



Consejo Económico y Social

Distr. general
15 de diciembre de 2014
Español
Original: inglés

Comisión de Estupefacientes

58º período de sesiones

Viena, 9 a 17 de marzo de 2015

Tema 5 a) del programa provisional*

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

Situación mundial del uso indebido de drogas

Informe de la Secretaría

Resumen

En el presente informe se resume la información más reciente de que dispone la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) en relación con la demanda mundial de drogas ilícitas. En el informe se examinan también las medidas adoptadas por los Estados Miembros en lo que respecta a la reducción de la demanda de drogas y las medidas conexas; dicha información se basa en las respuestas que han facilitado los Estados Miembros en la parte II del cuestionario para los informes anuales en relación con las medidas adoptadas para aplicar la Declaración Política y el Plan de Acción sobre Cooperación Internacional en Favor de una Estrategia Integral y Equilibrada para Contrarrestar el Problema Mundial de las Drogas. En 2012, se estimó que entre el 3,5% y el 7,0% de las personas de 15 a 64 años de edad (entre 162 y 324 millones de personas) habían consumido drogas de manera ilícita al menos una vez el año anterior. Desde 2009, se ha registrado un aumento del número de personas que consumen drogas de manera ilícita, que refleja el crecimiento de la población mundial, así como un leve incremento de la prevalencia del uso indebido de drogas, y el número de

* E/CN.7/2015/1.



consumidores problemáticos de drogas, es decir, los que sufren trastornos debidos a las drogas o dependen de ellas, ha permanecido estable. La UNODC, en colaboración con la Organización Mundial de la Salud, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA y el Banco Mundial, ha presentado nuevas estimaciones de las personas que se inyectan drogas y de las que se inyectan drogas y también viven con el VIH: se estimó que 12,7 millones (intervalo: de 8,9 millones a 22,4 millones) se inyectaban drogas, y que 1,7 millones de personas (intervalo: 0,9 millones a 4,8 millones) que se inyectaban drogas vivían con el VIH. Con la excepción de Europa occidental y central, la prestación de servicios de reducción de daños sigue teniendo un bajo nivel, especialmente en aquellos países con la prevalencia más elevada del VIH entre las personas que se inyectan drogas. En todo el mundo, está surgiendo un panorama del consumo de drogas que cada vez presenta más facetas, registrándose un aumento del consumo de sustancias sintéticas y del uso extraterapéutico de medicamentos de dispensación con receta, como opioides, tranquilizantes y estimulantes dispensados con receta. Aunque las tendencias recientes relacionadas con el consumo de drogas en Europa indican una disminución o una estabilización del consumo de cannabis, cocaína, heroína y estimulantes de tipo anfetamínico, muestran no obstante un aumento del consumo de nuevas sustancias psicoactivas. En los Estados Unidos de América y México ha aumentado el consumo de cannabis. Al parecer, el consumo de cannabis también va en aumento en África y en algunas partes de Asia. Si bien el consumo de heroína parece estabilizarse en general, el uso de opioides dispensados con receta con fines no médicos sigue aumentando en muchas regiones. El consumo de estimulantes de tipo anfetamínico también sigue aumentando, de manera más notable en Asia y África. A escala mundial, el cannabis sigue siendo la droga más consumida y su consumo se menciona crecientemente en relación con la demanda de tratamiento y los trastornos psiquiátricos conexos. Los opioides continúan siendo las drogas que causan el mayor daño en todo el mundo, a juzgar por la demanda de tratamiento, el consumo de drogas por inyección y las infecciones por el VIH, así como por las muertes causadas por las drogas. En todo el mundo, se estimó que alrededor de 183.000 muertes podían atribuirse al consumo ilícito de drogas; en su mayoría se podrían haber evitado, y fueron casos de sobredosis letales que ocurrieron entre consumidores de opioides. A escala mundial, se estimó que casi uno de cada seis consumidores de drogas había recibido tratamiento por trastornos causados por el consumo de drogas y la drogodependencia. Sin embargo, siguen existiendo diferencias en cuanto a los servicios de tratamiento y atención de la toxicomanía empíricamente contrastados en muchas regiones. La tasa de respuestas al cuestionario para los informes anuales sigue siendo, por lo general, baja, y en muchos países escasea información fidedigna y actualizada sobre la mayoría de los indicadores epidemiológicos. La inexistencia de sistemas sostenibles de información sobre drogas, así como de observatorios de drogas, sigue siendo un obstáculo para vigilar las tendencias actuales y nuevas del consumo de drogas, así como la aplicación y evaluación de las respuestas contrastadas empíricamente para contrarrestar la demanda ilícita de drogas.

Índice

	<i>Página</i>
I. Introducción	4
A. Dificultades para conocer la magnitud y las tendencias del consumo de drogas	4
B. Respuestas a la parte II del cuestionario para los informes anuales	6
II. Panorama mundial	7
A. Magnitud del consumo de drogas	7
B. Consecuencias del consumo de drogas	12
III. Resúmenes regionales	16
A. África	16
B. América	17
C. Asia	19
D. Europa	22
E. Oceanía	25
IV. Prevención e intervención temprana	26
V. Tratamiento	30
VI. Reducción de enfermedades, incluso infecciosas	36
VII. Conclusiones y recomendaciones	37

I. Introducción

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

a) Las tendencias del consumo de cocaína en Europa y América del Norte disminuyen o se estabilizan, a niveles altos, y existen indicios de un mayor consumo de esa droga en partes de América del Sur;

b) En 2012, la UNODC, en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y el Banco Mundial, presentó una estimación de que 12,7 millones de personas de 15 a 64 años de edad en todo el mundo se inyectaban drogas, de las que se estimaba que 1,7 millones están afectadas por el VIH;

c) En Europa, el consumo de cannabis viene disminuyendo o se está estabilizando, aunque se mantiene a un nivel alto. Dicho consumo ha aumentado en los Estados Unidos de América y México, así como en partes de Asia y África;

d) Se percibe que el consumo de estimulantes de tipo anfetamínico, especialmente de metanfetamina, está aumentando en la mayoría de las regiones de Asia y África;

e) El uso extraterapéutico de opioides y de estimulantes de dispensación con receta sigue siendo motivo de preocupación en América del Norte, Oceanía, Europa y partes de América Latina, y también se informa de ese uso en partes de África y de Asia;

f) La introducción de sustancias psicoactivas más nuevas, es decir, sustancias psicoactivas que no están sometidas a fiscalización internacional, sigue aumentando y causando un problema de salud pública en todas las regiones;

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

A. Dificultades para conocer la magnitud y las tendencias del consumo de drogas

2. En general, las respuestas de los Estados Miembros al cuestionario para los informes anuales sirven de base de la información por la que se comunican las tendencias mundiales del consumo de drogas todos los años. Por lo tanto, en el presente informe se reflejan el alcance y la calidad de la información presentada por los Estados Miembros. Al 30 de noviembre de 2014 habían respondido a la parte III del cuestionario, relativa a la magnitud, características y tendencias del consumo de drogas, 93 Estados Miembros de un total de 194 y 15 territorios, lo que constituye un índice de respuesta del 45% de los Estados Miembros. El 33% de los cuestionarios presentados se habían cumplimentado “parcialmente” y el resto “sustancialmente”,

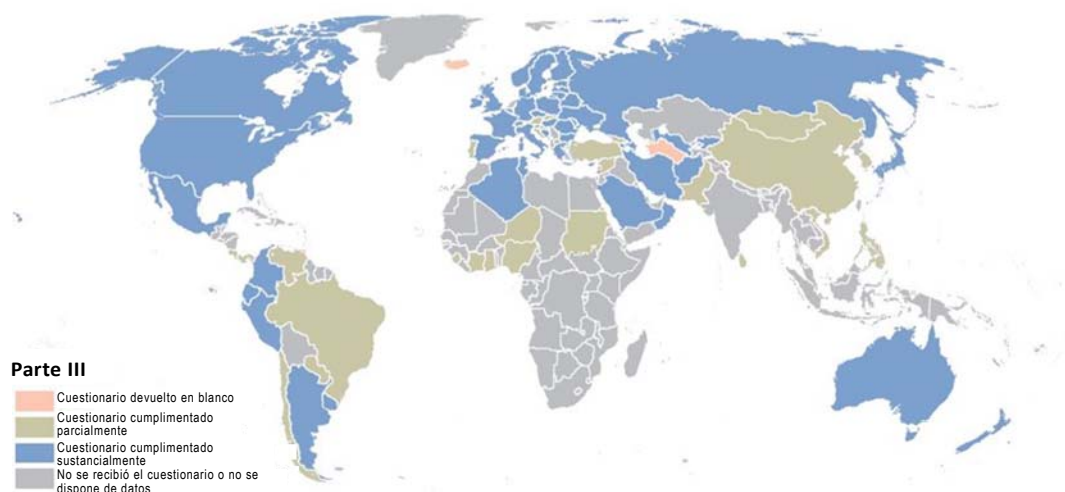
es decir, que el correspondiente Estado había presentado información sobre más de la mitad de los indicadores del consumo de drogas (véase el mapa).

3. En cuanto a la cobertura, el 45% de los Estados Miembros que respondieron al cuestionario representan el 75% de la población mundial. No obstante, las subregiones de las cuales no se obtuvo respuesta comprenden la mayor parte de África (solo ocho Estados Miembros del continente respondieron al cuestionario). Tampoco se recibió información sobre la magnitud del consumo de drogas de muchos Estados Miembros del Oriente Medio, Asia meridional, oriental y sudoriental, el Caribe y Centroamérica.

4. Como en años anteriores, la reducida tasa de respuestas y la falta de información objetiva o reciente sobre el consumo de drogas en regiones como África y Asia, así como en países densamente poblados, por ejemplo, China y la India, dificultan realizar un análisis profundo de la situación mundial del consumo de drogas y señalar a los órganos encargados de la formulación de políticas cuáles son las medidas necesarias. Habida cuenta de esa falta de datos, se ha intentado complementar la información, cuando se ha dispuesto de ella, con datos de otras fuentes gubernamentales y de informes publicados sobre la situación del consumo de drogas, especialmente en relación con los países en que faltaba una parte considerable de la información.

Mapa

Respuestas a la parte III del cuestionario para los informes anuales, a 30 de noviembre de 2014



Notas: Los límites que figuran en el mapa no implican una aprobación o aceptación oficial por parte de las Naciones Unidas.

Las líneas discontinuas representan límites por determinar. La línea de puntos representa aproximadamente la línea de control en Jammu y Cachemira convenida por la India y el Pakistán. El estatuto definitivo de Jammu y Cachemira aún no ha sido acordado por las partes.

El límite definitivo entre la República del Sudán y la República de Sudán del Sur aún no se ha determinado.

B. Respuestas a la parte II del cuestionario para los informes anuales

5. Los gráficos I y II representan la respuesta global de los Estados Miembros al cuestionario para los informes anuales, clasificada por continentes y subregiones. El número de países que habían respondido hasta noviembre de 2014 (90) fue relativamente estable, siendo Europa el continente con mayor representación y registrándose una disminución de las respuestas procedentes de Asia y Oceanía y un leve aumento de las respuestas procedentes de África.

Gráfico I

Porcentaje de Estados Miembros que respondieron al cuestionario para los informes anuales, por continentes

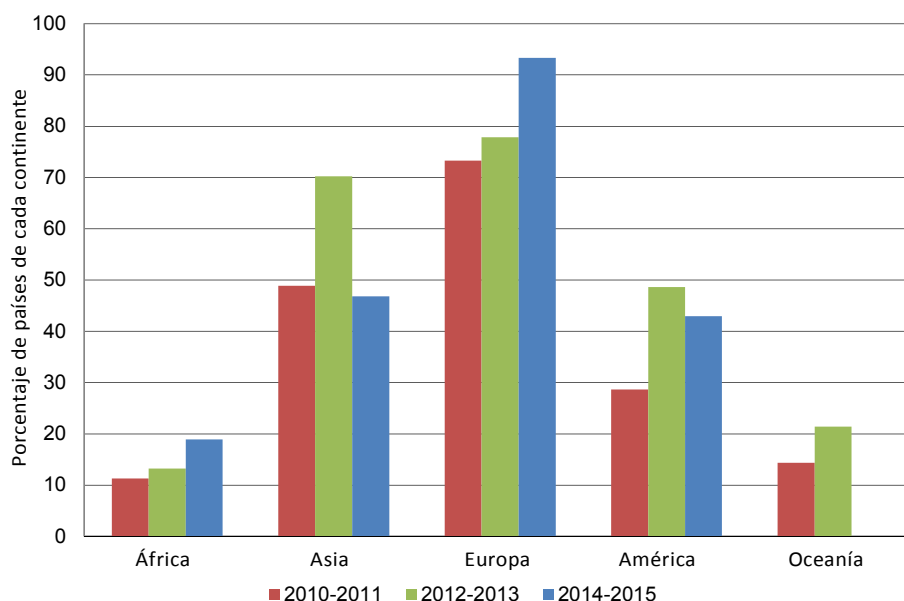
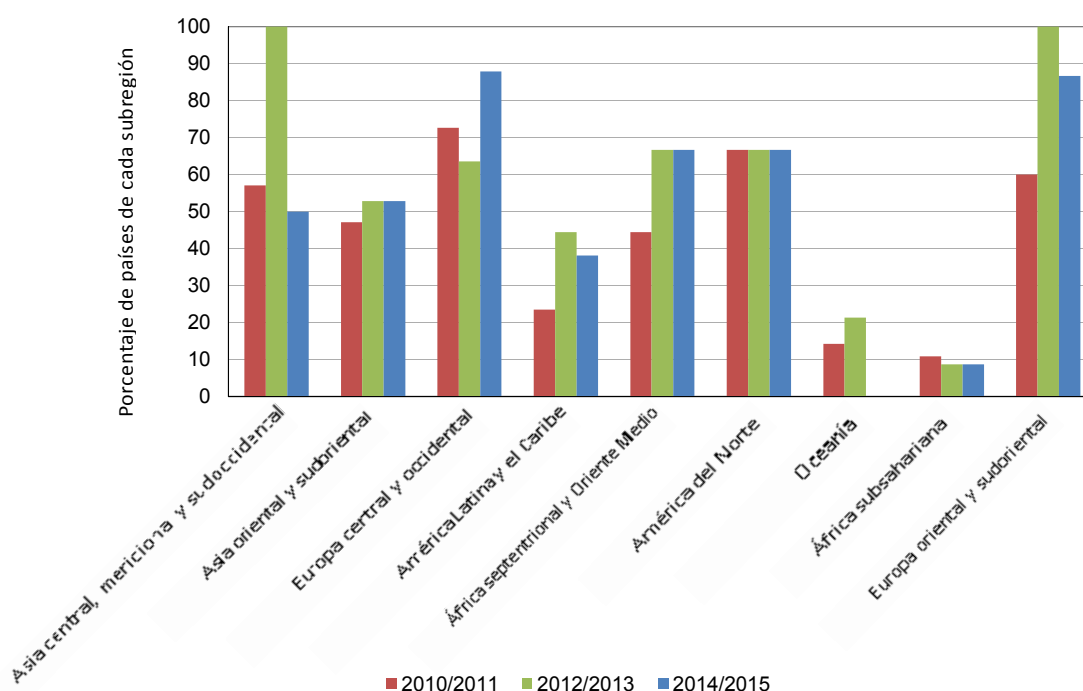


