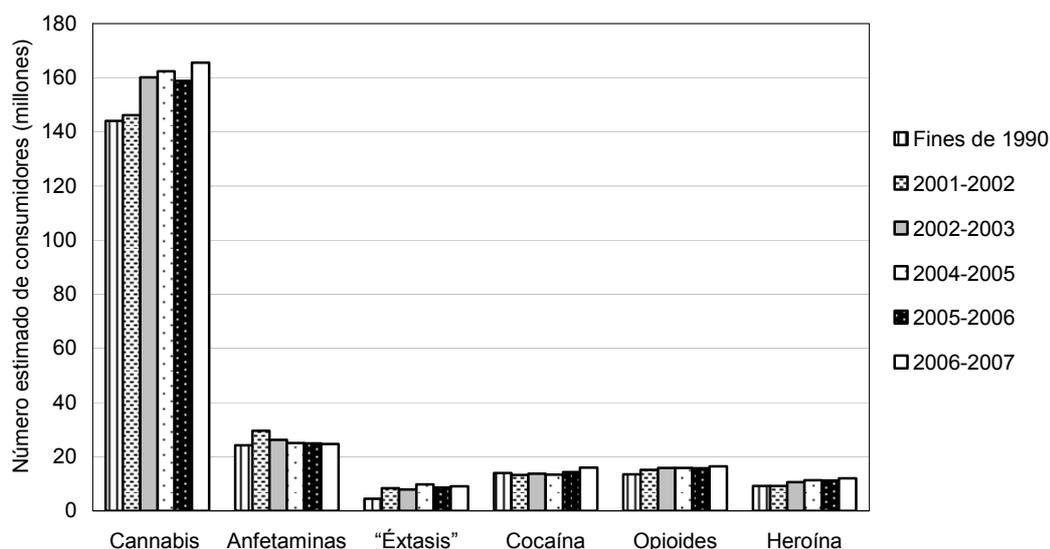
19. La inexistencia de tales datos significa que, en muchos casos, se dispone de escasa información objetiva en que basar las estimaciones de la magnitud de la población consumidora de estupefacientes o seguir las variaciones a lo largo del tiempo. Lamentablemente, así sucede en el caso de países de gran población como China y la India, lo que afecta a la capacidad de hacer estimaciones exactas y actualizadas de la prevalencia a nivel regional y mundial. Asimismo, la falta de información forense sistemática hace también imposible formarse una imagen precisa de las sustancias que se consumen y de cómo varía con el tiempo la demanda de las diferentes sustancias.

20. La figura III muestra, sobre la base de los datos facilitados a la UNODC, el número estimado de personas que han consumido drogas en todo el mundo durante el pasado decenio. El cannabis sigue siendo claramente, con gran diferencia, la droga ilícita más consumida, pues la usaron más de 160 millones de personas en el período 2006-2007, frente a poco más de 140 millones a fines de la década de

los 90. No obstante, la tasa de prevalencia permaneció relativamente invariable situándose en poco menos del 5% de las personas de 15 a 64 años. En cambio, fueron menos los consumidores de opioides, cocaína y anfetaminas. Se estima que desde fines de la década de los 90 las tasas de prevalencia de estas drogas han permanecido relativamente estables.

Figura III

Número estimado de consumidores de drogas ilícitas por años (fines de los 90-2007) y tipos de drogas



Fuente: *Informe Mundial sobre las Drogas 2008* (publicación de las Naciones Unidas, N° de venta S.08.XI.11).

21. Se piensa que el consumo mundial de estimulantes de tipo anfetamínico se ha estabilizado en los últimos años (figura III), pero esta mejoría se ha dado en gran parte en los países desarrollados⁷. En otros lugares, especialmente en el Asia oriental y sudoriental⁸ y el Oriente Medio, el problema ha ido en aumento. En muchos países de estas subregiones es posible que las medidas de respuesta efectivas se vean frenadas por limitaciones en el ámbito social, político, estructural y de la capacidad, así como por la renuencia a percatarse de la magnitud del problema⁹. La existencia de tales obstáculos es causa de gran preocupación, ya que afecta a las regiones más vulnerables a una futura expansión del abuso de estimulantes de tipo anfetamínico.

⁷ *Amphetamines and Ecstasy: 2008 Global ...*

⁸ El aumento más reciente del abuso de estimulantes de tipo anfetamínico notificado por Tailandia no se ha incluido aún en la estimación de la prevalencia mundial relativa a esas drogas para el período 2006-2007.

⁹ *Amphetamines and Ecstasy: 2008 Global ...*

22. Las estimaciones se fundan en los escasos datos facilitados a la UNODC, lo que significa que los datos presentados en la figura III adolecen de considerable incertidumbre. La carencia de datos firmes hace difícil un cálculo del verdadero número de consumidores de drogas ilícitas así como de la medida en que ese número varía con el tiempo.

23. También es preciso estimar el número de consumidores problemáticos (personas drogodependientes). Una forma de hacerlo es medir los indicadores básicos como el número de personas que reciben tratamiento por su dependencia de diferentes drogas, teniendo en cuenta, sin embargo, que esos datos no son equivalentes al número de personas que necesitan (o desean) tratamiento¹⁰. Desafortunadamente, esa sigue siendo la única fuente de datos sobre el consumo problemático de drogas en muchos países.

24. Es importante fundarse en estudios especiales para hacer estimaciones indirectas del número de consumidores problemáticos de drogas. En tales estudios se utilizan los llamados “procesos indirectos de estimación” para calcular el número de dichos consumidores. En general, los Estados miembros de la Unión Europea son los que han llevado a cabo los trabajos más amplios y minuciosos para calcular y actualizar esas estimaciones a lo largo del tiempo y comunicarlas anualmente al Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. En muchos países, en particular en Asia central y sudoccidental, donde se reconoce que el consumo de drogas (en especial de opioides) es un problema, se han realizado estudios para estimar la amplitud de esas poblaciones de consumidores. Ello supone una importante novedad que contribuirá a conocer mejor el problema del uso de drogas ilícitas. En muchos países sólo se han realizado estimaciones indirectas de la prevalencia una vez en el último quinquenio, lo que dificulta el reconocimiento de tendencias en los problemas de consumo de estupefacientes.

25. Dado que la información recibida directamente de los Estados Miembros por medio del cuestionario para los informes anuales es a veces limitada y obsoleta, es preciso complementarla con datos sobre las características nacionales y regionales del consumo de drogas procedentes de otras fuentes y de publicaciones científicas evaluadas por expertos.

C. Estimación de la prevalencia del consumo de drogas por inyección

26. Además del cuestionario para los informes anuales, hay otros mecanismos destinados a facilitar la recopilación y síntesis de datos sobre el consumo de drogas ilícitas. Uno de ellos es el Grupo de Referencia de las Naciones Unidas sobre el VIH y el consumo de drogas por inyección¹¹, que presta asesoramiento pericial

¹⁰ Los datos de tratamiento son una indicación de la amplitud de los servicios prestados. El número de personas realmente en tratamiento podría, de hecho, verse limitado por la insuficiente capacidad para prestar esos servicios o por la ausencia completa de métodos de tratamiento eficaces o atrayentes (cuestión concerniente en particular a los consumidores de cocaína y estimulantes de tipo anfetamínico).

¹¹ Entre las publicaciones recientes y de próxima aparición facilitadas por el Grupo de Referencia de las Naciones Unidas sobre el VIH y el consumo de drogas por inyección figuran las siguientes: B. M. Mathers y otros, “Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review”, *The Lancet*, vol. 372, N° 9651 (2008), págs. 1733 a 1745; L. Degenhardt y otros, “Benefits and risks of pharmaceutical opioids: essential

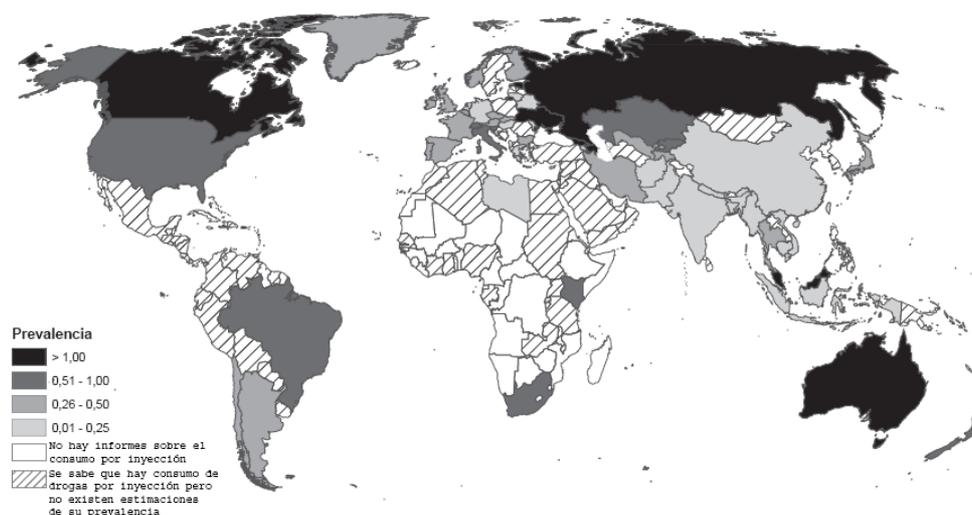
independiente a la UNODC, al Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA y a la Organización Mundial de la Salud, entre otras entidades, sobre la epidemiología del consumo de drogas por inyección y el VIH en todo el mundo, métodos eficaces de prevención del VIH y servicios de atención a los infectados por el virus.

