Naciones Unidas E/CN.7/2019/4

Consejo Económico y Social

Distr. general
28 de diciembre de 2018
Español
Original: inglés

Comisión de Estupefacientes
62º período de sesiones
Viena, 14 a 22 de marzo de 2019
Tema 10 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, y se destacan algunas de las iniciativas fundamentales emprendidas por la UNODC en respuesta al problema de las drogas. En 2016, se informó de que 275 millones de personas habían consumido una sustancia ilícita durante el año anterior, al tiempo que una de cada diez personas que habían consumido drogas padecía trastornos relacionados con el uso 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, estiman que 10,6 millones de personas se inyectan drogas, y que aproximadamente 1 de cada 8 personas que se inyectan drogas vive con 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, entre las que cabe incluir drogas convencionales de origen vegetal, estimulantes sintéticos y opioides, medicamentos de venta con receta y nuevas sustancias psicoactivas (entre ellas las que tienen efectos opioides). Los opioides, en particular la heroína y los opioides farmacéuticos, siguen perjudicando la salud de las personas que los consumen. Casi el 80 % (21 millones) del total de años de vida ajustados en función de la discapacidad debido a trastornos relacionados con el consumo de drogas se atribuyeron a trastornos causados por el consumo de opioides. Resultan especialmente preocupantes el número de muertes atribuidas al uso del fentanilo y sus análogos, en particular en América del Norte, y la rápida expansión del uso del tramadol con fines no médicos en algunas partes de Asia y África. Hay indicios de que los dos principales mercados de cocaína (América del Norte y Europa Occidental y Central) se están expandiendo. A nivel mundial, hubo más de medio millón de muertes

* E/CN.7/2019/1.

Se ruega reciclar

atribuibles al consumo de drogas. La falta de información fidedigna sobre la mayoría de los indicadores epidemiológicos del consumo de drogas dificulta tanto la vigilancia de las tendencias que van surgiendo en relación con las drogas como la aplicación y evaluación de las medidas de base empírica adoptadas en respuesta al consumo de drogas y sus consecuencias para la salud.

Introducción

A. Nuevas tendencias mundiales

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

a) El consumo de opioides, incluido el uso indebido de opioides farmacéuticos y nuevas sustancias psicoactivas con efectos opioides, es motivo de gran preocupación en muchos países debido a las graves consecuencias que tiene dicho consumo para la salud;

b) Hay indicios de un aumento del consumo de cocaína tanto en América del Norte como en Europa Occidental y Central;

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

d) El consumo de anfetaminas, especialmente metanfetamina, parece estar aumentando en muchos lugares de Asia y en América del Norte, mientras que en Europa Occidental y Central el consumo de anfetaminas, especialmente en países de alta prevalencia, está disminuyendo o se mantiene estable;

e) La aparición de nuevas sustancias psicoactivas sigue en aumento y ha dado lugar a problemas de salud pública en todas las regiones.

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

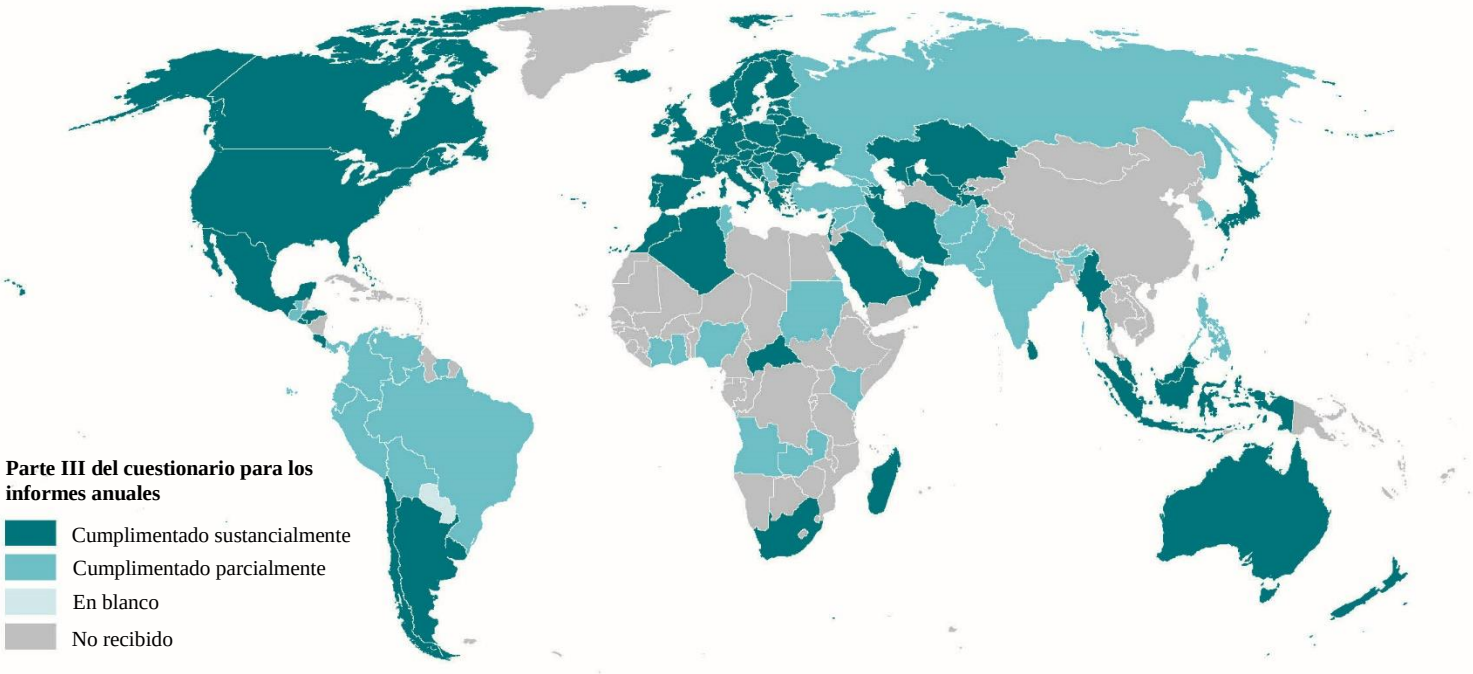
2. Las respuestas proporcionadas por los Estados Miembros al cuestionario para los informes anuales constituyen la base para informar cada año de la magnitud y las tendencias mundiales del consumo de drogas. Al 30 de noviembre de 2018, de un total de 194 Estados y territorios, 103 habían respondido a la parte III del cuestionario, relativa a la magnitud, las características y las tendencias del consumo de drogas correspondientes a 2017.

3. El 67 % 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 103 Estados Miembros que respondieron al cuestionario representaban a más del 75 % de la población mundial.

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 2017*



Nota: Los límites geográficos, así como los nombres y las designaciones que figuran en este mapa, no implican la aprobación o aceptación oficial por parte de las Naciones Unidas.

Las líneas discontinuas representan límites por determinar. Una línea de puntos representa aproximadamente la línea de control en Jammu y Cachemira acordada por la India y el Pakistán. Las partes todavía no han llegado a un acuerdo definitivo sobre el estatuto de Jammu y Cachemira.

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

* Refleja la situación de los cuestionarios presentados al 27 de noviembre de 2018.

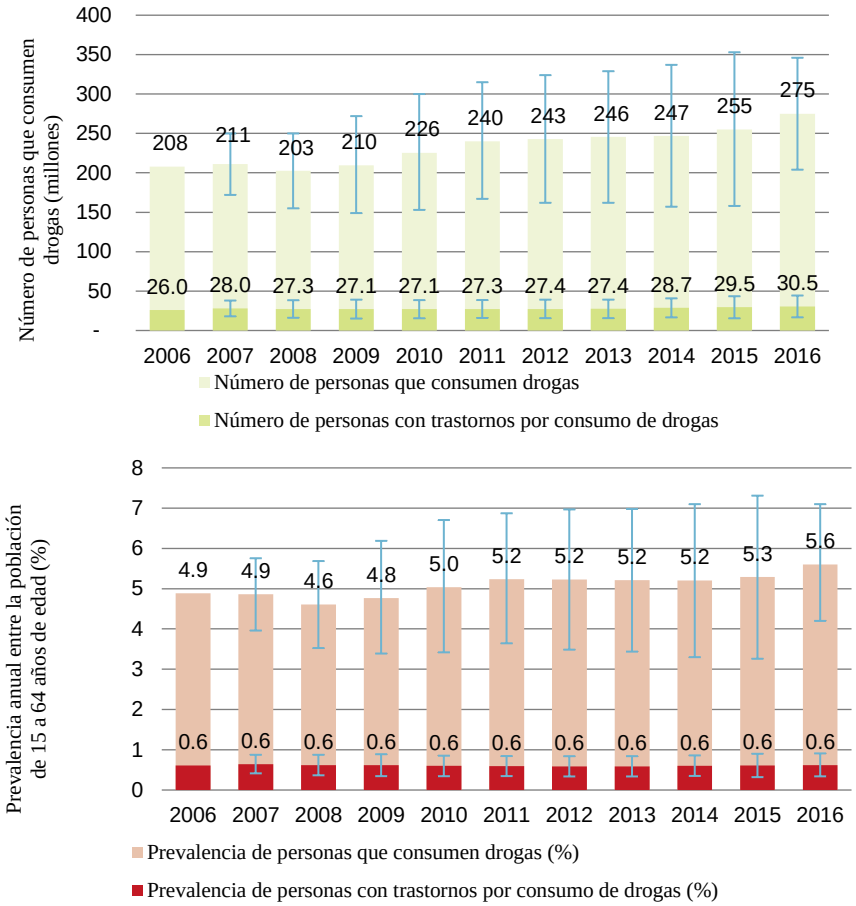
II. Panorama mundial

A. Magnitud del consumo de drogas

4. En 2016, la UNODC estimó que casi 1 de cada 18 personas de 15 a 64 años de edad había consumido una sustancia ilícita durante el año anterior, lo que equivale a 275 millones de personas (el 5,6 % de la población de 15 a 64 años). A pesar de las reservas expresadas en relación con las estimaciones mundiales del uso de drogas y las variaciones en las tendencias del consumo de drogas en todas las regiones, desde 2009 la prevalencia anual del consumo de drogas ha aumentado en un 18 % en todo el mundo.

Figura I

Prevalencia anual del consumo ilícito de drogas en la población mundial de 15 a 64 años de edad, 2006–2016



Fuente: *Informe Mundial sobre las Drogas 2018: Panorama mundial de la demanda y la oferta de drogas: Tendencias más recientes, cuestiones intersectoriales* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.18.XI.9 (Fascículo 2)), figs. 1 y 2.

5. El panorama mundial del consumo de drogas se ve agravado por el hecho de que muchas personas que las consumen, ya sea ocasional o habitualmente, tienden a ser policonsumidoras, es decir, que consumen más de una sustancia de manera simultánea o sucesiva, normalmente con el propósito de aumentar, potenciar o contrarrestar los efectos de otras drogas. El consumo con fines no médicos de medicamentos sujetos a prescripción médica (por ejemplo, opioides, benzodiazepinas y anfetaminas) y el uso de nuevas sustancias psicoactivas (incluidas las que tienen efectos opioides) en lugar de estimulantes (cocaína o anfetaminas) o sedantes (heroína) convencionales, o en combinación con ellos, difumina la distinción entre los consumidores de las distintas sustancias y pone de manifiesto un panorama de epidemias interdependientes de consumo de drogas y las correspondientes consecuencias para la salud.

