



## Consejo Económico y Social

Distr. general  
19 de diciembre de 2017  
Español  
Original: inglés

### Comisión de Estupefacientes

#### 61<sup>er</sup> período de sesiones

Viena, 12 a 16 de marzo de 2018

Tema 6 a) del programa provisional\*

**Aplicación de la Declaración Política y Plan de Acción sobre Cooperación Internacional en Favor de una Estrategia Integral y Equilibrada para Contrarrestar el Problema Mundial de las Drogas: reducción de la demanda y medidas conexas**

## Situación mundial del uso indebido de drogas

### Informe de la Secretaría

#### Resumen

En el presente informe se resume la información más reciente de que dispone la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) sobre la magnitud del consumo de drogas y de sus consecuencias para la salud. En él se destaca la elaboración por la UNODC de normas internacionales que prevean la formulación de políticas con base empírica relativas a la prevención del consumo de sustancias y el tratamiento de trastornos relacionados con el consumo de sustancias. También ofrece una visión general de las tendencias observadas en el período 2009-2017. En 2015, entre 158 millones y 350 millones de personas habían consumido una sustancia ilícita el año anterior, y se estimaba que casi el 12% de los consumidores padecía trastornos relacionados con el uso indebido de drogas. La UNODC, junto con la Organización Mundial de la Salud, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida y el Banco Mundial, estima que entre 8,6 millones y 17,4 millones de personas se inyectan drogas y que, de ellas, aproximadamente 1 de cada 8 está afectada por el VIH. A nivel mundial, el consumo de drogas sigue teniendo un carácter polifacético que se distingue por el consumo simultáneo y consecutivo de varias sustancias ilícitas, como drogas convencionales de origen vegetal, estimulantes sintéticos, medicamentos de venta con receta y nuevas sustancias psicoactivas. Los opioides, en particular la heroína y los opioides farmacéuticos, siguen perjudicando la salud de las personas que los consumen. Más del 70% (14,8 millones) del total de años de vida ajustados en función de la discapacidad se atribuía a trastornos relacionados con el consumo de opioides. Especialmente preocupante es el número de muertes atribuidas al consumo de fentanilo y sus análogos en muchas regiones. Hay indicios de que los dos principales mercados de cocaína (América del Norte y Europa occidental y central) se están expandiendo. A nivel mundial, se estima que se produjeron 190.000 muertes (intervalo: 115.900 a 230.100) atribuibles principalmente a trastornos relacionados con el consumo de drogas, sobre todo entre los consumidores de opioides. La falta de información fidedigna y actualizada sobre la mayoría de los indicadores epidemiológicos del consumo de drogas

\* E/CN.7/2018/1.



dificulta la vigilancia de las tendencias que van surgiendo en relación con las drogas, así como la aplicación y evaluación de las respuestas de base empírica para enfrentar el consumo de drogas y sus consecuencias para la salud.

## **I. Introducción**

### **A. Nuevas tendencias mundiales**

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

a) El consumo de cocaína parece haberse estabilizado en América del Norte durante el último año, mientras que el análisis de aguas residuales de Europa occidental y central parece indicar un aumento del consumo de cocaína en la región;

b) El consumo de cannabis se ha estabilizado en niveles elevados en Europa y parece que va en aumento en América, África y Asia;

c) El consumo de anfetaminas, especialmente metanfetamina, parece estar aumentando en Asia oriental, sudoriental y sudoccidental y el Oriente Medio, mientras que en Europa occidental y central el consumo de anfetaminas, especialmente en países de alta prevalencia, está disminuyendo o se mantiene estable;

d) En muchas regiones continúa registrándose un uso indebido de opioides farmacéuticos, cuestión que sigue preocupando debido a las graves consecuencias que tiene para la salud;

e) La aparición de nuevas sustancias psicoactivas sigue en aumento y plantea problemas de salud pública en todas las regiones.

### **B. Dificultades para determinar la magnitud, las características y las tendencias del consumo de drogas**

2. Las respuestas proporcionadas por los Estados Miembros al cuestionario para los informes anuales constituyen la base para informar cada año de la magnitud y las tendencias mundiales del consumo de drogas. Al 1 de diciembre de 2017, de un total de 194 Estados y territorios, 104 habían respondido a la parte III del cuestionario, relativa a la magnitud, las características y las tendencias del consumo de drogas correspondientes a 2016.

3. De los cuestionarios respondidos por los Estados Miembros, el 69% se había cumplimentado en su mayor parte, lo que significa que los Estados habían proporcionado información sobre más de la mitad de los principales indicadores de consumo de drogas y de sus consecuencias para la salud (véase el mapa 1).

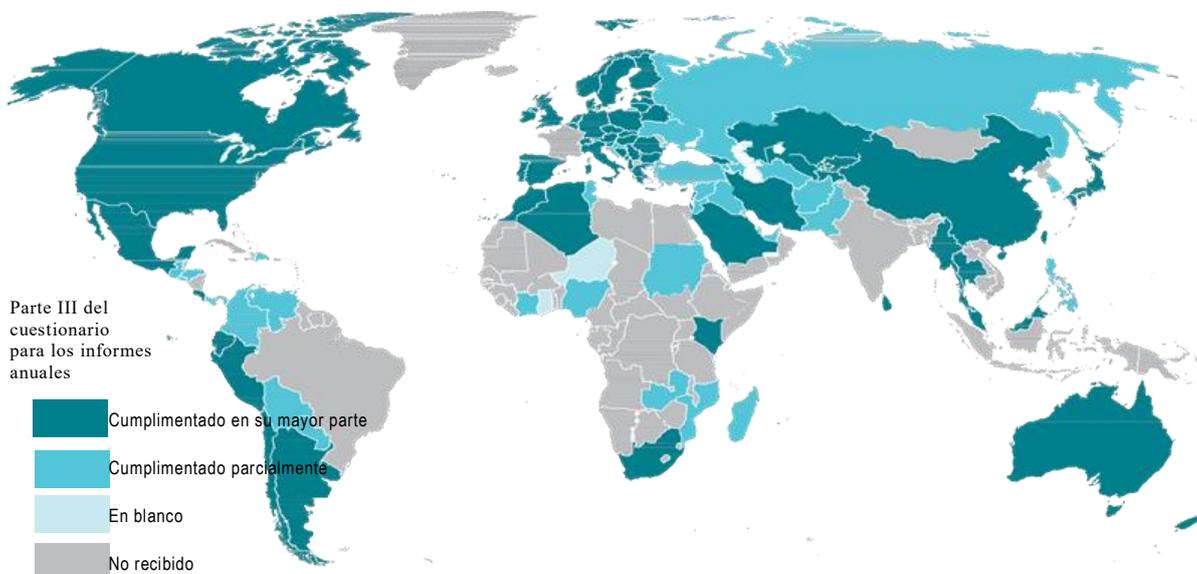
4. En cuanto a la cobertura demográfica, los 104 Estados Miembros que respondieron al cuestionario representan más del 75% de la población mundial. Ahora bien, muchas de las respuestas que faltaban eran de Estados de África, de los que solo el 30% había presentado el cuestionario. La región de América, en particular América del Sur y Centroamérica y el Caribe, también registró una tasa de respuesta baja, ya que menos de la mitad de los Estados Miembros de esas subregiones había presentado el cuestionario.

5. Como en años anteriores, falta información objetiva o reciente sobre la magnitud del consumo de drogas en muchas regiones, en particular la relativa a algunos países muy poblados. Por ello resulta difícil realizar un análisis válido de la situación mundial del consumo de drogas y proporcionar información a los encargados de la formulación de políticas sobre las medidas necesarias. Teniendo en cuenta esa falta de datos, se ha procurado complementar la información, cuando ha sido posible, a partir de otras fuentes gubernamentales y de los informes y artículos publicados sobre la situación del consumo de drogas.

## Mapa 1

**Respuestas a la parte III del cuestionario para los informes anuales**

Estados Miembros que proporcionaron datos sobre la demanda de drogas en el cuestionario para los informes anuales correspondiente a 2016\*



*Nota:* Los límites y los nombres que figuran en el mapa y las designaciones que se utilizan en él no implican una aprobación o aceptación oficial por parte de las Naciones Unidas.

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

El límite definitivo entre el Sudán y Sudán del Sur aún no se ha determinado.

Existe una disputa territorial entre los Gobiernos de la Argentina y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte acerca de la soberanía de las Islas Malvinas (Falkland).

\*Refleja el estado de los cuestionarios presentados al 1 de diciembre de 2017. Al 1 de diciembre de 2017, 104 Estados de un total de 194 Estados y 15 territorios, es decir, más de la mitad de los Estados Miembros, habían enviado la parte III del cuestionario para los informes anuales, relativa a la magnitud, las características y las tendencias del consumo de drogas en relación con el año 2016.

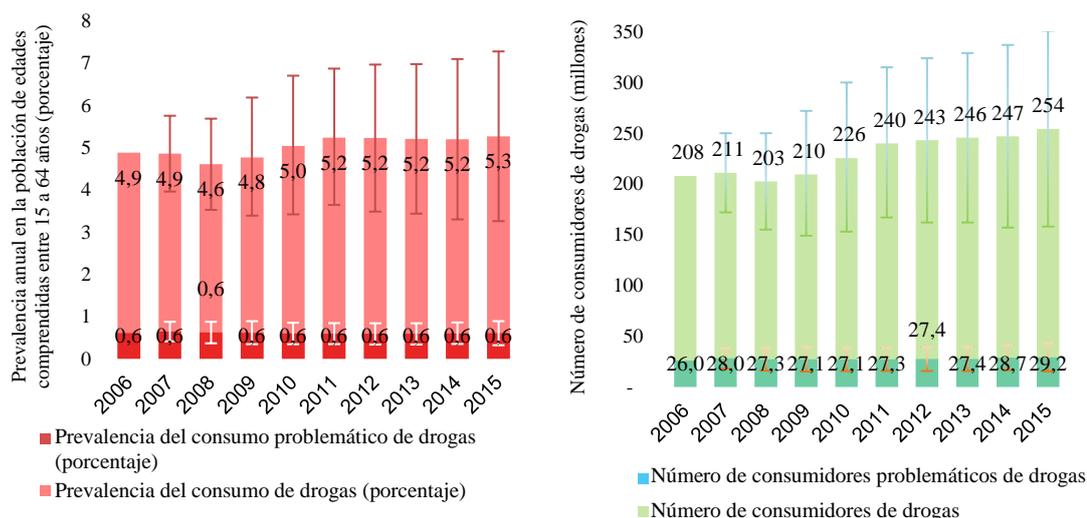
El 63% de los cuestionarios enviados por los Estados Miembros se había cumplimentado en su mayor parte, lo que significa que los Estados habían proporcionado información sobre más de la mitad de los principales indicadores de consumo de drogas y sus consecuencias para la salud. En cuanto a la cobertura demográfica, los Estados Miembros que enviaron el cuestionario representan el 75% de la población mundial.