27. En el artículo publicado en 2008 por el Grupo de Referencia¹² se presentaron estimaciones mundiales y regionales del número de consumidores de drogas por inyección deducidas de los datos de prevalencia existentes. En él se estimó que había en todo el mundo 15,9 millones de personas (campo de variación 11-21 millones) que se inyectaban. Se calculó que China, los Estados Unidos de América y la Federación de Rusia tenían las poblaciones más numerosas (punto medio) de consumidores de drogas inyectables; a los tres países juntos corresponde el 45% de la población total estimada de personas que se inyectan drogas. También se constató que los datos disponibles sobre prevalencia a nivel de país del consumo por inyección variaban grandemente de unos países a otros, con un punto medio que variaba de 0,02% en Camboya y la India a más de 1,00% en los 10 países o zonas siguientes: Azerbaiyán (5,2 %), Georgia (4,2 %), Mauricio (2,1 %), Federación de Rusia (1,8 %), Estonia (1,5 %), Malasia (1,3 %), Canadá (1,3 %), Ucrania (1,2 %), Puerto Rico (1,2 %) y Australia (1,1 %).

treatment and diverted medication; a global review of availability, extra-medical use, injection and the association with HIV,” monografía temática preparada en nombre del Grupo de Referencia de las Naciones Unidas sobre el VIH y el consumo de drogas por inyección para la Universidad de Nueva Gales del Sur, Sydney (Australia), 2008 (próxima aparición); L. Degenhardt y otros, “The global epidemiology of methamphetamine injection: a review of the evidence on use and associations with HIV and other harm,” documento elaborado para el Centro Nacional de Investigación sobre Drogas y Alcohol de la Universidad de Nueva Gales del Sur, Sydney, (Australia), 2007.

¹² B.M. Mathers y otros, “Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review,” *The Lancet*, vol. 372, N° 9651 (2008), págs. 1733 a 1745.

Mapa 6
Prevalencia estimada^a del consumo de drogas por inyección en todo el mundo



Fuente: Grupo de Referencia de las Naciones Unidas sobre el VIH y el consumo de drogas por inyección.

Nota: Los límites y nombres o las denominaciones que figuran en este mapa no significan respaldo ni aceptación oficial por parte de las Naciones Unidas. La línea de puntos representa aproximadamente la línea de control en Jammu y Cachemira convenida por la India y el Pakistán. El estatus final de Yammu y Cachemira no ha sido acordado aún por las partes.

^a Muchas de las estimaciones adolecen de considerable incertidumbre.

28. De los 148 Estados Miembros informantes, 120 han comunicado las tasas de infección por el VIH entre las personas que se inyectan drogas. Según esa información, el VIH no se había detectado entre esos consumidores, o su prevalencia era inferior a 0,01%, en sólo ocho países; en 20 países, donde se sabía que se consumían drogas inyectables, no se disponía de información sobre la infección por el VIH entre esos drogodependientes¹³. La prevalencia del VIH entre los consumidores de drogas inyectables variaba extraordinariamente de unos países a otros y también dentro de ellos. La mayor prevalencia estimada del VIH entre los consumidores que se inyectaban correspondía a América Latina y Europa oriental. En el cuadro se presentan estimaciones del número de personas que se inyectan drogas y del número de consumidores de drogas inyectables que posiblemente vivan infectadas por el VIH¹⁴.

¹³ En 63 casos las estimaciones se efectuaron sobre la base de investigaciones realizadas entre 2004 y 2007. En muchos países la prevalencia del VIH se había estimado realizando muestreos en diferentes lugares de todo el país. En cambio, en otros casos, los datos sobre prevalencia del VIH entre los consumidores de drogas por inyección parecían haberse calculado sobre la base de información reunida en sólo un escaso número de lugares. De las 84 estimaciones a nivel de país, 52 se basaban en encuestas de ámbito nacional, 16 en estudios de zonas y ciudades múltiples y otras 16 en muestras de una sola zona o ciudad.

¹⁴ En vista de la gran incertidumbre que afecta a las estimaciones a causa de las lagunas y limitaciones existentes en los datos, se indican también los campos de variación de las estimaciones.

Estimaciones regionales y mundiales del número de personas que se inyectan drogas y son seropositivas, 2007

Subregión o zona	Número de personas que se inyectan drogas		Estimación de la prevalencia subregional, expresada como punto medio, del consumo de drogas por inyección (porcentaje)	Número estimado de personas que se inyectan drogas y son seropositivas		Estimación de la prevalencia regional, expresada como punto medio, del VIH entre los consumidores de drogas por inyección (porcentaje)
	Punto medio estimado	Campo de variación		Punto medio estimado	Campo de variación	
Europa oriental	3 476 500	2 540 000-4 543 500	1.50	940 000	18 500-2 422 000	27.0
Australia y Nueva Zelandia	173 500	105 000-236 500	1.03	2 500	500-6 000	1.5
Canadá y los Estados Unidos	2 270 500	1 604 500-3 140 000	0.99	347 000	127 000-709 000	15.3
Caribe	186 000	137 500-241 500	0.73	24 000	6 000-52 500	12.9
Asia central	247 500	182 500-321 000	0.64	29 000	16 500-47 000	11.8
América Latina	2 018 000	1 508 000-2 597 500	0.59	580 500	181 500-1 175 500	28.8
África Subsahariana	1 778 500	534 500-3 022 500	0.43	221 000	26 000-572 000	12.4
Europa occidental	1 044 000	816 000-1 299 000	0.37	114 000	39 000-210 500	10.9
Estados insulares y territorios del Pacífico	19 500	14 500-25 000	0.36	500	<250-500	1.4
Asia oriental y sudoriental	3 957 500	3 043 500-4 913 000	0.27	661 000	313 000-1 251 500	16.7
Asia meridional	569 500	434 000-726 500	0.06	74 500	34 500-135 500	13.1
Oriente Medio y África septentrional	121 000	89 000-156 500	0.05	3 500	1 500-6 500	2.9
Estimaciones mundiales extrapoladas	15 861 500	11 008 500-21 222 000	0.37	2 997 500	764 000-6 589 000	18.9

Fuente: Grupo de Referencia de las Naciones Unidas sobre el VIH y el consumo de drogas por inyección.

29. El Grupo de Referencia de las Naciones Unidas sobre el VIH y el consumo de drogas por inyección ha señalado la escasez de los datos sobre este tipo de consumo, conducta ilícita que incita a los involucrados a devenir una población clandestina, lo que hace difícil determinar la amplitud del número de personas que lo practican. Las encuestas a la población suelen infravalorar la prevalencia de dicho consumo y los métodos indirectos de estimación del número, aunque preferibles, pueden ser imprecisos. Los países en desarrollo en especial tienen problemas técnicos para la recopilación de esos datos, mientras que los datos provenientes de muchos países de

ingresos elevados suelen ser un tanto obsoletos¹⁵ (las estimaciones nacionales más recientes acerca del consumo de drogas por inyección de ocho países de Europa occidental databan de 2000 o años anteriores).

III. Resúmenes regionales

30. La presente sección ofrece una visión general de las tendencias del consumo de drogas en las diferentes regiones. Contiene información sobre países de Asia donde vive la mayoría de los consumidores de drogas de todo el mundo. También presenta las tendencias generales, las novedades recientes y una breve indicación de las nuevas cuestiones que surgen y las lagunas del conocimiento existentes.

A. África

31. En 2007 sólo 17 de los 53 Estados de África presentaron respuestas a la sección sobre apreciaciones de expertos que figura en el cuestionario para los informes anuales. En consecuencia, los datos existentes acerca del consumo de drogas en África provienen en gran parte de la información sobre la demanda de tratamiento, algunas encuestas en escuelas y las conclusiones de evaluaciones rápidas de dicho consumo.

1. Abuso de drogas y tendencias

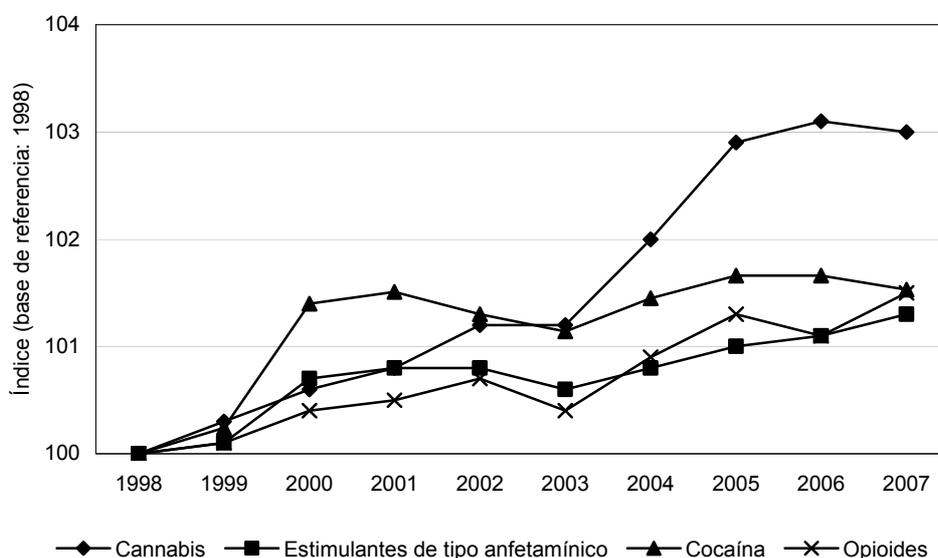
32. Según las opiniones de expertos, el consumo de drogas en general así como el de cannabis y, en menor medida el de estimulantes de tipo anfetamínico en particular, ha aumentado durante el último decenio (figura IV). El cannabis es la droga que más se consume en África. También es el principal estupefaciente determinante de la mayoría de los tratamientos por abuso de drogas (el 64%)¹⁶. Seis países notificaron aumentos del consumo de cannabis, mientras que tres comunicaron disminuciones con referencia a 2007. En Sudáfrica los tratamientos iniciados por drogadicción en los que el cannabis fue un factor primordial permanecieron francamente estables en 2007 y 2008¹⁷.