Gráfico II

Porcentaje de Estados Miembros que respondieron al cuestionario para los informes anuales, por subregiones



II. Panorama mundial

A. Magnitud del consumo de drogas

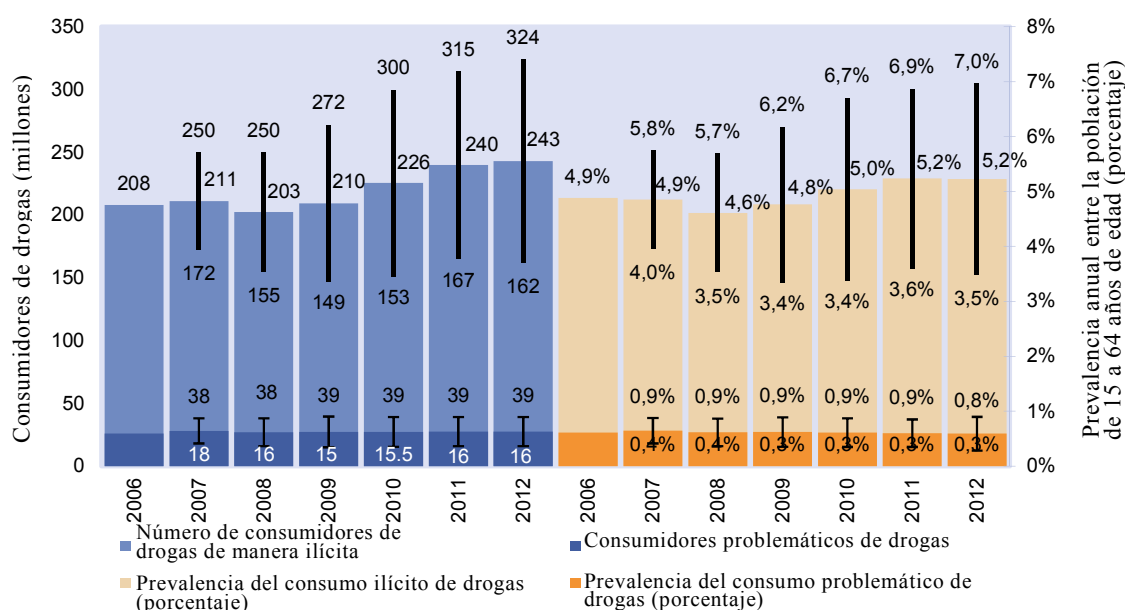
6. En 2012, la UNODC estimó que entre 162 y 324 millones de personas de 15 a 64 años de edad, que representaban entre el 3,5% y el 7,0% de la población adulta, habían consumido de manera ilícita una sustancia el año anterior (véase el gráfico III). Aunque la magnitud del consumo de drogas entre los hombres y las mujeres, así como las sustancias consumidas, variaba de un país a otro, la probabilidad de que los hombres hubieran consumido una sustancia ilícita era de dos a tres veces mayor¹. La prevalencia del consumo ilícito de drogas y el número de consumidores problemáticos (quienes padecen trastornos provocados por el consumo de drogas y drogodependencia) se han mantenido estables², pero se pudieron percibir diferentes tendencias del consumo de drogas en distintas regiones y países y pudo observarse un cuadro multifacético del consumo de drogas.

¹ El cálculo se basa en la prevalencia del consumo de cualquier droga entre varones y mujeres que los Estados Miembros han comunicado a la UNODC en el cuestionario para los informes anuales.

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

Gráfico III

Prevalencia anual del consumo ilícito de drogas entre la población mundial de 15 a 64 años de edad, 2006-2012



Fuente: Informe Mundial sobre las Drogas 2014.

Nota: Las barras representan la estimación óptima y las líneas verticales el intervalo de las estimaciones.

7. Por lo que se refiere a los distintos grupos de sustancias, se ha registrado un aumento del consumo de opioides y de cannabis desde 2009, mientras que el consumo de opiáceos, cocaína y anfetaminas se ha mantenido estable o ha disminuido³.

8. La principal fuente de información sobre la magnitud del consumo de drogas en determinado país son las encuestas de la población en general. Sin embargo, la mayoría de los países que realizan encuestas sobre el consumo de drogas basadas en la población las llevan a cabo únicamente cada tres a cinco años. Con respecto a 2012, se dispuso de estimaciones actualizadas de la prevalencia en el caso de 33 países, en su mayoría de Europa occidental y central y América del Norte, que representaban casi el 12% de la población mundial de 15 a 64 años de edad. Por ese motivo, la información mundial y regional sobre la magnitud del consumo de drogas no solo sigue siendo muy fragmentaria, sino que refleja las variaciones de las estimaciones correspondientes a esos países y regiones o su revisión.

9. El cannabis sigue siendo la sustancia ilícita más consumida. Se estimó que entre 125 y 227 millones de personas de 15 a 64 años de edad consumieron cannabis

³ En el presente informe, el término “opioides” se utiliza con carácter genérico para referirse a los opiáceos y los opioides farmacéuticos (analgésicos) que son objeto de uso indebido, el término “opiáceos” se refiere a la heroína, el opio y los extractos de la paja de adormidera, como el opio acetilado, y el término “anfetaminas” se ha utilizado para referirse a la anfetamina y la metanfetamina.

al menos una vez el año anterior (véase el cuadro 1). Las regiones en las que la prevalencia del consumo de cannabis es superior a la media mundial continuaron siendo África occidental y central (12,4%), América del Norte (11,2%), Oceanía (esencialmente Australia y Nueva Zelandia) (10,8%), Europa occidental y central y América del Sur (5,7% cada una).

Cuadro 1

Subregiones con una alta prevalencia del consumo de cannabis, 2012

	<i>Prevalencia anual (porcentaje)</i>	<i>Cifra estimada de personas</i>
Todo el mundo	3,8	177 600 000
África occidental y central	12,4	28 510 000
América del Norte	11,2	35 230 000
Oceanía	10,8	2 650 000
Europa occidental y central	5,7	18 530 000
América del Sur	5,7	15 220 000

Fuente: Informe Mundial sobre las Drogas 2014.

10. El consumo de estimulantes de tipo anfetamínico, con exclusión del éxtasis, siguió estando muy extendido en todo el mundo y parece ir en aumento. Aunque no se dispone de estimaciones recientes de la prevalencia en Asia y África, varios expertos de esas regiones siguen informando de un aumento percibido del consumo de esas sustancias. Se comunicaron unos elevados niveles de consumo de estimulantes de tipo anfetamínico en Oceanía (2,1% en Australia y Nueva Zelandia), Centroamérica y América del Norte (1,4% cada una) y África (0,9%), mientras que la prevalencia anual estimada de ese consumo en Asia (0,7%) era comparable al promedio mundial (véase el cuadro 2).

Cuadro 2

Subregiones con una alta prevalencia del consumo de estimulantes de tipo anfetamínico, 2012

	<i>Prevalencia anual (porcentaje)</i>	<i>Cifra estimada de personas</i>
Todo el mundo	0,7	34 400 000
Oceanía	2,1	510 000
América del Norte	1,4	4 410 000
Centroamérica	1,3	340 000
Asia Sudoriental	0,6	8 980 000

Fuente: Informe Mundial sobre las Drogas 2014.

11. Se estimó que la prevalencia del consumo de opioides oscilaba del 0,6% al 0,8% de la población de 15 a 64 años de edad, mientras que el de opiáceos (la heroína y el opio) se estimó entre un 0,3% y un 0,4% de la población adulta (véase el cuadro 3). En comparación con el promedio mundial, la prevalencia del consumo de opioides siguió siendo elevada en América del Norte (4,3%) y Oceanía

(3,0%), y se estimaron unos altos niveles de consumo de opiáceos en Asia sudoccidental (1,2%) y Europa oriental y sudoriental y Asia central (0,8% en cada caso).

Cuadro 3

Subregiones con una alta prevalencia del consumo de opioides y opiáceos, 2012

	<i>Opioides</i>		<i>Opiáceos</i>	
	<i>Prevalencia anual (porcentaje)</i>	<i>Cifra estimada de personas</i>	<i>Prevalencia anual (porcentaje)</i>	<i>Cifra estimada de personas</i>
Todo el mundo	0,7	33 000 000	0,4	16 400 000
América del Norte	4,3	13 460 000	0,5	1 420 000
Oceanía	3,0	740 000	0,2	40 000
Cercano Oriente, Oriente Medio y Asia sudoccidental	1,9	5 190 000	1,2	3 320 000
Europa oriental y sudoriental	1,2	2 800 000	0,8	1 890 000
Asia central y Transcaucasia	0,9	470 000	0,8	440 000

Fuente: Informe Mundial sobre las Drogas 2014.

12. A nivel mundial, entre 14,0 millones y 20,9 millones de personas habían consumido cocaína durante los 12 meses anteriores. La prevalencia anual del consumo de cocaína continuó siendo elevada en América del Norte y del Sur (1,8% y 1,2%, respectivamente), Oceanía (1,5%) y Europa occidental y central (1%). Al parecer, el consumo de cocaína se está estabilizando a altos niveles en los mercados principales y establecidos.

13. Se estimó que entre 9,4 millones y 28,2 millones de personas habían consumido metilendioximetanfetamina (MDMA, habitualmente llamada “éxtasis”) durante el año anterior. Las tres regiones con una prevalencia elevada de consumo de éxtasis siguieron siendo Oceanía (2,9%), América del Norte (0,9%) y Europa (0,5%). El consumo de éxtasis sigue estando vinculado a los jóvenes y los lugares de esparcimiento y de vida nocturna en los centros urbanos⁴.

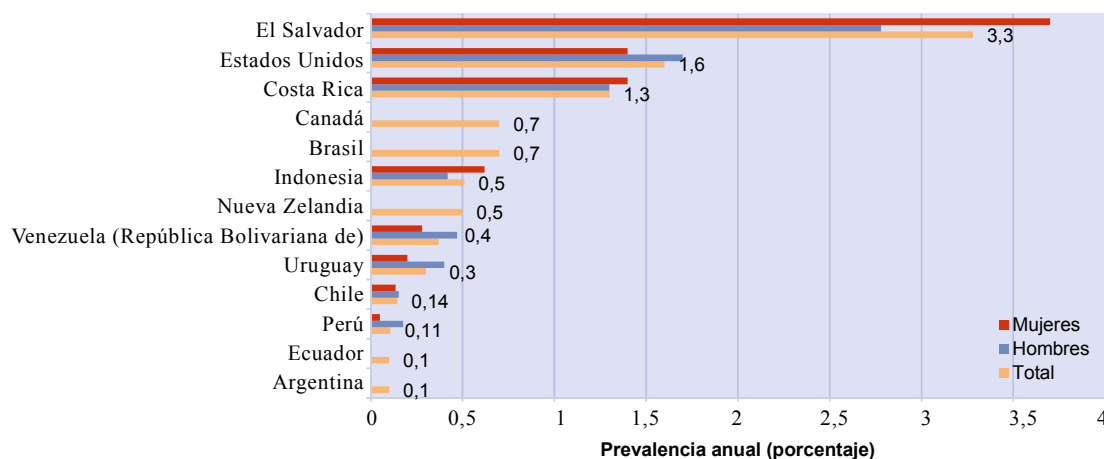
14. Si bien no se dispone de estimaciones mundiales del uso extraterapéutico de medicamentos de dispensación con receta, ese uso sigue planteando un grave problema de salud pública. El uso indebido o con fines no médicos de tranquilizantes y sedantes, como las benzodiazepinas y los barbitúricos, sigue estando muy extendido, y algunos países comunican unas tasas de prevalencia de su consumo más altas que en el caso de muchas sustancias ilícitas. El abuso de opioides de dispensación con receta también sigue suscitando preocupación, pues se registran altos niveles no solo en países con una tasa por habitante elevada de consumo de analgésicos opioides con fines médicos, como América del Norte o Australia, sino también en países cuyo consumo notificado por habitante o en los que la disponibilidad de esos analgésicos es muy reducida, como Nigeria o el Pakistán. El abuso entre la población en general y los jóvenes de estimulantes de dispensación con receta o de medicamentos para tratar el trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) solo lo comunican unos pocos países. Con la excepción de Indonesia, la mayoría de los países que comunican el abuso de

⁴ UNODC, *Informe Mundial sobre las Drogas 2013*.

estimulantes de dispensación con receta se encuentran en América del Norte y del Sur, lo que, sin embargo, no excluye la posibilidad de que ese abuso sea habitual en otros países o regiones (véase el gráfico IV)⁵.

Gráfico IV

Prevalencia anual del consumo de estimulantes con fines no médicos entre la población en general de los países que han comunicado datos



Fuente: Informe mundial sobre las Drogas 2014.

15. Las nuevas sustancias psicoactivas (sustancias modificadas químicamente de forma que quedan fuera del ámbito de aplicación de los regímenes de fiscalización internacional pero que reproducen los efectos de las sustancias fiscalizadas) son ya un importante problema no solo debido al aumento de su consumo sino también a la falta de investigaciones científicas y de conocimiento de sus efectos negativos. Muchos países de todas las regiones del mundo, incluidos algunos de África, comunican que están apareciendo nuevas sustancias psicoactivas. Hasta 2013, 97 países habían comunicado la aparición de 348 de esas sustancias, que en su mayoría fueron detectadas entre 2008 y 2013. Las nuevas sustancias psicoactivas que se notifican con más frecuencia son los cannabinoides sintéticos (28%), las catinonas sintéticas (25%), las piperazinas (9%), las triptaminas (4%) y las sustancias a base de plantas (7%), como el *khat*, el kratom y la *Salvia divinorum*⁶.