## II. Panorama mundial

### A. Magnitud del consumo de drogas

6. En 2015, la UNODC estimó que entre 158 millones y 350 millones de personas, que representaban entre el 3% y el 7% de la población de edades comprendidas entre 15 y 64 años, habían consumido una sustancia ilícita en los últimos 12 meses. Si bien las tendencias del consumo de diferentes drogas varían entre regiones, la magnitud del consumo de drogas a nivel mundial se ha mantenido considerablemente estable en los últimos cinco años, y se estima que 1 de cada 20 adultos consume drogas cada año (véase la figura I).

Figura I  
**Prevalencia anual del consumo ilícito de drogas en la población mundial de edades comprendidas entre 15 y 64 años, 2006-2015**



Fuente: Informe Mundial sobre las Drogas 2017 (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta: S.16.XI.6).

7. Las tendencias mundiales y regionales del consumo de drogas se estiman a partir de encuestas representativas a nivel nacional, así como de estudios que utilizan métodos indirectos para estimar el número de consumidores de alto riesgo. Muchos Estados Miembros, principalmente de Asia y África, no realizan esas encuestas, mientras que otros las llevan a cabo a intervalos de tres a cinco años. En consecuencia, para calcular las estimaciones regionales y mundiales del consumo de drogas se utilizan las estimaciones de un número reducido de países disponibles cada año. Así pues, desde el punto de vista de la política mundial, es más prudente utilizar las tendencias del consumo de drogas a largo plazo que comparar los cambios que se producen de un año a otro.

8. El panorama mundial del consumo de drogas se ve agravado por el hecho de que muchas personas que consumen drogas, ya sea ocasional o habitualmente, tienden a ser policonsumidoras (consumen más de una sustancia de manera simultánea o sucesiva, normalmente con el propósito de aumentar, potenciar o contrarrestar los efectos de otra sustancia). El consumo con fines no médicos de medicamentos sujetos a prescripción médica (por ejemplo, opioides y benzodiazepinas) y el consumo de anfetaminas o nuevas sustancias psicoactivas en lugar de drogas como la cocaína o la heroína, o en combinación con ellas, enturbia la distinción entre los consumidores de una sustancia determinada, y da lugar a consumos epidémicos interdependientes que tienen consecuencias para la salud.

9. Una cuestión que preocupa especialmente es el número de personas que padecen trastornos relacionados con el consumo de drogas: se estima que casi el 12% (entre 15 millones y 43 millones) de las personas que consumen drogas padecen esos trastornos. A esos trastornos se les atribuyen 20 millones de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), es decir, el número de años de vida saludable perdidos como consecuencia de la discapacidad o la muerte prematura<sup>1</sup>. Más del 70% del total, es decir, 14,8 millones de AVAD, son atribuibles a trastornos relacionados con el consumo de opioides. Los trastornos relacionados con el consumo de cocaína

<sup>1</sup> Global Burden of Disease Study 2016 DALYs and HALE Collaborators, "Global, regional, and national disability-adjusted life years (DALYs) for 333 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016", *The Lancet*, vol. 390, núm. 10100 (16 a 22 de septiembre de 2017), págs. 1260 a 1344.

representan 1,15 millones, mientras que los trastornos relacionados con el consumo de anfetamina y cannabis representan 881.000 y 646.900 AVAD, respectivamente.

10. A nivel mundial, el cannabis sigue siendo la droga de consumo más amplio: se estima que entre 128 millones y 238 millones de personas de 15 a 64 años consumen esta sustancia anualmente (la prevalencia estimada varía entre el 2,7% y el 4,9% de la población adulta). Las subregiones con la prevalencia anual más alta de consumo de cannabis en lo que se refiere al porcentaje de población fueron, una vez más, África occidental y central, América del Norte y Oceanía (véase el cuadro 1).

Cuadro 1

**Subregiones con una alta prevalencia del consumo de cannabis, 2015**

	<i>Prevalencia anual (porcentaje)</i>	<i>Número estimado de personas</i>
Todo el mundo	3,8	183 310 000
América del Norte	12,4	39 780 000
África occidental y central	12,4	31 510 000
Oceanía	10,3	2 620 000
Europa occidental y central	7,2	23 060 000

*Fuente: Informe Mundial sobre las Drogas 2017.*

11. Se informó que desde 2010 el consumo de cannabis, especialmente entre los jóvenes, se había estabilizado o había disminuido en los países con mercados de cannabis establecidos, como en Europa occidental y central, América del Norte y partes de Oceanía (Australia y Nueva Zelanda), pero esa tendencia se vio compensada por el aumento del consumo en muchos países de África y Asia. Si bien se ha notificado que en Europa occidental y central el consumo de cannabis sigue estabilizándose en niveles altos, en América, África y Asia ha aumentado de manera considerable.

12. El consumo de anfetaminas (anfetamina y metanfetamina) sigue estando muy extendido; de hecho, son las segundas sustancias más consumidas a nivel mundial, y se estima que el año pasado las consumieron 37 millones de personas (con una prevalencia anual del 0,8% de la población adulta). El mayor consumo de anfetamina se registró en América del Norte, donde casi el 2% de la población adulta había consumido la sustancia en el último año. Oceanía (principalmente Australia y Nueva Zelanda) es otra región donde el consumo de anfetamina es elevado, con una prevalencia anual del 1,9% de las personas de edades comprendidas entre 15 y 64 años (véase el cuadro 2). No se dispone de estimaciones recientes de Asia oriental y sudoriental, si bien los expertos perciben un aumento constante del consumo de metanfetamina en la subregión.

Cuadro 2

**Regiones y subregiones con una alta prevalencia del consumo de anfetamina, 2015**

	<i>Prevalencia anual (porcentaje)</i>	<i>Número estimado de personas</i>
Todo el mundo	0,8	37 030 000
América del Norte	1,97	6 340 000
Oceanía	1,9	480 000
El Caribe	0,86	240 000
Asia	0,7	20 690 000
África del Norte	0,58	860 000
Europa occidental y central	0,55	1 740 000

*Fuente: Informe Mundial sobre las Drogas 2017.*

13. La forma en que se consume anfetaminas varía considerablemente entre las distintas regiones. En América del Norte, los consumidores consumen principalmente metanfetamina y hacen un uso indebido de los estimulantes de venta con receta. En Asia oriental y sudoriental y Oceanía (Australia), se consume principalmente metanfetamina, más en forma de cristales que de comprimidos. En Europa occidental y central y el

Cercano Oriente y el Oriente Medio, la anfetamina es la sustancia más utilizada del grupo de las anfetaminas, si bien en la última región la anfetamina se comercializa como “captagon”<sup>2</sup>. Desde 2014 preocupa la sustitución de anfetamina por el consumo de metanfetamina en algunas partes de Europa occidental y central. En 2010, Australia y los países de América del Norte y Europa occidental y central con una prevalencia alta del consumo de anfetamina registraron tendencias que apuntaban a un consumo estable o menor de anfetaminas, mientras que los expertos de Asia oriental y sudoriental y el Cercano Oriente y el Oriente Medio informaron de un consumo cada vez mayor de esas sustancias. En la actualidad existen leves indicios de un resurgimiento del consumo de metanfetamina en América del Norte y Australia, mientras que en Asia oriental, sudoriental y occidental se ha seguido registrando un aumento del consumo.

14. Se estima que la prevalencia total del consumo de opioides, es decir, opioides de venta con receta y opiáceos (heroína y opio) se sitúa entre el 0,6% y el 0,9% de la población de edades comprendidas entre 15 a 64 años, lo que equivale a una cifra estimada de 35 millones de consumidores de opioides y alrededor de 17,6 millones de consumidores de opiáceos el año pasado. Los elevados niveles de uso indebido de opioides farmacéuticos siguen siendo un problema importante en América del Norte (véase el cuadro 3), donde se ha observado un resurgimiento del consumo de heroína en los últimos cuatro años. Junto con el consumo de fentanilo y sus análogos, la epidemia interrelacionada provocada por el uso indebido de opioides de venta con receta y heroína ha provocado un gran número de víctimas, en particular teniendo en cuenta el elevado número de muertes por sobredosis relacionadas con su consumo. El consumo de opiáceos sigue siendo elevado en Asia sudoccidental y Europa oriental y sudoriental. Si bien, en general, el consumo de heroína se ha mantenido estable en Europa central y occidental, en los últimos dos años, se han observado indicios de un posible resurgimiento en algunos países. En este momento también hay indicios de uso indebido de opioides farmacéuticos en Europa central y occidental. También se ha notificado un uso indebido de opioides farmacéuticos, como el tramadol, en muchos países de África y Asia. El uso indebido de opioides farmacéuticos es una consecuencia de su desviación de los canales lícitos, así como de la disponibilidad y distribución de opioides fabricados de manera ilícita.

Cuadro 3

**Subregiones con una alta prevalencia del consumo de opioides, 2015**

	Prevalencia anual (porcentaje)	Número estimado de personas
Todo el mundo	0,73	35 050 000
América del Norte	4,42	14 210 000
Oceanía	2,96	750 000
Cercano Oriente y Oriente Medio y Asia sudoccidental	2,14	6 180 000
Europa oriental y sudoriental	1,38	3 140 000
Asia central	0,93	530 000

Fuente: Informe Mundial sobre las Drogas 2017.

15. El consumo de cocaína se sigue concentrando en América del Norte y del Sur (con una prevalencia anual del 1,73% y del 0,9%, respectivamente), Oceanía (1,5%) y Europa occidental y central (1,1%). A nivel mundial, se estima que entre 13 millones y 22,8 millones de personas consumieron cocaína en el año anterior.

16. En 2010, Centroamérica, América del Sur y Europa comunicaron tendencias estables respecto del consumo de cocaína, mientras que América del Norte registró una disminución del consumo de esa sustancia. En partes de Asia, el Oriente Medio y África

<sup>2</sup> Captagon era el nombre comercial oficial de un preparado farmacéutico que contenía fenetilina, un estimulante sintético. Ya no se fabrica lícitamente; la sustancia conocida actualmente como “captagon”, a que se hace referencia en el presente informe, es un medicamento falsificado.

occidental se ha informado del aumento de la cantidad de cocaína incautada, lo que indica que su consumo podría aumentar en lugares donde este había sido bajo o poco frecuente. Se ha comunicado que el consumo de cocaína se ha estabilizado o ha disminuido en Europa occidental y central, en particular en los países con una alta prevalencia del consumo de esa sustancia. Sin embargo, el análisis de las aguas residuales parece indicar un aumento del consumo de cocaína en la subregión desde 2011. En América del Norte, tras una disminución del consumo de cocaína entre 2006 y 2012, se observaron indicios de aumento; también se han registrado indicios de un aumento del consumo de cocaína en algunos países de América del Sur. Además, en los últimos años se incautaron grandes cantidades de cocaína en Asia occidental y meridional, lo que indica el posible crecimiento de un mercado de cocaína en esas subregiones.