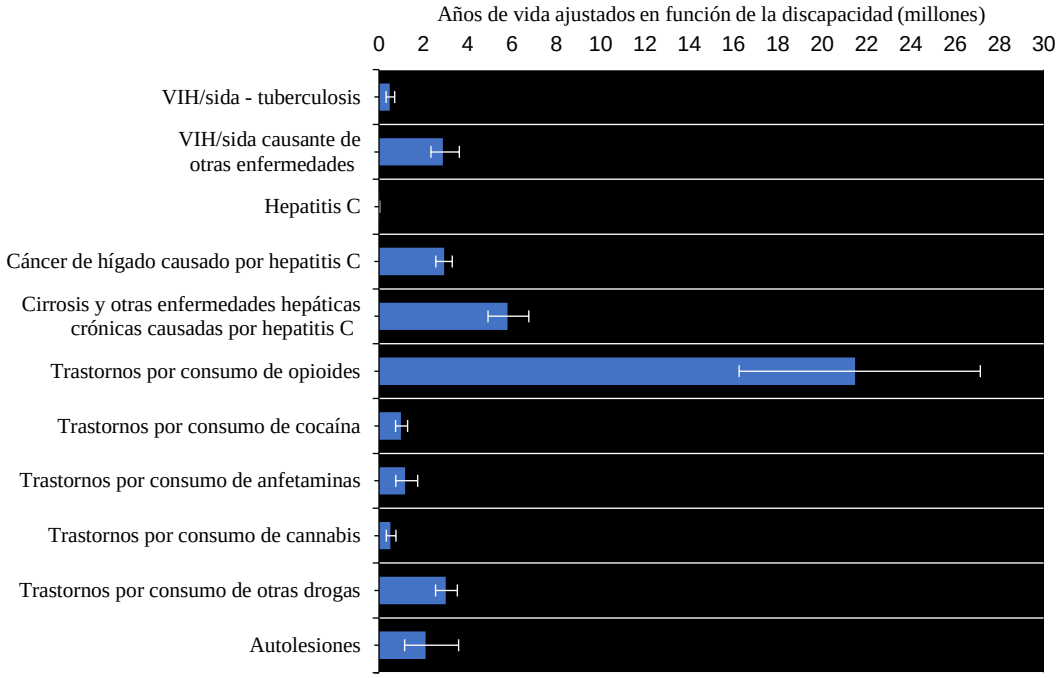
6. Una cuestión que preocupa especialmente es el número de personas que padecen trastornos relacionados con el consumo de drogas: se estima que casi 1 de cada 10 personas que consumen drogas (30,5 millones de personas) padecen esos trastornos. Los trastornos por consumo de drogas fueron responsables de 27,2 millones de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), es decir, el número de años de vida saludable perdidos a consecuencia de la discapacidad o la muerte prematura[1]. Casi el 80% del total, es decir, 21,5 millones de AVAD, fueron atribuibles a trastornos relacionados con el consumo de opioides. Los trastornos relacionados con el consumo

[1] Institute for Health Metrics and Evaluation, Global Burden of Disease Collaborative Network, “Global Burden of Disease Study 2017 (GBD 2017) Results” (2018). Disponible en http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool.

de anfetamina representaron 1,18 millones de AVAD, mientras que los relacionados con el consumo de cocaína y de cannabis equivalieron a 992.000 y 518.000 AVAD, respectivamente. También son preocupantes los 8,7 millones de AVAD atribuidos a la hepatitis C, incluidos el cáncer de hígado, la cirrosis y otras enfermedades hepáticas crónicas resultantes de la hepatitis C, entre las personas que consumen drogas, incluso por inyección.

Figura II

Años de vida saludable perdidos por discapacidad o muerte prematura entre las personas que consumen drogas, por causa, 2017

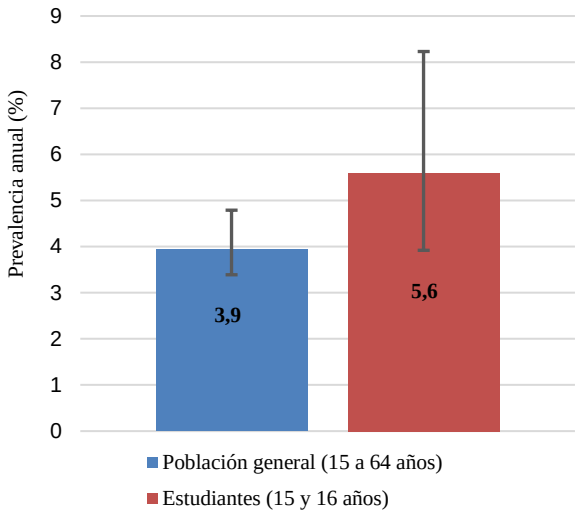


Fuente: "*Global Burden of Disease Study (GBD 2017) Results*".

7. A nivel mundial, el cannabis sigue siendo la droga de consumo más extendido: se estima que 192 millones de personas de 15 a 64 años de edad han consumido esta sustancia durante el último año (la prevalencia estimada es del 3,9 % de la población adulta). Si bien son menos los adolescentes (13,8 millones) que los adultos que consumen cannabis, la prevalencia del consumo de cannabis durante el año anterior entre los jóvenes de 15 y 16 años es mucho mayor que entre los adultos de 15 a 64 años.

Figura III

Prevalencia anual del consumo de cannabis a nivel mundial entre la población general de 15 a 64 años de edad y entre los estudiantes de 15 y 16 años de edad, 2016



Fuente: *Informe Mundial sobre las Drogas 2018* (Fascículo 2).

8. Las subregiones con mayor prevalencia anual de consumo de cannabis expresada como porcentaje de la población de adultos son África Occidental y Central, América del Norte, y Australia y Nueva Zelandia.

Cuadro 1

Regiones y subregiones con alta prevalencia de consumo de cannabis, 2016

	Prevalencia anual (%)	*Número estimado de personas*
Estimación mundial	3,9	192 150 000
África Occidental y Central	13,2	34 260 000
América del Norte	12,9	41 510 000
Australia y Nueva Zelandia	11,0	2 070 000
Europa Occidental y Central	7,0	22 370 000
Asia	1,9	56 610 000

Fuente: *Informe Mundial sobre las Drogas 2018* (Fascículo 2).

9. Según la información recibida, 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 los de Europa Occidental y Central, América del Norte y partes de Oceanía (Australia y Nueva Zelandia), pero esa tendencia se vio contrarrestada por el aumento del consumo en muchos países de África y Asia. Si bien vuelve a informarse de 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.

10. El consumo de anfetaminas (anfetamina y metanfetamina) sigue estando muy extendido; de hecho, son las segundas sustancias más consumidas a nivel mundial, con una cifra estimada de 34 millones de consumidores durante el año anterior (con una prevalencia anual del 0,7 % de la población adulta). El mayor consumo de anfetamina se registró en América del Norte, donde casi el 2 % de la población adulta la había consumido en el último año. También es elevado el consumo en la subregión de Australia y Nueva Zelandia, con una prevalencia anual del 1,3 % entre las personas de 15 a 64 años de edad.

Cuadro 2
Regiones y subregiones con alta prevalencia del consumo de anfetamina, 2016

	Prevalencia anual (%)	*Número estimado de personas*
Estimación mundial	0,70	34 160 000
América del Norte	2,02	6 500 000
Australia y Nueva Zelandia	1,34	250 000
Asia	0,59	17 450 000
Europa Occidental y Central	0,67	2 130 000
África	0,88	5 980 000

Fuente: *Informe Mundial sobre las Drogas 2018* (Fascículo 2).

11. La forma en que se consumen las anfetaminas varía considerablemente de unas regiones a otras. En América del Norte, las formas más utilizadas son los estimulantes sujetos a prescripción médica y la metanfetamina. 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 en el Cercano Oriente y el Oriente Medio, la anfetamina es la sustancia más utilizada de este grupo, si bien en la última región se comercializa con el nombre de "captagon"[2]. Desde 2000, el consumo de anfetamina se ha mantenido relativamente estable en la mayoría de los países de Europa Occidental y Central. En América del Norte hay indicios de un aumento del consumo de metanfetamina, mientras que en Asia Oriental y Sudoriental se ha informado una vez más de que el consumo de la sustancia, en particular su forma cristalina, está aumentando.

12. A nivel mundial, los opioides son responsables de la mayoría de los efectos negativos del consumo de drogas en la salud. Por ejemplo, los opioides representaron el 65 % de las muertes por trastornos relacionados con el consumo de drogas en 2017[3]. En 2016, se estima que 34,3 millones de personas fueron consumidores de opioides durante el año anterior (cifra que incluye a los consumidores de opiáceos y los consumidores de opioides de venta con receta con fines no médicos), lo que equivale al 0,7 % de la población mundial de 15 a 64 años de edad. La prevalencia del consumo de opioides durante el año anterior entre la población de 15 a 64 años de edad es elevada en América del Norte (4,2 %) y Oceanía (2,2 %). Entre los consumidores de opioides, 19,4 millones habían consumido opiáceos (heroína y opio) durante el año anterior, lo que corresponde al 0,4 % de la población de 15 a 64 años de edad, con una alta prevalencia del consumo de opiáceos durante el año anterior en Asia Central (0,9 %), Europa Oriental y Sudoriental (0,7 %) y América del Norte (0,8 %).

Cuadro 3
Subregiones con alta prevalencia del consumo de opioides, 2016

	Prevalencia anual (%)	*Número estimado de personas*
Estimación mundial	0,70	34 260 000
América del Norte	4,22	13 570 000
Australia y Nueva Zelandia	2,95	560 000
Cercano Oriente y Oriente Medio/ Asia Sudoccidental	2,14	6 180 000
Europa Oriental y Sudoriental	0,78	1 750 000
Asia Central	0,93	540 000

Fuente: *Informe Mundial sobre las Drogas 2018* (Fascículo 2).

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

[3] "Global Burden of Disease Study 2017 (GBD 2017) Results".

13. Se ha informado del uso indebido de opioides farmacéuticos como el tramadol en muchos países, en particular en África Occidental y Septentrional y en el Cercano Oriente y el Oriente Medio. Esto se refleja en el número de personas que reciben tratamiento por problemas relacionados con el tramadol y en el número de muertes por sobredosis de tramadol registradas en algunos países. El alto nivel de uso con fines no médicos de opioides farmacéuticos (por ejemplo, hidrocodona, oxicodona, codeína y tramadol) sigue siendo motivo de gran preocupación en América del Norte. Junto con la presencia del fentanilo y sus análogos, la epidemia asociada de consumo de opioides de venta con receta y de heroína se ha cobrado un alto precio, que se traduce especialmente en un elevado número de casos notificados de sobredosis mortal asociada a ese consumo. También hay cada vez más indicios del uso de opioides farmacéuticos con fines no médicos en Europa Occidental y Central, como se observa en la creciente proporción de personas que ingresan en los servicios de tratamiento por ese uso en la subregión.

14. Se calcula que, a nivel mundial, 18,2 millones de personas, es decir, el 0,4 % de la población de 15 a 64 años de edad, habían consumido cocaína en 2016. El consumo de cocaína sigue concentrado principalmente en América del Norte (con una prevalencia del 1,9 % de la población de 15 a 64 años), América del Sur (casi el 1,0 %), Europa Occidental y Central (1,2 %) y Australia y Nueva Zelandia (2,2 %).

15. En 2010, se comunicaron tendencias estables en Centroamérica, América del Sur y Europa respecto del consumo de cocaína, mientras que América del Norte registró una disminución del consumo de esa sustancia. En Europa Occidental y Central, los análisis de aguas residuales y los resultados de las encuestas realizadas en algunos países apuntan a un aumento del consumo de cocaína en la subregión. En América del Norte, tras una disminución del consumo de cocaína entre 2006 y 2012, se observaron indicios de aumento; también se han comunicado aumentos del consumo de cocaína en algunos países de América del Sur. Además, el consumo de pasta base de cocaína, que anteriormente se circunscribía a los países fabricantes de cocaína, se ha propagado a países más meridionales de la subregión. En algunas partes de Asia y África Occidental se han incautado cantidades cada vez mayores de cocaína, lo que indica que el consumo podría aumentar, especialmente entre los sectores urbanos acomodados de la población, en subregiones en las que hasta entonces había sido escaso o poco frecuente.

16. Se estima que aproximadamente 20,6 millones de personas, que representan casi el 0,4 % de la población adulta, consumieron 3,4-metilendioximetanfetamina (MDMA, comúnmente conocida como “éxtasis”) durante el año anterior. En comparación con el promedio mundial, la prevalencia del consumo de “éxtasis” ha seguido siendo considerablemente alta en Australia y Nueva Zelandia (2,2 % de la población adulta), América del Norte (0,9 %) y Europa Occidental y Central (0,8 %).