⁵ Véase también UNODC, *Informe Mundial sobre las Drogas 2014*.

⁶ Para obtener más información, véase también UNODC, *2014 Global Synthetic Drugs Assessment: Amphetamine-type Stimulants and New Psychoactive Substances*.

B. Consecuencias del consumo de drogas

1. Personas que se inyectan drogas

16. En el *Informe Mundial sobre las Drogas 2014* se presentó por primera vez la estimación conjunta a escala mundial, realizada por la UNODC, la OMS, el ONUSIDA y el Banco Mundial, del número de personas que se inyectan drogas: 12,7 millones de personas (intervalo 8,9 a 22,4 millones de personas), cifra que corresponde a una tasa de prevalencia del 0,27% de la población de 15 a 64 años de edad (véase el cuadro 4). A nivel regional, se estimó que la tasa de prevalencia más elevada de personas que se inyectan drogas, 4,6 veces más alta que el promedio mundial, correspondía a Europa oriental y sudoriental (1,26%), seguida de Asia central y Transcaucasia (0,76%). Por lo que se refiere al número concreto de personas que se inyectan drogas, a China, los Estados Unidos y la Federación de Rusia les correspondió casi la mitad de las personas que se inyectan drogas en todo el mundo.

Cuadro 4

Cifra estimada y prevalencia de las personas que se inyectan drogas, 2012

Región	Subregión	Personas que se inyectan drogas					
		Cifra estimada			Prevalencia (porcentaje)		
		Mínima	Óptima	Máxima	Mínima	Óptima	Máxima
África		300 000	1 020 000	6 240 000	0,05	0,17	1,05
América		2 470 000	3 130 000	3 910 000	0,39	0,49	0,61
	América del Norte	1 770 000	2 060 000	2 360 000	0,56	0,66	0,75
	América Latina y el Caribe	700 000	1 070 000	1 540 000	0,22	0,33	0,48
Asia		3 480 000	4 650 000	6 190 000	0,12	0,16	0,22
	Asia central y Transcaucasia	360 000	410 000	470 000	0,67	0,76	0,87
	Asia oriental y sudoriental	2 450 000	3 260 000	4 420 000	0,16	0,21	0,28
	Asia sudoccidental	390 000	650 000	920 000	0,22	0,37	0,51
	Cercano Oriente y Oriente Medio	30 000	70 000	130 000	0,03	0,08	0,13
	Asia meridional	250 000	250 000	260 000	0,03	0,03	0,03
Europa		2 530 000	3 760 000	5 850 000	0,46	0,68	1,06
	Europa oriental y sudoriental	1 800 000	2 900 000	4 750 000	0,78	1,26	2,07
	Europa occidental y central	740 000	870 000	1 100 000	0,23	0,27	0,34
Oceanía		120 000	130 000	160 000	0,49	0,53	0,66
Todo el mundo		8 910 000	12 690 000	22 350 000	0,19	0,27	0,48

Fuente: *Informe Mundial sobre las Drogas 2014*.

2. El VIH entre las personas que se inyectan drogas

17. De los 12,7 millones de personas que, según se ha estimado, se inyectan drogas, se calculó que 1,7 millones viven con el VIH, lo que representa una prevalencia mundial del VIH del 13,1% entre esas personas. La prevalencia más alta de las personas que se inyectan drogas y viven con el VIH se registra en Asia sudoccidental, seguida de Europa oriental y sudoriental. Por lo que se refiere a números absolutos, a China, los Estados Unidos y el Pakistán en su conjunto les correspondió el 62% del número de personas en todo el mundo que se inyectan drogas y viven con el VIH.

Cuadro 5

Estimaciones de las personas que se inyectan drogas y viven con el VIH, 2012

		El VIH entre las personas que se inyectan drogas			
		Cifra estimada			Prevalencia: estimación óptima
Región	Subregión	Mínima	Óptima	Máxima	(porcentaje)
África		24 000	123 000	2 006 000	12,1
América		197 000	267 000	421 000	8,6
	América del Norte	148 000	189 000	254 000	9,2
	América Latina y el Caribe	49 000	79 000	167 000	7,4
Asia		331 000	556 000	966 000	12,0
	Asia central y Transcaucasia	26 000	31 000	41 000	7,7
	Asia oriental y sudoriental	196 000	312 000	596 000	9,6
	Asia sudoccidental	88 000	188 000	298 000	28,8
	Cercano Oriente y Oriente Medio	1 000	3 000	8 000	3,8
	Asia meridional	20 000	21 000	22 000	8,4
Europa		364 000	719 000	1 434 000	19,1
	Europa oriental y sudoriental	320 000	667 000	1 368 000	23,0
	Europa occidental y central	44 000	52 000	66 000	6,0
Oceanía		1 000	1 000	2 000	1,0
Todo el mundo		917 000	1 667 000	4 828 000	13,1

Fuente: Informe Mundial sobre las Drogas 2014.

3. Hepatitis entre las personas que se inyectan drogas

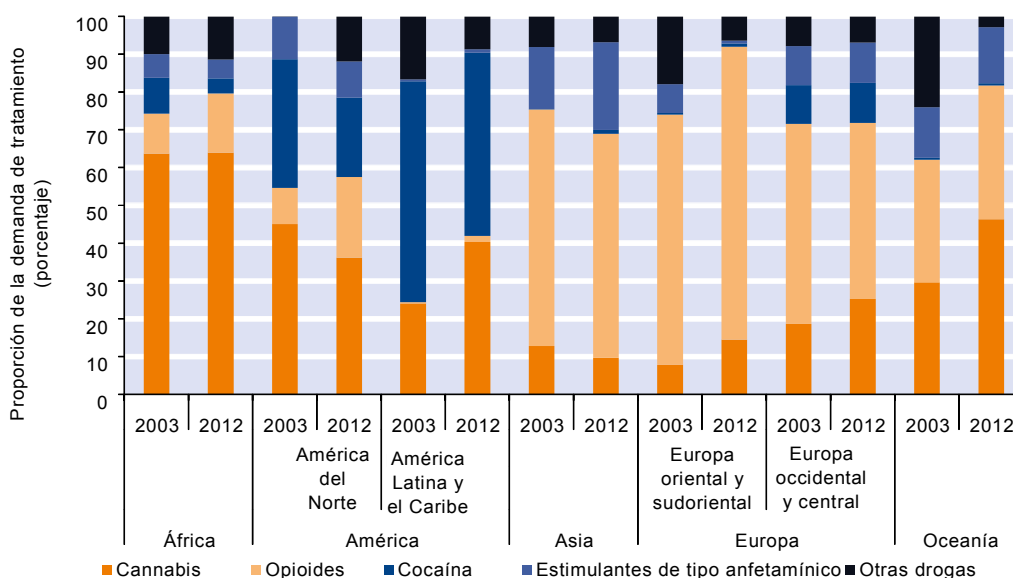
18. Entre las personas que se inyectan drogas, parece que la prevalencia de la hepatitis C es mucho mayor que la de cualquier otra infección. La UNODC estimó que la mitad de las personas que se inyectan drogas (6,6 millones) estaban infectadas por la hepatitis C. Se estimó que la prevalencia mundial de la hepatitis B entre las personas que se inyectan drogas era del 6,7%, es decir, 850.000 personas de 15 a 64 años de edad. Todas esas comorbilidades (el VIH, la hepatitis B y la C) contribuyen considerablemente a la carga que supone la enfermedad para el tratamiento y atención de las personas que consumen drogas.

4. Demanda de tratamiento para los consumidores problemáticos de drogas

19. Se estimó que, en todo el mundo, uno de cada seis consumidores problemáticos de drogas recibió tratamiento por su consumo problemático de drogas. Sin embargo, se registraron grandes variaciones por regiones en la prestación de servicios de tratamiento por consumo de drogas y en las intervenciones correspondientes (véase el gráfico V). En África, uno de cada 18 consumidores problemáticos había recibido tratamiento, mientras que, en América Latina y el Caribe y Europa oriental y sudoriental, aproximadamente uno de cada 11 lo había recibido. Las diferencias regionales en la necesidad de tratamiento tal vez reflejen diferencias entre los sistemas de presentación de informes, pero también demuestran las importantes disparidades de la disponibilidad y accesibilidad de los servicios de tratamiento de la dependencia de las drogas entre las distintas regiones. Fuera de África, los datos sobre la demanda de tratamiento facilitan información sobre las sustancias que causan los principales problemas a los consumidores y a la salud pública en una región concreta. La demanda de tratamiento en Europa oriental y sudoriental, así como en la mayoría de las regiones de Asia, está dominada por los opioides. La cocaína es la principal droga que se notifica en ingresos para tratamiento en América Latina y el Caribe y, en Asia sudoriental y Oceanía, las anfetaminas se notifican en considerable medida. El tratamiento por consumo de cannabis se notifica sobre todo en África, América y Oceanía. Además, entre 2003 y 2012, la proporción de ingresos por trastornos debidos al consumo de cannabis aumentó considerablemente en América Latina y el Caribe, Europa y Oceanía.

Gráfico V

Variaciones de la droga principal de uso indebido entre las personas sometidas a tratamiento, por regiones, 2003-2012



Fuente: Informe Mundial sobre las Drogas 2014.

5. Muertes relacionadas con las drogas

20. Las muertes relacionadas con las drogas muestran el daño extremo que puede causar su consumo. Son siempre prematuras y, en su mayoría, pueden evitarse. La UNODC estima que, en 2012, se produjeron entre 95.000 y 226.000 muertes relacionadas con las drogas, cifras que correspondían a una tasa de mortalidad de entre 20,8 y 49,3 fallecimientos por millón de habitantes de 15 a 64 años de edad (véase el cuadro 6). El número de muertes relacionadas con las drogas sigue siendo esencialmente el mismo en el mundo y sus distintas regiones. En todo el mundo, casi la mitad de las muertes relacionadas con las drogas que se comunicaron se atribuyen a sobredosis letales, lo que podría evitarse si se interviniera adecuadamente para prevenir esas sobredosis, por ejemplo, garantizando la disponibilidad de naloxona, con personal debidamente capacitado para atender a los consumidores de drogas. Con la excepción de América del Sur, donde la cocaína se clasificó como la sustancia principal, en todas las demás regiones los opioides fueron los que ocuparon los primeros puestos como sustancias principales a las que se atribuyeron las muertes relacionadas con las drogas. No obstante, una proporción considerable de las muertes relacionadas con las drogas se produjo como consecuencia de la politoxicomanía, puesto que se informó del consumo de más de una sustancia.

Cuadro 6

Cifra estimada de muertes relacionadas con las drogas y tasa de mortalidad por millón de habitantes de 15 a 64 años de edad, 2012

Región	Cifra de muertes relacionadas con las drogas			Tasa de mortalidad por millón de habitantes de 15 a 64 años de edad			Cobertura de la población de 15 a 64 años de edad (porcentaje)
	Estimación óptima	Estimación mínima	Estimación máxima	Estimación óptima	Estimación mínima	Estimación máxima	
África	36 800	17 500	56 200	61,9	29,4	94,3	..
América del Norte	44 600	44 600	44 600	142,1	142,1	142,1	100
América Latina y el Caribe	4 900	4 000	7 300	15,1	12,6	22,7	80
Asia	78 600	11 400	99 600	27,7	4,0	35,0	9
Europa occidental y central	7 500	7 500	7 500	23,2	23,2	23,2	100
Europa oriental y sudoriental	8 700	8 700	8 700	37,9	37,9	37,9	100
Oceanía	1 900	1 600	1 900	77,5	65,3	78,5	75
Todo el mundo	183 100	95 500	225 900	40,0	20,8	49,3	..

Fuente: Informe Mundial sobre las Drogas 2014.

Nota: Por la limitadísima presentación de informes de los países de África, la fuente de la información utilizada ha sido L. Degenhardt y otros, "Illicit drug use", en *Comparative Quantification of Health Risks: Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors*, vol. 1, capítulo 13, y Majid Ezaati y otros, comps. (Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004).

III. Resúmenes regionales

21. En la información sobre el consumo de drogas que se presenta a continuación se indican las principales tendencias y las novedades, cuando se dispuso de ellas con respecto a los países de una región concreta. Las estimaciones sobre la prevalencia en las distintas regiones y subregiones que figuran en cada sección se basan en las estimaciones de la UNODC publicadas en el *Informe Mundial sobre las Drogas 2014*.

A. África

22. Aunque solo se dispuso de una información limitada sobre la situación del consumo de drogas en África, se considera que el consumo de cannabis en la región es elevado (el 7,5% de la población de 15 a 64 años de edad) si se compara con el promedio mundial (3,8%). Se estimaron unos niveles de consumo similares o inferiores a la media mundial en el caso de los opioides (0,3%), los opiáceos (0,3%), la cocaína (0,4%) y los estimulantes de tipo anfetamínico con exclusión del éxtasis (0,9%). No se disponía de datos completos relativos a las apreciaciones de los expertos sobre los cambios recientes en el consumo de drogas. En la información facilitada por ocho Estados Miembros de África había algunos indicios de un aumento del consumo de cannabis y de estimulantes de tipo anfetamínico en esa región.

23. Si bien se siguen consumiendo las drogas convencionales en África, también se informó de la aparición de nuevas sustancias psicoactivas en la región. De 2008 a 2013, 11 países africanos de un total de 53 informaron de la aparición de esas sustancias⁷. Egipto notificó el número más elevado (20), que incluía cannabinoides sintéticos, sustancias a base de plantas y piperazinas. El *khat*, que es una nueva sustancia psicoactiva que se consume tradicionalmente en partes de la región, siguió siendo motivo de preocupación.

24. Muchos países de la región también notificaron el abuso de medicamentos dispensados con receta. Por ejemplo, se comunicó que los tranquilizantes y los sedantes eran los medicamentos que más se consumían en Argelia, seguidos del cannabis. Análogamente, se informó de que, en Nigeria, el abuso de opioides de dispensación con receta era más elevado que el consumo de heroína. El abuso de tramadol, un analgésico opioide sintético, causa graves problemas en la región; muchos países, entre ellos Egipto, Libia, Mauricio y el Togo, informaron de que era objeto de abuso⁸.