17. Se estimó que la prevalencia de la 3,4-metilendioximetanfetamina (MDMA, conocida comúnmente como éxtasis) se situaba entre el 0,2% y el 0,7%, lo que supone entre 9,3 millones y 34 millones de consumidores en el último año. En comparación con el promedio mundial, el consumo de éxtasis seguía siendo considerablemente alto en Oceanía (sobre todo en Australia y Nueva Zelanda), con un 2,4%. Las otras regiones en que se registró una prevalencia alta del consumo de éxtasis fueron América del Norte (0,9%) y Europa (0,7%).

18. El consumo de éxtasis está vinculado principalmente a los lugares de esparcimiento y de vida nocturna, y los niveles más altos de uso se observan entre los jóvenes. Entre 2007 y 2012, la mayoría de los países de Europa occidental y central notificaron tendencias estables o descendentes del consumo de éxtasis; sin embargo, en los años posteriores, en los que hubo un aumento de la disponibilidad de éxtasis de gran pureza en esas subregiones, se observaron indicios de un resurgimiento general de su consumo.

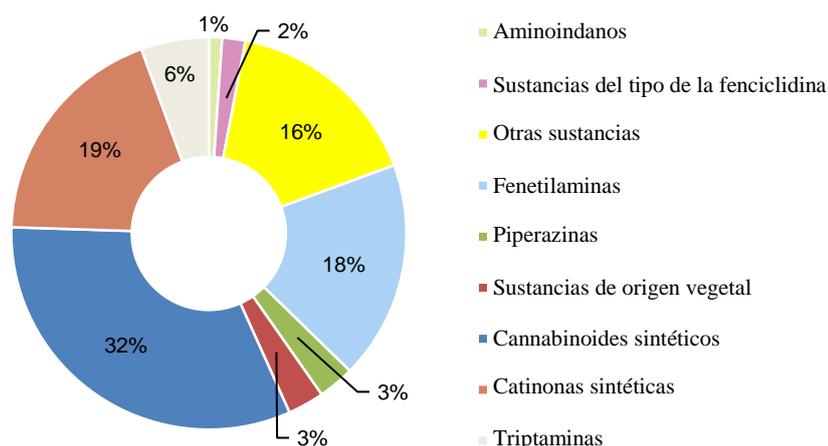
19. Si bien no se dispone de estimaciones de ámbito mundial sobre el uso indebido de medicamentos de venta con receta, este sigue estando muy extendido, especialmente entre los policonsumidores. Entre 2010 y 2017, el uso indebido de medicamentos de venta con receta, como los opioides sintéticos, las benzodiazepinas y los estimulantes sintéticos de venta con receta, comenzó a convertirse en un problema de salud cada vez mayor en varios países en desarrollo. El uso indebido de benzodiazepinas sigue siendo el más frecuente: aproximadamente 60 países<sup>3</sup> consideran que las benzodiazepinas se cuentan entre las tres sustancias de uso indebido más habitual, mientras que algunos países comunican tasas de prevalencia de su consumo más altas que las de muchas sustancias ilícitas. Las benzodiazepinas también figuran con frecuencia en los informes sobre casos de sobredosis mortales relacionadas con el consumo de opioides.

20. El mercado mundial de las nuevas sustancias psicoactivas sigue caracterizándose por la aparición de un gran número de nuevas sustancias pertenecientes a diversos grupos químicos. Entre 2009 y 2016, 106 Estados Miembros y territorios informaron a la UNODC de la aparición de un total de 739 nuevas sustancias psicoactivas distintas. Cada año aumenta el número de notificaciones de ese tipo de sustancias, aunque algunas de ellas, como la ketamina, el *khat*, los cannabinoides sintéticos (JWH-018), la mefedrona y la metilona, tienen una presencia establecida. Muchas de las nuevas sustancias psicoactivas siguen siendo de carácter pasajero, y solo un reducido número de países las notifican durante unos pocos años. Cada año se comunica la presencia en el mercado mundial de un grupo básico de más de 80 nuevas sustancias psicoactivas.

21. De todas las nuevas sustancias psicoactivas notificadas a la UNODC, los cannabinoides sintéticos constituyen la categoría principal en cuanto a número, seguidos de las catinonas sintéticas y las fenetilaminas (véase la figura II).

<sup>3</sup> Basado de las respuestas de los Estados Miembros al cuestionario para los informes anuales de 2015 y 2016.

Figura II  
**Porcentaje de nuevas sustancias psicoactivas notificadas a la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, por categoría de sustancia, 2016**



Fuente: Informe Mundial sobre las Drogas 2017.

## B. Consecuencias del consumo de drogas

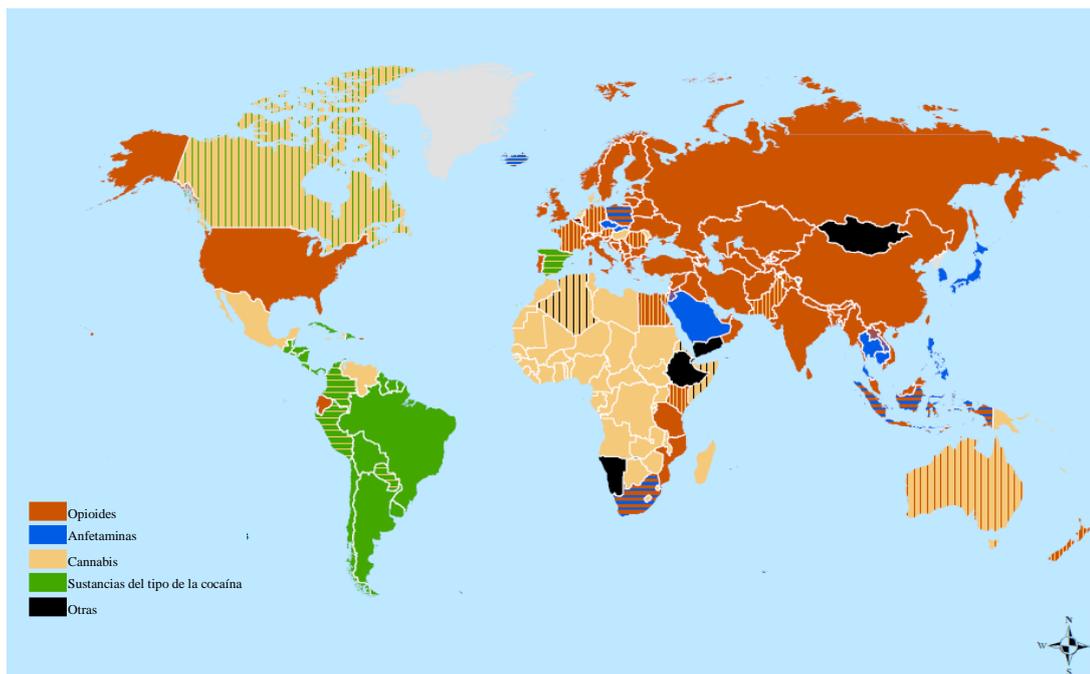
### 1. Personas que sufren trastornos relacionados con el consumo de drogas según los datos de tratamiento

22. La información sobre las personas en tratamiento por trastornos relacionados con el consumo de diferentes drogas puede servir para entender el carácter y la magnitud de los trastornos relacionados con el consumo. Sin embargo, se trata tan solo de un indicador latente de las tendencias del consumo de drogas, debido al desfase entre el período en que las personas comienzan a consumir drogas, el momento en que desarrollan trastornos relacionados con el consumo de drogas y el momento en que acuden a los servicios pertinentes para someterse a tratamiento.

23. Para las personas con trastornos relacionados con el consumo de drogas, la disponibilidad y el acceso a los servicios de tratamiento, en particular los que tienen una base científica, siguen siendo limitados a nivel mundial, y solo una de cada seis personas que sufren trastornos de ese tipo recibe tratamiento cada año. En promedio, entre las personas tratadas, el porcentaje de individuos con trastornos relacionados con el consumo de cannabis y opioides sigue siendo mayor que el porcentaje de personas que padecen trastornos relacionados con el consumo de otras sustancias.

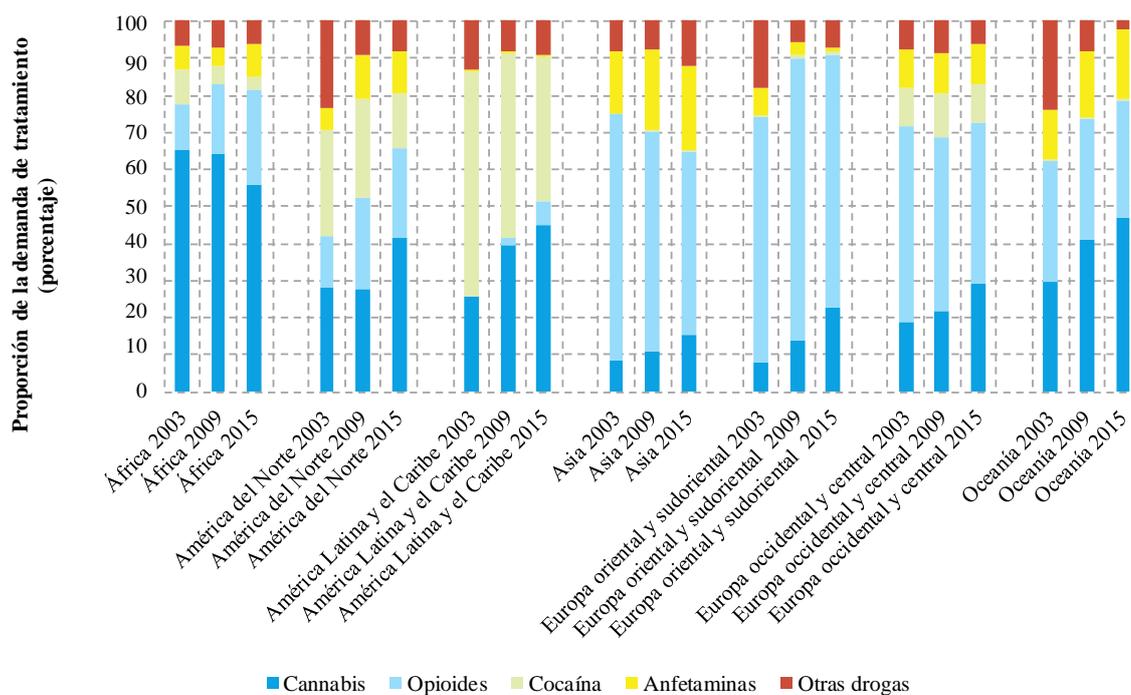
24. Los opioides siguen siendo motivo de gran preocupación en Asia sudoccidental y central y en Europa oriental y sudoriental. En Europa sudoriental, aproximadamente tres de cada cinco personas que recibe tratamiento lo hace por trastornos relacionados con el consumo de opioides. El tratamiento por consumo de cocaína sigue siendo predominante en América del Norte, América Latina y el Caribe y, en menor medida, en Europa occidental y central. En Asia oriental y sudoriental y, en cierta medida, en América del Norte, las personas sometidas a ese tipo de tratamiento lo están por trastornos relacionados principalmente con el consumo de anfetamina. El número de personas en tratamiento por trastornos derivados del consumo de anfetaminas ha aumentado en Asia, si bien la mitad de las personas en tratamiento lo reciben por trastornos relacionados con el consumo de opioides. El cannabis es la principal droga por la que se solicita tratamiento en África, aunque muchos países de la región han comunicado un aumento del número de personas que recibe tratamiento por trastornos relacionados con el consumo de opioides (véanse el mapa 2 y la figura III).