17. El consumo de “éxtasis” está vinculado principalmente a los lugares de ocio nocturno; los niveles más altos de uso se dan entre los jóvenes. Entre 2007 y 2012, la mayoría de los países de Europa Occidental y Central notificaron tendencias estables o descendentes en el consumo; sin embargo, en los años posteriores, cuando se produjo un aumento de la disponibilidad de “éxtasis” de gran pureza en esas zonas, se observaron indicios de un resurgimiento general de su consumo. Las formas de “éxtasis” también se han diversificado: pueden encontrarse y se utilizan con frecuencia polvo de gran pureza y formas cristalinas de la droga.

18. 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 con fines no médicos de opioides farmacéuticos, benzodiazepinas y estimulantes de venta con receta comenzó a convertirse en un problema de salud cada vez mayor en varios países. El uso de benzodiazepinas con fines no médicos sigue siendo el más frecuente: entre 2015 y 2017, aproximadamente 60 países clasificaron los sedantes y tranquilizantes –en su mayoría benzodiazepinas– entre las tres sustancias de uso indebido más común[4], al tiempo que

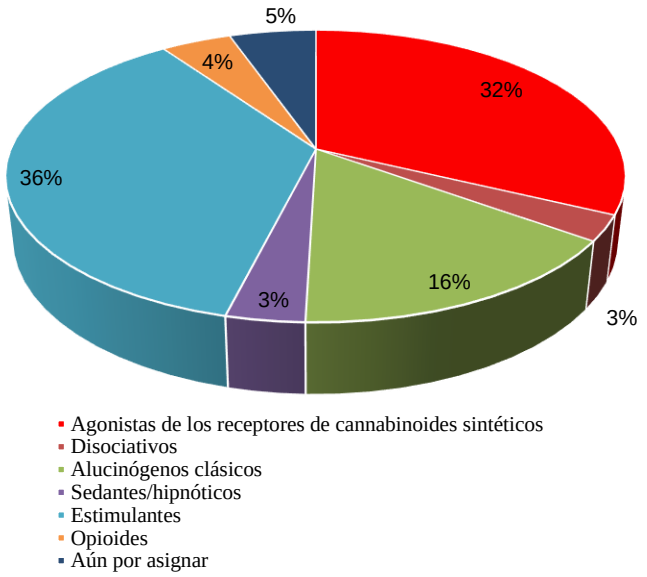
[4] La clasificación de las sustancias se basa en las respuestas de los Estados Miembros a los cuestionarios para los informes anuales correspondientes a 2015, 2016 y 2017.

algunos países comunicaron que se utilizaban con fines no médicos con más frecuencia que muchas otras drogas. Las benzodiazepinas también figuran a menudo en los informes sobre casos de sobredosis mortales relacionadas con el consumo de opioides.

19. El mercado mundial de nuevas sustancias psicoactivas sigue caracterizándose por la aparición de gran número de nuevas sustancias pertenecientes a diversos grupos químicos. Se informó de la aparición de un total de 803 nuevas sustancias psicoactivas en el período 2009-2017. Sin embargo, aunque el mercado mundial de nuevas sustancias psicoactivas sigue estando muy diversificado, salvo algunas de ellas, esas sustancias no parecen haberse establecido en los mercados de drogas ni haber sustituido a las drogas tradicionales a mayor escala. En varios países, un número cada vez mayor de nuevas sustancias psicoactivas con efectos opioides que han aparecido en el mercado, como los análogos del fentanilo, se han asociado con casos de muerte. Además, el uso de nuevas sustancias psicoactivas estimulantes por vía intravenosa sigue siendo motivo de preocupación, en particular habida cuenta de las prácticas de inyección de alto riesgo que al parecer están asociadas con ese uso. El uso de nuevas sustancias psicoactivas en las cárceles también sigue siendo preocupante en algunos países de Europa, América del Norte y Oceanía.

20. Agrupadas con arreglo a su principal efecto farmacológico, la mayoría de las nuevas sustancias psicoactivas comunicadas desde que la UNODC comenzó a vigilar ese tipo de sustancias son estimulantes, seguidas por agonistas de los receptores de cannabinoides y alucinógenos clásicos.

Figura IV
Proporción mundial de nuevas sustancias psicoactivas, por grupo de efectos psicoactivos, diciembre de 2017



Fuente: *Informe Mundial sobre las Drogas 2018* (Fascículo 3).

B. Consecuencias del consumo de drogas

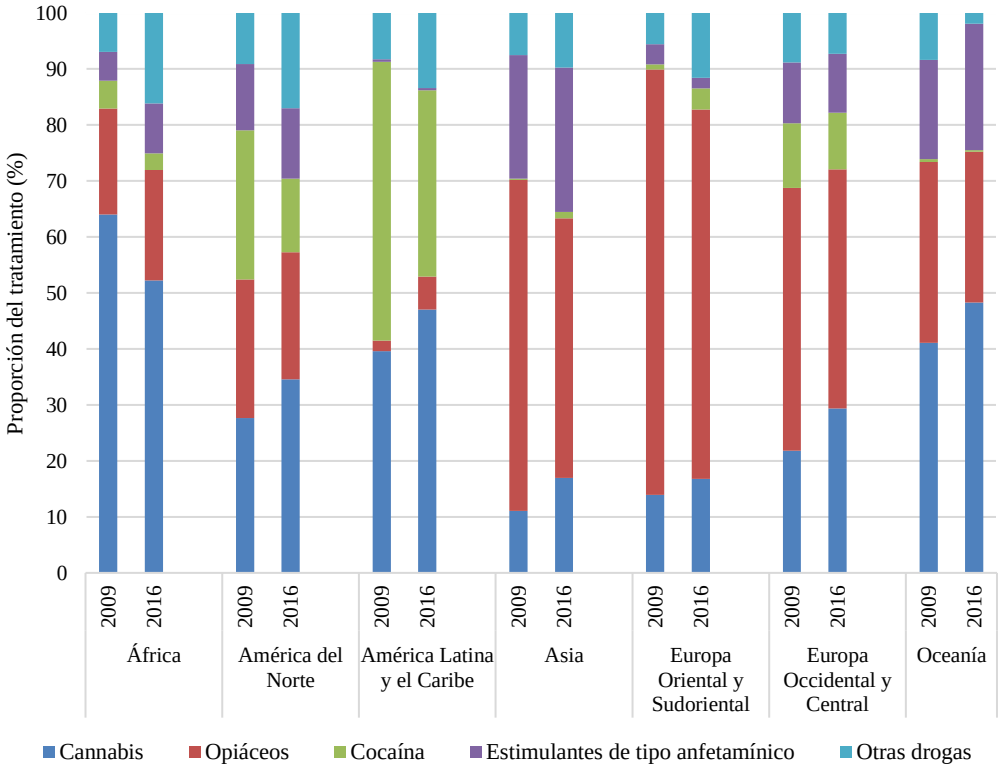
1. Personas que sufren trastornos relacionados con el consumo de drogas según los datos de tratamiento

21. Para las personas con trastornos relacionados con el consumo de drogas, la disponibilidad de servicios de tratamiento y el acceso a ellos, en particular los que tienen una base científica, siguen siendo limitados a nivel mundial; solo una de cada seis personas que sufren trastornos de ese tipo recibe tratamiento cada año. Por término medio, entre las personas tratadas, la proporción de personas con trastornos relacionados

con el consumo de cannabis y opioides sigue siendo mayor que la de personas con trastornos relacionados con el consumo de otras sustancias.

22. Los opioides siguen siendo motivo de gran preocupación en Asia Sudoccidental y Central y en Europa Oriental y Sudoriental. En Europa Sudoriental, casi tres de cada cinco personas en tratamiento por consumo de drogas lo reciben por trastornos relacionados con el consumo de opioides. El tratamiento por consumo de cocaína sigue siendo prominente en América del Norte, América Latina y el Caribe y, en menor medida, en Europa Occidental y Central, mientras que las anfetaminas siguen siendo un problema principalmente en Asia Oriental y Sudoriental y, en cierta medida, en América del Norte. En Asia, aunque la mitad de las personas en tratamiento por trastornos relacionados con el consumo de drogas lo reciben por trastornos relacionados con el consumo de opioides, va en aumento el número de personas en tratamiento por trastornos derivados del consumo de anfetaminas. 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 inician un tratamiento por trastornos relacionados con el consumo de opioides.

Figura V
Tendencias de la demanda de tratamiento como proporción de la droga más consumida, por regiones, 2009 y 2016



Fuente: *Informe Mundial sobre las Drogas 2018* (Fascículo 2).

2. Personas que se inyectan drogas

23. La estimación conjunta de la UNODC, la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) y el Banco Mundial del número de personas que se inyectaban drogas en 2016 asciende a 10,6 millones, lo que corresponde al 0,22 % de la población mundial de edades comprendidas entre los 15 y los 64 años. La estimación se basó en la información más reciente y de mayor calidad de que disponía la UNODC en ese momento. La cifra está basada en datos de 107 países, que representan el 88 % de la población mundial de 15 a 64 años.

24. Las subregiones en las que reside el mayor número de personas que se inyectan drogas son Europa Oriental y Sudoriental, que en conjunto albergan al 17 % del total mundial de personas que se inyectan drogas y donde la prevalencia de las drogas inyectables es 3,8 veces superior al promedio mundial; América del Norte, donde se encuentra el 17 % del total mundial de personas que se inyectan drogas y donde la prevalencia de las drogas inyectables es 2,5 veces superior al promedio mundial; y Asia Oriental y Sudoriental, con el 30 % del total mundial de personas que se inyectan drogas, pero donde la prevalencia de las drogas inyectables es relativamente baja y se encuentra por debajo del promedio mundial.

25. Se calcula que casi la mitad de las personas que se inyectaban drogas en todo el mundo en 2016 residían en tres países: China, la Federación de Rusia y los Estados Unidos. Aunque esos tres países juntos apenas representan el 27 % de la población mundial de 15 a 64 años de edad, en conjunto albergan al 45 % de las personas que se inyectan drogas en el mundo.

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

26. Fuera de África Subsahariana, las personas que se inyectan drogas representaban el 20 % de las nuevas infecciones por el VIH en 2015[5]. Además, el número de nuevos infectados entre las personas que se inyectan drogas cada año en todo el mundo ha aumentado en una tercera parte, pasando de 114.000 nuevos casos en 2011 a 152.000 en 2015[6]. Esto contrasta con la disminución estimada del 11 % de las nuevas infecciones por el VIH entre la población adulta general (más concretamente, entre las personas de 15 años o más) que se produjo entre 2010 y 2016[7].

27. La estimación conjunta de 2016 de la UNODC, la OMS, el ONUSIDA y el Banco Mundial de la prevalencia del VIH entre los consumidores de drogas por inyección fue del 11,8 %, lo que significaría que 1,3 millones de personas que se inyectan drogas vivían con el VIH. Esa estimación se basa en los informes sobre la prevalencia del VIH entre las personas que se inyectan drogas facilitados por 119 países, que abarcan al 94 % del número mundial estimado de consumidores de drogas por inyección.

28. La prevalencia más alta, con diferencia, de la infección por el VIH en las personas que se inyectan drogas se observa en Asia Sudoccidental y en Europa Oriental y Sudoriental, con tasas que superan en 2,4 y 1,9 veces el promedio mundial, respectivamente. En esas dos subregiones tomadas conjuntamente se concentra el 49 % de los consumidores de drogas por inyección que viven con el VIH en el mundo. Aunque la prevalencia del VIH entre las personas que se inyectan drogas en Asia Oriental y Sudoriental es inferior al promedio mundial, el 24 % del total mundial de consumidores de drogas por inyección que viven con el VIH reside en esa subregión. Se estima que, de todas las personas del mundo que se inyectaban drogas y vivían con el VIH en 2016, el 53 % residía en solo tres países (China, la Federación de Rusia y el Pakistán). Este porcentaje es desproporcionadamente alto, habida cuenta de que el 35 % de las personas que se inyectan drogas en el mundo vive en esos tres países.

29. La prevalencia de la infección por el virus de la hepatitis C entre los consumidores de drogas por inyección es muy alta; una de cada dos personas que se inyectan drogas vive con la hepatitis C (5,5 millones de personas). La carga mundial de morbilidad entre las personas que consumen o se inyectan drogas sigue siendo tres veces mayor en el caso de la hepatitis C que en el de la infección por el VIH. La carga de morbilidad derivada de la hepatitis C aguda, el cáncer de hígado, la cirrosis y otras enfermedades hepáticas crónicas causadas por la hepatitis C representa 8,7 millones de años de vida sana perdidos[8].