25. Al no existir una encuesta nacional sobre la magnitud del consumo de drogas, la Red Epidemiológica Comunitaria Sudafricana sobre Uso de Drogas comunica con regularidad datos sobre las tendencias basados en los ingresos con fines de tratamiento en todo el país. Según su informe más reciente, el consumo de heroína era un problema cada vez más grave que comunicaba la mayoría de los centros de tratamiento por drogas. También se registró un aumento de las personas sometidas a tratamiento que informaban de que se inyectaban heroína. Entre las demás sustancias consumidas por inyección figuraban la cocaína, la metcatinona,

⁷ *Ibid.*

⁸ *Ibid.*

la metanfetamina y los medicamentos dispensados con receta (por ejemplo, las benzodiazepinas). La demanda de tratamiento relacionada con la cocaína siguió siendo reducida y se mantuvo estable en todo el país, y el cannabis siguió siendo la sustancia mencionada con más frecuencia en casos de tratamiento, sobre todo entre los jóvenes⁹.

B. América

26. El cannabis era la sustancia ilícita que se consumía con más frecuencia en América, con una prevalencia anual del 8,1% entre los habitantes de 15 a 64 años de edad. Esa tasa equivalía al doble de la media mundial, aunque los altos niveles de consumo de cannabis se debían principalmente al consumo en América del Norte. Los opioides eran la segunda droga más consumida, con una prevalencia anual del 2,3%, lo que equivalía a tres veces la media mundial. La prevalencia anual del consumo de cocaína en la región era también alta (1,5%, es decir, casi cuatro veces la media mundial). El consumo de estimulantes de tipo anfetamínico (excluido el éxtasis) y de éxtasis también se encontraba por encima de sus respectivas medias mundiales.

1. América del Norte

27. En América del Norte, el consumo de todos los tipos de drogas alcanzaba niveles superiores al de la media mundial. El cannabis era la sustancia que más se consumía (el 11,2% de la población la había consumido el año anterior), pero el consumo de opioides (sobre todo opioides y analgésicos de dispensación con receta) y de cocaína fue también elevado en comparación con los niveles mundiales. La prevalencia anual del consumo de opioides fue del 4,3%, mientras que la del consumo de opiáceos 0,5% y la del consumo de cocaína 1,8% (la más elevada de todas las regiones del mundo y casi cuatro veces la media mundial). El consumo de estimulantes de tipo anfetamínico y el de éxtasis eran también muy superiores a los niveles medios de consumo a escala mundial (con una prevalencia anual del 1,4% y del 0,9%, respectivamente).

28. En los Estados Unidos de América, el consumo ilícito de drogas durante el año anterior entre las personas de 12 años de edad o más se mantuvo estable en 2013 en comparación con 2012, en un 15,9%, cifra cercana al máximo histórico durante los diez años anteriores que se comunicó en 2012. La prevalencia del consumo de cannabis siguió incrementándose, pasando del 12,1% en 2012 al 12,6% en 2013. Sin embargo, el consumo ilícito de drogas distintas del cannabis disminuyó del 8,2% al 7,6%, sobre todo a consecuencia del descenso del consumo de cocaína *crack* (del 0,4% en 2012 al 0,2% en 2013) y el uso con fines no médicos de medicamentos psicoterapéuticos (del 6,4% en 2012 al 5,8% en 2013), especialmente de opioides de dispensación con receta (del 4,8% en 2012 al 4,2% en 2013) y de tranquilizantes (del 2,3% en 2012 al 2,0% en 2013) también disminuyó¹⁰.

⁹ Red Epidemiológica Comunitaria Sudafricana sobre Uso de Drogas, *Monitoring Alcohol and Drug Abuse Treatment Admissions in South Africa: January-June 2013 – Phase 34* (febrero de 2014).

¹⁰ Estados Unidos, Departamento de Salud y Servicios Humanos, Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental, *Results from the 2013 National Survey on Drug Use and*

29. En los Estados Unidos existían indicios de un giro del mercado de opioides hacia el consumo de heroína, que se puso de manifiesto por su gran disponibilidad y sus precios más bajos y se debió principalmente a las modificaciones de la formulación del OxyContin, uno de los principales opioides de dispensación con receta que son objeto de abuso, a otra formulación que no puede inhalarse ni inyectarse¹¹.

30. El número de muertes causadas por sobredosis de analgésicos de dispensación con receta también siguió acrecentándose, especialmente entre las mujeres en los Estados Unidos¹². Además, las situaciones de emergencia médica relacionadas con el uso extraterapéutico de medicamentos de dispensación con receta también se incrementaron considerablemente (en un 132%) durante el período 2004-2011, y los casos de ingresos en los servicios de urgencias relacionados con el consumo de heroína y opioides aumentaron en un 183% durante el mismo período¹³.

31. No se dispuso de datos actualizados de encuestas sobre el consumo de drogas en el Canadá en 2013. Los datos comunicados anteriormente correspondientes a 2012 e incluidos en el cuestionario para los informes anuales de 2013 indicaban que la prevalencia del consumo durante el año anterior de cannabis entre las personas de 15 años y mayores fue del 10,2% y se había mantenido estable. El consumo ilícito durante el año anterior de las drogas comunicadas con más frecuencia después del cannabis se estimó en un 1% aproximadamente y también se informó de que se había mantenido estable¹⁴.

32. En México, el consumo ilícito de drogas se mantuvo a niveles bajos, y la prevalencia del consumo ilícito durante el año anterior de cualquier droga fue del 1,5%. El consumo de cannabis durante el año anterior se estimó en un 1,2% y el consumo de cocaína durante el año anterior fue del 0,5%. Entre la población joven, el consumo durante el año anterior de cualquier sustancia ilícita también fue del 1,5%, lo que obedeció principalmente al consumo durante el año anterior de cannabis y cocaína (con un consumo durante el año anterior del 1,3% y el 0,4%, respectivamente), así como a cierto consumo durante el año anterior de disolventes y sustancias inhalables del 0,3%. Sin embargo, como se comunicó en el cuestionario para los informes anuales, los expertos observaron un aumento del consumo de cannabis, heroína, cocaína *crack* y estimulantes de tipo anfetamínico en el país¹⁵.

Health, NSDUH Series H-46, HHS Publication No. (SMA) 14-4863 (Rockville, Maryland, 2014), cuadros 7.2B y 7.3B.

¹¹ UNODC, *Informe Mundial sobre las Drogas 2014*.

¹² Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Vital Signs, "Prescription painkiller overdoses: a growing epidemic, especially among women" (julio de 2013).

¹³ Estados Unidos, Departamento de Salud y Servicios Humanos, Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental, *Drug Abuse Warning Network, 2011: National Estimates of Drug-Related Emergency Department Visits*, HHS Publication No. (SMA) 13-4760, DAWN Series D-39 (Rockville, Maryland, 2013).

¹⁴ Health Canada, 2012 Canadian Alcohol and Drug Use Monitoring Survey (Ottawa, 2013).

¹⁵ Respuestas al cuestionario para los informes anuales presentadas por México correspondientes a 2013.

2. América del Sur y Centroamérica y el Caribe

33. En América del Sur y Centroamérica y el Caribe, los niveles registrados de consumo de cocaína se mantuvieron elevados. En América del Sur, se estimó que la prevalencia anual del consumo de cocaína había aumentado del 0,7% en 2010 (1,84 millones de consumidores) al 1,2% en 2012 (3,34 millones de consumidores), es decir, tres veces el nivel medio mundial estimado de consumo. El aumento del consumo de cocaína en la región obedece al incremento del consumo en el Brasil. Además, según se informó en el cuestionario para los informes anuales, expertos del Brasil, Chile y Costa Rica también observaron un aumento del consumo de cocaína durante el año anterior. El consumo de cocaína se mantuvo en niveles más bajos (en un 0,6% en ambas subregiones).

34. El consumo ilícito de otras sustancias permaneció en niveles bajos a moderados en la subregión, a excepción de las anfetaminas en Centroamérica, en que la prevalencia anual de su consumo fue del 1,3%, en comparación con la media mundial del 0,7%. Algunos países, entre ellos Bolivia (Estado Plurinacional de), Costa Rica, Honduras y Jamaica, también comunicaron unos niveles altos de consumo de anfetaminas entre los jóvenes, llegando en ocasiones a superar el consumo de cannabis y/o de cocaína¹⁶.

35. Entre 2008 y 2013, la Argentina, el Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, el Ecuador, Panamá y el Uruguay informaron de un total de 54 nuevas sustancias psicoactivas, que en su mayoría consistían en piperazinas, seguidas de las fenetilaminas y los cannabinoides sintéticos, así como un consumo limitado de ketamina¹⁷.

C. Asia

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

37. Según se informó en el cuestionario para los informes anuales, los expertos de la región observaron un aumento del consumo de cannabis y estimulantes de tipo anfetamínico y unas tendencias estables con respecto al consumo de cocaína en sus respectivos países, y se consideró que el consumo de opioides estaba disminuyendo en general en la región.

¹⁶ UNODC, *Evaluación Global de las Drogas Sintéticas*, 2014.

¹⁷ *Ibid.*

Cuadro 7

Asia: Tendencias del consumo de drogas según las apreciaciones de los expertos, por tipos de drogas, 2013

<i>Tipo de droga</i>	<i>Estados Miembros que presentaron datos basados en apreciaciones</i>		<i>Estados Miembros que informaron de un aumento en el consumo de drogas</i>		<i>Estados Miembros que informaron de un consumo estable de drogas</i>		<i>Estados Miembros que informaron de una disminución en el consumo de drogas</i>	
	<i>Número</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentaje</i>
Cannabis	21	47	13	62	4	19	4	19
Estimulantes de tipo anfetamínico	15	33	11	73	4	27	0	0
Éxtasis	12	27	2	17	4	33	6	50
Opioides	17	38	4	24	3	18	10	59
Cocaína	11	24	4	36	5	45	2	18

Fuente: Respuestas al cuestionario para los informes anuales de 2013.

Nota: Las variaciones (aumento o disminución) del consumo de drogas se refieren al año sobre el que se informa en el cuestionario para los informes anuales.

1. Asia oriental y sudoriental

38. Con la excepción de los estimulantes de tipo anfetamínico, el consumo de otras sustancias ilícitas en Asia oriental y sudoriental sigue siendo bajo. La tasa de prevalencia anual de consumo del 0,7% y, según se estima, los 3,2 millones de consumidores de estimulantes de tipo anfetamínico en la región siguen siendo los más elevados de todo el mundo.

39. Ante la inexistencia de datos fiables de encuestas, existen indicios de que el consumo de estimulantes de tipo anfetamínico se ha acrecentado y diversificado. Los expertos han clasificado los estimulantes de tipo anfetamínico como una de las tres sustancias principales que se consumen en los países de la subregión desde 2009. Se percibe que el consumo registrado de metanfetamina ha aumentado en la mayoría de los países de la subregión, y expertos de Brunei Darussalam, China, el Japón, la República de Corea y Singapur, en particular, han informado de un aumento de su consumo. El mercado de nuevas sustancias psicoactivas se diversifica con rapidez en la subregión, y muchos países, especialmente China, el Japón y Singapur, informaron de la aparición de esas sustancias. La ketamina se ha consumido desde hace largo tiempo en la región y los expertos aprecian que su consumo se está estabilizando, mientras que el kratom sigue consumiéndose como estimulante tradicional en Malasia, Myanmar y Tailandia. En 2013, las principales nuevas sustancias psicoactivas cuya aparición se comunicó en la subregión fueron los cannabinoides sintéticos, la ketamina, las sustancias del tipo de la fenciclidina y las catinonas sintéticas.

40. Las impresiones de los expertos acerca de las tendencias del consumo de drogas en China indicaban un aumento del consumo de anfetaminas y ketamina, mientras que se apreció que el consumo de cannabis y opioides (incluida la heroína) iba en disminución. No obstante, el consumo de opioides sigue siendo elevado en China, país en el que existían 1,36 millones de consumidores de opioides registrados a finales de 2013, cifra que representaba más de la mitad del total de consumidores de drogas registrados, y los consumidores registrados de anfetaminas

constituyan el 35% de los 2,47 millones de consumidores de drogas registrados en el país¹⁸.

41. El número de personas residentes en esta subregión que se inyectan drogas (3,3 millones) representa más de la cuarta parte del total mundial. En algunos países de la subregión (Camboya, Indonesia y Tailandia), la prevalencia del VIH entre las personas que se inyectan drogas está por encima del 20%.

2. Asia meridional

42. La información de que se disponía sobre la situación relativa a las drogas en Asia meridional era escasa, sobre todo con respecto al consumo de la cocaína y los estimulantes de tipo anfetamínico. La tasa de prevalencia anual del consumo de cannabis se estimó en un 3,5% y la del consumo de opiáceos en un 0,3%, algo por debajo de las respectivas medias mundiales. Si bien la prevalencia de las personas que se inyectan drogas era baja en comparación con la media mundial, la prevalencia del VIH entre esas personas siguió siendo elevada (un 8,5%).

43. Sri Lanka fue el único país de la subregión que presentó un cuestionario para los informes anuales en 2013. A excepción del consumo de cannabis, del que se apreció un aumento, se consideró que el consumo de otras drogas era estable en el país.

3. Asia sudoccidental y central

44. No se disponía de información reciente y fiable sobre las tendencias del consumo de drogas en el caso de una mayoría de partes de Asia sudoccidental y central; sin embargo, la subregión destacó por una prevalencia elevada del consumo de opiáceos. En Asia sudoccidental también se registró la prevalencia más alta (un 28,8%) del VIH entre las personas que se inyectan drogas.

45. Según las apreciaciones de los expertos acerca de las tendencias del consumo de drogas en la República Islámica del Irán, en el país hubo un aumento del consumo de la mayoría de sustancias, inclusión hecha del cannabis, los opiáceos (heroína y opio), la metanfetamina y los tranquilizantes.

46. En Asia central, la prevalencia anual del consumo de cannabis concordaba con los niveles mundiales; sin embargo, el consumo de opiáceos en la subregión (0,8% de la población adulta) se mantuvo en niveles considerablemente más elevados que la media mundial. La prevalencia del VIH entre las personas que se inyectan drogas también siguió siendo alta en la subregión (7,7%).