¹⁵ El Grupo de Referencia señaló la heterogeneidad de las definiciones del consumo de drogas por inyección así como la ausencia de estimaciones reiteradas, lo que dificulta comprender la forma en que la amplitud de las poblaciones que consumen drogas por inyección podría variar con el tiempo y las regiones geográficas. B. M. Mathers y otros "Global epidemiology ..."

¹⁶ Promedios no ponderados, excluidos los casos de tratamiento relacionados con el tabaco y el alcohol. (*Informe Mundial sobre las Drogas 2008 ...*).

¹⁷ A. Plüddemann y otros, "Alcohol and drug abuse trends: January–June 2008 (phase 24)", *South African Community Epidemiology Network on Drug Use (SACENDU) Update*, 18 de noviembre de 2008.

Figura IV
África: apreciaciones de expertos acerca de las tendencias del consumo de drogas entre la población en general, 1998-2007
 (situación en noviembre de 2008)



Fuente: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, cuestionario para los informes anuales.

33. En 2007 expertos de países africanos notificaron un incremento del consumo de opioides. También es probable que el de cocaína haya aumentado en África, sobre todo en el África occidental y central, en 2007, pero no existen datos exactos sobre las tendencias en materia de estupefacientes en esas subregiones. Fueron pocos los países del África occidental y central que informaron sobre las tendencias del consumo de drogas a la UNODC en el cuestionario para los informes anuales, razón por la que las tendencias relativas a 2007 tienden a reflejar los informes de los países del África septentrional y meridional.

34. Más de la mitad de los expertos de los Estados Miembros informantes de África apreciaron un aumento del consumo de opioides, que es atribuible en parte al creciente papel de países africanos como zonas de tránsito para el contrabando de heroína del Afganistán a Europa. Los opioides son el segundo tipo de droga más corrientemente mencionado en los casos de tratamiento por drogadicción (se indica en el 16% de los casos). La demanda de tratamiento es mayor en las partes orientales y meridionales de África. Las estimaciones de la UNODC relativas a África señalan que abusan de opioides alrededor de 1,4 millones de personas (el 0,3% de la población de 15 a 64 años). Según un reciente estudio¹⁸ se estima que la prevalencia más alta del consumo de opioides corresponde a Mauricio¹⁹, país al que sigue Egipto (que se considera es el mayor mercado de opioides del África

¹⁸ I. Ghaz, *National Study of Addiction, Prevalence of the Use of Drugs and Alcohol in Egypt* (El Cairo, 2007).

¹⁹ *Informe Mundial sobre las Drogas 2008 ...*

continental). En África casi todos los opioides se consumen en forma de heroína que es el estupefaciente principal usado por los drogodependientes problemáticos en varios países africanos (por ejemplo Kenya, Mauricio, Nigeria, la República Unida de Tanzania y Zambia)^{20,21,22}. En un reciente estudio referente a Cabo Verde se estimó que el 25% de la población consumidora de drogas usaba heroína; se calculó que una proporción similar de los reclusos drogodependientes consumía también heroína²³. En Sudáfrica ha experimentado un gran aumento la entrada en tratamiento de drogadictos que consumen heroína como droga primaria o secundaria (entre el 12% y el 32% de los pacientes)²⁴. Aunque la heroína se fuma por lo general, es inyectada en un número creciente de casos.

35. Existe muy poca información detallada sobre el consumo de estimulantes de tipo anfetamínico en África²⁵. Un motivo de preocupación es el número creciente de informes que indican que la disponibilidad de estos estimulantes empieza a ser mayor en algunos países africanos, entre ellos Burkina Faso²⁶, Cabo Verde, el Camerún, Ghana, Nigeria, Seychelles y Sudáfrica (donde hay claras muestras de que aumentan el número de personas tratadas por abuso de tales estimulantes y las detenciones efectuadas en relación con estas drogas)²⁷. También se ha informado del consumo de dichos estimulantes en varios países del África central y occidental (en particular Côte d'Ivoire, Ghana, Nigeria, Senegal y Sierra Leona) y en países del África meridional (principalmente Sudáfrica), y África septentrional (Egipto). Un estudio recientemente realizado en este último país señalaba que el 0,5% de la población de 15 a 64 años había consumido estimulantes de tipo anfetamínico en el año anterior²⁸. En Nigeria los informes indicaban que la metanfetamina se consumía con mayor frecuencia en la parte norte, pero que parecía estar extendiéndose al resto del país²⁹. Las autoridades de Burkina Faso han comunicado que el consumo va en aumento³⁰; según los datos de tratamiento de un hospital psiquiátrico de

²⁰ R. Abdool, F. T. Sulliman, y M. I. Dhannoo, "The injecting drug use and HIV/AIDS nexus in the Republic of Mauritius", *African Journal of Drug and Alcohol Studies*, vol. 5 N° 2 (2006), págs. 107 a 116.

²¹ C. Deveau, B. Levine y S. Beckerleg, "Heroin use in Kenya and findings from a community based outreach programme to reduce the spread of HIV/AIDS" *African Journal of Drug Studies*, vol. 5, N° 2 (2006), págs. 95 a 106.

²² S. Timpson y otros, "Substance abuse, HIV risk and HIV/AIDS in Tanzania", *African Journal of Drug and Alcohol Studies*, vol. 5 N° 2 (2006), págs. 157 a 168.

²³ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y el Ministerio de Justicia, Comisión de Coordinación de la Lucha contra la Droga, *Study on the Situation of Drug Abuse-related HIV/AIDS in Cape Verde: Rapid Situation Assessment* (enero de 2008).

²⁴ A. Plüddemann y otros "Alcohol and drug abuse trends

²⁵ *Anphetamines and Ecstasy 2008 Global*

²⁶ *Anphetamines and Ecstasy 2008 Global*

²⁷ C. D. H. Parry y A. L. Pithey. "Risk behaviour and HIV among drug using populations in South Africa", *African Journal of Drug and Alcohol Studies*, vol. 5 N° 2 (2006), págs. 139 a 156.

²⁸ I. Ghaz, *National Study of Addiction*

²⁹ Dada la existencia de mercados no reglamentados (paralelos) en toda la región, se supone que el consumo de estimulantes de tipo anfetamínico en el África occidental está en gran parte relacionado con la desviación de preparados médicos que contienen varios tipos de esos estimulantes. A. B. Makanjuola, T. O. Daramola y A. O. Obembe, "Psychoactive substance use among medical students in a Nigerian university", *World Psychiatry*, vol. 6. N° 2 (2007), págs. 112 a 114; A. A. Abdulkarim, O. A. Mokuolu y A. Adeniyi, "Drug use among adolescents in Ilorin, Nigeria", *Tropical Doctor*, vol. 35, N° 4 (2005), págs. 225 a 228.

³⁰ *Anphetamines and Ecstasy 2008: Global*

Ouagadougou en 2006, era imputable a las anfetaminas el 28% de todos los casos en que se daba tratamiento por drogodependencia³¹. En Cabo Verde se constató que el 11% de la población consumidora de drogas abusaba de estimulantes de tipo anfetamínico; una proporción semejante de los reclusos drogadictos consumía también tales estupefacientes (el 14%)³². En Sudáfrica es posible que la disponibilidad de metanfetamina esté estabilizándose, pero ha habido informes que indicaban que muchas personas solicitaban tratamiento por dependencia de la metanfetamina, sobre todo en la Ciudad del Cabo³³.

36. Salvo en el caso de Nigeria, en todos los Estados africanos que presentaron informes a la UNODC los expertos nacionales señalaron niveles estables o creciente del abuso de cocaína en 2007. Esta constatación concuerda con los aumentos documentados del contrabando de cocaína proveniente de América del Sur hacia Europa a través del África occidental. En África se relaciona con la cocaína uno de cada diez casos de tratamiento que incluye cuidados por drogodependencia³⁴. Según informes recibidos, en Sudáfrica la cocaína en forma de “crack” es una de las drogas más generalizadas después del cannabis, la metacualona y la metanfetamina³⁵.

2. Cuestiones que surgen

37. La UNODC concluyó que, a juzgar por los informes nacionales, el abuso de cocaína está aumentando en muchas partes de África, especialmente en el África occidental y central. Análogamente, cierto número de países del África oriental y meridional se ven afectados por un consumo creciente de heroína, lo que guarda relación con las cantidades cada vez mayores de este estupefaciente que pasan de contrabando a través de África.

3. Lagunas del conocimiento

38. En el caso de África se depende en gran medida de las apreciaciones de expertos acerca de la situación del consumo de drogas ilícitas. Sudáfrica es el único país de la región que cuenta con un mecanismo adecuado para vigilar el abuso de estupefacientes: la Red epidemiológica sudafricana sobre el abuso de drogas. La región sigue teniendo necesidad de asistencia técnica para establecer una capacidad de vigilancia en la materia que sea sostenible y rentable atendiendo a su costo.

B. América

39. En 2007 catorce Estados de América del Norte y América Latina y el Caribe respondieron a la sección sobre apreciaciones de expertos del cuestionario para los informes anuales (el 41%) (figura V). En el caso de América del Norte (Canadá, los Estados Unidos y México) es posible validar las tendencias analizando una serie de

³¹ Ibid.

³² Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y Comisión de Coordinación de la Lucha contra la Droga del Ministerio de Justicia, *Study on the Situation of Drug Abuse ...* .

³³ A. Plüddemann, C. Parry y A. Bhana, “Alcohol and drug abuse trends: July-December 2007 (phase 23)”, *South African Community Epidemiology Network on Drug Use (SACENDU) Update*, 28 de mayo de 2008.