[5] Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA), *Ending AIDS: Progress Towards the 90-90-90 Targets* (Ginebra, 2017).

[6] ONUSIDA, *Get on the Fast-Track: the Life Cycle Approach to HIV* (Ginebra, 2016).

[7] *Ending AIDS: Progress Towards the 90-90-90 Targets.*

[8] “Global Burden of Disease Study 2017 (GBD 2017) Results”.

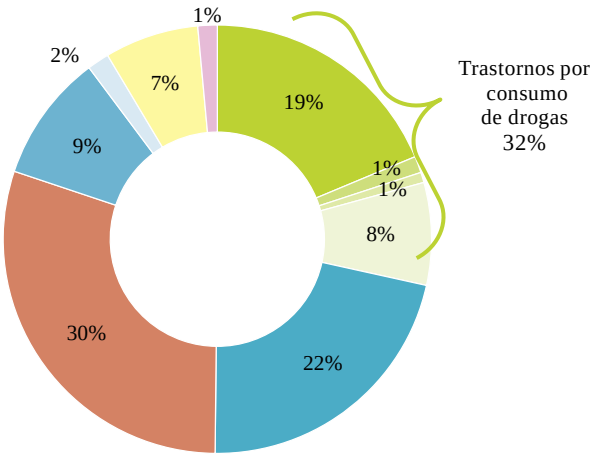
4. Muertes relacionadas con las drogas

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

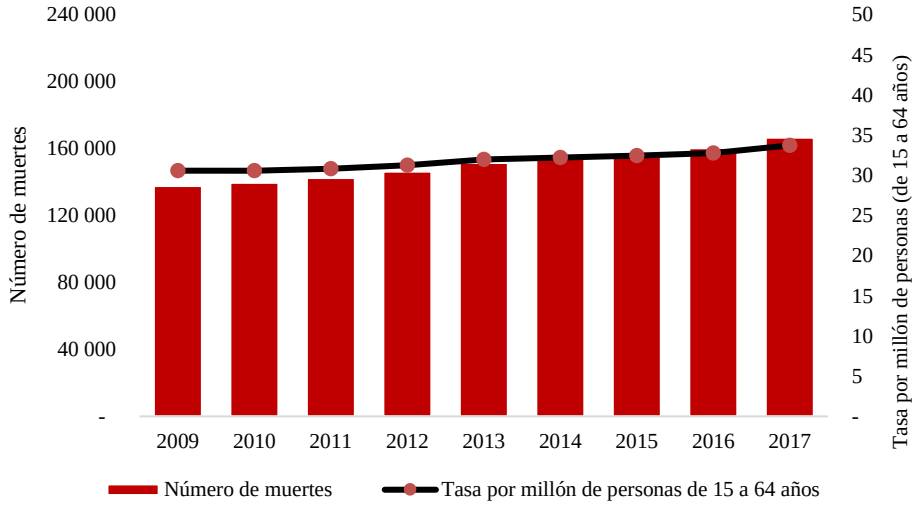
31. En el estudio sobre la carga mundial de morbilidad (Global Burden of Disease Study) correspondiente a 2017, se estimó que se habían producido 585.000 muertes relacionadas con las drogas. De ellas, 166.600 se atribuyeron a trastornos relacionados con el consumo de drogas, y el resto a otros factores de riesgo. En conjunto, casi la mitad del total de muertes relacionadas con las drogas se atribuyeron al cáncer de hígado, la cirrosis u otras enfermedades hepáticas crónicas entre las personas que consumen o se inyectan drogas, mientras que la tercera parte de esas muertes podía atribuirse a trastornos relacionados con el consumo de drogas.

Figura VI

Principales causas de las muertes atribuibles al consumo de drogas, 2017, y tendencias observadas en las muertes atribuibles a trastornos relacionados con el consumo de drogas, 2009 – 2017



- Trastornos por consumo de opiáceos
- Trastornos por consumo de cocaína
- Trastornos por consumo de anfetaminas
- Trastornos por consumo de otras drogas
- Hepatitis C, cáncer de hígado
- Hepatitis C, cirrosis y otras enfermedades hepáticas crónicas
- VIH/sida causante de otras enfermedades
- VIH/sida - tuberculosis
- Autolesiones
- Otros



Fuente: “Global Burden of Disease Study 2017 (GBD 2017) Results”.

32. De las 166.600 muertes atribuidas a trastornos relacionados con el consumo de drogas, el 65 % guardaba relación con el consumo de opioides. Desde 2009, el número de muertes atribuibles a trastornos relacionados con el consumo de drogas ha crecido un 50 %, lo que en parte se debe al aumento del número de muertes por sobredosis de opioides, en particular en América del Norte.

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 en las que se disponía de esa información. Los datos sobre prevalencia que se presentan en cada sección están basados en las estimaciones de la UNODC publicadas en el *Informe Mundial sobre las Drogas 2018*.

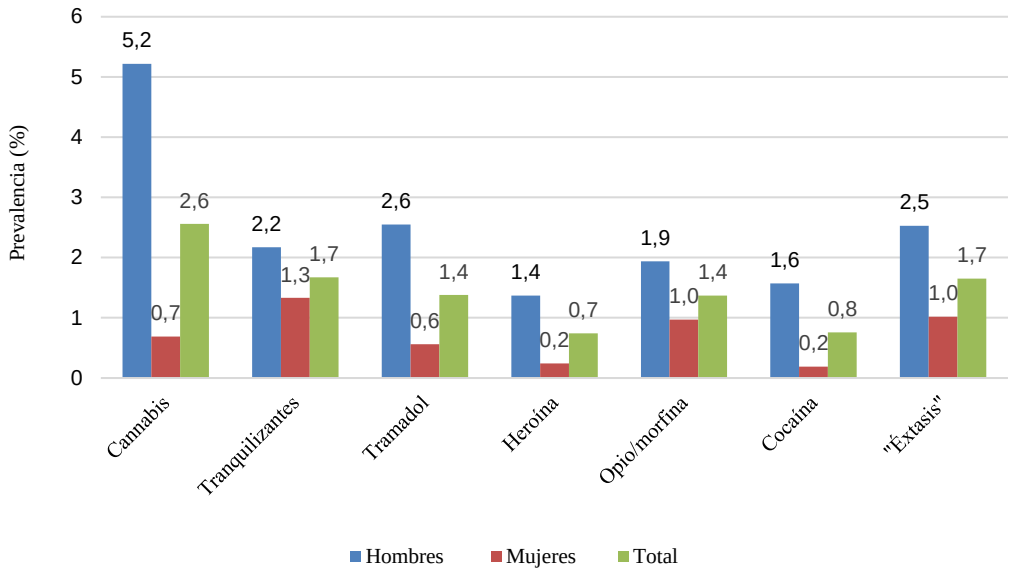
A. África

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. Muchos países de la región, en particular en África Occidental y Septentrional, informan de altos niveles de uso de tramadol con fines no médicos. Aunque no se dispone de estimaciones basadas en la población respecto del uso de opioides farmacéuticos (en particular el tramadol) con fines no médicos en la región, los datos de estudios realizados en algunos países, así como los datos sobre la administración de tratamiento, parecen indicar que el alcance del uso para fines no médicos en esas subregiones es bastante elevado. Los comprimidos de tramadol disponibles en algunas zonas de África se destinan al parecer al mercado ilícito y posiblemente contienen una dosis más elevada que la que normalmente se receta con fines terapéuticos.

35. Según la primera encuesta sobre el consumo de drogas distintas del alcohol y el tabaco entre alumnos de enseñanza secundaria en Egipto, el cannabis y el tramadol eran las dos sustancias que más comúnmente se consumían o usaban indebidamente en ese grupo. También era bastante frecuente entre ellos el consumo de otras sustancias como tranquilizantes, otros opiáceos (heroína, opio o morfina) y “éxtasis”. Mientras que el consumo de la mayoría de las drogas era más frecuente entre los varones, la diferencia de género en el uso indebido de tranquilizantes y el consumo de opio y morfina era menos marcada[9].

[9] Egipto, Secretaría General de Salud Mental y Tratamiento de la Adicción y Grupo Pompidou del Consejo de Europa, “MedSPAD 2016 in Egypt: results of the first Mediterranean School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (MedSPAD) in Egypt” (diciembre de 2017).

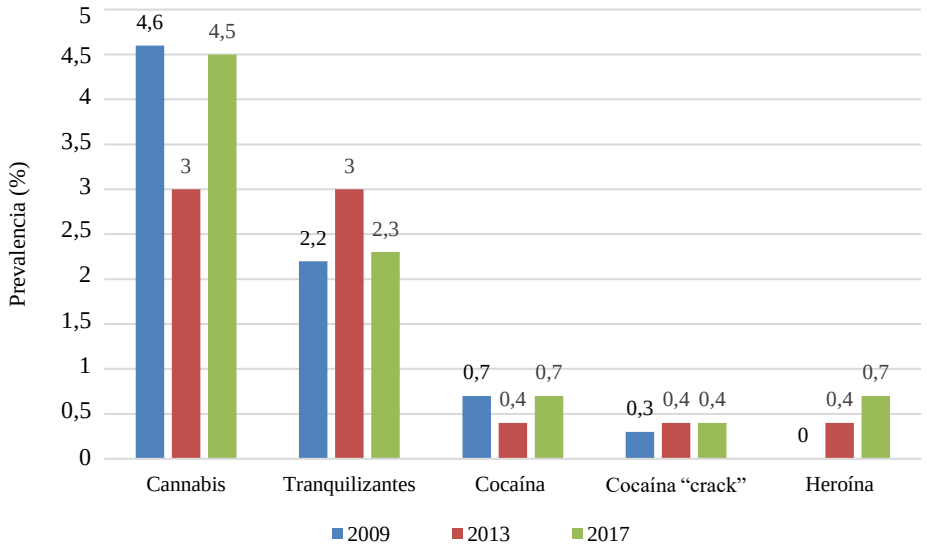
Figura VII
Prevalencia anual del consumo de drogas entre alumnos de secundaria en Egipto, 2016



Fuente: "MedSPAD 2016 in Egypt: results of the first Mediterranean School Survey Project on Alcohol and other Drugs (MedSPAD) in Egypt".

36. Aparte del tabaco y el alcohol, el cannabis y los tranquilizantes fueron las dos sustancias que más comúnmente se consumieron o usaron indebidamente entre los alumnos de 15 a 17 años de edad en Marruecos en 2017. Aunque el consumo de la mayoría de las sustancias se ha mantenido estable desde 2009, preocupa el consumo de cocaína "crack" y heroína, que durante ese mismo período ha aumentado entre los alumnos de secundaria[10].

Figura VIII
Prevalencia anual del consumo de drogas entre alumnos de secundaria en Marruecos, 2017



Fuente: Mediterranean School Survey Project on Alcohol and other Drugs (MedSPAD) in Morocco, 2017.

[10] Jallal Toufiq, "Drug use among Moroccan youth: MedSPAD Surveys", Centro Nacional de Prevención, Tratamiento e Investigación de las Adicciones de Marruecos, 2017.

37. El primer estudio exhaustivo a nivel nacional sobre el uso de drogas en Nigeria se realizó en 2017. Según los resultados del estudio, el 21,8 % de los hombres y el 7,0 % de las mujeres en Nigeria habían consumido drogas durante el año anterior. El cannabis era la sustancia que más comúnmente se consumía; se calcula que el 10,8 % de la población la había consumido en el año anterior. El uso de opioides farmacéuticos (principalmente el tramadol, y en menor medida la codeína y la morfina) con fines no médicos también fue considerablemente alto: el 4,7 % de la población adulta (6 % de los varones adultos y 3,3 % de las mujeres adultas) informaron de que los habían utilizado indebidamente en los 12 meses anteriores. Del mismo modo, también fue frecuente el uso con fines no médicos de jarabes para la tos que contienen codeína o dextrometorfano; el 2,4 % de la población adulta informó de que los había utilizado de ese modo en el último año[11].