47. En el Cercano y Mediano Oriente, la información fiable sobre la magnitud del consumo de drogas era escasa. No obstante, según las apreciaciones de los expertos, se consideró que el consumo de cannabis había aumentado en Israel, Kuwait, el Líbano y Omán, habiéndose observado igualmente que el consumo de estimulantes de tipo anfetamínico había aumentado en Israel, Kuwait y la República Árabe Siria.

¹⁸ Respuestas al cuestionario para los informes anuales presentadas por China correspondientes a 2013.

D. Europa

48. El cannabis sigue siendo la sustancia que se consume con más frecuencia en Europa (véase el cuadro 8), como en otros lugares, con una cifra estimada de 24 millones de consumidores durante el año anterior (4,3% de los habitantes de 15 a 64 años de edad), seguido de la cocaína, con 3,7 millones de consumidores durante el año anterior (0,7% de las personas del mismo grupo de edad). El consumo de opioides y opiáceos siguió siendo comparable a los promedios mundiales. Las anfetaminas se consumían a niveles inferiores, pero el consumo de éxtasis fue más elevado (0,5%) que la media mundial (0,4%).

49. Los patrones del consumo ilícito de drogas en Europa mostraron diferencias entre las dos subregiones europeas. La prevalencia del consumo de cannabis era mucho más elevada en Europa occidental y central, mientras que el consumo de opioides y de opiáceos era mucho más alto en Europa oriental y sudoriental.

Cuadro 8

Europa: Tendencias del consumo de drogas según las apreciaciones de los expertos, por tipos de drogas, 2013

Tipo de droga	Estados Miembros que presentaron datos basados en apreciaciones		Estados Miembros que informaron de un aumento en el consumo de drogas		Estados Miembros que informaron de un consumo estable de drogas		Estados Miembros que informaron de una disminución en el consumo de drogas	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Cannabis	27	60	10	37	10	37	7	26
Estimulantes de tipo anfetamínico	23	51	5	22	11	48	7	30
Éxtasis	21	47	3	14	9	43	9	43
Opioides	25	56	5	20	13	52	7	28
Cocaína	24	53	9	38	10	42	5	21

Fuente: Respuestas al cuestionario para los informes anuales de 2013.

Nota: Las variaciones (aumento o disminución) del consumo de drogas se refieren al año sobre el que se informa en el cuestionario para los informes anuales.

1. Europa occidental y central

50. Aunque la tasa de prevalencia anual del consumo de cannabis siguió siendo elevada en Europa occidental y central (5,7%), existían pruebas de una tendencia a la estabilización y disminución, especialmente en los países en que el consumo de esa sustancia estaba arraigado desde hacía tiempo. En los países en que se habían realizado recientemente encuestas nacionales y en aquellos que, históricamente, han tenido unas estimaciones del consumo de cannabis relativamente bajas, se observó una tendencia al alza, por ejemplo, en Dinamarca, Finlandia y Suecia entre los adultos jóvenes, a diferencia de unas tasas de prevalencia relativamente estables en Noruega. Se registró una demanda creciente de tratamiento por problemas causados por el cannabis. Esta sustancia fue también la que notificaron más a menudo las personas que se sometieron a tratamiento por primera vez, y siguió

ocupando el segundo lugar entre las sustancias de uso indebido citadas con más frecuencia que notificaron todas las personas que se sometieron a tratamiento¹⁹.

51. En los países con una prevalencia elevada del consumo de cannabis, los casos de urgencias relacionados con esa sustancia guardaron relación con la ansiedad, las psicosis u otros síntomas psiquiátricos también parecían ser un problema cada vez más grave²⁰.

52. El consumo de cocaína en Europa occidental y central siguió siendo elevado (el 1% de la población adulta). Empero, los países con altos niveles de consumo, como Dinamarca, España e Italia notificaron una tendencia a la baja y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte notificó una tendencia estable del consumo de cocaína²¹. La mayoría de los demás países también comunicaron tendencias estables o descendentes del consumo de cocaína. Asimismo, se registró una tendencia a la baja de la demanda de tratamiento por consumo de cocaína.

53. Se estimó que el consumo durante el año anterior de opioides, sobre todo de heroína, alcanzó la cifra del 0,4% de la población de 15 a 64 años de edad en Europa occidental y central. Sin embargo, en el mercado ilícito circulaban otros opioides, como la buprenorfina, el fentanilo y la metadona, y se informó de que la heroína había sido sustituida por el fentanilo y la buprenorfina en algunos países, tanto en lo que se refiere al consumo como a la demanda de tratamiento. En algunos casos, estas sustancias fueron las causantes de una proporción importante de muertes por sobredosis, como ocurrió con el consumo de los fentanilos en Estonia²².

54. En general, aunque la mayoría de los países de la subregión siguieron notificando tendencias descendentes del consumo de heroína, el consumo de otros opioides es motivo de creciente preocupación en la subregión. El número de consumidores de heroína que se someten a tratamiento por primera vez también ha ido en descenso; actualmente, es la segunda droga notificada con más frecuencia después del cannabis, lo que ha dado lugar al envejecimiento de la cohorte de consumidores que actualmente están en tratamiento. El consumo de heroína por inyección, que es una práctica habitual, también ha estado disminuyendo²³.

55. La anfetamina y el éxtasis seguían siendo los estimulantes sintéticos que se consumían con más frecuencia en la subregión, y la prevalencia anual de su consumo era del 0,6% y del 0,5% de la población adulta, respectivamente. El consumo de anfetamina por inyección sigue considerándose una práctica común entre los consumidores crónicos de drogas. El consumo de anfetamina se ha estabilizado o ha disminuido en partes de la subregión, pero preocupa el hecho de que esté siendo desplazado por la metanfetamina, dada la creciente disponibilidad de esta última en algunos mercados. Entre 2007 y 2012, la mayoría de los países de

¹⁹ Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA), *Informe Europeo sobre Drogas: Tendencias y novedades 2014* (Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2014).

²⁰ *Ibid.*

²¹ Respuestas al cuestionario para los informes anuales de 2013.

²² *Ibid.*

²³ EMCDDA, *Informe Europeo sobre Drogas 2014*.

la subregión notificaron tendencias estables o descendentes del consumo de éxtasis²⁴.

56. La aparición y el consumo de nuevas sustancias psicoactivas seguían planteando un grave problema en Europa occidental y central. De julio a octubre de 2013, los países europeos notificaron a la UNODC 225 nuevas sustancias psicoactivas, consistentes en un 40% en cannabinoides sintéticos, un 20% en fenetilaminas y un 17% en catinonas sintéticas²⁵. El consumo por inyección de catinonas, incluidas la mefedrona, la metilendioxipirovalerona (MDPV) y la pentedrona, sigue siendo motivo de preocupación en la región y se notificó entre diversas poblaciones, incluidas las personas que se inyectaban opioides, las sometidas a tratamiento por drogas, los reclusos y pequeñas poblaciones de hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres²⁶.

2. Europa oriental y sudoriental

57. La preocupación principal en Europa oriental y sudoriental fue el alto nivel de consumo de opioides, sobre todo opiáceos, con tasas de prevalencia anual del 1,2% y el 0,8%, respectivamente. El consumo de éxtasis también fue superior al promedio mundial, con una prevalencia anual del 0,6%. En contra de la tendencia registrada en la mayoría de los países de la subregión, la encuesta nacional más reciente de Bulgaria (2012) indicó una tendencia al alza de la prevalencia anual del consumo de éxtasis (1,2%) en comparación con los niveles comunicados en 2008 (0,7%).

58. En 2014, Serbia publicó los resultados de la primera encuesta nacional de su historia sobre el consumo de sustancias y los juegos de azar en el país. De los resultados se desprende que el abuso de los opioides dispensados con receta (prevalencia anual del 5,1% entre la población de 18 a 64 años de edad) era mucho más elevado que el de otras sustancias. La tasa de prevalencia anual del consumo de cannabis era del 1,6% y se informó de que la tasa de prevalencia del consumo de estimulantes de tipo anfetamínico, cocaína y heroína era de un 0,1% aproximadamente. Entre los adultos jóvenes (de 18 a 34 años de edad), el nivel de consumo de drogas que se notificó fue mucho más elevado que entre la población adulta de 18 a 64 años de edad²⁷.

59. En la subregión se registró también una de las tasas de prevalencia más elevadas de personas que se inyectaban drogas (1,26%), así como una prevalencia alta del VIH entre esas personas (23%).

60. En Ucrania, las apreciaciones de los expertos indicaban tendencias estables del consumo de todas las sustancias, pero los expertos en Belarús informaron de un aumento apreciable del consumo de la mayoría de sustancias, como el cannabis, el

²⁴ *Ibid.*

²⁵ UNODC, *Evaluación Global de las Drogas Sintéticas*, 2014.

²⁶ EMCDDA, *Informe Europeo sobre Drogas*, 2014.

²⁷ Instituto de Salud Pública de Serbia, *Encuesta nacional sobre los estilos de vida de los ciudadanos en Serbia 2014: conclusiones principales sobre el consumo de sustancias y los juegos de azar* (Belgrado, 2014).

opio acetilado, los opioides farmacéuticos, la metanfetamina y la anfetamina, los tranquilizantes, el tramadol y la metadona ilícita²⁸.

61. Las apreciaciones de los expertos de la Federación de Rusia sobre las tendencias del consumo de diferentes sustancias indicaban una situación estable en cuanto al consumo de cannabis y opioides, aunque se observó que el consumo de cocaína había aumentado, así como un importante aumento del consumo de estimulantes de tipo anfetamínico en el país, en el que sigue presente la tendencia a sustituir la heroína por otras sustancias más baratas, como el opio acetilado extraído de la paja de adormidera y la desomorfina²⁹.

E. Oceanía

62. La información acerca del consumo de drogas en Oceanía se limita a Australia y Nueva Zelandia y destaca por los elevados niveles de consumo de la mayoría de las sustancias, inclusión hecha del cannabis (10,8%), los opioides (3,0%), el éxtasis (2,9%), las anfetaminas (2,1%) y la cocaína (1,5%).

63. Según la encuesta más reciente sobre el consumo de drogas en Australia³⁰, el consumo de cualquier sustancia ilícita permaneció estable durante el período 2010-2013. No obstante, se registró un aumento de la prevalencia del abuso de drogas farmacéuticas³¹ (del 4,2% en 2010 al 4,7% en 2013), hasta alcanzar su nivel más elevado desde 1998. Desde 2010, se había observado una disminución considerable del consumo de éxtasis (del 3,0% al 2,5%), de heroína (del 0,2% al 0,1%) y del ácido *gamma*-hidroxibutírico (GHB) (del 0,1% a menos de ese porcentaje). Aunque no hubo un aumento apreciable del consumo de anfetaminas, se produjo al parecer un giro hacia el consumo de metanfetamina cristalizada. En la encuesta se estudió también la prevalencia de las nuevas sustancias psicoactivas en el país, en el que el 1,2% de la población había consumido cannabinoides sintéticos en los 12 meses anteriores, y el 0,4% otras sustancias, como la mefedrona. La gran mayoría de los consumidores de cannabis sintético también habían consumido ilícitamente una droga tradicional, pero una pequeña proporción (el 4,5%) solo había consumido cannabis sintético en los 12 meses anteriores.

64. En Nueva Zelandia, el consumo de la mayoría de las sustancias, incluida la metanfetamina, no registró ningún gran cambio con respecto al año anterior. Al parecer, el mercado de sustancias más nuevas se había diversificado, y se vendían varios tipos de drogas sintéticas como un producto con el nombre genérico de comprimidos de éxtasis, con logotipos basados en marcas de artículos de moda de gran aceptación e ídolos de la cultura popular. Los “tripis” en papel secante absorbente (que contienen dietilamida del ácido lisérgico (LSD)) estaban cada vez más adulterados con sustancias químicas más nuevas y baratas. De igual modo,

²⁸ Respuestas al cuestionario para los informes anuales presentadas por Belarús y Ucrania correspondientes a 2013.

²⁹ Respuestas al cuestionario para los informes anuales presentadas por la Federación de Rusia correspondientes a 2013.

³⁰ Instituto de Salud y Bienestar Social de Australia, *National Drug Strategy Household Survey: Detailed Report – 2013*, Drug Statistics Series No. 28, Cat. No. PHE 183 (Canberra, 2014).

³¹ El abuso de drogas farmacéuticas incluye tanto los analgésicos y tranquilizantes de venta libre como los de dispensación con receta, entre otras drogas.

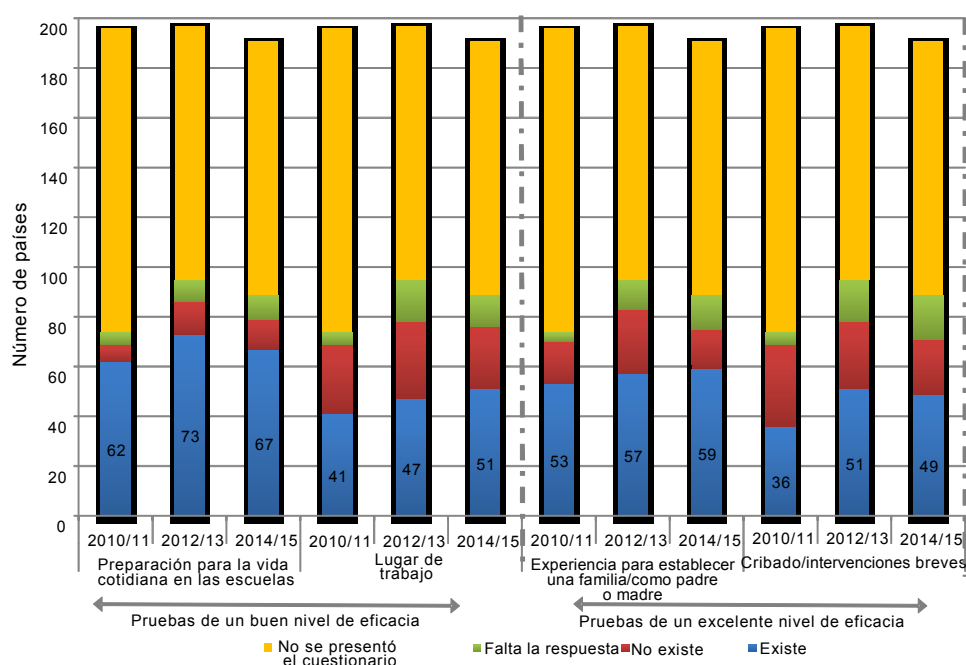
estaba apareciendo en el mercado un gran número de nuevos cannabinoides sintéticos y nuevos análogos de drogas fiscalizadas y “sustancias químicas de investigación” ya existentes³².