Mapa 2  
**Principal droga de consumo entre las personas sometidas a tratamiento, por región, 2015**



Fuente: Informe Mundial sobre las Drogas 2017.

Figura III  
**Tendencias de la demanda de tratamiento como proporción de la droga más consumida por regiones, 2003, 2009 y 2015**



Fuente: Informe Mundial sobre las Drogas 2003, 2009 y 2015.

25. A nivel mundial, entre las personas que se someten por primera vez a tratamiento por trastornos relacionados con el consumo de drogas, el porcentaje de las que presentan trastornos relacionados con el consumo de anfetamina y cannabis ha aumentado en

comparación con las que reciben tratamiento por trastornos relacionados con el consumo de otras sustancias, lo que indica que el grupo de consumidores de anfetaminas y cannabis que necesitan tratamiento va en aumento. En los países con una prevalencia elevada del consumo de cannabis, los casos de urgencias relacionadas con el cannabis que guardan relación con la ansiedad, la psicosis u otros síntomas psiquiátricos también parecen ser un problema cada vez más grave.

## 2. Personas que se inyectan drogas

26. Las personas que se inyectan drogas se encuentran entre los consumidores de drogas más marginados y desfavorecidos. Experimentan peores resultados de salud y tienen una mayor probabilidad de muerte prematura, tasas elevadas de enfermedades infecciosas potencialmente mortales, como el VIH, la hepatitis y la tuberculosis, y un mayor riesgo de sobredosis mortales y no mortales.

27. La estimación conjunta realizada en 2015 por la UNODC, la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) y el Banco Mundial del número de personas en todo el mundo que se inyectaban drogas se situó en 11,8 millones (intervalo: 8,6 millones a 17,4 millones), lo que equivale al 0,25% de la población de edades comprendidas entre 15 y 64 años (intervalo: 0,18% a 0,36%). Las subregiones de Europa oriental y sudoriental, Asia central y transcaucasia, América del Norte, Oceanía y Asia sudoccidental registran una prevalencia de personas que se inyectan drogas superior a la media mundial.

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

28. Las personas que se inyectan drogas constituyen un grupo de población clave que corre un mayor riesgo de infección por el VIH derivado de prácticas sexuales y de inyección inseguras. Aunque los datos disponibles son escasos, indican que, a nivel mundial, las nuevas infecciones por el VIH entre las personas que se inyectan drogas aumentaron de un número estimado de 114.000 en 2011 a 152.000 en 2015<sup>4</sup>. Según la estimación conjunta realizada en 2015 por la UNODC, la OMS, el ONUSIDA y el Banco Mundial, la prevalencia del VIH entre las personas que se inyectaban drogas ascendía al 13,1%. Ello indica que aproximadamente una de cada ocho personas que se inyectaban drogas en 2015 estaba infectada por el VIH, lo que equivale a 1,55 millones de personas que se inyectan drogas y están afectadas por el VIH en todo el mundo. La mayor prevalencia del VIH entre las personas que se inyectan drogas se registra, con gran diferencia, en Asia sudoccidental (el 28,5%) y Europa oriental y sudoriental (el 24,0%), donde las tasas son aproximadamente el doble de la media mundial.

29. La carga de morbilidad entre las personas que se inyectan drogas, incluida la atribuible a cualquier consumo pasado de drogas por inyección, es mucho mayor en el caso de la hepatitis C que en el de la infección por el VIH. En comparación con el VIH, el número de muertes por hepatitis C es más de 3,5 veces mayor, mientras que el número total de años de vida saludable perdidos por discapacidad y muerte prematura por causa de la hepatitis C es aproximadamente 2,5 veces superior. La hepatitis C sigue teniendo una alta prevalencia entre las personas que se inyectan drogas: la estimación conjunta realizada en 2015 por la UNODC, la OMS, el ONUSIDA y el Banco Mundial situaba esa prevalencia en el 51,5%, lo que indica que 6,1 millones de personas que se inyectan drogas están infectadas por el virus de la hepatitis C. La coinfección por el virus de la hepatitis C es muy frecuente entre las personas que se inyectan drogas y están infectadas por el VIH (82,4%), de hecho, la hepatitis C se está convirtiendo en una de las principales causas de morbilidad y mortalidad entre las personas afectadas por el VIH<sup>5</sup>.

<sup>4</sup> ONUSIDA, *Get on the Fast-Track: the Life Cycle Approach to HIV* (Ginebra, 2016).

<sup>5</sup> Lucy Platt y otros, "Prevalence and burden of HCV co-infection in people living with HIV: a global systematic review and meta-analysis", *Lancet Infectious Diseases*, vol. 16, núm. 7 (2016), págs. 797 a 808.

#### 4. La tuberculosis entre las personas que se inyectan drogas

30. Los consumidores de drogas son un grupo de alto riesgo en lo que respecta a la propagación de la tuberculosis, dado que se ven afectados de manera desproporcionada por los factores de riesgo de la tuberculosis, tales como las malas condiciones sociales, la infección por el VIH o las estancias en prisión. Tanto la infección tuberculosa latente como la tuberculosis activa son más frecuentes entre las personas que consumen drogas que entre la población general<sup>6</sup>. La infección por el VIH es una de las principales razones de la alta prevalencia de la tuberculosis entre las personas que se inyectan drogas<sup>7</sup>. Sin tratamiento, entre el 5% y el 15% de las personas aquejadas de tuberculosis latente desarrollará tuberculosis activa en algún momento de su vida<sup>8</sup>. Sin embargo, las personas afectadas por el VIH tienen una probabilidad de 20 a 30 veces superior de desarrollar tuberculosis que las que no están infectadas por el VIH<sup>9</sup>. Se ha determinado que el consumo de drogas es un factor de riesgo independiente que favorece la propagación de la tuberculosis multirresistente en algunos países.

#### 5. Muertes por sobredosis

31. Las muertes relacionadas con las drogas son la consecuencia extrema de su consumo. A nivel mundial, la UNODC calcula que en 2015 se produjeron 190.000 muertes atribuibles principalmente a sobredosis (intervalo: 115.900 a 230.100), es decir, el 39,6 muertes por cada millón de personas de edades comprendidas entre 15 y 64 años (intervalo: 24,0% a 47,7%).

32. América del Norte sigue registrando el mayor número de muertes atribuibles a sobredosis de drogas, y la subregión concentra más de una de cada cuatro muertes relacionadas con trastornos causados por el consumo de drogas en todo el mundo. Oceanía (a partir de los datos de Australia y Nueva Zelanda únicamente) también tiene una elevada tasa de mortalidad relacionada con trastornos causados por el consumo de drogas, que es más de 2,5 veces superior a la media mundial. Se estima que un gran número de muertes relacionadas con las drogas (el 35% del total mundial) se produce en Asia, aunque esta cifra es provisional debido a la insuficiente cobertura regional y a la escasa información aportada con relación a la mortalidad (véase el cuadro 4).

---

<sup>6</sup> Robert G. Deiss, Timothy C. Rodwell y Richard S. Garfein, "Tuberculosis and illicit drug use: review and update", *Clinical Infectious Diseases*, vol. 48, núm. 1 (2009), págs. 72 a 82.

<sup>7</sup> Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades y Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA), "Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs", *Joint Publications Series* (Estocolmo, Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades, 2011).

<sup>8</sup> Emilia Vynnycky y Paul E. M. Fine, "Lifetime risks, incubation period, and serial interval of tuberculosis", *American Journal of Epidemiology*, vol. 152, núm. 3 (2000), págs. 247 a 263.

<sup>9</sup> Candice K. Kwan y Joel D. Ernst, "HIV and tuberculosis: a deadly human syndemic", *Clinical Microbiology Reviews*, vol. 24, núm. 2 (2011), págs. 351 a 376.

Cuadro 4

**Número estimado de muertes relacionadas con trastornos causados por el consumo de drogas y tasa de mortalidad, 2015**

	Número de muertes relacionadas con las drogas			Tasa de mortalidad por millón de personas de 15 a 64 años		
	Estimación óptima	Estimación mínima	Estimación máxima	Estimación óptima	Estimación mínima	Estimación máxima
África	40 800	19 400	62 100	61,9	29,4	94,3
América del Norte	55 300	55 300	55 300	172,2	172,2	172,2
América Latina y el Caribe	5 000	4 200	7 600	14,9	12,3	22,5
Asia	66 100	14 000	81 200	22,5	4,8	27,7
Europa occidental y central	8 400	8 400	8 500	26,4	26,4	26,5
Europa oriental y sudoriental	12 600	12 500	12 700	55,6	54,9	55,9
Oceanía	2 600	2 200	2 600	102,3	85,2	103,6
<b>Todo el mundo</b>	<b>190 900</b>	<b>115 900</b>	<b>230 100</b>	<b>39,6</b>	<b>24,0</b>	<b>47,7</b>

Fuente: Informe Mundial sobre las Drogas 2017.

### III. Resúmenes regionales

33. La información sobre el consumo de drogas que figura a continuación pone de relieve las principales tendencias y novedades en las regiones basadas en las estimaciones de la UNODC publicadas en el *Informe Mundial sobre las Drogas 2017*.

#### A. África

34. La información sobre la magnitud del consumo de drogas en África sigue siendo limitada y se refiere solo a unos cuantos países de la región. Sin embargo, el consumo de cannabis se mantiene en niveles particularmente altos, como también la demanda de tratamiento por trastornos relacionados con su consumo. Se estima que en África el 7,5% de la población adulta de edades comprendidas entre los 15 y los 64 años consumió cannabis durante el pasado año.

35. El consumo de opiáceos, cocaína y anfetaminas en la región sigue estando en niveles comparables con el promedio mundial. Independientemente del número de países de la región que devuelve el cuestionario para los informes anuales, los expertos de muchos Estados Miembros consideran que el consumo de cannabis y de anfetaminas se ha incrementado en sus países, mientras que, en términos generales, se considera que el de opiáceos y cocaína se ha estabilizado (véase el cuadro 5). Muchos países de la región han notificado un uso indebido de opiáceos farmacéuticos como el tramadol. Las autoridades de los países de la región se han incautado de grandes cantidades de tramadol, supuestamente destinado a los mercados ilícitos.