³⁴ *Informe Mundial sobre las Drogas 2008 ...* .

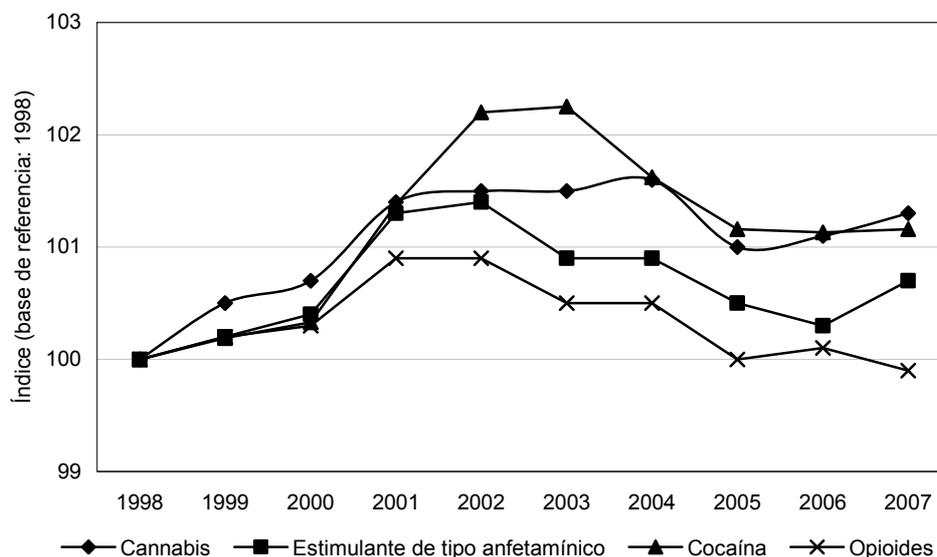
³⁵ C. D. H. Parry y A. L. Pithey, “Risk behaviour and HIV ...” .

datos epidemiológicos provenientes de múltiples fuentes, recopilados a lo largo del tiempo.

Figura V

América: apreciaciones de expertos acerca de las tendencias del consumo de drogas entre la población en general, 1998-2007

(situación en noviembre de 2008)



40. De los datos sobre ingresos en tratamiento se desprende que la cocaína es la principal droga problemática de la región, aunque el estupefaciente más generalmente consumido es, con gran diferencia, el cannabis. El 47,5% de los casos de tratamiento es imputable a la cocaína, y el 31,3% al cannabis³⁶. Sin embargo, los informes indican también que en América del Norte el 35,3% de las personas que inician tratamiento lo hacen por abuso de cannabis y el 31,2% por el de cocaína, mientras que en América Latina y el Caribe la proporción de personas que ingresan en tratamiento por consumo de cocaína es mayor (el 54%). La proporción de personas que inician tratamiento por consumo de anfetaminas es del 4,3% en toda América: 10,7% en América del Norte y 1,8% en América Latina y el Caribe. En cuanto a los opioides, la proporción es del 9,8% en América del Norte y el 2,6% en América Latina y el Caribe.

1. Cuestiones de consumo de drogas y tendencias

41. En los Estados Unidos el cannabis sigue siendo el estupefaciente más comúnmente disponible y ampliamente consumido, sobre todo entre los adolescentes y adultos jóvenes. Los resultados positivos de las pruebas sobre abuso de drogas ilícitas realizadas en una gran muestra (no aleatoria) de la población activa estadounidense indicaron una disminución del 20% entre 1998 y 2007

³⁶ Promedios no ponderados, con exclusión de los casos de tratamiento relacionados con el tabaco y el alcohol (*Informe Mundial sobre las Drogas 2008 ...*).

(del 4,8% al 3,8%)³⁷. Asimismo, la prevalencia anual del consumo de drogas ilícitas entre los estudiantes de centros de enseñanza secundaria (de 13 a 18 años) decreció en los Estados Unidos más de un 20% durante el período 1998-2008, en el caso del cannabis (menos 21%) y de otras drogas ilícitas (menos 23%). Se observaron disminuciones, entre otras cosas, en el consumo de cocaína (menos 32%), anfetaminas (menos 37%) y heroína (menos 35%). En cambio, la situación en cuanto a los medicamentos de venta con receta era menos positiva, pues se registraron aumentos de las cantidades de algunos de esos medicamentos³⁸.

42. El consumo en declive de cocaína, la droga más problemática en los Estados Unidos, se atribuye a la subida de los precios y los grados de pureza decrecientes. Tal declive se manifiesta por un notable descenso de la proporción de la población activa estadounidense que dio positivo en la pruebas sobre la cocaína (menos 38% entre 2006-2008)³⁹. En la muestra antes citada, así como por la caída de la prevalencia anual del abuso de cocaína entre los estudiantes de centros de enseñanza secundaria⁴⁰. Hay indicios de posibles descensos del consumo de cocaína entre la población en general de 12 o más años (del 2,5% en 2006 al 2,3% en 2007), como muestran los resultados de encuestas a familias⁴¹.

43. El consumo de metanfetamina entre la población en general decayó del 0,8% en 2006 al 0,5% en 2007⁴². Esto contrasta con la tendencia observada a fines del decenio de los 90, época en que la disponibilidad y el consumo de metanfetamina aumentaron en muchas partes de los Estados Unidos.

44. En el Canadá se registraron entre 1999 y 2007 disminuciones de la prevalencia anual del uso indebido de drogas, en particular cannabis, metanfetamina y heroína, entre la población estudiantil. También hubo descensos del abuso de cocaína y éxtasis en 2007, en comparación con los niveles culminantes registrados unos años antes⁴³. Además, el uso indebido de heroína (pero no el uso farmacéutico de opioides) parece ir en disminución entre los drogodependientes que se inyectan; no obstante, conviene interpretar esta información con cautela, pues los datos se basan en estudios sobre cohortes en envejecimiento de esos drogodependientes. La estimación nacional para 2005 indica que las tasas de hepatitis C e infección por el

³⁷ Quest Diagnostics, "Drug Testing Index", marzo de 2008, puede consultarse en www.questdiagnostics.com/employersolutions/dti/2008_03/dti_index.html.

³⁸ L. D. Johnston y otros, "Various stimulant drugs show continuing gradual declines among teens in 2008, most illicit drugs hold steady", News Service, Universidad de Michigan, 11 de diciembre de 2008.

³⁹ Estados Unidos de America, Oficina de Política Nacional de Control de Drogas, *Making the drug problem smaller, 2001-2008* (Washington, D.C., diciembre de 2008).

⁴⁰ L. D. Johnston y otros, "Various stimulant drugs show ...".

⁴¹ Estados Unidos de America, Departamento de Salud y Servicios Humanos, Administración de Servicios de Salud Mental y contra las Adicciones, *Results from the 2007 National Survey on Drug Use and Health: National Findings* (Office of Applied Studies, NSDUH Series H-34, DHHS Publication N° SMA 08-4343) (Rockville, Maryland, 2008).

⁴² *Ibid.*

⁴³ E. M. Adlaf y A. Paglia-Boak, *Drug Use Among Ontario Students, 1977-2007: Detailed OSDUHS Findings*, Centro de Adicciones y Salud Mental, Research Document Series N° 20 (Toronto, Centro de Adicciones y Salud Mental, 2007).

VIH se han estabilizado a un nivel relativamente elevado entre los drogodependientes que se inyectan (65,7% y 13,2%, respectivamente)⁴⁴.

45. En México la droga ilícita más corrientemente consumida sigue siendo el cannabis. El consumo problemático de estupefacientes parece ir en auge, como indica el aumento, en los últimos años, del número de personas que iniciaron tratamiento y el número de muertes relacionadas con el abuso de metanfetamina⁴⁵ y cocaína⁴⁶.

46. El problema de la droga en América Latina está principalmente ligado al abuso de cocaína, como indica la demanda de tratamiento, aunque el cannabis es el estupefaciente más generalizado. En un estudio realizado recientemente en seis países latinoamericanos (la Argentina, Bolivia, Chile, el Ecuador, el Perú y el Uruguay) se constató que la prevalencia media anual del consumo de cannabis era del 4,8% entre las personas de 15 a 64 años, cifra superior a la media mundial (el 3,9%)⁴⁷. Las tasas más altas se observaron en la Argentina y Chile (alrededor del 7%). La prevalencia del abuso de cocaína en los seis países fue, en promedio, del 1,4%, claramente superior al promedio mundial (0,4%). La tasa más alta comunicada correspondió a la Argentina (2,7%), seguida por el Uruguay (1,7%), Chile (1,3%), Bolivia (0,7%), el Perú (0,3%) y el Ecuador (0,1%).

47. Las apreciaciones de expertos de los países de toda la región indican que va en aumento el consumo de todos los tipos de drogas, incluida la cocaína. Esto concuerda con el cuadro que ofrecen los resultados de las encuestas a las familias realizadas en países como la Argentina, Bolivia, el Brasil y el Uruguay⁴⁸. La única excepción es Chile, donde los resultados indican una tendencia ligeramente declinante del consumo de cocaína. Recientes encuestas en centros de enseñanza indican altos niveles de abuso de cannabis en la Argentina, Chile y el Uruguay, así como de cocaína en la Argentina y Chile⁴⁹.

2. Cuestiones que surgen

48. A medida que el foco de fabricación de metanfetamina se desplaza hacia el sur, en México crece el problema de abuso de ese estupefaciente, como indica el número de personas que comienzan tratamiento por dependencia de la metanfetamina, el cual es considerablemente más alto en los estados mexicanos del norte que en los del sur; en la parte norte de México también se realizan en gran medida la

⁴⁴ Canadá, Agencia de Salud Pública del Canadá, Centro de Prevención y Lucha contra las Enfermedades Infecciosas, *I-Track: Enhanced Surveillance of Risk Behaviours among Injecting Drug Users in Canada; Phase I Report*, agosto de 2006 (Ottawa, 2006).