IV. Prevención e intervención temprana

65. En los gráficos VI y VII figuran las respuestas de los Estados Miembros que indicaron haber llevado a cabo las diversas actividades de prevención, tanto dirigidas a la población en general como a los grupos en situación de riesgo, categorizadas a su vez en función de la solidez de los datos empíricos sobre su eficacia (de conformidad con las Normas Internacionales sobre la Prevención del Uso de Drogas de la UNODC).

Gráfico VI a)

Número de países que informaron de la existencia de diversas actividades de prevención en la comunidad, con arreglo al nivel de solidez de los datos empíricos sobre su eficacia, 2010/2011-2014/2015



³² Respuestas al cuestionario para los informes anuales presentadas por Nueva Zelanda correspondientes a 2013.

Gráfico VI b)

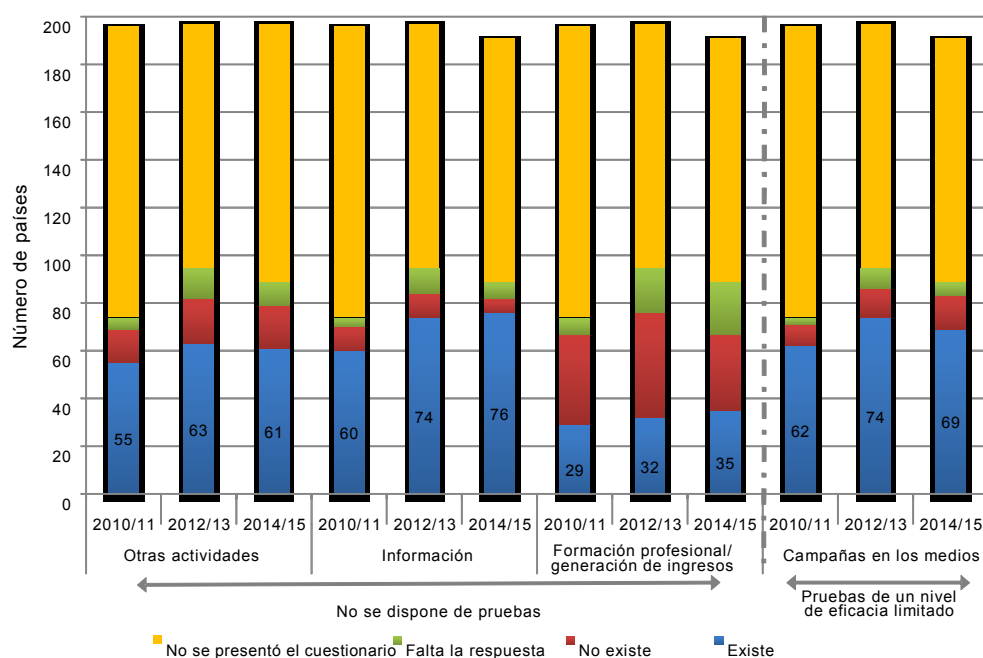


Gráfico VII a)

Número de países que informaron de la existencia de diversas actividades de prevención entre grupos en situaciones de riesgo con arreglo al nivel de solidez de los datos empíricos sobre su eficacia, 2010/2011-2014/2015

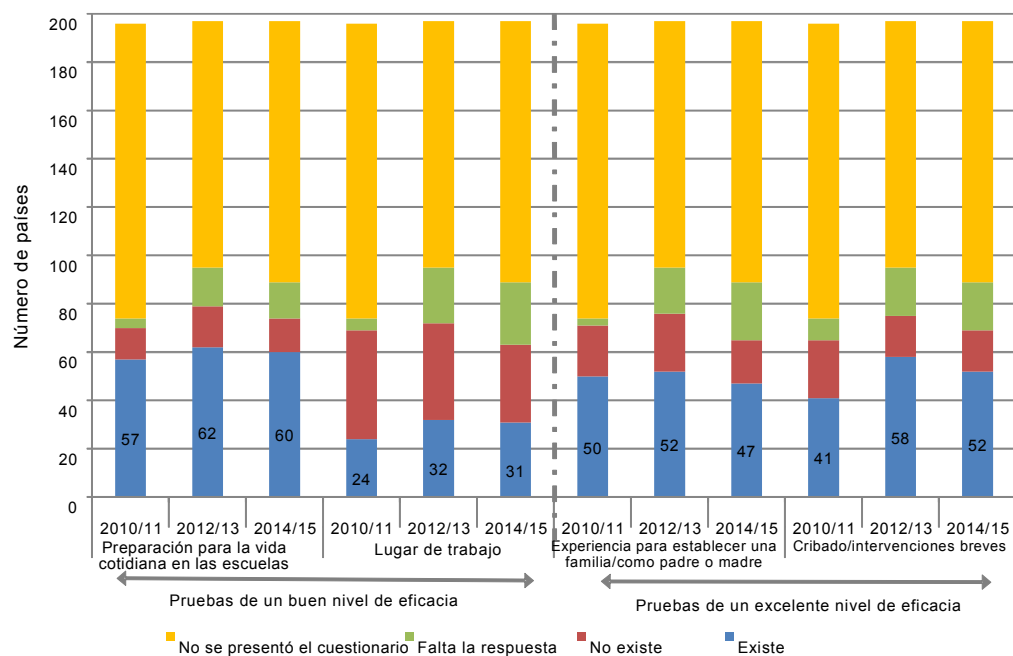
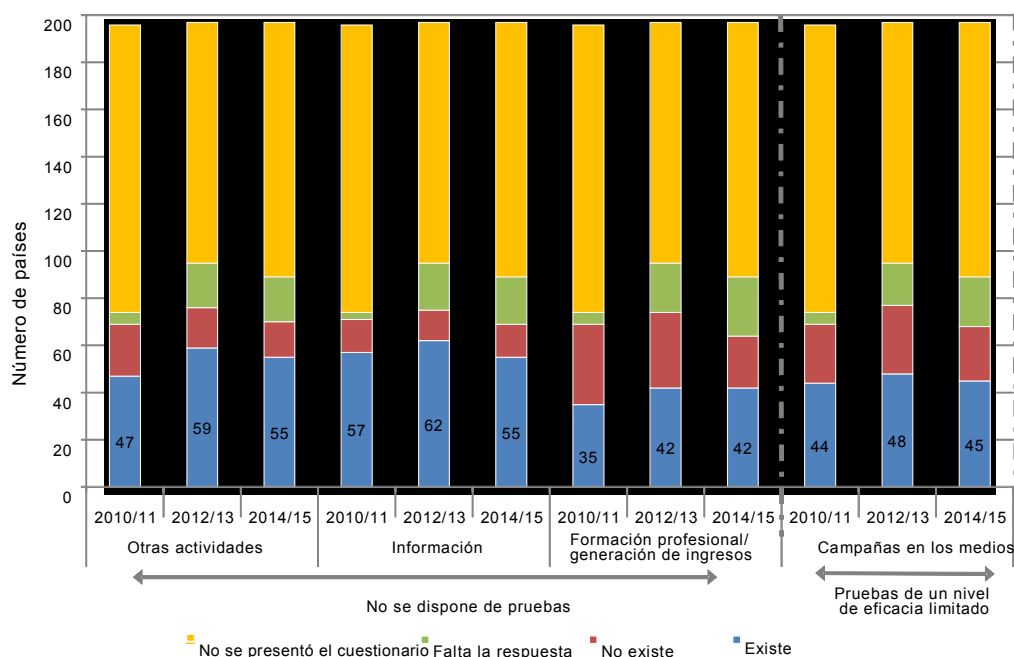


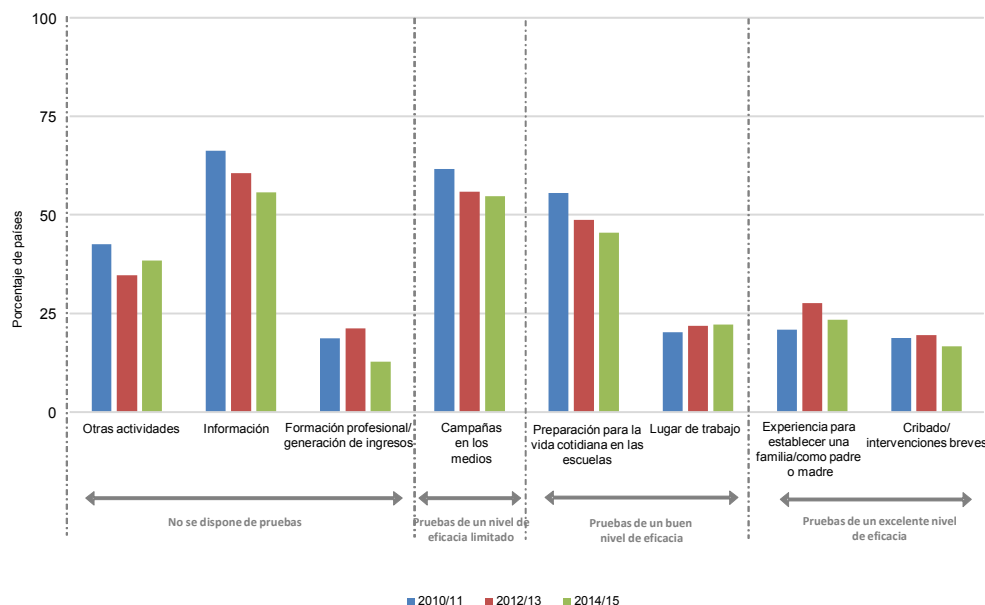
Gráfico VII b)



66. Al igual que en anteriores ciclos de presentación de informes, se dirigieron menos actividades de prevención a los grupos de riesgo que a la población en general, aunque el grado de ejecución fue relativamente alentador y en gran medida estable. De las cuatro intervenciones notificadas con más frecuencia, tres siguieron mostrando pruebas de un nivel de eficacia nulo o limitado. Los niveles de cobertura (véase el gráfico VIII) siguieron siendo motivo de preocupación: de las actividades que dieron pruebas de eficacia, solo se notificó una cobertura amplia en el caso de la preparación para la vida cotidiana.

Gráfico VIII

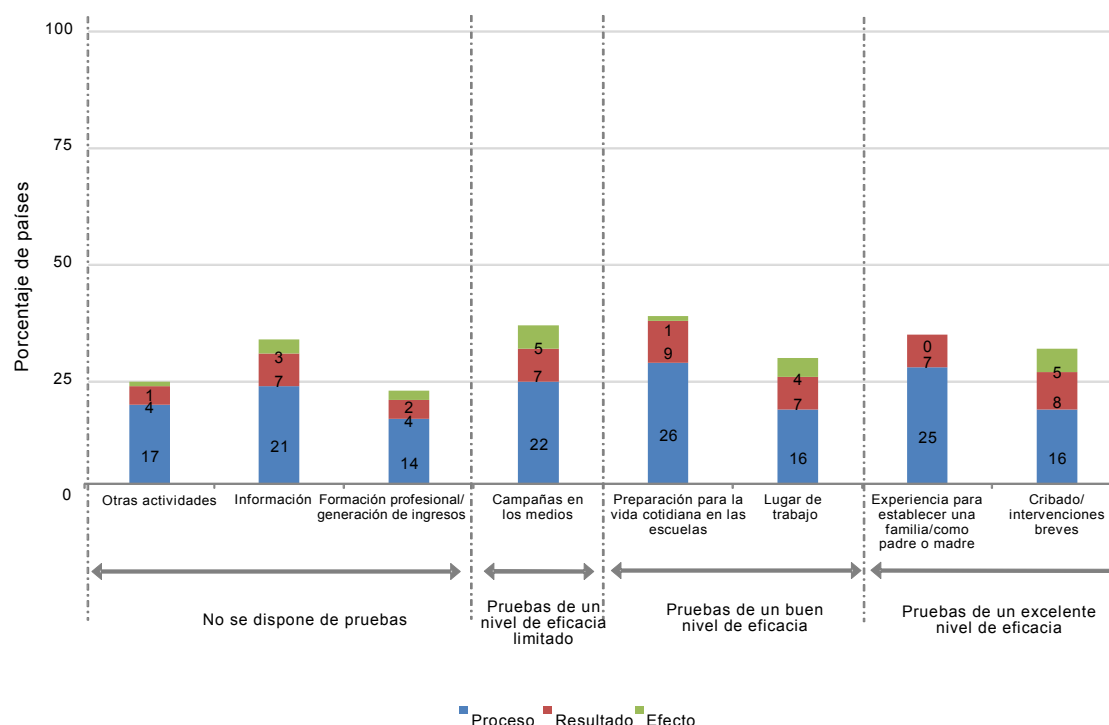
Proporción de Estados Miembros que informaron de una elevada cobertura de las diversas actividades de prevención, 2010/2011-2014/2015



67. Por último, la evaluación de las intervenciones (véase el gráfico IX) siguió siendo deficiente, aunque mostró un leve descenso. La mayoría de las intervenciones no se evaluaron, como ya había sido el caso con anterioridad, y, cuando se notificó la evaluación, se centraba no obstante en el proceso antes que en los efectos o el resultado.

Gráfico IX

Proporción de Estados Miembros que informaron de la evaluación de las actividades de prevención, 2014-2015 (respondieron 90 Estados)



V. Tratamiento

68. El análisis de los servicios de tratamiento por drogas resulta especialmente difícil por la falta de respuestas, incluso de los países que presentaron el cuestionario. Se notificó que la existencia de los servicios era menos frecuente en las instituciones penitenciarias que en el ámbito comunitario. El tratamiento farmacológico continuó siendo el servicio del que menos se informó, especialmente con relación a las instituciones penitenciarias (véanse los gráficos X y XI). La existencia de servicios de rehabilitación y reinserción social siguió siendo relativamente estable (véanse los gráficos XII y XIII), y se informó de que los servicios psicosociales habían aumentado en las instituciones penitenciarias (véanse los gráficos XIV y XV).