Cuadro 5

**Apreciaciones de los expertos sobre las tendencias del consumo de drogas en África, 2016**

Tipo de droga	Estados Miembros que presentaron datos basados en apreciaciones	Aumento del problema del consumo	Problema del consumo estable	Descenso del problema del consumo	Problema del consumo desconocido
Cannabis	9	4	3	1	1
Amfetaminas	9	3	2	2	2
Éxtasis	4	1	1	0	2
Opioides	10	3	4	2	1
Cocaína	9	3	3	2	1

Fuente: Respuestas de los Estados Miembros de África al cuestionario para los informes anuales.

36. En una encuesta realizada en Kenya en 2016 sobre la magnitud del consumo de drogas en las regiones costeras, se estimó que el 3,9% de los hombres y el 0,3% de las mujeres eran consumidores actuales de heroína, mientras que el porcentaje de la población que notificó el consumo de cocaína se situó cerca del 1%. El consumo de cannabis también era muy frecuente, con un porcentaje de consumo actual entre la población adulta del 4,5%<sup>10</sup>.

37. Según la encuesta escolar más reciente realizada en Kenya, la mayoría de los alumnos tiene un conocimiento bastante bueno sobre las diferentes drogas. Mientras que el 17% de los alumnos había consumido *khat* o *miraa* en algún momento de su vida, el 16% había usado de forma indebida medicamentos sujetos a prescripción médica en el mismo período. El consumo de cannabis también era común: un 7,5% lo había consumido a lo largo de su vida. Además, más de un 1% de los alumnos de enseñanza secundaria había consumido heroína o cocaína en algún momento de su vida. Un porcentaje considerable de los alumnos notificó el consumo actual de numerosas sustancias (véase el cuadro 6)<sup>11</sup>.

Cuadro 6

**Consumo de drogas en los últimos 30 días por alumnos de enseñanza secundaria en Kenya, por tipo de sustancia (2016)**

	Prevalencia (%)	Núm. de alumnos
Alcohol	3,8	82 517
Medicamentos de venta con receta médica	3,6	78 175
<i>Khat/miraa</i>	2,6	56 459
Tabaco	2,5	54 288
<i>Bhang</i> (cannabis)	1,8	39 087
Sustancias inhalables	0,6	13 029
Heroína	0,2	4 343
Cocaína	0,2	4 343

Fuente: Dirección Nacional de la Campaña contra el Alcohol y las Drogas.

<sup>10</sup> Kenya, Dirección Nacional de la Campaña contra el Alcohol y las Drogas, “Status of alcohol and drug abuse in the coast region, Kenya” (mayo de 2016).

<sup>11</sup> *Ibid.*, “National survey on alcohol and drug abuse among secondary school students in Kenya” (2016).

38. En 2016, de acuerdo con la información nacional sobre la demanda de tratamiento en Nigeria<sup>12</sup>, las sustancias principales por las que las personas se sometían a tratamiento por trastornos relacionados con el consumo de drogas fueron el cannabis (45%) y los opioides (36%). El tramadol, la codeína y la pentazocina eran las sustancias de uso indebido más habituales entre las personas que recibían tratamiento por trastornos relacionados con el consumo de opioides.

39. De acuerdo con el informe más reciente de la Red Sudafricana de Epidemiología Comunitaria sobre el Uso de Drogas, el cannabis siguió siendo la sustancia principal comunicada por la mayoría de las personas en tratamiento, incluidas las de menos de 20 años. El consumo de cocaína ha seguido disminuyendo y se notifica, con más frecuencia, como sustancia secundaria de consumo. La demanda de tratamiento por consumo de heroína ha permanecido estable desde 2015, aunque se ha incrementado de forma considerable en la región septentrional de Sudáfrica. El número de admisiones para recibir tratamiento por consumo de metanfetaminas como droga principal o secundaria siguió siendo bajo en la mayoría de los centros de tratamiento. Persistió el problema del uso indebido de medicamentos de venta libre o con receta, como tabletas para adelgazar, analgésicos y benzodiazepinas<sup>13</sup>.

## B. América

40. Con una prevalencia anual del 7.5% entre la población adulta, el cannabis sigue siendo la sustancia ilícita de uso más frecuente en América. También se comunicaron unos niveles elevados de consumo de cocaína y opioides en la región.

### 1. América del Norte

41. En América del Norte, la mayoría de las drogas se consumen en niveles superiores al promedio mundial. El cannabis es la sustancia de uso más generalizado, y en el año anterior un 12,4% de la población lo había consumido. El consumo de opioides (opiáceos y uso indebido de opioides farmacéuticos) y de cocaína también es alto en comparación con los niveles mundiales. La prevalencia anual del consumo de opioides asciende al 4,4% y la del consumo de opiáceos, al 0,5%. A escala mundial, la prevalencia anual más elevada del consumo de cocaína es la de América del Norte (1,8%). La prevalencia anual del consumo de anfetaminas y éxtasis (2% y 0,9% respectivamente) es también muy superior al promedio mundial.

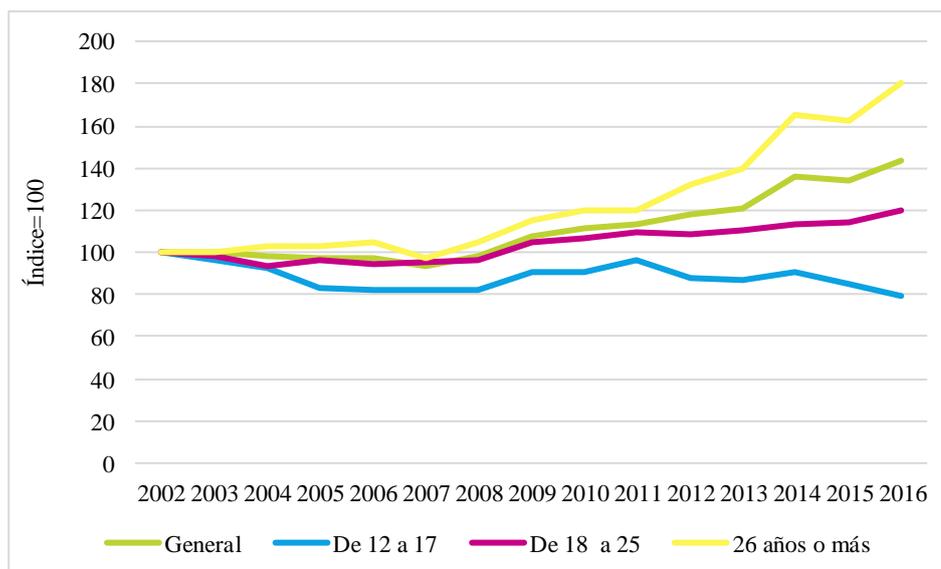
42. Se estima que en los Estados Unidos 28,6 millones de personas de al menos 12 años de edad (el 10,6% de la población) eran consumidores actuales (es decir, que habían consumido en los últimos 30 días) de diferentes drogas. Con 24 millones de usuarios actuales (el 8,9% de la población de 12 años o más), el cannabis sigue siendo la sustancia de consumo más frecuente en los Estados Unidos. El aumento del consumo de cannabis se ha producido principalmente entre las personas de 26 años o más y, en menor medida, entre los adultos jóvenes con edades comprendidas entre los 18 y los 25 años (véase la figura IV)<sup>14</sup>.

<sup>12</sup> Stella N. Ngwoke, "Patterns of drug and alcohol use in Nigeria: 2016", informe de la Dirección Nacional de Represión del Uso Indebido de Drogas de Nigeria para la Red de Epidemiología sobre el Uso de Drogas en África de la Comisión de la Unión Africana.

<sup>13</sup> Siphokazi Dada y otros, "Monitoring alcohol, tobacco and other drug use trends in South Africa: July-December 2016", actualización de junio de 2017, fase 41 (Ciudad del Cabo, Sudáfrica, Red Sudafricana de Epidemiología Comunitaria sobre el Uso de Drogas, 2017).

<sup>14</sup> Estados Unidos, Centro de Estadísticas y Calidad de la Salud del Comportamiento, *Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2016 National Survey on Drug Use and Health*, Departamento de Salud y Servicios Humanos, publicación núm. SMA 17-5044, NSDUH, serie H-52, (Rockville, Maryland, 2016).

Figura IV  
Tendencias de consumo de cannabis en los Estados Unidos durante el mes anterior, por grupo de edad, 2002-2016



Fuente: *Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2016 National Survey on Drug Use and Health.*

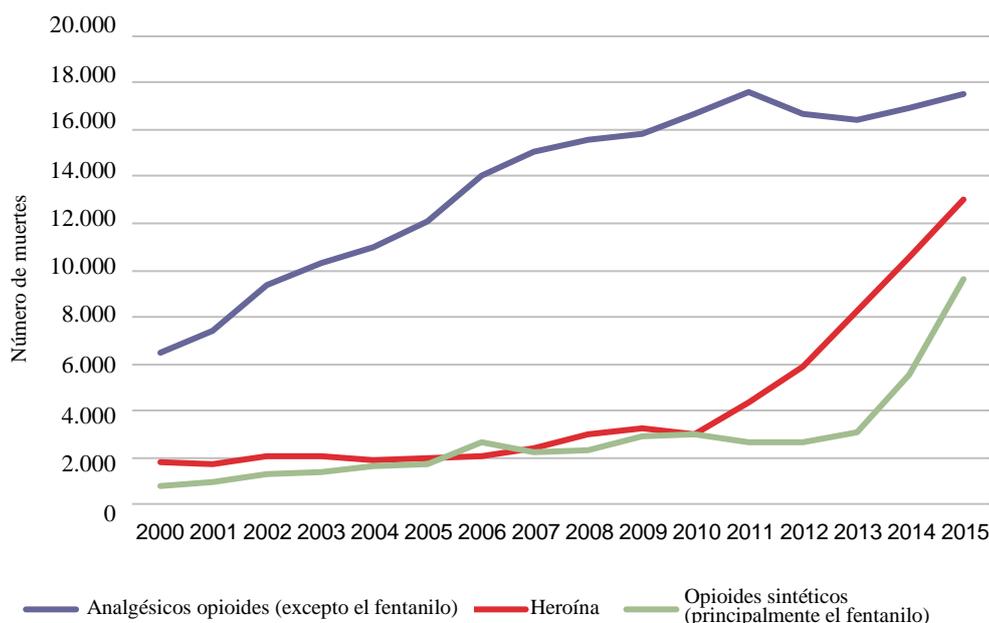
43. El uso indebido de medicamentos de venta con receta sigue siendo motivo de gran preocupación en los Estados Unidos. De los aproximadamente 6 millones de consumidores registrados en el último mes (2,3 % de la población de 12 años o más), 3,3 millones habían hecho un uso indebido de los analgésicos opioides, mientras que 2 millones habían hecho un uso indebido de los tranquilizantes y 1,7 millones había hecho un uso indebido de los estimulantes durante el último mes. El consumo de cocaína se había mantenido estable en los Estados Unidos entre 2008 y 2014, pero aumentó en 2015. Aproximadamente el 0,7% de la población de 12 años o más notificó que era consumidora actual, con lo que los datos sobre el consumo de cocaína no han cambiado en el último año<sup>15</sup>. Se estimó que alrededor de 0,7 millones de personas (el 0,2% de la población de 12 años o más) eran consumidoras actuales de metanfetamina. El consumo de heroína en los Estados Unidos ha registrado una tendencia al alza desde 2007. En 2016, casi medio millón de personas de 12 años o más eran consumidoras actuales de heroína. Es preciso señalar, no obstante, que el consumo de heroína notificado por los propios consumidores en las encuestas domiciliarias probablemente sea inferior al real.