⁴⁵ J. Maxwell y otros, "Patterns of Drug Use on the U.S.-Mexico Border", 2005.

⁴⁶ *Amphetamines and Ecstasy: 2008 ...*

⁴⁷ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de los Estados Americanos, *Elementos Orientadores para las Políticas Públicas sobre Drogas en la Subregión: Primer Estudio Comparativo sobre Consumo de Drogas y Factores Asociados en Población de 15 a 64 años* (Lima, abril de 2008).

⁴⁸ *Informe Mundial sobre las Drogas 2008 ...*

⁴⁹ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y otros, *Jóvenes y Drogas en Países Sudamericanos: un Desafío para las Políticas Públicas; Primer Estudio Comparativo sobre Uso de Drogas en Población Escolar Secundaria de Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú y Uruguay* (Lima, septiembre de 2006).

fabricación y el tráfico ilícitos de metanfetamina⁵⁰. Muchos de los problemas relacionados con el creciente abuso de metanfetaminas en México se relacionan con la expansión de las redes de fabricación y tráfico, que se han establecido sólidamente en el país en los últimos años; tales hechos pueden ocurrir también en países situados más al sur, conforme se desplace el foco de fabricación⁵¹.

49. Aunque el consumo de cocaína decrece en los Estados Unidos, hay indicios de que está aumentando en los países latinoamericanos situados a lo largo de las principales rutas de tráfico⁵².

50. Pese a los niveles estables de abuso de heroína existentes en los Estados Unidos, el problema, bien documentado, de la receta y uso inadecuados de opioides farmacéuticos ha dado origen a una nueva cohorte de personas dependientes de opioides en el país. Tras un aumento del abuso de drogas de venta con receta durante el período 2004-2006, esa tendencia se estabilizó en 2007⁵³.

3. Lagunas del conocimiento

51. Si bien en países clave de América Latina y el Caribe (donde la situación es claramente mejor que en Asia o África) se han hecho avances notables en cuanto a encuestas a familias y escuelas en los últimos años, sigue existiendo la necesidad de realizar en todos los países de la subregión encuestas basadas en la población.

C. Asia

52. Cada una de las diferentes subregiones asiáticas se ve afectada por distintos problemas de abuso de drogas ilícitas: en el Oriente Cercano y Medio existe el problema del consumo de anfetaminas, en Asia meridional y central el de consumo de opioides, y en Asia oriental y sudoriental el de consumo de metanfetaminas. Se estima que más de la mitad de la población mundial consumidora de opioides vive en Asia (9,3 millones), y las tasas más altas de abuso se dan a lo largo de las principales rutas de tráfico que parten del Afganistán⁵⁴. Se considera que más de la mitad de los consumidores mundiales de estimulantes de tipo anfetamínico viven en Asia (14 millones) y que la gran mayoría de ellos radica en Asia oriental y sudoriental⁵⁵. En 2007, 29 Estados de Asia (el 67%) contestaron a la sección sobre apreciaciones de expertos del cuestionario para los informes anuales. Los resultados indicaron claramente un constante y fuerte crecimiento del abuso de estimulantes de tipo anfetamínico a lo largo del pasado decenio, crecimiento mucho mayor que en el de cualquier otra droga (figura VI).

⁵⁰ Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de las Enfermedades, El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA), Instituto Nacional contra la Drogadicción, Grupo de Trabajo de Epidemiología Comunitaria, junio de 2008.

⁵¹ *Amphetamines and Ecstasy: 2008 Global ...*

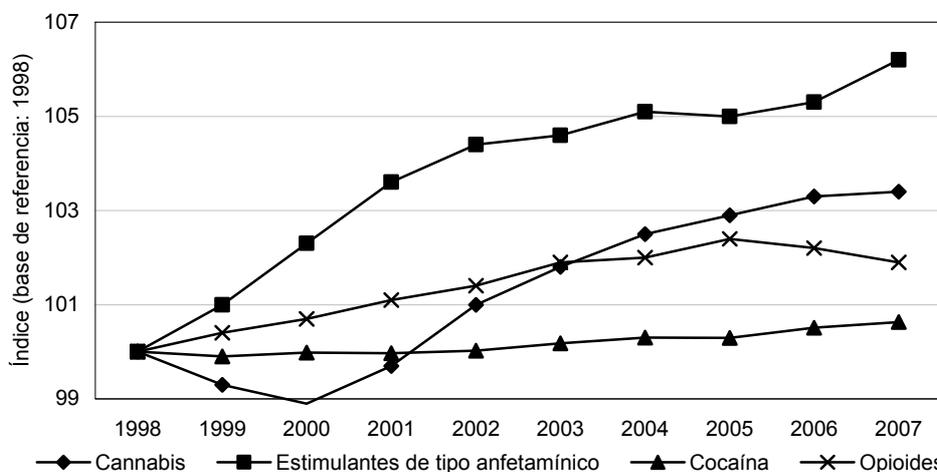
⁵² *Informe Mundial sobre las Drogas 2008 ...*

⁵³ Estados Unidos de América, Departamento de Salud y Servicios Humanos, Administración de Servicios de Salud Mental y contra las Adicciones, *Results from the 2007 National Survey ...*

⁵⁴ *Informe Mundial sobre las Drogas 2008.*

⁵⁵ *Amphetamines and Ecstasy: 2008 Global ...*

Figura VI
Asia: Apreciaciones de expertos acerca de las tendencias del consumo de drogas entre la población en general, 1998-2007
 (situación en noviembre de 2008)



Fuente: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, cuestionario para los informes anuales.

1. Cuestiones de consumo de drogas y tendencias

53. Se estima que el 57% de la población consumidora de opioides en 2006 vivía en Asia. También correspondía a Asia el 51% (6,1 millones de personas) de la población mundial de consumidores de heroína, lo que obedece a que el abuso de opio en Asia es mayor que en las demás regiones. En 2007, según los informes, la heroína siguió siendo la principal droga consumida en China (Hong Kong y Macao), Indonesia, Malasia y Myanmar, aunque hay noticias de que tal consumo parece estar disminuyendo en esos países y regiones administrativas.

Asia oriental y sudoriental

54. El cannabis, los estimulantes de tipo anfetamínico y los opioides siguen siendo las principales drogas consumidas en las subregiones del Asia oriental y sudoriental. En la gran mayoría de los casos de tratamiento por drogodependencia la causa son los opioides y los estimulantes de tipo anfetamínico, mientras que no hay indicios de un número considerable de consumidores problemáticos de cocaína.

55. En el Asia oriental y sudoriental la tasa media de prevalencia del consumo de opioides en el último año se estimaba en el 0,2% entre la población de 15 a 64 años. En China la prevalencia de ese mismo consumo se ha estimado en el 0,25% entre las personas de 15 a 64 años (2,3 millones de personas)⁵⁶. Se han notificado cifras más altas en las zonas de cultivo de opio, en particular 1,1% en los estados Shan y

⁵⁶ Estimación deducida de F. Lu y otros, "Estimating the number of people at risk for and living with HIV in China in 2005: methods and results", *Sexually Transmitted Infections*, vol. 82, Supp. 3 (2006), págs. 87 a 91.

Kachin de Myanmar⁵⁷. Se estima que ha decrecido el abuso de opio en la parte norte de la República Democrática Popular Lao, pasando de 0,6% en 2006 a 0,2% en 2008, en armonía con la disminución de la producción nacional de ese estupefaciente⁵⁸. Tanto en la República Democrática Popular Lao como en Myanmar, las tasas de consumo de opio son notablemente más elevadas en los pueblos que lo producen que en los pueblos donde no se produce.

56. En 2007 la metanfetamina se señaló como la droga ilícita más consumida en Camboya, Filipinas, el Japón, la República de Corea, la República Democrática Popular Lao y Tailandia⁵⁹. Aunque algunos Estados (Filipinas y el Japón) comunicaron haber apreciado disminuciones del abuso de estimulantes de tipo anfetamínico, el consumo de estos estupefacientes sigue siendo elevado en el Asia oriental y sudoriental y, en algunos países alcanza niveles que figuran entre los más altos del mundo⁶⁰. En ciertos países de dicha subregión (inclusive China) los estimulantes de tipo anfetamínico son la segunda droga por la importancia de su consumo. En Camboya, Indonesia, Malasia y la República Democrática Popular Lao⁶¹, las limitaciones de la capacidad nacional de recopilación de datos y la velocidad con que se extiende el consumo de dichos estimulantes han dificultado la cabal comprensión del problema.

57. En Tailandia, tras notificarse un retroceso del consumo de drogas y de los ingresos en tratamiento por abuso de drogas ilícitas (principalmente metanfetamina) en 2003, los datos recientes dan a entender que tanto ese abuso como los problemas conexos han vuelto a aumentar⁶². Los datos de una encuesta a las familias en 2007 indican que el 1,4% de las personas de 12 a 65 años había consumido metanfetamina en el año anterior, mientras que el 1,7% había consumido cannabis y el 0,2% opioides.

Asia central y sudoccidental

58. En el Asia central y sudoccidental los opioides continúan planteando el problema de drogas más importante. Las estimaciones de la prevalencia basadas en encuestas a muestras de población realizadas en algunos países señalan que el 1,4% de la población del Afganistán y el 2,8% de la población de la República Islámica del Irán habían consumido opioides durante el año anterior. Se calcula que en este último país el número de personas que consumen opioides habitualmente es de 1,2 millones (campo de variación: 0,8-1,7 millones)⁶³. Según la información

⁵⁷ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, *Opium Poppy Cultivation in South-East Asia: Myanmar, República Democrática Popular Lao, Tailandia* (diciembre de 2008).