Gráfico X

Tendencia del número de países que informaron de la existencia de tratamiento farmacológico en la comunidad, 2010/2011-2014/2015

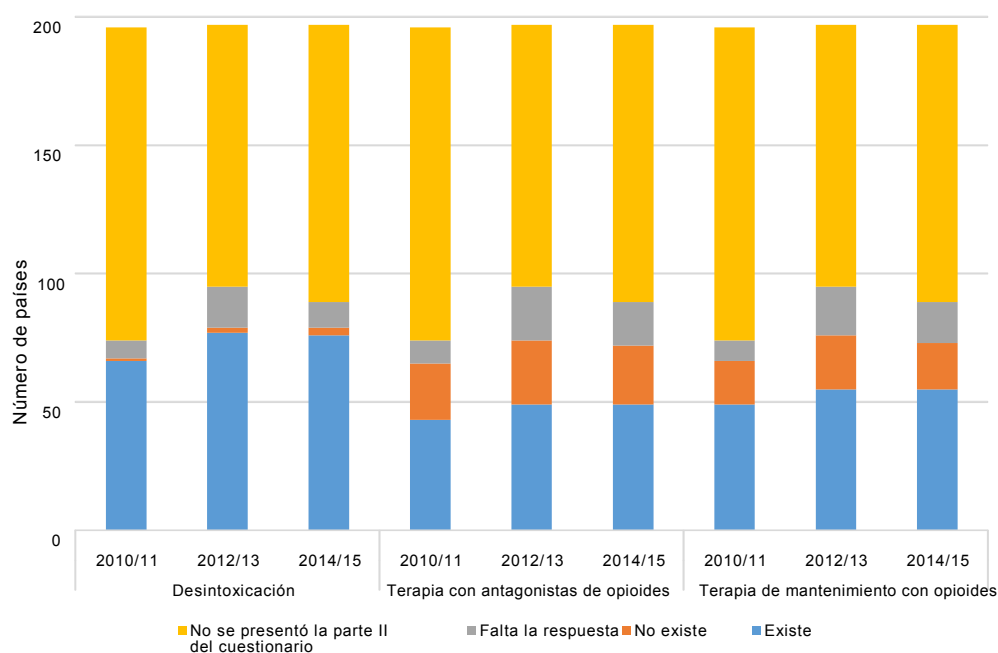


Gráfico XI

Tendencia del número de países que informaron de la existencia de tratamiento farmacológico en instituciones penitenciarias, 2010/2011-2014/2015

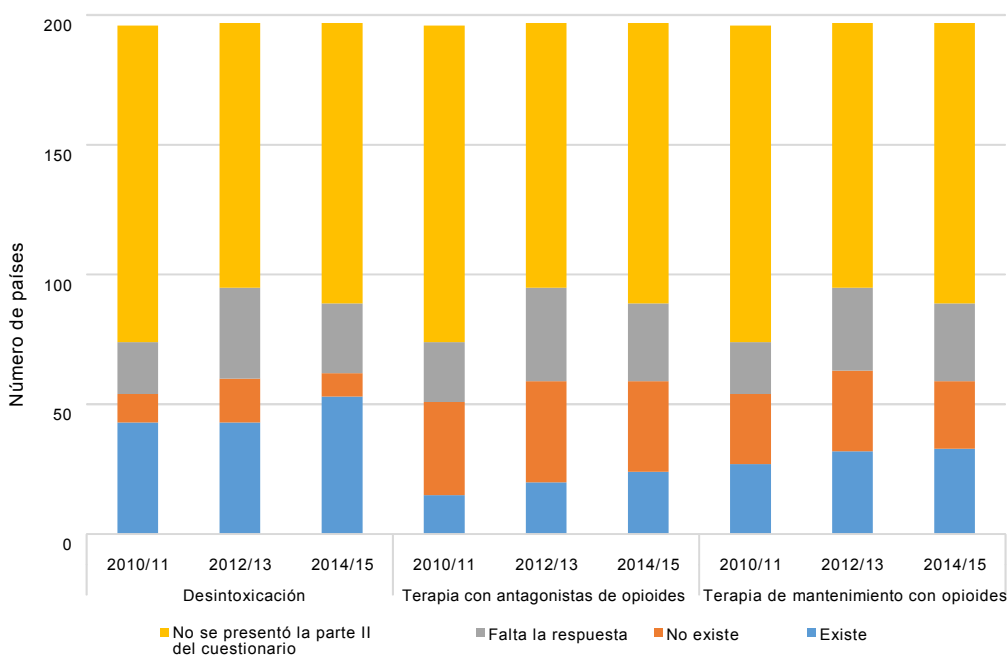


Gráfico XII

Tendencia del número de países que informaron de la existencia de servicios de rehabilitación social y postratamiento en la comunidad, 2010/2011-2014/2015

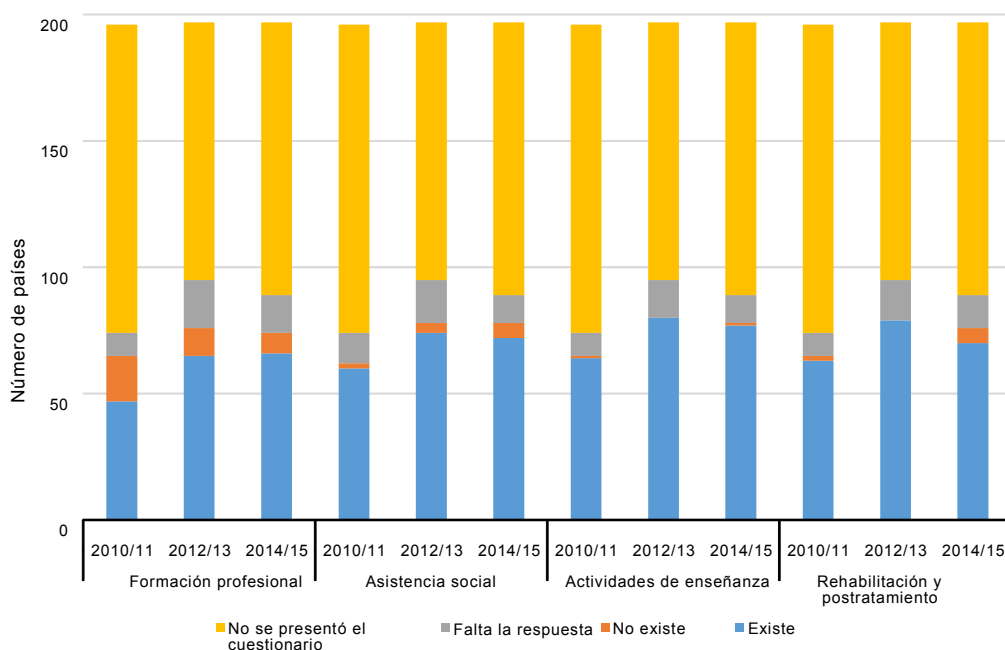


Gráfico XIII

Tendencia del número de países que informaron de la existencia de servicios de rehabilitación social y postratamiento en instituciones penitenciarias, 2010/2011-2014/2015

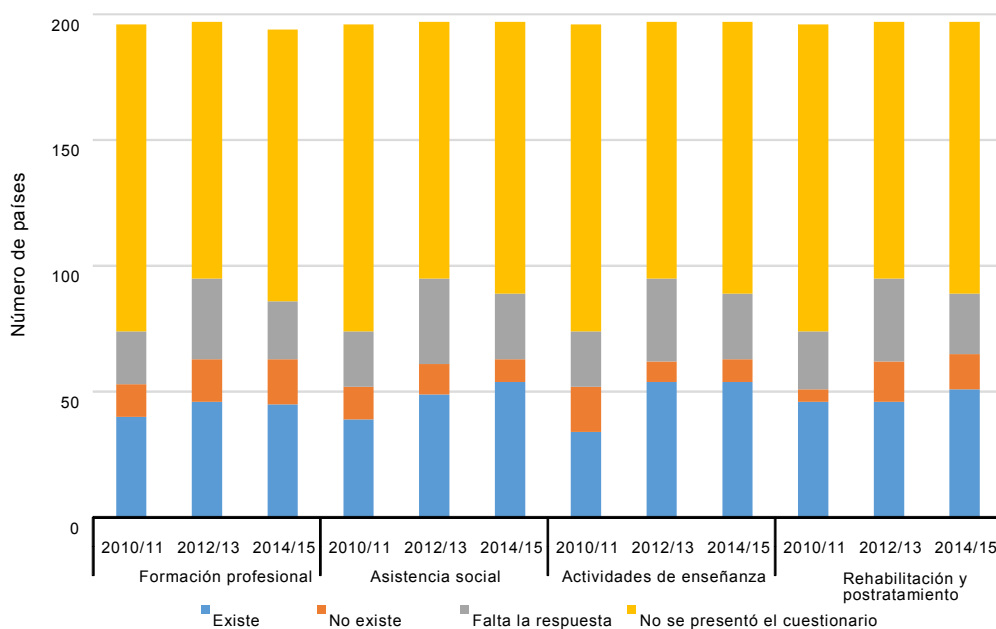


Gráfico XIV
Tendencia del número de países que informaron de la existencia de servicios de tratamiento psicosocial en la comunidad

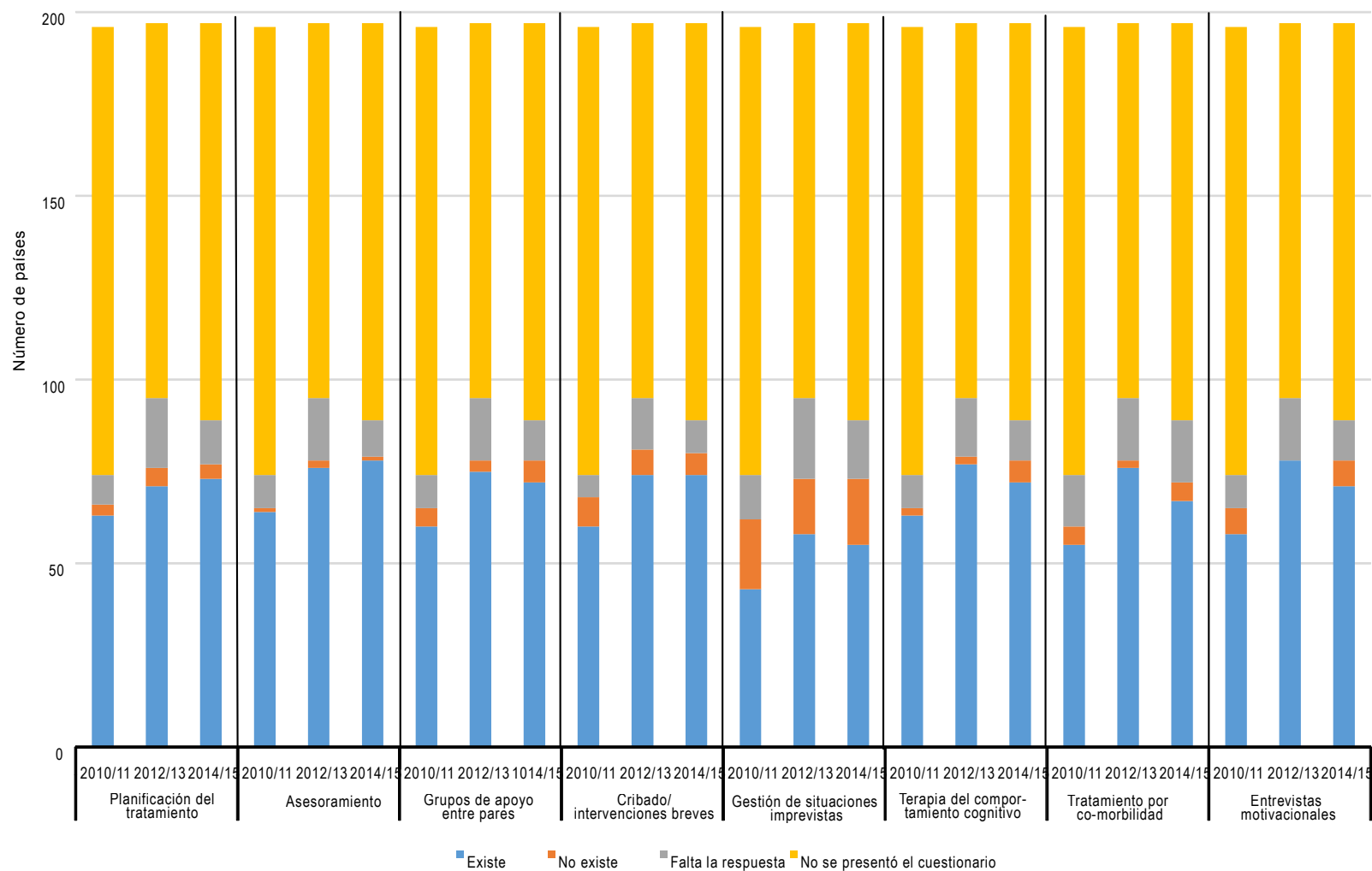
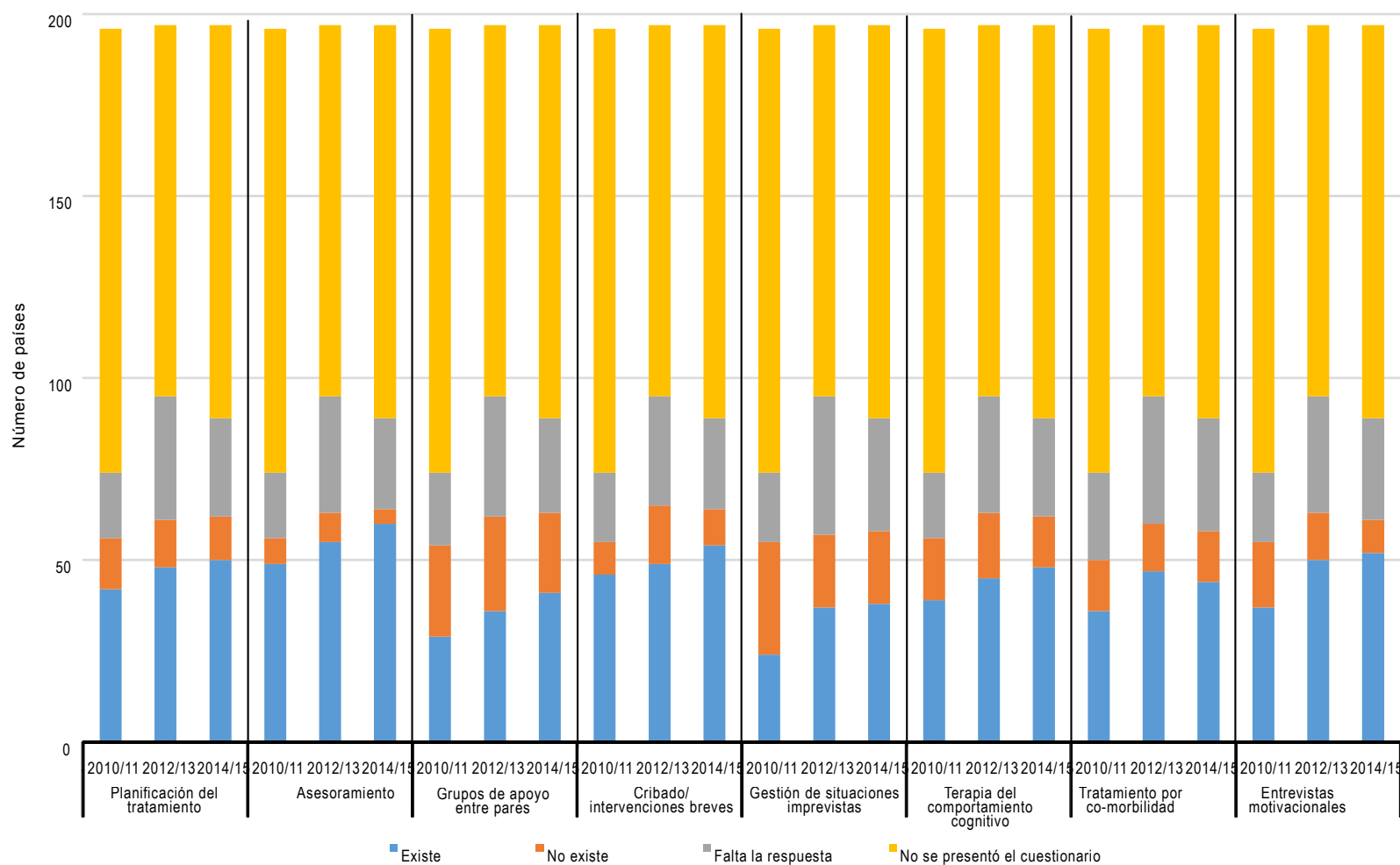