38. El primer estudio en las escuelas de Côte d'Ivoire, realizado en 2017, reveló que el uso de opioides farmacéuticos y tranquilizantes con fines no médicos y el consumo de cannabis eran sumamente comunes entre los alumnos de secundaria en el país. El consumo de la mayoría de las drogas, en particular el uso no médico de opioides y tranquilizantes de venta con receta, era al parecer mayor entre las niñas que entre los niños[12].

Cuadro 4
Prevalencia anual del consumo de drogas entre alumnos de secundaria en Côte d'Ivoire, 2017

	Prevalencia (%)		
	Total	*Niños*	*Niñas*
Opioides de venta con receta	10,2	9	12
Tranquilizantes	8,3	7,4	9,6
Cannabis	1,5	1,9	0,9
Cocaína	1	1,2	0,9
Anfetaminas	0,8	0,8	0,7
Opiáceos			
Morfina	0,7	0,1	0,8
Heroína	0,6	0,6	0,8
Opio	0,4	0,4	0,4
"Éxtasis"	0,5	0,6	0,5
"Spice"	0,6	0,6	0,6

Fuente: UNODC, Report of the National Drug Survey on Drug Use and Health among Students in Secondary Schools in Côte d'Ivoire, 2018.

B. América

39. Con una prevalencia anual del 8 % entre la población adulta, el cannabis sigue siendo la sustancia ilícita de uso más frecuente en América. También se comunican altos niveles de consumo de cocaína y opioides en la región.

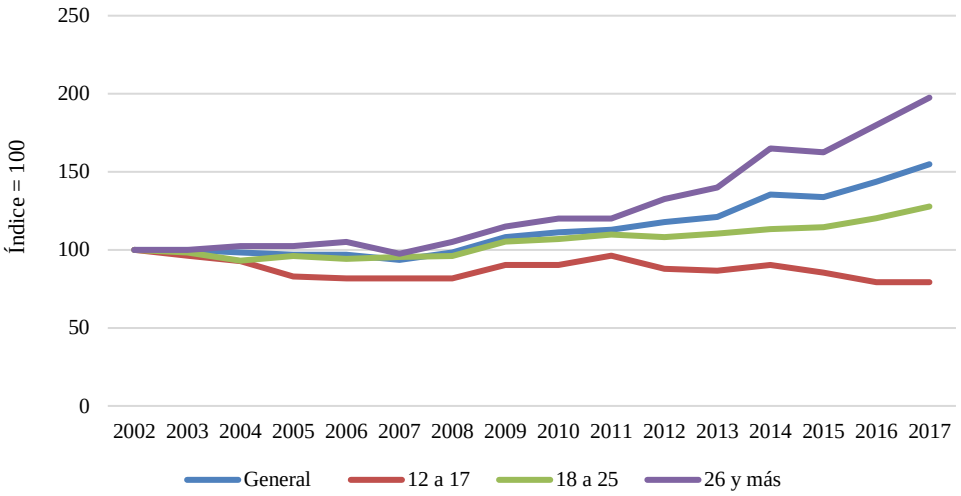
1. América del Norte

40. En los Estados Unidos, se estima que 30,5 millones de personas de 12 años o más (el 11,2 % de la población) eran consumidoras actuales de diferentes drogas (es decir, que las habían consumido en los 30 días anteriores). Con 26 millones de consumidores actuales (el 9,6 % de la población de 12 años o más), el cannabis siguió siendo la sustancia de consumo más frecuente en los Estados Unidos. El consumo de cannabis en

[11] UNODC, Drug use in Nigeria, 2018.
[12] UNODC, Report of the National Drug Survey on Drug Use and Health among Students in Secondary Schools in Côte d'Ivoire, 2018.

los Estados Unidos no ha dejado de aumentar constantemente desde 2002. La mayor prevalencia del consumo de cannabis se observa entre las personas de 18 a 25 años de edad, mientras que el mayor aumento del consumo de cannabis durante el mes anterior se da entre los adultos de 26 años o más[13].

Figura IX
Tendencias del consumo de cannabis durante el mes anterior en los Estados Unidos, por grupo de edad, 2002-2017



Fuente: *Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2017 National Survey on Drug Use and Health*.

41. El uso de medicamentos de venta con receta para fines no médicos siguió siendo sumamente preocupante en los Estados Unidos. Según la Encuesta Nacional sobre la Salud y el Consumo de Drogas de 2017, de la cifra estimada de 6 millones de consumidores en el mes anterior (el 2,2 % de la población de 12 años o más), 3,2 millones de personas habían consumido analgésicos opioides, 1,7 millones de personas habían consumido tranquilizantes y 1,8 millones de personas habían consumido estimulantes en el mes anterior. El consumo de cocaína se mantuvo estable en los Estados Unidos entre 2008 y 2014, pero ha crecido en los últimos años. Se estima que el 0,8 % de la población de 12 años o más, es decir, 2,2 millones de personas, informó del consumo actual de cocaína y de “crack”. Se estima que unos 0,8 millones de personas, lo que equivale al 0,3 % de la población adulta, son consumidoras actuales de metanfetamina.

42. El consumo de heroína en los Estados Unidos viene siguiendo una tendencia al alza desde 2007. En 2017, casi medio millón de personas de 12 años o más (el 0,2 % de la población) consumían heroína. La prevalencia estimada del consumo de heroína permaneció estable en relación con 2016. Es preciso señalar, no obstante, que el consumo de heroína notificado por los propios consumidores en las encuestas domiciliarias probablemente sea inferior al real. Además, en los Estados Unidos se da una superposición entre el uso de opioides de venta con receta para fines no médicos y el consumo de heroína: mientras que alrededor del 5 % de las personas que había utilizado indebidamente opioides de venta con receta también había consumido heroína en el último año, el 63 % de los consumidores de heroína había utilizado indebidamente opioides de venta con receta durante el año anterior[14].

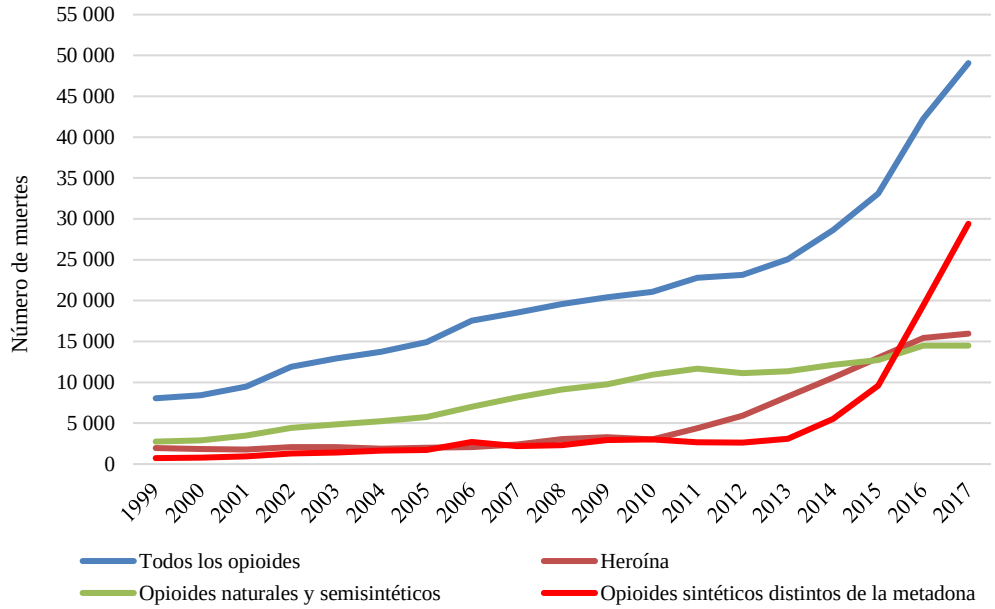
43. El aumento del consumo de heroína y de fentanilo y sus análogos ha tenido importantes consecuencias en los Estados Unidos. No solo se ha informado de la aparición de fentanilo y sus análogos en muestras de heroína (utilizados principalmente

[13] 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 2017 National Survey on Drug Use and Health*, HHS Publication No. SMA 18-5068, NSDUH Series H-53, (Rockville, Maryland, 2018).

[14] *Ibid*.

como adulterantes), sino que también se venden como opioides de venta con receta falsificados[15]. En la mayoría de los casos, los consumidores no tienen conocimiento del contenido de las sustancias que consumen, lo que puede dar lugar a una sobredosis. En 2017, se produjeron 72.000 muertes relacionadas con las drogas en los Estados Unidos, de las cuales 42.000 fueron atribuidas a los opioides. El principal aumento de las muertes por sobredosis se ha dado entre las atribuibles al fentanilo y sus análogos.

Figura X
Muertes causadas por sobredosis de opioides en los Estados Unidos, 1999-2017



Fuente: Estados Unidos, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Centro Nacional de Estadísticas de Salud, Wide-ranging Online Data for Epidemiologic Research (CDC WONDER).

Nota: Los opioides sintéticos incluyen principalmente el fentanilo y sus análogos; entre los opioides naturales y semisintéticos figuran la morfina, la oxicodona y la hidrocodona.

44. En el Canadá, el 18,7 % de los hombres y el 11,1 % de las mujeres de 15 años de edad o más informaron en 2017 del consumo de cannabis durante el año anterior[16]. El Canadá también se enfrenta a una crisis de los opioides. En 2017 se notificaron en el país 3.996 muertes relacionadas con los opioides (lo que corresponde a una tasa de mortalidad de 10,9 por cada 100.000 habitantes), es decir, un aumento del 33 % con respecto a 2016 que se atribuye en gran medida al fentanilo o los análogos del fentanilo. La mayoría de las muertes relacionadas con opioides se dieron entre varones y entre personas de 30 a 39 años de edad[17].

2. América del Sur y Centroamérica y el Caribe

45. En América del Sur y en Centroamérica y el Caribe se han comunicado niveles elevados de consumo de cocaína durante el año anterior. Además, el uso de pasta base de cocaína, que anteriormente se circunscribía a los países fabricantes de cocaína, se ha extendido gradualmente hacia el sur, hasta la Argentina, el Brasil, Chile y el Uruguay.

46. La encuesta nacional sobre el consumo de drogas realizada en Jamaica en 2016 reveló que el 28,5 % de los hombres y el 7,8 % de las mujeres de 12 a 65 años de edad habían consumido cannabis en el último año; y menos del 1% de la población informó de que había consumido cocaína, tranquilizantes, estimulantes, inhalantes o sedantes a

[15] Estados Unidos, Departamento de Justicia, Administración para el Control de Drogas, *2018 National Drug Threat Assessment* (octubre de 2018).

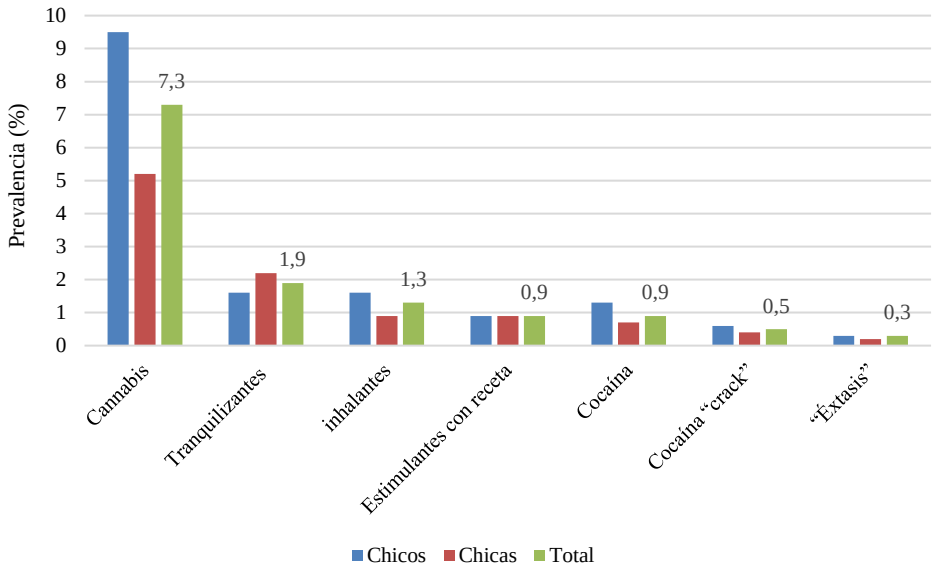
[16] Canadá, Canadian Tobacco, Alcohol and Drugs Survey (CTADS), 2017.