⁵⁸ *Ibid.*

⁵⁹ Los datos más recientes comunicados sobre Camboya y la República Democrática Popular Lao se refieren a 2006 (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, *Patterns and Trends of Amphetamine-Type Stimulants and Other Drugs of Abuse in East Asia and the Pacific 2006* (junio de 2007)). Los datos sobre la República de Corea no incluyen el cannabis.

⁶⁰ *Amphetamines and Ecstasy: 2008 Global ...*

⁶¹ *Ibid.*

⁶² *Ibid.*

⁶³ La Sede de la Lucha contra las Drogas de la República Islámica del Irán realizó una evaluación rápida de la situación en 2007 y constató que el 32,8% de los drogadictos detenidos en el país consumía opio, el 25,7% “crack asiático” (que al parecer no guarda relación con la cocaína), el 18,8% heroína, el 5,8% un residuo del opio, el 3,7% “cristal” (una variedad de heroína existente

recibida, en el Pakistán va en aumento el consumo de drogas por inyección⁶⁴. En un estudio especializado se estimó que en el Pakistán vivían 630.000 consumidores de opioides (el 0,7% de la población de 15 a 64 años), 77% de los cuales, aproximadamente, utilizaban heroína⁶⁵.

59. En el Asia central⁶⁶ y el Cáucaso el abuso de opioides era también superior a los promedios mundiales estimados, sobre todo en Kazajstán (prevalencia: 1%)⁶⁷, Kirguistán (prevalencia: 0,8%)⁶⁸ y Uzbekistán (prevalencia: 0,8%)⁶⁹. La prevalencia del abuso de opioides en Tayikistán fue ligeramente inferior (0,5%). El 76% de los consumidores de opioides registrados en Asia central, que eran más de 63.000, utilizaba heroína, el 24% opio y el 91% se introducía las drogas por inyección⁷⁰.

60. En el Asia central la epidemia del VIH sigue extendiéndose entre los consumidores de drogas inyectables, sobre todo entre los jóvenes de sexo masculino que se inyectan opioides. Casi dos tercios de todos los nuevos casos de VIH en 2006 se atribuyeron a la inyección de estupefacientes. Los aumentos fueron especialmente notables en Kirguistán⁷¹, Tayikistán⁷² y Uzbekistán⁷³. Se estimó que esa tendencia fue impulsada por la creciente disponibilidad de opioides atribuible a la proximidad de los citados países a las principales rutas de tráfico de estupefacientes que parten del Afganistán.

Asia meridional

61. Según las estimaciones que figuran en el *Informe Mundial sobre las Drogas 2008*, la UNODC, la prevalencia media del consumo de opioides durante el último año en el Asia meridional fue del 0,4% en 2006. El mayor mercado de opioides de la subregión fue la India, con una población estimada de consumidores cercana a los tres millones. De todas formas, son escasos los conocimientos sobre la

en el mencionado país) y el 1,1% algún otro opioide. El abuso de estupefacientes distintos de los opioides se limitaba al hachís (resina de cannabis) (consumido por el 1,9% de la población), éxtasis (0,4%), buprenorfina (0,3%), cocaína (0,1%), y dietilamida del ácido lisérgico (LSD) (0,1%).

⁶⁴ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y Ministerio de Fiscalización de Estupefacientes del Pakistán, *Problem Drug Use in Pakistan: Results from the Year 2006 National Assessment* (Tashkent, 2007).

⁶⁵ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Oficina del Pakistán, e Iniciativa del Pacto de París, *Illicit Drug Trends in Pakistan* (abril de 2008); y Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y Ministerio de Fiscalización de Estupefacientes del Pakistán, *Problem Drug Use in Pakistan ...*

⁶⁶ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, "HIV/AIDS and injecting drug use in Central Asia: from evidence to action; Kyrgyz Republic country report", 2007.

⁶⁷ *Ibid.*

⁶⁸ *Ibid.*

⁶⁹ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito "HIV/AIDS and injecting drug use in Central Asia: from evidence to action; Uzbekistan country report", 2007.

⁷⁰ *Informe Mundial sobre las Drogas, 2008 ...*

⁷¹ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito "HIV/AIDS and injecting drug use in Central Asia: from evidence to action; Kyrgyzstan country report", 2007.

⁷² Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito "HIV/AIDS and injecting drug use in Central Asia: from evidence to action; Tajikistan country report", 2007.

⁷³ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito "HIV/AIDS and injecting drug use in Central Asia: from evidence to action; Uzbekistan country report", 2007.

amplitud de las poblaciones consumidoras de drogas en los países del Asia meridional, pues la encuesta más reciente se realizó en el período 2000-2001.

62. Se ha obtenido cierta información al respecto a partir de muestras de consumidores de drogas ilícitas en dichos países. De esos estudios se deduce que en Bangladesh el consumo de heroína (por inyección o por otros medios) seguía siendo prevalente entre los drogodependientes⁷⁴. En la India, fumar heroína e inyectarse buprenorfina siguen siendo prácticas comunes entre los usuarios de drogas ilícitas. Se estima que la causa de la disponibilidad de buprenorfina en la India y los países vecinos es su desviación en gran escala a partir de fábricas y almacenes (y no de pacientes o médicos)⁷⁵. En Nepal los consumidores de estupefacientes suelen usar cannabis e inyectarse buprenorfina, heroína y propoxifeno. En cambio, parece que en Sri Lanka los drogadictos tienden más a fumar heroína y utilizar cannabis; la inyección de estupefacientes parece rara incluso entre los que abusan de drogas ilícitas.

Oriente Cercano y Medio

63. Las apreciaciones de expertos indican que el cannabis sigue siendo la droga más corrientemente utilizada en el Oriente Cercano y Medio, pero es también posible que estén cambiando los esquemas de consumo. En los países sobre los que se dispone de datos ha aumentado el abuso de heroína, cocaína y estimulantes de tipo anfetamínico, lo mismo que la demanda de tratamiento. En esos países ha disminuido la edad de los consumidores principiantes. En particular han aumentado tanto la disponibilidad y consumo de sustancias de tipo anfetamínico como los problemas que conlleva ese consumo⁷⁶. Se han registrado impresionantes aumentos de los ingresos en tratamiento por problemas relacionados con el abuso de anfetaminas (sobre todo tabletas vendidas como Captagón) en Arabia Saudita⁷⁷. Además se ha constatado un aumento del número de consumidores de drogas registrados tanto en la Rivera Occidental como en la Franja de Gaza, donde las estimaciones más recientes señalan que puede haber 80.000 personas drogodependientes, principalmente del cannabis, los opioides y sedativos y estimulantes en forma de tabletas⁷⁸.

2. Cuestiones que surgen

64. El abuso de estimulantes de tipo anfetamínico parece que vuelve a crecer en algunos países del Asia sudoriental, inclusive Tailandia.

65. El consumo de metanfetamina y heroína por inyección sigue teniendo un papel importante en cuanto al contagio del VIH y la hepatitis C en la subregión.

⁷⁴ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito “*Rapid Situation and Response Assessment of Drugs and HIV in Bangladesh, Bhutan, India, Nepal and Sri Lanka: a Regional Report*” (2008).

⁷⁵ L. Degenhardt y otros, “Benefits and risks of pharmaceutical opioids ...”

⁷⁶ *Amphetamines and Ecstasy: 2008 Global ...*

⁷⁷ M.S. AbuMadini y otros, “Two decades of treatment seeking for substance use disorders in Saudi Arabia: trends and patterns in a rehabilitation facility in Dammam” *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 97, N° 3 (2008) págs. 231 a 236.

⁷⁸ Oficina Central Palestina de Estadística y Ministerio de Interior y Seguridad Nacional, *The Phenomenon of Drug Abuse in the Palestinian Territory: Current Situation Report 2006* (mayo de 2007).

No obstante, en Tailandia, donde la prevalencia de la infección por el VIH entre los drogodependientes que se inyectan es elevada, la información indica que va en declive el número de nuevos casos de VIH (en armonía con el consumo decreciente de heroína en ese país). Se ha informado de tendencias similares en Indonesia y Myanmar^{79,80}. No obstante, la prevalencia del VIH sigue siendo muy alta en los países de la subregión (véase el cuadro *supra*)⁸¹.

66. Se considera que la expansión del consumo de opioides viene en gran parte determinada por la proximidad de Kirguistán, Tayikistán y Uzbekistán al Afganistán⁸². En la India (especialmente en la parte noreste) y en el Pakistán, es posible que el uso de drogas inyectables sea un factor de importancia creciente en la transmisión del VIH⁸³. Se estima que la inyección de opioides da impulso a la epidemia de VIH entre los consumidores de drogas inyectables de la subregión, sobre todo en algunos países, incluida la India⁸⁴.

67. Informes recientes señalan que la fabricación de estimulantes de tipo anfetamínico va en aumento tanto en la India como en Sri Lanka, donde se han efectuado grandes incautaciones de esas sustancias y se han detectado muchos laboratorios, lo que es causa de preocupación por los posibles efectos residuales que pueden darse entre las poblaciones locales.

3. Lagunas del conocimiento

68. Muchos países siguen careciendo de capacidad fundamental para recopilar y analizar incluso datos básicos sobre la prevalencia del consumo de drogas entre las poblaciones adulta y joven, o para responder a la demanda de tratamiento. Hay verdadera necesidad de mejorar la correcta comprensión de los asuntos relacionados con el abuso de todo tipo de droga ilícita. La carencia de capacidad suficiente plantea considerables problemas a la hora de percatarse de la amplitud del consumo de drogas sintéticas y de los problemas que este consumo lleva aparejados⁸⁵.