44. El aumento del consumo de heroína y fentanilo y sus análogos ha tenido mayores consecuencias en los Estados Unidos, tal como lo atestigua el creciente número de casos de sobredosis letales notificados. En enero de 2017<sup>16</sup>, se habían notificado en el país más de 60.000 muertes por sobredosis. Si bien las muertes por sobredosis debidas al consumo de opioides de venta con receta se han mantenido estables durante los últimos cinco años, el número de muertes por sobredosis debidas al consumo de heroína y fentanilo ha aumentado de forma considerable (véase la figura V).

<sup>15</sup> *Ibid.*

<sup>16</sup> Datos provisionales correspondientes a 2016. (Estados Unidos, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Centro Nacional de Estadísticas Sanitarias, Wide-ranging OnLine Data for Epidemiologic Research (CDC WONDER)).

Figura V  
**Muertes causadas por sobredosis de opioides en los Estados Unidos, 2000–2015**



Fuente: Centro Nacional de Estadísticas de Salud, CDC WONDER.

45. Según la encuesta sobre el consumo actual de drogas realizada en México, el consumo de la mayoría de las drogas ha permanecido estable en el país, mientras que el del cannabis se ha incrementado. En 2016, el 2,1% de la población adulta de edades comprendidas entre 15 y 64 años afirmó que había consumido cannabis en el año anterior. Menos del 1% de la población (0,8%) notificó haber consumido cocaína durante el año anterior, mientras que un 0,1% notificó haber consumido opioides de venta con receta médica durante el mismo período<sup>17</sup>.

46. Pese a que en 2016 el Canadá no aportó datos nuevos derivados de las encuestas sobre consumo de drogas, los expertos han percibido un aumento considerable del consumo de cannabis y éxtasis en el país, mientras que el consumo de opioides y cocaína parece haberse mantenido estable<sup>18</sup>.

## 2. América del Sur y Centroamérica y el Caribe

47. En América del Sur y en Centroamérica y el Caribe se notificaron niveles de consumo de cocaína altos en los 12 meses anteriores (alrededor del 0,9% y del 0,6% de la población adulta, respectivamente). El consumo de otras sustancias ilícitas se mantiene en niveles comparables o inferiores al del promedio mundial.

48. Según la última encuesta nacional realizada en la Argentina, ha habido un aumento considerable del consumo de cannabis y cocaína en el país. Alrededor del 8% de la población adulta había consumido cannabis en el año anterior, mientras que el porcentaje correspondiente al consumo de cocaína se situó en el 1,6%. Menos del 1% de la población había consumido tranquilizantes o alucinógenos<sup>19</sup>.

49. La encuesta nacional de 2016 sobre el consumo de drogas en Guyana<sup>20</sup> reveló que el 4,6% de la población adulta había consumido cannabis en el año anterior. Casi el 2% de la población consumía cannabis de forma diaria o casi diaria, mientras que uno de cada ocho consumidores actuales fumaba más de 50 cigarrillos de cannabis al mes.

<sup>17</sup> Respuesta de México al cuestionario para los informes anuales, 2016.

<sup>18</sup> Respuesta del Canadá al cuestionario para los informes anuales, 2016.

<sup>19</sup> Respuesta de la Argentina al cuestionario para los informes anuales, 2016.

<sup>20</sup> Guyana, Ministerio de la Función Pública y Organización de los Estados Americanos/Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, Informe sobre la Encuesta Nacional Domiciliaria sobre la Prevalencia del Consumo de Drogas 2016.

Se determinó que más de la mitad de las personas que habían consumido cannabis en el año anterior tenían muchas probabilidades de convertirse en consumidores problemáticos. Menos del 1% de la población general consumía otras sustancias.

50. Según la tercera encuesta andina sobre consumo de drogas entre la población universitaria (de 18 a 25 años de edad), el cannabis era la sustancia que se consumía con más frecuencia<sup>21</sup>. También se notificó el consumo frecuente de cocaína, dietilamida del ácido lisérgico (LSD), éxtasis y tranquilizantes entre los estudiantes (véase la figura VI). Durante los tres períodos correspondientes a la encuesta, el consumo de cannabis entre la población universitaria se duplicó en los cuatro países, pasando de una prevalencia anual del 5% en 2009 al 10,8% en 2016. Otras sustancias cuyo consumo se incrementó de forma considerable durante ese período fueron la cocaína, el éxtasis y el LSD (véase la figura VII).

Figura VI  
**Prevalencia anual del consumo de sustancias entre la población universitaria de la región andina, 2016**

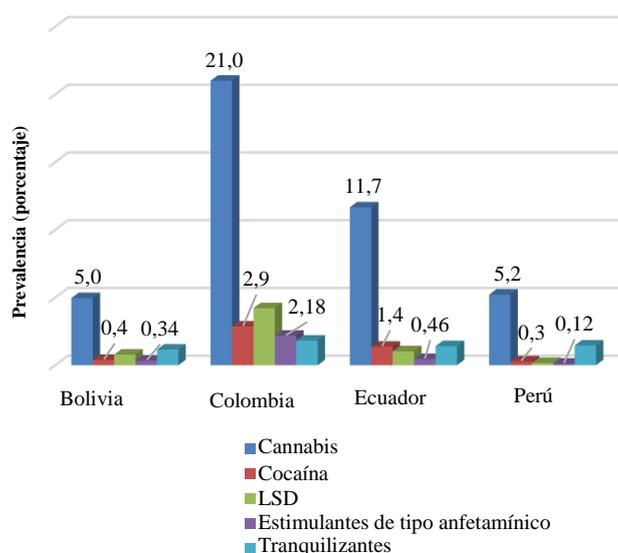
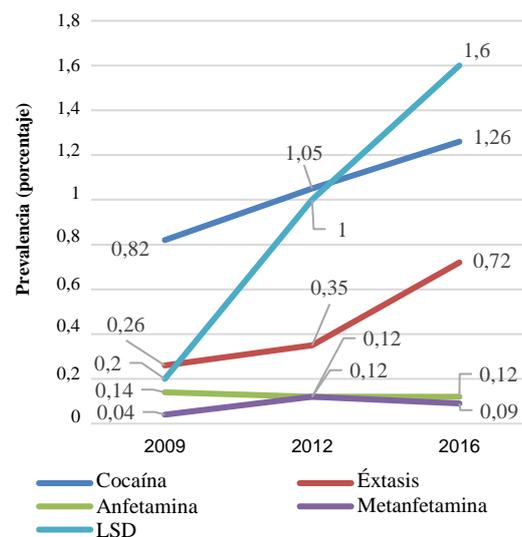


Figura VII  
**Tendencias del consumo de diferentes sustancias entre la población universitaria de la región andina (2009–2016)**



Fuente: III Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria: Informe Regional 2016.

## C. Asia

51. Se dispone de estimaciones fidedignas de la prevalencia del consumo de diferentes drogas correspondientes a un número reducido de países de Asia. Se estima que el consumo de opiáceos (0,4%) y anfetaminas (0,7%) es similar a los niveles mundiales, mientras que el consumo de otras sustancias ilícitas se sitúa muy por debajo de las estimaciones mundiales. Sin embargo, en relación con la población de Asia, el número absoluto de personas que consume drogas sigue siendo alto, tal como pone de manifiesto el hecho de que más de la mitad de los consumidores estimados de opiáceos y anfetamina a escala mundial reside en la región.

52. Según las apreciaciones de los expertos, en muchos países de la región ha aumentado el consumo de cannabis y anfetaminas, mientras que, en la mayoría de los países, parece que el consumo de opioides y cocaína se ha estabilizado o está reduciéndose (véase el cuadro 7).

<sup>21</sup> UNODC, III Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria: Informe Regional 2016 (Lima, 2017).

Cuadro 7

**Apreciaciones de los expertos sobre las tendencias del consumo de drogas en Asia, 2016**

<i>Tipo de droga</i>	<i>Estados Miembros que presentaron datos basados en apreciaciones</i>	<i>Aumento del problema del consumo</i>	<i>Problema del consumo estable</i>	<i>Descenso del problema del consumo</i>	<i>Problema del consumo desconocido</i>
Cannabis	22	12	3	3	4
Anfetaminas	19	8	6	2	3
Éxtasis	14	3	2	5	4
Opioides	22	3	6	7	6
Cocaína	16	3	6	2	5

*Fuente:* cuestionarios para los informes anuales.

53. En el caso de la mayoría de los países de Asia oriental y sudoriental, la única información disponible son los datos sobre las personas sometidas a tratamiento por trastornos relacionados con el consumo de drogas. En términos generales, más del 70% de las personas que recibieron tratamiento por trastornos relacionados con el consumo de drogas en las subregiones lo hicieron debido al consumo de metanfetamina, si bien esa proporción no fue la misma en cada país. En Indonesia, la República Democrática Popular Lao y Viet Nam, casi la mitad de las personas que recibieron tratamiento por trastornos relacionados con el consumo de drogas lo hicieron debido al consumo de opiáceos, mientras que en Brunei Darussalam, Filipinas y Tailandia, la mayoría de las personas se trataron por trastornos relacionados con el consumo de metanfetamina. Una tercera parte de las personas que se sometió a tratamiento lo hizo por primera vez<sup>22</sup>.

54. En 2016, en China había 2,5 millones de personas registradas como consumidores de drogas. Más de la mitad de esas personas estaba registrada como consumidores de estimulantes de tipo anfetamínico, mientras que cerca del 40% lo estaba como consumidores de opiáceos<sup>23</sup>.

55. Asia sudoccidental se caracteriza por tener niveles elevados de consumo de opiáceos y por registrar la prevalencia más alta del VIH entre las personas que se inyectan drogas. Junto con un número cada vez mayor de incautaciones de metanfetamina<sup>24</sup>, en los últimos años se ha observado una tendencia importante en Asia sudoccidental que apunta hacia un aumento general del consumo de metanfetamina. Ello es particularmente problemático en la República Islámica del Irán, donde también se ha notificado el uso de metanfetamina entre los consumidores de opiáceos que siguen tratamientos prolongados con agonistas. Además del incremento en el consumo de anfetaminas, los expertos del país también señalan un incremento en el consumo de opioides y de cannabis<sup>25</sup>.