[17] Canadá, Organismo de Salud Pública del Canadá, Comité Asesor Especial sobre la Epidemia de Sobredosis de Opioides, “National report: apparent opioid-related deaths in Canada (January 2016 to March 2018)” (publicado en septiembre de 2018).

lo largo de su vida. Solo el 0,4 % de la población de 12 a 65 años de edad comunicó haber consumido cocaína durante el año anterior o el mes anterior[18].

47. La última encuesta sobre drogas en las escuelas secundarias de El Salvador reveló que el cannabis, los tranquilizantes y los inhalantes eran las drogas más consumidas entre los alumnos. En general, la prevalencia del uso de drogas entre los chicos era superior a la de las chicas; en cambio, la prevalencia del uso de tranquilizantes y estimulantes de venta con receta con fines no médicos y del consumo de "éxtasis" presentaba niveles similares en unos y otras.

Figura XI
Prevalencia anual del consumo de drogas entre alumnos de secundaria en El Salvador, 2016



Fuente: Tercer estudio nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en población escolar de El Salvador, 2016.

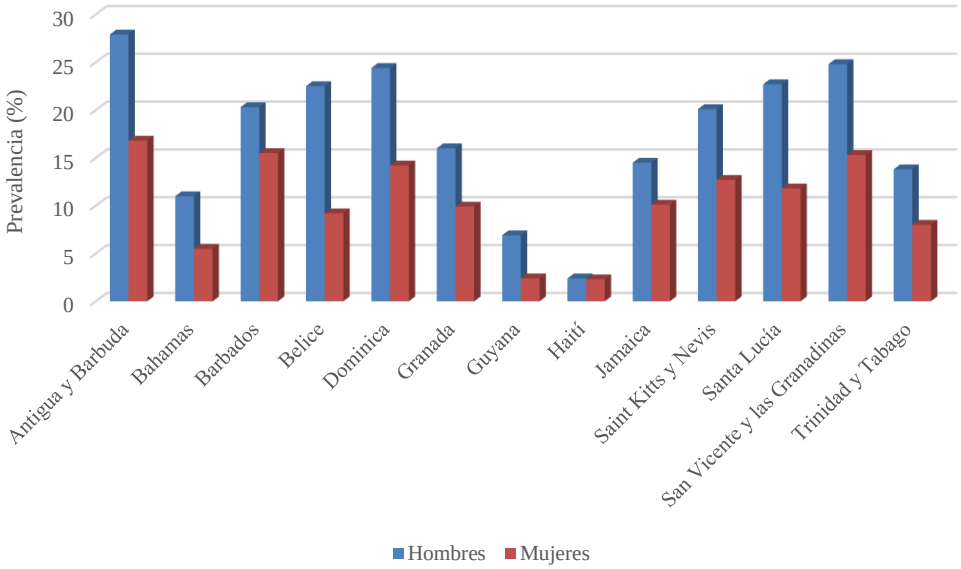
48. Un informe sobre el consumo de drogas entre alumnos de enseñanza secundaria de 13 países del Caribe muestra que, en promedio, el 17,5 % de los chicos y el 10,3 % de las chicas de esos países habían consumido cannabis en el año anterior[19]. Además, en el año anterior, el 1,5 % de los estudiantes había consumido cocaína y el 1,4 % había consumido "crack", mientras que el 1,8 % había consumido éxtasis a lo largo de su vida. El consumo de cocaína durante el año anterior fue particularmente elevado en Granada (2,2 %), seguido por Antigua y Barbuda, Saint Kitts y Nevis y Santa Lucía (1,9 % en cada uno de esos países).

[18] Novie Younger-Coleman y otros, *Jamaica National Drug Use Prevalence Survey 2016*, Informe técnico para la Organización de los Estados Americanos/Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas y Consejo Nacional sobre Uso Indebido de Estupefacientes (Kingston, 2017).

[19] Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, *A Report on Students' Drug Use in 13 Caribbean Countries: 2016*.

Figura XII

Prevalencia anual del consumo de drogas entre alumnos de secundaria en 13 países del Caribe, 2016



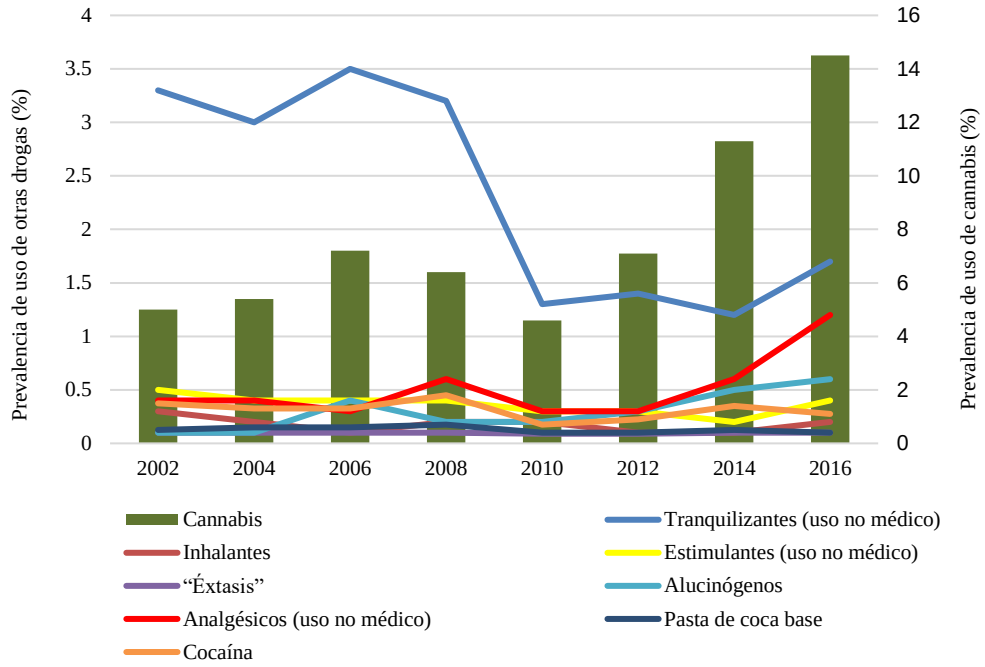
Fuente: Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, *A Report on Students' Drug Use in 13 Caribbean Countries: 2016*.

49. Un estudio reciente sobre el consumo de drogas en la población general de edades comprendidas entre los 12 y los 64 años en Chile muestra que el cannabis, los tranquilizantes, los opioides analgésicos y la cocaína son las drogas que más se consumen o utilizan indebidamente en el país. Desde 2002, el consumo de cocaína se ha mantenido aproximadamente al mismo nivel, pero el consumo de cannabis y el consumo no médico de opioides de venta con receta se han triplicado en Chile en el período 2002-2016. En cambio, para 2016 el uso de tranquilizantes con fines no médicos disminuyó hasta casi la mitad[20].

[20] Chile, Ministerio del Interior y Seguridad Pública, *Décimo Segundo Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, 2016* (Santiago, Observatorio Chileno de Drogas, diciembre de 2017).

Figura XIII

Tendencias de la prevalencia anual del consumo de drogas entre la población de 12 a 65 años de edad en Chile, 2002 – 2016



Fuente: *Décimo Segundo Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, 2016*.

C. Asia

50. Se dispone de estimaciones fidedignas de la prevalencia del consumo de diferentes drogas respecto de un número reducido de países de Asia. Según las estimaciones, el consumo de opiáceos (0,4 % de las personas de 15 a 64 años de edad) y de anfetaminas (0,6%) en la región se sitúa en niveles cercanos a la prevalencia media mundial estimada, mientras que se informa de que el consumo de otras drogas está muy por debajo de la prevalencia mundial. No obstante, dado el tamaño de la población asiática, el número real de personas que consumen drogas en la región es grande; del número estimado de consumidores de opiáceos y anfetaminas de todo el mundo, más de la mitad viven en Asia.

51. Más de la mitad de las personas que recibieron tratamiento en Asia Oriental y Sudoriental por trastornos relacionados con el consumo de drogas en 2017 padecían trastornos relacionados con el consumo de estimulantes de tipo anfetamínico, entre ellos anfetamina, metanfetamina, "éxtasis" y catinonas sintéticas. La mayoría de las personas que solicitaron tratamiento en Brunei Darussalam, Camboya, Filipinas, Malasia y Singapur eran consumidores de metanfetamina cristalina, mientras que en Tailandia y la República Democrática Popular Lao consumían principalmente comprimidos de metanfetamina. La cuarta parte de los consumidores de drogas en tratamiento en la subregión lo recibían en relación con el consumo de opiáceos[21].

52. En China había 2,5 millones de consumidores de drogas registrados a finales de 2017. El consumo de drogas sintéticas sigue aumentando en China, donde casi el 60% de los consumidores de drogas registrados (1,54 millones) eran usuarios de ese tipo de drogas. Además, 970.000 consumidores de drogas registrados eran consumidores de opiáceos, lo que supone el 38% del total registrado; los restantes 46.000 consumidores de drogas registrados utilizaban cannabis, cocaína y otras drogas[22].

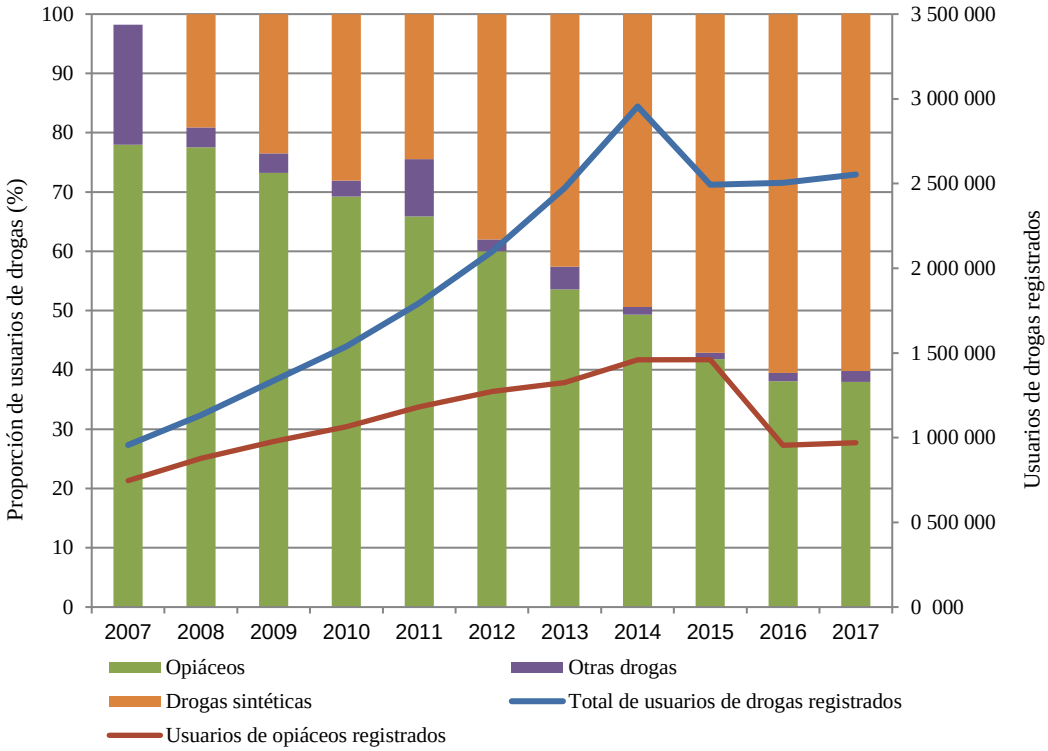
[21] Manop Kanato y otros, eds., *ASEAN Drug Monitoring Report 2017,* (Bangkok, Centro de Cooperación en materia de Estupefacientes de la ASEAN, agosto de 2018).

[22] UNODC/HONLAP/42/CRP.8.

El número de consumidores de drogas sintéticas registrados en China ha aumentado en los dos últimos años, pero tanto el número de consumidores de opiáceos como la proporción de consumidores de drogas que son consumidores de opiáceos han disminuido.