D. Europa

69. En 2007, 31 Estados europeos (el 72%) contestaron a la sección sobre apreciaciones de expertos del cuestionario para los informes anuales. Según esas apreciaciones, la droga más generalizada entre la población en general era el cannabis, seguida de la cocaína y las anfetaminas. A juzgar por los datos de tratamiento de la drogodependencia, los opioides son la principal droga preferida entre las personas que ingresan en tratamiento (el 60% de los casos), seguida por el

⁷⁹ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Centro Regional para Asia Oriental y el Pacífico, *Patterns and Trends of Amphetamine-Type Stimulants (ATS) and Other Drugs of Abuse in East Asia and the Pacific 2006* (Bangkok, junio de 2007).

⁸⁰ Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA y Organización Mundial de la Salud, *Situación de la epidemia de sida* (Ginebra, diciembre de 2007).

⁸¹ B. M. Mathers y otros, "Global epidemiology ...".

⁸² Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito "HIV/AIDS and injecting drug use in Central Asia: from evidence to action", 2007.

⁸³ Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA y Organización Mundial de la Salud, *Situación de la epidemia de SIDA ...*.

⁸⁴ L. Degenhardt y otros, "Benefits and risks of pharmaceutical opioids...".

⁸⁵ *Amphetamines and Ecstasy: 2008 Global ...*.

cannabis (el 19%) los estimulantes de tipo anfetamínico (el 10,5%) y la cocaína (el 9,1%)⁸⁶. Aunque en general las clases de drogas por las que se inician tratamientos en Europa occidental y central difieren de las que motivan los ingresos en tratamiento en Europa oriental y sudoriental, la diferencia mayor guarda concretamente relación con la proporción de ingresos en que la cocaína es la principal droga preferida (el 2,7% en Europa oriental y sudoriental frente al 12,9% en Europa occidental y central).

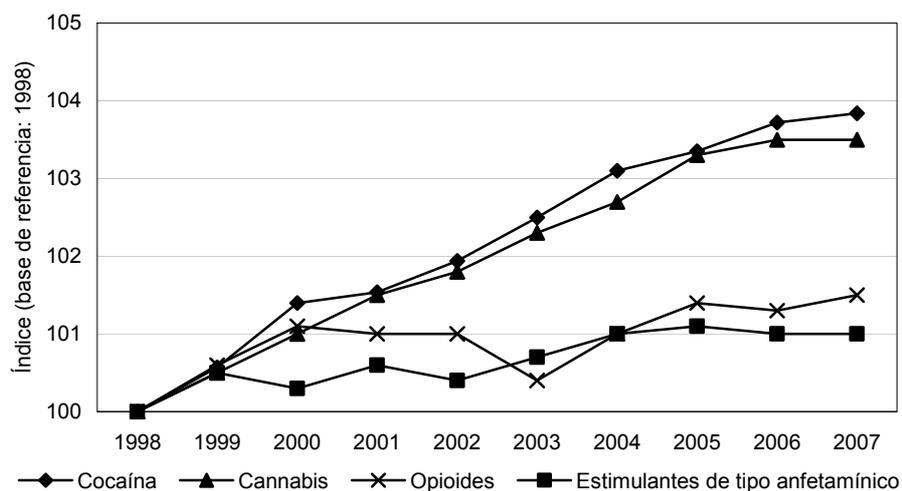
1. Cuestiones de consumo de drogas y tendencias

70. Conforme a las apreciaciones de expertos, durante el período 1998-2007 creció el consumo global de estupefacientes. Los mayores aumentos notificados correspondieron a la cocaína y el cannabis. Mientras el abuso de cocaína siguió creciendo en 2007, el de cannabis mostró los primeros indicios de estabilización en ese mismo año. El consumo de opioides permaneció estable en gran medida a lo largo del período 2000-2007 y el de estimulantes de tipo anfetamínico se estabilizó durante el período 2004-2007 (véase la figura VII).

Figura VII

Europa: apreciaciones de expertos acerca de las tendencias del consumo de drogas entre la población en general, 1998-2007

(situación en noviembre de 2008)



Europa occidental y central

71. Existe una serie de encuestas basadas en la población que ofrecen un buen panorama de las características y las tendencias del consumo de drogas en Europa occidental y central. Las encuestas muestran que el cannabis es el estupefaciente ilícito cuyo abuso está más generalizado en las dos subregiones. Sin embargo, hay grandes variaciones de la prevalencia anual del consumo de cannabis entre los países de estas subregiones (entre el 0,8% y el 11,2% de la población de

⁸⁶ Promedios no ponderados, excluidos los casos de tratamiento relacionados con el tabaco y el alcohol. (*Informe Mundial sobre las Drogas 2008 ...*).

15 a 64 años)⁸⁷. El abuso de cannabis en Europa occidental y central alcanzó un nivel culminante en el período 2003-2004, pero parece haberse estabilizado (en España, los Países Bajos, Polonia y Suecia) o decrecido ligeramente (en Alemania, Dinamarca, Francia, Hungría, el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte (sólo Gales e Inglaterra) y la República Checa) desde entonces. Asimismo, la proporción de interesados en recibir tratamiento principalmente a causa del cannabis se ha estabilizado más recientemente⁸⁸. En el Reino Unido (sólo Gales e Inglaterra) la prevalencia anual del consumo de cannabis decreció de un nivel culminante del 10,9% de la población de 16 a 59 años en el período 2002-2003 al 7,4% en el período 2007-2008, y es menor que en 1998 (10,3)⁸⁹. En Alemania el consumo de cannabis disminuyó del 6,9% de la población de 18 a 59 años en 2003 al 4,7% en 2006⁹⁰. Se observaron aumentos sobre todo en países con índices de abuso de cannabis tradicionalmente bajos.

72. Según los resultados de las encuestas a familias, la cocaína es la segunda droga ilícita más corrientemente consumida en la Unión Europea, después del cannabis⁹¹. La prevalencia anual de la cocaína oscila entre el 0,1% en Grecia y el 3% en España⁹². Durante el pasado decenio se han registrado aumentos de la prevalencia anual del consumo de cocaína en una serie de países de Europa occidental, en particular España (del 1,5% de la población de 15 a 64 años en 1999 al 3% en el período 2006-2007) y el Reino Unido (sólo Gales e Inglaterra) (del 1,3% de la población de 16 a 59 años en 1998 al 2,6% en el período 2006-2007). El promedio general correspondiente a Europa occidental y central también se duplicó, llegando al 1,2% en el período 2006-2007⁹³. A juzgar por las apreciaciones de expertos, en 2007 se observaron aumentos del abuso de cocaína en Austria, Dinamarca, Eslovaquia, Finlandia, Francia, Luxemburgo, Noruega, la República Checa y Suecia⁹⁴.

73. El consumo de estimulantes de tipo anfetamínico es elevado en varios países (España, Estonia, Noruega, Reino Unido (sólo Gales e Inglaterra) y la República Checa y, en menor medida, Letonia y los Países Bajos)⁹⁵. En Dinamarca, el Reino Unido (sólo Gales e Inglaterra) y la República Checa la tendencia del consumo de anfetaminas entre los adultos jóvenes se ha estabilizado. El abuso de metanfetamina es relativamente limitado en Europa⁹⁶, aunque se han notificado altos niveles en la República Checa y más recientemente en Eslovaquia, así como

⁸⁷ *Informe Mundial sobre las Drogas 2008 ...*

⁸⁸ Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, *Informe anual 2008: el estado del problema de las drogas en Europa* (Luxemburgo, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, 2008).

⁸⁹ J. Hoare y J. Flatley, *Drug Misuse Declared: Findings from the 2007/08 British Crime Survey; England and Wales*, Home Office Statistical Bulletin 13/08 (Londres, Ministerio de Interior, octubre de 2008).

⁹⁰ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, cuestionario para los informes anuales.

⁹¹ *Ibid.*

⁹² *Informe Mundial sobre las Drogas 2008 ...*

⁹³ *Ibid.*

⁹⁴ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, cuestionario para los informes anuales.

⁹⁵ *Ibid.*

⁹⁶ *Ibid.*

entre algunas subpoblaciones en Hungría. El consumo de éxtasis está más extendido en la región y, tras los aumentos generales comunicados en el decenio de los 90, parece hacerse estacionario entre los adultos jóvenes. Desde 1999 el número de personas que se ponen en tratamiento por problemas relacionados con el abuso de estimulantes anfetamínicos, incluso el éxtasis, es reducido pero creciente.

74. Se ha estimado que la prevalencia del consumo problemático de opioides es de 1 a 10 casos por cada 1.000 personas de 15 a 64 años (como término medio, de 4 a 5 casos por cada 1.000 personas) y los datos correspondientes al último decenio sugieren niveles de consumo relativamente estables, incluso en 2007. El porcentaje de casos en que se buscó tratamiento por problemas de heroína ha disminuido con el tiempo.

Europa oriental y sudoriental

75. A mediados de 1990, los datos indicaban que la disponibilidad y el consumo de drogas ilícitas habían aumentado pronunciadamente en Europa oriental y sudoriental. El abuso de heroína, cocaína y estimulantes de tipo anfetamínico creció durante el período 1990-2008, como se desprende de los grandes incrementos del número de drogadictos registrados por los gobiernos en numerosos países de esas subregiones. En 2007 se apreciaron aumentos del consumo de opioides en Albania, Belarús, Croacia, la Federación de Rusia y la República de Moldova.

76. Estudios especializados señalan que en muchos países de Europa oriental predomina el consumo de drogas por inyección y que el VIH es un problema entre las personas que se inyectan estupefacientes⁹⁷. Así sucede ciertamente en Belarús, la Federación de Rusia y Ucrania, y hay motivos de preocupación por los problemas cada vez mayores existentes en otros muchos países de la subregión⁹⁸.