56. Si bien el consumo de comprimidos de anfetamina sigue siendo un problema importante en el Oriente Medio, también se ha notificado el consumo de otras sustancias ilícitas, como el cannabis y la heroína. En 2016, expertos del Iraq y los Emiratos Árabes Unidos en particular comunicaron un aumento del consumo de cannabis, opioides y anfetaminas. Muchos países de la región también han expresado su preocupación por el uso indebido del tramadol y la pregabalina –un antidepresivo tricíclico que en la subregión se conoce comúnmente por el nombre de la marca Lyrica. Los comprimidos de tramadol disponibles en el Oriente Medio se destinan al mercado ilícito y cabe la

<sup>22</sup> Asociación de Naciones de Asia Sudoriental (ASEAN), *ASEAN Drug Monitoring Report 2015* (Bangkok, Centro de Cooperación en materia de Estupefacientes de la ASEAN, agosto de 2016).

<sup>23</sup> Respuesta de China al cuestionario para los informes anuales, 2016.

<sup>24</sup> Véase el *Informe Mundial sobre las Drogas 2017: Análisis del mercado de drogas sintéticas; estimulantes de tipo anfetamínico y nuevas sustancias psicoactivas* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.17.XI.7.17.XI.10).

<sup>25</sup> Respuesta de la República Islámica del Irán al cuestionario para los informes anuales, 2016.

posibilidad de que su dosificación sea más elevada que la que normalmente se receta para fines médicos.

57. En la primera evaluación realizada hasta el momento del consumo problemático de drogas en el Estado de Palestina se estimó que el 1,8% de los varones mayores de 15 años consumían drogas de alto riesgo. En Gaza, el tramadol, las benzodiacepinas y la metanfetamina eran las sustancias más frecuentemente utilizadas por los consumidores de drogas de alto riesgo. En la Ribera Occidental, las sustancias consumidas con mayor frecuencia eran las anfetaminas, el cannabis, los antidepresivos tricíclicos (principalmente la pregabalina) y las benzodiacepinas<sup>26</sup>.

## D. Europa

58. Como sucede en otras regiones, el cannabis sigue siendo la sustancia ilícita más consumida en Europa, con un número estimado de consumidores en el último año de 28,4 millones (el 5,2% de la población de edades comprendidas entre 15 y 64 años), seguida de la cocaína, con 4 millones de consumidores en el año precedente (0,7%). El consumo de opioides (0,8%) y de opiáceos (0,6%) es superior al promedio mundial. Si se compara con el promedio mundial, la prevalencia del consumo de anfetaminas es inferior (0,4%), mientras que el consumo de éxtasis (0,7%) alcanza niveles más altos en la región.

### 1. Europa occidental y central

59. La prevalencia anual del consumo de cannabis sigue siendo elevada en Europa occidental y central (7,2%). El consumo de cannabis en España y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, si bien anteriormente estaba disminuyendo, muestra ahora una tendencia a estabilizarse. Otros países, como Alemania, Austria, Dinamarca, Finlandia, Francia, Irlanda y Suecia, comunicaron un incremento en el consumo de cannabis en sus encuestas recientes (realizadas en 2014 o 2015)<sup>27</sup>. Se estima que el 1% de las personas que consumen cannabis lo hacen diariamente o casi a diario; aproximadamente el 30% de las personas que consume cannabis a diario son adultos, con edades comprendidas entre los 35 y los 64 años. Desde 2016 el número de personas que se someten por primera vez a tratamientos por trastornos relacionados con el consumo de cannabis se ha incrementado en casi un 75%.

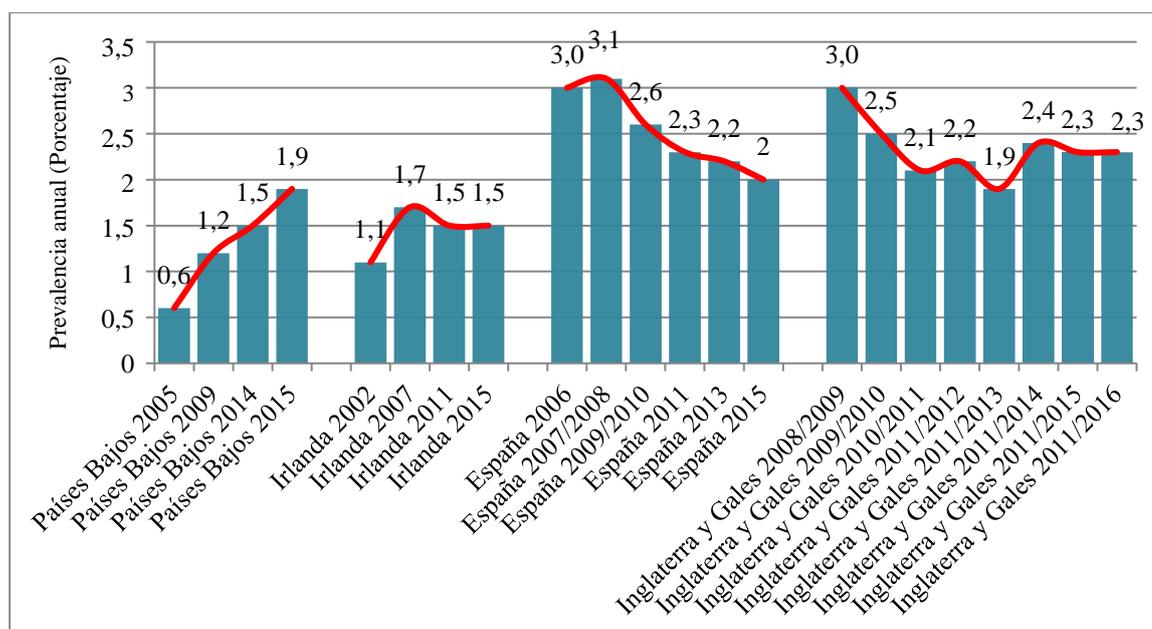
60. El consumo de cocaína sigue siendo elevado en la subregión, con un porcentaje de consumidores en el año precedente superior al 1%. Los tres países de alta prevalencia (Irlanda, España y el Reino Unido) comunicaron que la tendencia en el consumo se había mantenido estable. Sin embargo, los Países Bajos registraron un aumento del consumo de cocaína en 2015 superior al estimado en 2010 (véase la figura VIII). La encuesta realizada en Alemania en 2015 mostró una disminución estadísticamente significativa de la prevalencia anual de la cocaína. El análisis de las aguas residuales de 80 ciudades europeas indicó que, desde 2011, se había producido un incremento en el consumo de cocaína cercano al 30% o superior<sup>28</sup>.

<sup>26</sup> Estado de Palestina, Instituto Nacional Palestino de Salud Pública, *Estimating the Extent of Illicit Drug Use in Palestine* (noviembre de 2017).

<sup>27</sup> *Informe Europeo sobre Drogas: Tendencias y novedades* (EMCDDA, Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2017) y el cuestionario para los informes anuales correspondiente a 2016.

<sup>28</sup> *Informe Mundial sobre las Drogas 2017: Análisis del mercado de drogas de origen vegetal; opiáceos, cocaína y cannabis* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.17.XI.7), pág. 30 (versión en inglés).

Figura VIII  
Tendencias del consumo de cocaína en países de alta prevalencia de Europa occidental y central



Fuente: cuestionario para los informes anuales, Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías e informes nacionales.

61. El consumo de éxtasis, que se había estado reduciendo en la subregión desde el año 2000, sigue ahora una tendencia al alza. Los resultados de una encuesta reciente indican que el consumo de éxtasis en Europa sigue registrando una tendencia al alza, especialmente en Alemania, Finlandia, Francia, Irlanda y los Países Bajos, donde las estimaciones son superiores a las recogidas en encuestas anteriores. Por el contrario, muchos países han comunicado que, según sus estimaciones, el consumo de dicha sustancia tiende a estabilizarse o a reducirse, como sucede especialmente en Inglaterra, Gales y España<sup>29</sup>.

62. Muchos países, incluso los que tienen una prevalencia elevada del consumo de anfetamina, como Letonia, España y el Reino Unido, han notificado tendencias a la baja o estables. Por otro lado, Finlandia, Alemania y los Países Bajos han registrado un aumento constante del consumo de anfetaminas, en encuestas realizadas recientemente (2014 y 2015).

63. El consumo de opioides –principalmente de heroína– también sigue siendo alto (0,5%). Según los informes, la mayoría (75%) de los consumidores de opioides de alto riesgo se encuentra en cinco países: Italia, Francia, Alemania, España y el Reino Unido. Mientras que en España se ha observado un descenso importante del consumo de opioides, en Austria, Chipre y Chequia ha aumentado su uso (principalmente de heroína). En los demás países de la subregión, el consumo de opioides se ha mantenido estable.

64. Aparte del consumo de heroína, existen ahora cada vez más indicios del uso indebido de opioides farmacéuticos. En 2015, 17 países de la subregión informaron de que más del 10% del total de los consumidores de opioides que recurrieron a los servicios de tratamiento lo hicieron debido a trastornos relacionados con el consumo de opioides distintos de la heroína. Entre los opioides consumidos por las personas que se sometieron a tratamiento se encontraban la metadona, la buprenorfina, el fentanilo, la codeína, la morfina, el tramadol y la oxicodona.

65. Si bien no al mismo nivel que en los Estados Unidos, se han notificado muertes por sobredosis relacionadas con el consumo de fentanilo y sus análogos en Europa

<sup>29</sup> Informe Europeo sobre Drogas 2017.

occidental y central. Entre noviembre de 2015 y febrero de 2017 se comunicaron 23 muertes asociadas al consumo de furanilfentanilo en Alemania (4 muertes), Estonia (4), Finlandia (1), Noruega (1), el Reino Unido (1) y Suecia (12). Igualmente, entre abril y diciembre de 2016, se notificaron 47 muertes relacionadas con el consumo de acrilofentanilo en Dinamarca (1), Estonia (3) y Suecia (43). Muchas de las personas fallecidas eran consumidoras de opioides de alto riesgo<sup>30,31</sup>.

## 2. Europa oriental y sudoriental

66. Los altos niveles de consumo de opioides, sobre todo de heroína, son la preocupación principal en la subregión: la prevalencia en el último año del consumo de opioides (1,4%) y de opiáceos (0,8%) es dos veces superior al promedio mundial. La prevalencia del consumo de drogas inyectables (1,25%) y la prevalencia del VIH entre las personas que se inyectan drogas (24%) también siguen siendo las más elevadas de la región.

67. Según la encuesta más reciente sobre el consumo de drogas en Rumania, el consumo de cannabis (prevalencia anual del 3,2%) y de tranquilizantes (1,9%) ha aumentado de forma considerable, mientras que el consumo de cocaína ha descendido (0,1%) y el consumo de heroína (0,1%) se ha mantenido estable<sup>32</sup>.