Figura XIV

Tendencias de las cifras de consumidores de drogas registrados y de la proporción de dichos consumidores en China, por tipos de droga, 2007-2017



Fuente: Respuestas al cuestionario para los informes anuales e informes anuales sobre la fiscalización de drogas en China, publicados por la Comisión Nacional de Fiscalización de Estupefacientes de China, correspondientes a distintos años.

53. En Sri Lanka, entre las personas en tratamiento por trastornos relacionados con el consumo de drogas en 2017, más del 80% lo recibían por consumo de heroína[23]. Un estudio de 2017 de las personas que se inyectan drogas llegó a la conclusión de que si bien la mayoría (el 90 %) se había inyectado heroína, las personas que se inyectan drogas eran en su mayoría policonsumidores y habían utilizado o se habían inyectado de manera simultánea o sucesiva cannabis, opio, morfina, tramadol y pregabalina[24].

54. En Asia Central[25], los países han informado de que el consumo de cannabinoides sintéticos es preocupante, en particular entre los jóvenes. En Uzbekistán se ha informado de una nueva tendencia en el consumo de drogas consistente en el uso con fines no médicos de opioides sintéticos como el tramadol y la nalbufina y de sedantes como la zopiclona y la pregabalina, así como el consumo de cannabinoides sintéticos.

D. Europa

55. La prevalencia anual del consumo de cannabis sigue siendo alta en Europa Occidental y Central (7,0 % de la población adulta, lo que equivale a 22,4 millones de personas). Entre los países que comunicaron nuevos resultados de estudios, algunos

[23] Respuesta de Sri Lanka al cuestionario para los informes anuales, 2017.

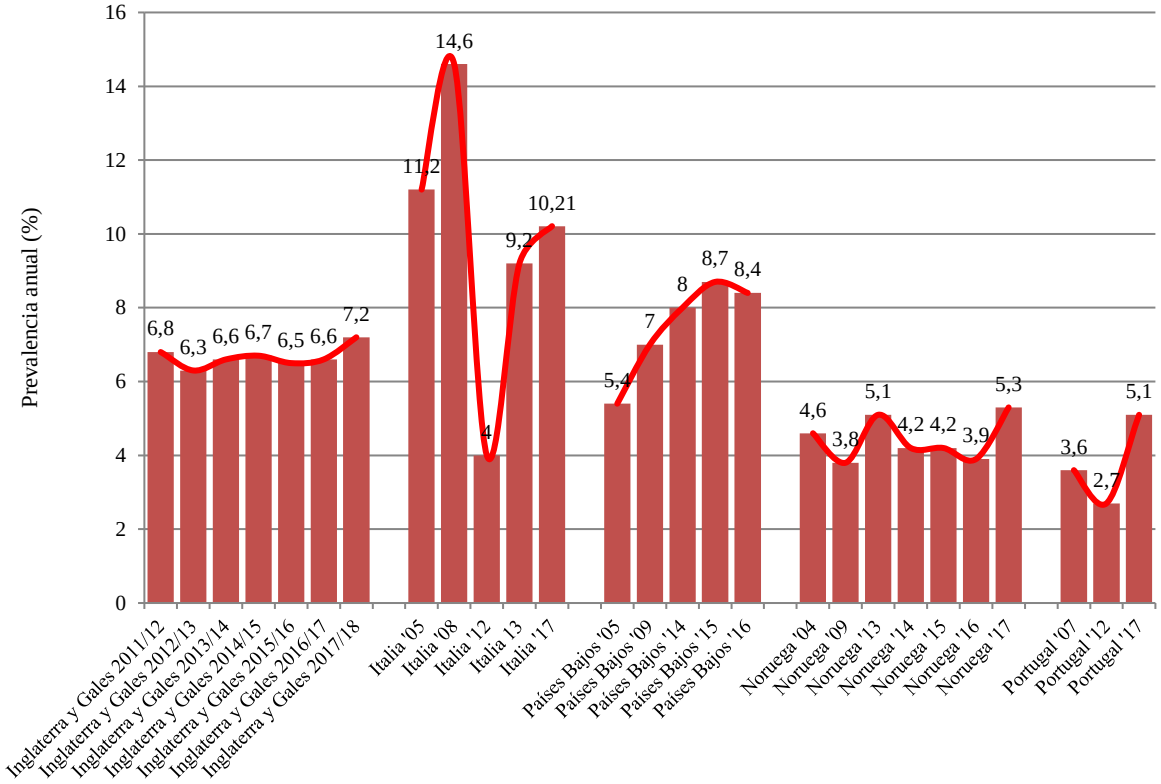
[24] Ravindra Fernando, Bhadrani Senanayake y Thamara Darshana, *Trends, Patterns and Prevalence of Injecting Drug Users (IDUs) in Sri Lanka* (Rajagiriya, Sri Lanka, Junta Nacional de Fiscalización de Drogas Peligrosas, 2017).

[25] Respuestas de Kazajstán y Uzbekistán al cuestionario para los informes anuales, 2017.

países han informado de tendencias estables, mientras que otros han señalado un aumento del consumo de cannabis en el año anterior entre la población adulta. Se estima que aproximadamente el 1 % de los consumidores de cannabis de Europa Occidental y Central son consumidores diarios o casi diarios. En 2016, 150.000 personas iniciaron un tratamiento por problemas relacionados con el consumo de cannabis; de ellas, la mitad se sometían a tratamiento por primera vez[26].

Figura XV

Tendencias del consumo de cannabis en los países que comunican resultados de nuevos estudios en Europa Occidental y Central



Fuente: Respuestas al cuestionario para los informes anuales, Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA) e informes nacionales.

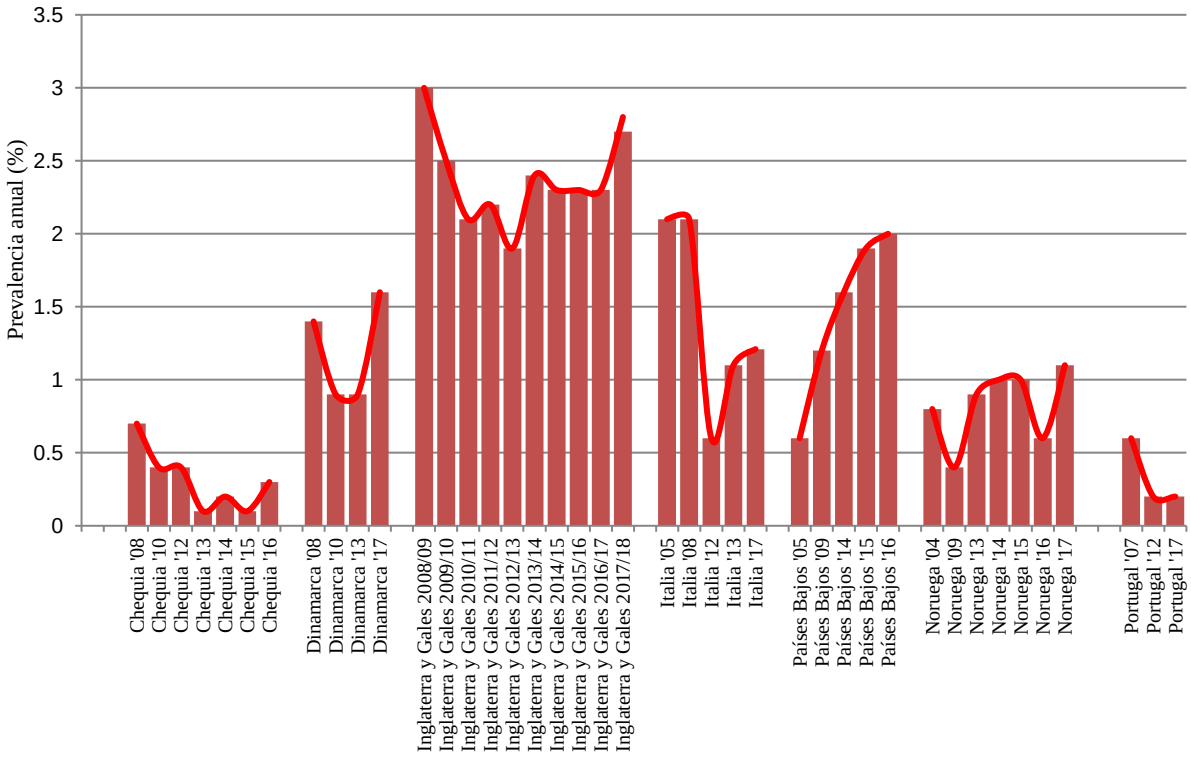
56. El consumo de cocaína también sigue siendo elevado en Europa Occidental y Central, con una cifra estimada de 3,7 millones de consumidores durante el año anterior (1,16 % de la población). Con respecto al consumo de cocaína en la subregión, cabe distinguir entre los consumidores socialmente integrados, que suelen inhalar cocaína en polvo, y los consumidores marginados, que se inyectan cocaína o fuman cocaína “crack”, a veces combinándolas con opioides. La disminución del consumo de cocaína que se señaló en años anteriores en la subregión no se ha observado en los estudios más recientes. Entre los países de Europa Occidental y Central que comunicaron nuevos datos de estudios en 2017, la mayoría indica un aumento del consumo de cocaína. Además, los análisis de aguas residuales realizados en 31 ciudades de la subregión indican que en el 60% de las ciudades analizadas hubo un aumento del consumo de cocaína; en el resto de las ciudades ese consumo se redujo o se estabilizó[27].

[26] Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA), *Informe Europeo sobre Drogas 2018: Tendencias y novedades* (EMCDDA, Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2018).

[27] *Ibid*.

Figura XVI

Tendencias del consumo de cocaína en los países que comunican resultados de nuevos estudios en Europa Occidental y Central



Fuente: Respuestas a los cuestionarios para los informes anuales, EMCDDA e informes nacionales.

57. Se calcula que en Europa Occidental y Central hay unos 2,7 millones de personas que consumieron “éxtasis” durante el año anterior. El consumo de “éxtasis” en la subregión, que había venido disminuyendo desde 2000, sigue ahora tendencias crecientes o estables en los países que comunicaron datos de estudios recientes. Entre ellos, Chequia, Dinamarca, Noruega e Inglaterra y Gales, en particular, han informado de un crecimiento en el consumo de “éxtasis”.

58. Con respecto a las anfetaminas, los datos disponibles indican que, desde alrededor de 2000, la mayoría de los países de Europa Central y Occidental han experimentado un nivel relativamente estable de consumo.

59. La heroína sigue siendo el opioide más consumido en Europa Occidental y Central. En los últimos años, se ha identificado la existencia de una cohorte de consumidores de opioides de alto riesgo que van envejeciendo y que probablemente han estado en contacto con los servicios de tratamiento de sustitución[28]. Además, hay indicios de que los opioides sintéticos lícitos (como la metadona, la buprenorfina y el fentanilo) se utilizan cada vez más de forma indebida. En 2016, 18 países de la subregión informaron de que más del 10 % del total de los consumidores de opioides que recurrieron a los servicios especializados tenían problemas relacionados principalmente con opioides sintéticos.

60. En 2017 se detectaron por primera vez 51 nuevas sustancias en Europa Occidental y Central. Muchas de las nuevas sustancias psicoactivas se venden en la Internet oscura y en los mercados ilícitos, ya sea bajo su propio nombre o falsamente como otras drogas ilícitas como la heroína, la cocaína, el “éxtasis” o las benzodiazepinas. Los cannabinoides sintéticos siguen constituyendo el grupo más importante de nuevas sustancias sometidas a vigilancia, que cada vez presentan mayor diversidad desde el punto de vista químico. También cabe señalar que los cannabinoides sintéticos se han asociado a una serie de casos de intoxicación aguda y de muerte. Por ejemplo, en 2017

[28] *Ibid.*

Turquía notificó 373 muertes atribuidas al consumo del cannabinoide sintético conocido comúnmente como “bonsái”[29].