Gráfico XV
Tendencia del número de países que informaron de la existencia de servicios de tratamiento psicosocial en instituciones penitenciarias, 2010/2011-2014/2015



69. El porcentaje de países que informaron sobre la amplia cobertura de los servicios permaneció en gran medida estable, pero por debajo de las expectativas (véanse los gráficos XVI y XVII) en el caso de ambos marcos.

Gráfico XVI

Porcentaje de países que informaron de una amplia cobertura de los servicios de tratamiento en la comunidad, 2010/2011-2014/2015

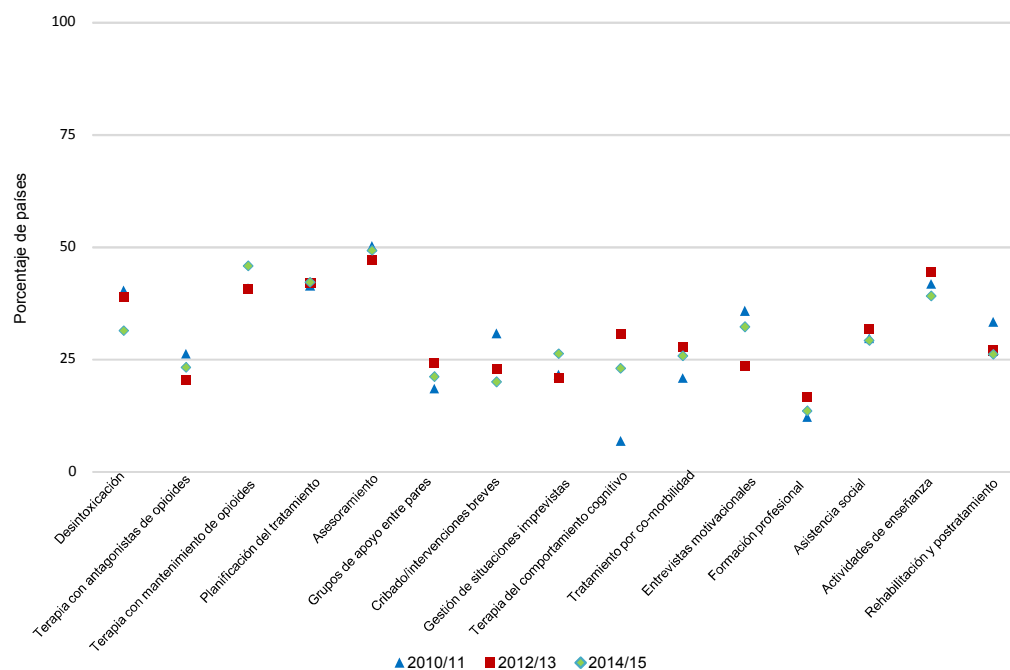
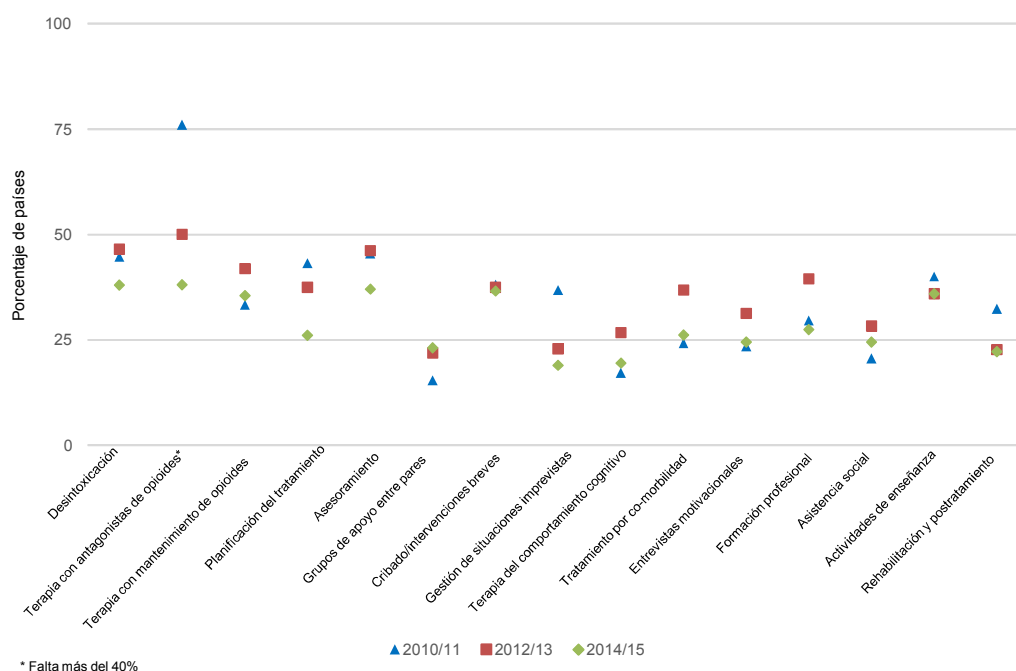


Gráfico XVII

Porcentaje de países que informaron de una amplia cobertura de los servicios de tratamiento en instituciones penitenciarias, 2010/2011-2014/2015



VI. Reducción de enfermedades, incluso infecciosas

70. Preocupa que la proporción de países que notifican una cobertura amplia de los servicios con arreglo a la definición que figura en la Guía Técnica de la OMS, la UNODC y el ONUSIDA³³ siga siendo muy baja, en particular con respecto a los programas de sustitución de agujas y jeringuillas (véase el gráfico XVIII). Es absolutamente apremiante mejorar los principales servicios de reducción de los daños, con arreglo a la definición que figura en la Guía Técnica³⁴, para poner fin a la epidemia del SIDA a más tardar en 2030³⁵.

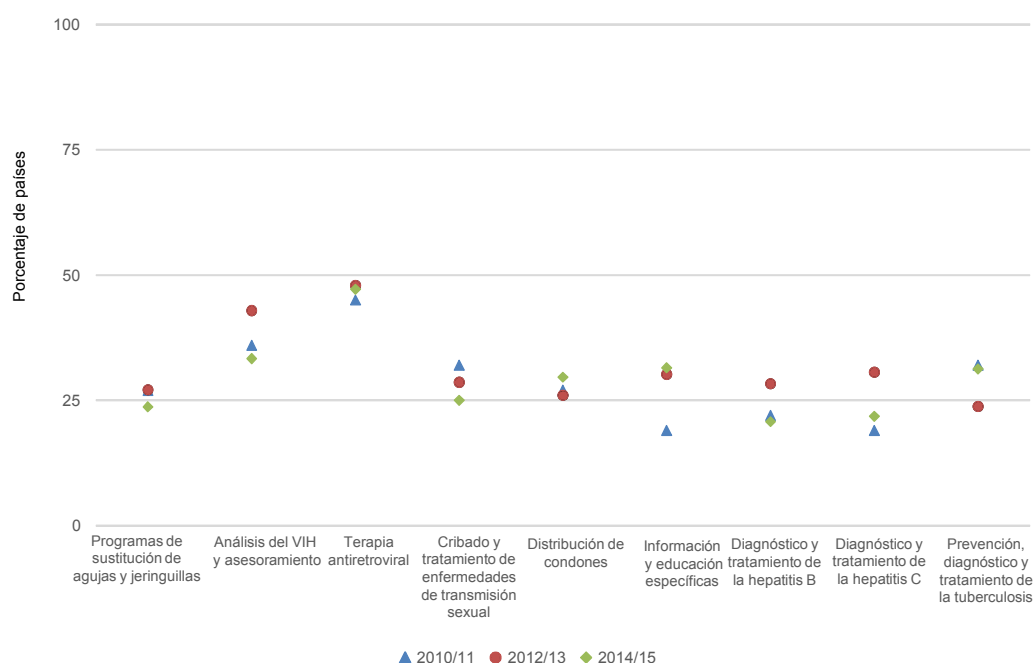
³³ WHO/UNODC/UNAIDS Technical Guide for Countries to Set Targets for Universal Access to HIV Prevention, Treatment and Care for Injecting Drug Users (Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009).

³⁴ WHO/UNODC/UNAIDS Technical Guide for Countries to Set Targets for Universal Access to HIV Prevention, Treatment and Care for Injecting Drug Users: 2012 Revision (Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013).

³⁵ Véase www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2686_WAD2014report_en.pdf.

Gráfico XVIII

Porcentaje de países que informaron de una amplia cobertura de los diversos servicios de prevención, tratamiento y atención del VIH y otras enfermedades infecciosas en la comunidad, 2010/2011-2014/2015



VII. Conclusiones y recomendaciones

71. En todo el mundo, la naturaleza del consumo de drogas es muy diferente, presenta muchas facetas y evoluciona, con la aparición de un número cada vez mayor de nuevas sustancias psicoactivas que no están sujetas a fiscalización internacional y del uso indebido de medicamentos de dispensación con receta. El consumo de drogas como la heroína y la cocaína se mantiene estable o da señales de disminuir en muchas regiones del mundo. Se informa de la aparición de nuevas sustancias psicoactivas, pero la información de que se dispone sobre la magnitud de su consumo es limitada.

72. En general, el consumo de opioides sigue planteando una grave preocupación en materia de salud pública por los casos de sobredosis, las muertes relacionadas con las drogas, el consumo de drogas por inyección y la transmisión de enfermedades infecciosas. Todas esas novedades y tendencias emergentes deben vigilarse de cerca en las diferentes regiones.

73. La información objetiva de que se dispone sobre la magnitud, las características y las tendencias del consumo de drogas, especialmente en las regiones en que se observa un aumento y una evolución, es limitada. Los datos han mostrado que los países que han creado sistemas integrados de vigilancia del

consumo de drogas están en mejores condiciones de hacer frente a esa situación eficazmente.

74. La disponibilidad, cobertura y calidad de los sistemas, intervenciones y políticas de prevención del consumo de drogas, tratamiento de las toxicomanías y rehabilitación basados en datos científicos, tal y como se expone en las Normas Internacionales sobre la Prevención del Uso de Drogas y en el documento de debate de la UNODC y la Organización Mundial de la Salud (OMS) de marzo de 2008 sobre los principios del tratamiento de la toxicomanía, deben ampliarse, tanto en el marco de la comunidad como en el de las instituciones penitenciarias, para promover, entre otras cosas, la prestación de tratamiento como medida sustitutiva de las sanciones que pueda imponer la justicia penal.

75. En los países donde la causa de la epidemia del VIH radica en el consumo poco seguro de drogas por inyección, habrá que asignar la máxima prioridad a la ejecución de programas de suministro de agujas y jeringuillas y a la terapia de sustitución de opioides, también en las instituciones penitenciarias. Esas intervenciones, tanto en el ámbito de la comunidad como en las cárceles, deben ponerse en marcha e intensificarse, y también debe mejorarse su calidad; deben utilizarse muchos y distintos modelos de prestación de los servicios y eliminar los obstáculos a su acceso, en estrecha colaboración con las fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado, los funcionarios de los servicios de salud pública y de las instituciones penitenciarias y las organizaciones de la sociedad civil.

76. Como parte de los preparativos del período extraordinario de sesiones de la Asamblea General que se celebrará en 2016, es importante que los Estados Miembros tengan en cuenta las lagunas que existen con respecto a la disponibilidad y la calidad de los datos sobre los indicadores del consumo de drogas, y que examinen estrategias para reforzar la capacidad de los países de reunir, analizar y difundir datos sobre el consumo de drogas y sus consecuencias. Esas estrategias pueden incluir la promoción y el apoyo para crear sistemas de vigilancia de drogas mediante el fomento de la capacidad de expertos, así como la generación de datos sobre indicadores de drogas en los países y las regiones en que siguen existiendo considerables lagunas; la elaboración de métodos rentables para incrementar la reunión de datos sobre las drogas, propiciando las sinergias con otros sistemas de recopilación de datos ya existentes en otras regiones; y la aportación de recursos para establecer o reforzar los sistemas de vigilancia de las drogas y para fomentar la creación de capacidad en esas regiones prioritarias.