2. Cuestiones que surgen

77. Aunque se han observado tendencias decrecientes o estables en el caso del cannabis y los opioides, hay indicios firmes de que el consumo de cocaína va en aumento en Europa.

3. Lagunas del conocimiento

78. La mayor parte de los Estados europeos realizan encuestas nacionales a familias, que pueden proporcionar información fiable sobre la prevalencia del abuso de drogas.

79. Como en muchas otras subregiones, en Europa oriental y sudoriental son pocos los Estados que han estimado recientemente los niveles de consumo de drogas por inyección⁹⁹. La falta de estimaciones recientes y reiteradas dificulta la determinación precisa de tendencias en el consumo de estupefacientes inyectables.

⁹⁷ UNODC, *Illicit Drug Trends in the Russian Federation* (abril de 2008). B. M. Mathers y otros, "Global epidemiology ...".

⁹⁸ B. M. Mathers y otros, "Global epidemiology ...".

⁹⁹ *Ibid.*

E. Oceanía

80. Los datos provenientes de Oceanía indican sólo la situación existente en Australia y Nueva Zelandia, consecuencia del hecho de que en el período 1998-2007 no se recibieron de ningún otro Estado Miembro de la región contestaciones a los cuestionarios para los informes anuales¹⁰⁰.

81. Aunque en las respuestas anteriores se había comunicado información basada en apreciaciones de expertos, desde 2005 no se ha recibido ninguna información nueva. Sin embargo, pueden determinarse las tendencias del abuso de drogas a partir de la información reunida mediante las encuestas a familias realizadas en Australia y Nueva Zelandia¹⁰¹. En Australia existen sistemas de vigilancia de drogas ilícitas bien establecidos, que incluyen encuestas periódicas a familias, encuestas en centros de enseñanza secundaria y conjuntos de datos mínimos para el tratamiento del abuso de drogas. Nueva Zelandia inició un sistema similar de vigilancia de drogas ilícitas en 2006.

1. Cuestiones de consumo de drogas y tendencias

82. Las respuestas recibidas de Australia y Nueva Zelandia referentes a 2007 indicaron cuadros en general similares del abuso de drogas ilícitas en los dos países. Viene decreciendo desde 1998 el consumo de cannabis, heroína y, más recientemente, metanfetamina (pero no de éxtasis). El abuso de cocaína es menos frecuente que en América. El cannabis sigue siendo la droga más corrientemente consumida, figurando a continuación los estimulantes de tipo anfetamínico¹⁰².

83. En Australia la encuesta nacional a las familias de 2007 indicó que el 9,1% de las personas de 14 años o más habían consumido cannabis en el año anterior, el 3,5% habían consumido éxtasis, el 2,3% metanfetamina y el 1,6% cocaína. Aunque el abuso de drogas ilícitas seguía siendo elevado en el país, desde 1998 había habido descensos notables, con excepción del éxtasis. Por ejemplo el consumo de cannabis había disminuido un 49%, el de heroína un 75% y, más recientemente, el de metanfetamina había decrecido un 38%. En Nueva Zelandia puede observarse una evolución semejante de todos los estupefacientes, aunque el declive fue menos importante en el caso del cannabis, cuyo consumo bajó del 19,9% en 1998 al 17,9% en 2006, entre las personas de 15 a 45 años. En Australia y Nueva Zelandia había aumentado el abuso de cocaína (en Australia del 1% en 2004 al 1,6% en 2007 entre las personas de 14 o más años y, en Nueva Zelandia, del 0,5% en 2003 al 1,1% en 2006 entre las personas de 15 a 45 años¹⁰³).

84. La tendencia general descendente señalada en el caso de Australia se refleja también en los estudios acerca de los alumnos de enseñanza secundaria, que indican

¹⁰⁰ Hasta noviembre de 2008 sólo Australia había remitido los cuestionarios para los informes anuales correspondientes a 2007.

¹⁰¹ Instituto Australiano de Salud y Bienestar, *2007 National Drug Strategy Household Survey: First Results*, Drug Statistics Series N° 20 (Canberra, 2008); C. Wilkins y P. Sweetsur, "Trends in population drug use in New Zealand: findings from national household surveying of drug use in 1998, 2001, 2003 and 2006", *New Zealand Medical Journal*, vol. 121, N° 1274 (2008), págs. 61 a 71.

¹⁰² Instituto Australiano de Salud y Bienestar, *2007 National Drug Strategy ...*

¹⁰³ *Ibid.*, cuestionario para los informes anuales.

que el consumo de diversas drogas ilícitas había decrecido o permanecido estable entre 1999 y 2005. Además, los resultados de un estudio con objeto de estimar el número de consumidores de drogas inyectables entre 1970 y 2005¹⁰⁴ señalaron que el número de personas que se inyectaban decreció después de 2001.

2. Cuestiones que surgen

85. Pese a la disminución del consumo de drogas entre la población en general que muestran las encuestas a familias¹⁰⁵, hay indicios de que el número global de consumidores problemáticos de drogas en Australia es bastante estable. La prevalencia del abuso de opioides farmacéuticos desviados va en aumento entre los jóvenes que se inyectan y se estima que ello está en relación con la persistente baja calidad y escasa disponibilidad de la heroína¹⁰⁶. Tanto en Australia como en Nueva Zelanda subsisten considerables problemas relacionados con el abuso de metanfetamina, a pesar del decrecimiento aparente del consumo entre la población en general en años pasados. Hay indicios sistemáticos de que el consumo de cocaína va en aumento¹⁰⁷.

86. El abuso de estimulantes de tipo anfetamínico se está convirtiendo en un problema en los Estados insulares del Pacífico, pero existen pocos datos objetivos que permitan determinar la amplitud de ese consumo.

3. Lagunas del conocimiento

87. En general, es poco lo que se sabe sobre el abuso de drogas en los Estados insulares del Pacífico. Ahora bien sí se sabe que el consumo de cannabis tiene prevalencia y hay indicios de que se consume metanfetamina. Son necesarios esfuerzos para aumentar la capacidad de recopilación de datos.

IV. Conclusiones y recomendaciones

88. El presente informe se ha preparado como ayuda para evaluar los progresos generales realizados por los Estados Miembros para el logro de los objetivos y metas aprobados por la Asamblea General en su vigésimo período extraordinario de sesiones, en materia de reducción de la demanda de drogas.

89. Para poder evaluar los progresos logrados hacia la consecución de esas metas es preciso disponer de datos continuamente. Los esfuerzos por recopilar y analizar datos se han intensificado y la información resultante ha mejorado durante el pasado decenio. En las regiones donde existen actividades metódicas con objeto de recopilar, sintetizar y reflexionar acerca de las tendencias reveladas por los datos epidemiológicos sobre el abuso de drogas (en particular América del Norte, Oceanía, Europa central y occidental, América Latina y el Caribe y, hasta cierto punto, Asia oriental y sudoriental) ha habido cierta capacidad de evaluación de las

¹⁰⁴ B. M. Mathers y otros, "Global epidemiology ...".

¹⁰⁵ E. Black y otros, *Australian Drug Trends 2007: Findings from the Illicit Drug Reporting System (IDRS)*, Australian Drug Trends Series N° 1 (Sydney, Universidad de Nueva Gales del Sur, Centro Nacional de Investigaciones sobre Drogas y Alcohol, 2008).

¹⁰⁶ *Ibid.*

¹⁰⁷ *Ibid.*

tendencias con el tiempo en los mercados de drogas, los cuales han mostrado su dinamismo.

90. Sin embargo, muchos países sólo han hecho progresos parciales en la tarea de establecer los principios, estructuras e indicadores que requieren los sistemas eficaces de información sobre las drogas. Aunque en muchos países se han hecho esfuerzos por facilitar la recopilación de datos, persisten grandes lagunas del conocimiento. Las contestaciones al cuestionario para los informes anuales ofrecen una fuente importante de información, pero es claramente necesario examinar las razones por las que las respuestas a dicho cuestionario son incompletas o inexistentes. Aunque la falta de capacidad de recopilación de datos no puede explicar por sí sola las insuficientes tasas de respuesta de los Estados Miembros, sigue siendo el principal obstáculo para la información sobre tendencias y el acopio de datos comparables a nivel internacional sobre la demanda de drogas. Los datos notificados pueden también resultar afectados por otros factores, como el contexto político o social, lo cual tal vez haga más difícil cuidar de que se presenten datos válidos en las contestaciones al cuestionario para los informes anuales.

91. Es necesario reflexionar sobre las formas en que puede facilitarse y tal vez potenciarse la presentación anual de información. La experiencia demuestra que invertir en la capacidad de los Estados Miembros redundará en beneficio de la exactitud y puntualidad de los informes así como de la calidad de los datos, comparables a nivel internacional, sobre la demanda de drogas, todo lo cual es fundamental para establecer políticas satisfactorias, basadas en realidades, en esa materia. Hay pruebas de que los Estados que cuentan con mayor capacidad para vigilar su situación en cuanto a la demanda de drogas están mejor preparados para estabilizar y reducir la prevalencia del abuso de drogas ilícitas en el respectivo país. El aumento del número de fuentes de información utilizadas y la participación de una amplia variedad de interlocutores en el examen de los resultados de las actividades de recopilación de datos se traducirá probablemente en unos mecanismos de recopilación y una interpretación de datos más satisfactorios.

92. Tal vez la Comisión de Estupefacientes desee reiterar la necesidad de que la comunidad internacional y las entidades regionales y nacionales competentes aúnen sus esfuerzos por seguir potenciando los sistemas de vigilancias del consumo de drogas. También es precisa una evaluación y reflexión crítica acerca de los mecanismos de recopilación de datos existentes en las Naciones Unidas y examinar las formas en que dichos mecanismos pueden mejorarse en los años venideros.