61. Los altos niveles de consumo de opioides, sobre todo de heroína, son la principal preocupación en Europa Oriental y Sudoriental: la prevalencia del consumo de opiáceos en el año anterior (0,7 % de la población de 15 a 64 años, o 1,88 millones de personas) es superior al promedio mundial. La prevalencia de las personas que se inyectan drogas (0,8 %) y la prevalencia del VIH entre las personas que se inyectan drogas (22,4 % de las personas que se inyectan drogas) siguen siendo las más altas de todas las subregiones.

62. La encuesta de 2017 sobre el consumo de drogas entre la población general de Montenegro informó de una prevalencia del uso de tranquilizantes con fines no médicos en el año anterior del 11,6 % entre la población; un consumo de cannabis del 4,6 %, y un consumo de cocaína del 1,8 %. La prevalencia del consumo de heroína (0,4 %) y de sustancias de tipo anfetamínico (0,1 %) es menor que la correspondiente a otras drogas[30].

E. Oceanía

63. En Australia, el mercado de “éxtasis” siguió diversificándose en 2017. Se observó un aumento considerable en el uso de otras formas, como cristales, cápsulas y polvo de “éxtasis”. Algunas formas de “éxtasis”, como el cristal, que suele tener gran pureza, pueden ser más perjudiciales que otras. Se considera que el consumo de metanfetamina disminuyó en 2017[31]. Esa disminución puede atribuirse a una disminución del consumo de metanfetamina cristalina, mientras que la proporción de consumidores de drogas que utilizan formas de metanfetamina como el “speed” y la forma básica se ha mantenido estable. Otros indicadores, como los análisis de aguas residuales, muestran una tendencia general estable en el consumo de metanfetamina.

64. En Nueva Zelandia se considera que el consumo de metanfetamina ha aumentado en los últimos años. Del mismo modo, el análisis de las aguas residuales en dos zonas principales indicó que el consumo semanal de metanfetamina había aumentado en un 18 % durante 2017. Del mismo modo, el análisis del MDMA en las aguas residuales de las mismas zonas muestra que hubo un aumento del 350 % en el consumo de esa sustancia durante 2017, lo que sugiere que la demanda de MDMA y de sustancias del tipo del “éxtasis” está aumentando rápidamente en el país[32].

IV. Instrumentos de que disponen los Estados Miembros para responder a la situación del consumo de drogas

65. En la presente sección se describen las iniciativas más importantes de la UNODC en apoyo de la respuesta de los Estados Miembros a la situación del consumo de drogas descrita anteriormente, se incluye información de conformidad con las resoluciones 59/3, 60/7, 61/2 y 61/9 de la Comisión de Estupefacientes y se analizan con mayor detalle los acontecimientos más recientes descritos en el informe del Director Ejecutivo sobre las actividades de la UNODC (E/CN.7/2019/2-E/CN.15/2019/2).

66. La UNODC siguió apoyando la preparación y realización de encuestas sobre el consumo de drogas en muchos países, entre ellos el Afganistán, Kazajstán, Nigeria y el Pakistán, así como prestando asistencia para crear capacidad en el establecimiento de sistemas de vigilancia de drogas en los países de África Occidental. En el marco del

[29] Respuesta de Turquía al cuestionario para los informes anuales, 2017.

[30] Respuesta de Montenegro al cuestionario para los informes anuales, 2017.

[31] Julia Uporova y otros, *Australian Trends in Ecstasy and Related Drugs Markets 2017: Findings from the Ecstasy and Related Drugs Reporting System (EDRS)*, Australian Drug Trends Series, núm. 190 (Sydney, Centro Nacional de Investigación sobre las Drogas y el Alcohol, Universidad de Nueva Gales del Sur, 2018).

[32] Respuesta de Nueva Zelandia al cuestionario para los informes anuales, 2017.

programa de la UNODC y la OMS sobre el tratamiento y la atención de la drogodependencia, la UNODC también realizó, coordinando las actividades sobre el terreno con la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, una evaluación del consumo de drogas y los servicios disponibles entre las poblaciones de refugiados en el Pakistán (2017) y Uganda (2018).

67. En el contexto de la prevención del consumo de drogas y otras conductas de riesgo, y en consonancia con las *Normas Internacionales sobre la Prevención del Uso de Drogas*, la UNODC ha venido realizando desde 2010 programas experimentales de base empírica de capacitación para la vida en familia, incluso en entornos educativos. Esos programas experimentales han obtenido resultados positivos en lo que se refiere al buen funcionamiento de las familias[33], los indicadores de prevención de la violencia[34] y la implantación de una cultura de prevención en el nivel de formulación de políticas[35, 36].

68. Más recientemente, la UNODC se centró en las necesidades de las familias que viven en entornos difíciles (incluidos los refugiados, otras poblaciones desplazadas y poblaciones en situaciones de conflicto y posteriores a un conflicto y en entornos rurales), elaborando programas sencillos que están disponibles en el dominio público.

69. Uno de ellos es el programa “Familias fuertes” que actualmente se está aplicando a título experimental en el Afganistán, entre refugiados en Serbia, en comunidades urbanas pobres de la República Dominicana y en las zonas rurales de Zanzíbar (República Unida de Tanzanía); están en marcha los preparativos para ampliarlo al Senegal y a Côte d'Ivoire.

70. En la actualidad, los resultados de la ejecución de los programas en el Afganistán y Serbia muestran efectos notables y duraderos en la reducción de comportamientos problemáticos en los niños, la mejora del bienestar tanto para los niños como para las niñas, y la mejora de las capacidades de los padres y las familias para criar y proteger a sus hijos.

71. Además, la UNODC ha emprendido varios proyectos piloto en las escuelas relacionados con el fortalecimiento de la educación en preparación para la vida, incluido el programa Lions Quest Skills for Adolescence, que se está ensayando entre estudiantes de 10 a 14 años de edad en Bosnia y Herzegovina, Guatemala, Montenegro, Serbia y la ex República Yugoslava de Macedonia; los proyectos en Croacia y El Salvador comenzarán pronto. Los datos relativos a una muestra de 5.000 estudiantes de tres de esos países apuntan a efectos como la disminución del consumo actual de cigarrillos, alcohol y cannabis, tanto en niños como en niñas.

72. Abordar la prevención y el tratamiento del uso indebido de sustancias para los niños de todo el mundo, en particular los más vulnerables, que están expuestos a sustancias a una edad muy temprana, es una tarea crítica que requiere una respuesta coordinada, compasiva y a cargo de múltiples interesados. Además de ensayar un nuevo protocolo psicosocial en seis países[37], la UNODC ha estado elaborando un mecanismo de coordinación mundial con el fin de adoptar un enfoque global para abordar la prevención y el tratamiento de la drogadicción en los niños y los adolescentes, basado en todos los instrumentos internacionales pertinentes, incluidos los tratados de

[33] Lynn McDonald y Taghi Doostgharin, “UNODC global family skills initiative: outcome evaluation in Central Asia of Families and Schools Together (FAST) multi-family groups”, *Social Work and Social Sciences Review*, vol. 16, núm. 2 (2013), págs. 51 a 75.

[34] Wadih Maalouf y Giovanna Campello, “The influence of family skills programmes on violence indicators: experience from a multi-site project of the United Nations Office on Drugs and Crime in low and middle income countries”, *Aggression and Violent Behavior*, vol. 19, núm. 6 (noviembre-diciembre de 2014), págs. 616 a 624.

[35] Giovanna Campello, Hanna Heikkila y Wadih Maalouf, “International standards on drug use prevention: tools to support policy makers globally to implement an evidence-based prevention response” en *Cambridge Handbook of International Prevention Science*, Moshe Israelashvil y John L. Romano, eds. (Nueva York, Cambridge University Press, 2017).

[36] Rubén Parra Cardona y otros, “Strengthening a culture of prevention in low- and middle-income countries: balancing scientific expectations and contextual realities”, *Prevention Science* (julio de 2018).

[37] Véase E/CN.7/2019/2–E/CN.15/2019/2.

fiscalización internacional de drogas, la Convención sobre los Derechos del Niño y los instrumentos de derechos humanos, así como en los estudios científicos y las pruebas más recientes relacionados con el consumo de sustancias y los trastornos por ese consumo.

73. En el contexto del programa de la UNODC y la OMS sobre el tratamiento y la atención de la drogodependencia, la UNODC y la OMS han puesto en marcha una iniciativa para acabar con las sobredosis de manera segura (Stop Overdose Safely (SOS)). La Iniciativa SOS promueve los siguientes objetivos: al menos el 90 % de las personas con posibilidad de presenciar una sobredosis deben recibir capacitación sobre gestión de la sobredosis; el 90 % de las personas capacitadas deben estar provistas de naloxona (un antídoto opioide que salva vidas), y el 90% de las que personas a las que se provee de naloxona realmente la llevan consigo para poder responder en caso de emergencia. El estudio asociado a la Iniciativa SOS evaluará la viabilidad de implantar la gestión comunitaria de la sobredosis de opioides en algunos países del proyecto: Kazajstán, Kirguistán, Ucrania y Tayikistán. El protocolo del estudio ha recibido la aprobación de un comité de examen ético y se pondrá en marcha a principios de 2019. El estudio de la Iniciativa SOS se llevará a cabo a nivel de ciudad; el objetivo es llegar al menos a 4.000 personas por ciudad y hacer un seguimiento con al menos 400 personas para los fines del estudio.

74. En 2016, la UNODC y la OMS pusieron en marcha una versión preliminar de las normas internacionales para el tratamiento de los trastornos relacionados con el consumo de drogas con el fin de realizar ensayos sobre el terreno. El proceso de pruebas sobre el terreno dirigido por la OMS está a punto de ultimarse. Entretanto, la UNODC ha estado preparando y ensayando un módulo de materiales para ayudar a los Estados Miembros a elaborar mecanismos de evaluación y garantía de calidad para sus servicios y sistemas de tratamiento a nivel nacional. En el Afganistán se llevó a cabo un ensayo inicial de los materiales; el primer informe se presentó al Gobierno en 2018. Se organizaron talleres nacionales de orientación en Egipto, Indonesia, Kazajstán, Kirguistán, Tayikistán, Turkmenistán, Uzbekistán y Viet Nam.

75. Por último, la UNODC y la OMS han iniciado la elaboración de materiales basados en pruebas empíricas, en particular para el tratamiento de los trastornos relacionados con el consumo de drogas en los adolescentes por medio de la terapia familiar. Se ha demostrado que los actuales enfoques de terapia familiar basados en pruebas permiten conseguir importantes reducciones tanto en el consumo de drogas como en los contactos con la justicia penal. En junio de 2018 se organizó una reunión de un grupo de expertos encargado de elaborar nuevos materiales de formación de terapeutas. En Indonesia, Sri Lanka y Uzbekistán se llevaron a cabo sesiones piloto de capacitación regional con esos nuevos materiales; la UNODC seguirá estudiando las posibilidades de esta iniciativa para la prevención, más allá de la esfera de la reducción de la demanda, para la cohesión general de las comunidades y la prevención de la violencia, incluida la prevención del extremismo violento.

V. Conclusiones y recomendaciones

76. Habida cuenta de la proliferación y el uso indebido de los opioides farmacéuticos en diferentes regiones, es importante crear sistemas de alerta temprana que permitan detectar la aparición de casos de uso de esas sustancias con fines no médicos y sus consecuencias. 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.

77. Los programas y políticas de ámbito nacional, regional e internacional requieren una base de datos empíricos fiables y válidos sobre la situación y sobre las medidas adoptadas. Debe prestarse más atención a las lagunas existentes en la disponibilidad de datos de calidad relativos a los indicadores sobre el consumo de drogas y las medidas adoptadas. Con ese fin habrá que utilizar estrategias que refuercen la capacidad de los países para 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, en particular apoyando la elaboración de sistemas de vigilancia en materia de drogas, generando estimaciones del consumo de drogas basadas en distintos indicadores epidemiológicos de ese consumo en los países donde sigue habiendo grandes lagunas, elaborando métodos eficaces en función del costo para estimar la magnitud del consumo de drogas utilizando medios innovadores y nuevas tecnologías, como el uso de macrodatos (es decir, grandes conjuntos de datos) con el fin de entender las pautas y tendencias del consumo de drogas y las asociaciones de drogas en relación con el comportamiento de las personas y para predecir los resultados de salud, y, por último, fortaleciendo la capacidad de los expertos en los países y regiones de alta prioridad.