## E. Oceanía

68. La información sobre la magnitud del consumo de drogas en la región sigue limitándose a Australia y Nueva Zelanda; los niveles de consumo de la mayor parte de las sustancias en ambos países son elevados.

69. En Australia, los resultados preliminares de la encuesta nacional de 2016 indicaron que el consumo de la mayoría de las sustancias se ha mantenido estable. Sin embargo, el consumo de algunas drogas ha descendido desde la última encuesta: el consumo de metanfetaminas y anfetaminas descendió del 2,1% al 1,4%, el consumo de alucinógenos, del 1,3% al 1,0%, y el de cannabinoides sintéticos, del 1,2% al 0,3%. En 2016, la metanfetamina cristalina siguió siendo la principal forma utilizada para el consumo de metanfetamina<sup>33</sup>.

70. Se considera que en Nueva Zelanda ha aumentado el consumo de metanfetamina, éxtasis y ketamina, mientras que el consumo de otras sustancias se ha mantenido estable. Aunque actualmente no existen estimaciones sobre el uso indebido del fentanilo, se considera que sus tasas de consumo son bajas. En el período sobre el que se informa, se comunicó la incautación en la aduana de dos potentes opioides utilizados en investigación: el acetilfentanilo y la U-47700. Otra de las nuevas tendencias notificadas fue el consumo de fentanilo y de benzodiazepinas mediante papel secante impregnado de dichas sustancias<sup>34</sup>.

<sup>30</sup> EMCDDA, *Furanyl-fentanyl: Report on the Risk Assessment of N-phenyl-N-[1-(2-phenylethyl)piperidin-4-yl]furan-2-carboxamide (furanyl-fentanyl) in the Framework of the Council Decision on New Psychoactive Substances*, Risk Assessments (Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2017).

<sup>31</sup> EMCDDA, *Acryloyl-fentanyl: Report on the Risk Assessment of N-(1-phenethylpiperidin-4-yl)-N-phenylacrylamide (acryloyl-fentanyl) in the Framework of the Council Decision on New Psychoactive Substances*, Risk Assessment (Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2017).

<sup>32</sup> Respuesta de Rumania al cuestionario para los informes anuales, 2016.

<sup>33</sup> Respuesta de Australia al cuestionario para los informes anuales, 2016.

<sup>34</sup> Respuesta de Nueva Zelanda al cuestionario para los informes anuales, 2016.

#### **IV. Nuevos instrumentos, directrices y normas que pueden utilizar los Estados Miembros para fortalecer las medidas de reducción de la demanda de drogas**

71. En el informe del Director Ejecutivo acerca de las medidas adoptadas por los Estados Miembros para aplicar la Declaración Política y Plan de Acción sobre Cooperación Internacional en Favor de una Estrategia Integral y Equilibrada para Contrarrestar el Problema Mundial de las Drogas (E/CN.7/2018/6) figura un análisis detallado de la parte II del cuestionario para los informes anuales, correspondiente al cuarto ciclo de presentación de informes, donde se hace referencia a los servicios para la reducción de la demanda de drogas. Además de ese análisis, se intentó generar un indicador sobre los progresos realizados en el fortalecimiento de los servicios de reducción de la demanda de drogas (en lo que respecta a una disponibilidad y cobertura mayores). Ello se hizo con el propósito de proporcionar información preliminar sobre la consecución de la meta 3.5 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, sobre el fortalecimiento de la prevención y el tratamiento del uso indebido de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol. Sin embargo, el hecho de que en los cuestionarios para los informes anuales presentados no se hayan incluido respuestas relativas a la cobertura de los servicios ha obstaculizado el proceso de generación de información y conclusiones.

72. Durante muchos años, la UNODC ha elaborado instrumentos que los Estados Miembros pueden utilizar como apoyo en el cumplimiento de los compromisos contraídos de conformidad con lo establecido en los tratados de fiscalización internacional de drogas. Muchos de ellos, como las Normas Internacionales sobre la Prevención del Uso de Drogas (2013) y las normas internacionales del programa conjunto UNODC/OMS para el tratamiento de los trastornos relacionados con el consumo de drogas (2016), ayudarían a los Estados Miembros a cumplir sus compromisos en el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

73. Por lo que respecta a la prevención del consumo de drogas, la UNODC ha estado actualizando las Normas Internacionales sobre la Prevención del Uso de Drogas con miras a presentarlas a la Comisión de Estupefacientes. En el momento de redactar el presente informe, más de 40 países habían nombrado a más de 100 expertos para que participaran en el proceso. Además, se está llevando a cabo un examen sistemático de los datos científicos, que está supervisando un comité directivo integrado por representantes de la UNODC y la OMS. Las Normas contienen un resumen de los datos científicos disponibles a escala mundial en materia de prevención del uso de drogas. Por lo tanto, servirían de apoyo a los Estados Miembros en la consecución de la meta 3.5 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

74. La UNODC ha elaborado un nuevo programa de carácter familiar para prevenir el consumo de drogas y otras conductas poco saludables. Se basa en los éxitos cosechados por la Oficina en la puesta en marcha, en más de 20 países, de programas piloto de base empírica con el fin de fortalecer los factores de protección en más de 20.000 familias. Uno de los obstáculos que se detectaron para la aplicación a gran escala de una estrategia eficaz y rentable de esa índole fue la ausencia de un programa de ámbito público específicamente orientado a las necesidades de los entornos de bajos recursos en los países de ingresos bajos y medianos. A ese respecto, la UNODC está elaborando un programa con un enfoque triple, que incluye un elemento habilitado para el tratamiento de los traumas y un programa de desarrollo de aptitudes de la familia. Esos instrumentos ayudarían a los Estados Miembros a aplicar la meta 3.5 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Además, los programas de carácter familiar han resultado ser eficaces tanto para las niñas como para los niños, por lo que también resultarán de utilidad a los Estados Miembros en la consecución del Objetivo 5, relativo a la igualdad de género. Asimismo, esos programas han resultado ser eficaces en la prevención de la violencia, en particular la violencia juvenil y el maltrato infantil, con lo que también contribuyen directamente a la consecución de la meta 16.1 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, relativa a la reducción de todas las formas de violencia, y la meta 16.2, cuyo objeto es poner fin a todas las formas de violencia contra los niños.

75. La UNODC ha colaborado con la OMS en la preparación de un manual para las personas con trastornos causados por el consumo de drogas que han entrado en contacto con el sistema de justicia penal. El manual se basa en los ejemplos proporcionados por los Estados Miembros y expertos de todo el mundo en relación con la prestación de servicios de tratamiento y la aplicación de otras medidas sustitutivas de las sanciones y el encarcelamiento en todas las etapas del proceso de justicia penal. La UNODC también está elaborando un resumen de las experiencias y los conocimientos científicos disponibles para que los profesionales de los servicios de emergencia puedan ofrecer una respuesta eficaz a los casos que entrañen el consumo de nuevas sustancias psicoactivas. Por último, la OMS y la UNODC han seguido poniendo a prueba las normas internacionales del programa conjunto UNODC/OMS para el tratamiento de los trastornos relacionados con el consumo de drogas y, en ese contexto, se están elaborando instrumentos para evaluar la calidad de los sistemas y de los servicios de tratamiento del consumo de drogas. Esos instrumentos de garantía de calidad se han probado de forma experimental y pueden adaptarse para ser utilizados en cualquier país del mundo. Cabe esperar que se utilicen como instrumentos para mejorar los sistemas y servicios y que sirvan de base para los sistemas nacionales de acreditación.

76. En 2017 se pusieron en marcha otras dos iniciativas para mejorar el tratamiento de los trastornos relacionados con el consumo de drogas. La primera tiene por objeto a las personas que sufren trastornos relacionados con el consumo de estimulantes, en vista de que el número de consumidores de estimulantes duplica al de opioides y las opciones de tratamiento psicosocial son limitadas. La segunda tiene por objeto el tratamiento de trastornos somáticos y mentales concomitantes distintos de la coinfección por VIH/sida y por el virus de la hepatitis C, y abordará una gran variedad de trastornos físicos y de salud mental adicionales mediante sistemas de atención basados en la idea central de que no hay ninguna puerta cerrada al tratamiento. Todos los instrumentos de tratamiento, atención y rehabilitación destinados a los trastornos relacionados con el consumo de drogas contribuyen al cumplimiento de la meta 3.5 y el Objetivo 5.

## V. Conclusiones y recomendaciones

77. La situación del consumo de drogas en todo el mundo sigue teniendo un carácter polifacético que se distingue por el uso simultáneo y consecutivo de muchas sustancias ilícitas, como drogas convencionales de origen vegetal, estimulantes sintéticos, medicamentos sujetos a prescripción médica y nuevas sustancias psicoactivas, que se consumen ya sea como forma de esparcimiento o de manera habitual.

78. A tenor de la proliferación y el uso indebido de los opioides farmacéuticos en las diferentes regiones, resulta importante crear sistemas de alerta temprana que permitan examinar la aparición de casos de utilización de esas sustancias para fines no médicos y sus consecuencias conexas. Ese seguimiento debería contribuir a que, dentro de los marcos jurídicos y regulatorios vigentes, se facilitara el acceso a los analgésicos de las personas que los necesitan y se previniera, a la vez, la desviación y el uso indebido de esos medicamentos.

79. Los programas y políticas de ámbito nacional, regional e internacional deben fundamentarse en datos empíricos fiables y válidos sobre cada situación y las medidas adoptadas. Por lo tanto, se sugiere que los Estados Miembros tomen en consideración las deficiencias existentes en la disponibilidad y la calidad de los datos sobre los indicadores del consumo de drogas y las medidas adoptadas. Eso requiere la utilización de estrategias para reforzar la capacidad de los países de reunir, analizar y difundir información sobre el consumo de drogas, sus consecuencias y las medidas que deben adoptarse para hacer frente al problema de las drogas, entre ellas la promoción y el apoyo del desarrollo de sistemas de vigilancia de las drogas, la generación de estimaciones de los indicadores del consumo de drogas en los países en que sigue habiendo grandes lagunas, la elaboración de métodos eficaces en función del costo para estimar la magnitud del consumo de drogas y el aumento de la capacidad de los expertos en las regiones o los países prioritarios.

80. Los Estados Miembros podrían utilizar los instrumentos elaborados por la UNODC, junto con la OMS y en cooperación con otras organizaciones internacionales y la sociedad civil, para incrementar el alcance y la calidad de sus servicios de prevención y tratamiento del consumo de drogas.

81. La presentación puntual de los cuestionarios para los informes anuales debidamente cumplimentados sigue siendo fundamental para que se pueda realizar un seguimiento global del problema mundial de las drogas y se puedan presentar los informes correspondientes, así como para la adopción de las medidas oportunas.

---