



Consejo Económico y Social

Distr. general
11 de diciembre de 2019
Español
Original: inglés

Comisión de Estupefacientes

63^{er} periodo de sesiones

Viena, 2 a 6 de marzo de 2020

Tema 6 del programa provisional*

Seguimiento del cumplimiento a nivel nacional, regional e internacional de todos los compromisos reflejados en la Declaración Ministerial de 2019 para abordar y contrarrestar el problema mundial de las drogas

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 sus consecuencias para la salud. En 2017, unos 271 millones de personas habían consumido una sustancia ilícita en el año anterior y, según las estimaciones, casi 1 de cada 8 de esas personas padecía trastornos por consumo de drogas. La UNODC, junto con la Organización Mundial de la Salud, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) y el Banco Mundial, calcula que 11,3 millones de personas se inyectan drogas y que, de ellas, aproximadamente 1 de cada 8 vive con el VIH. A nivel mundial, el consumo de drogas sigue siendo polifacético y se caracteriza por el consumo simultáneo o consecutivo de varias sustancias, como drogas convencionales de origen vegetal, estimulantes sintéticos, opioides, fármacos y nuevas sustancias psicoactivas (entre ellas las que tienen efectos opioides). Los opioides, en particular la heroína y los fármacos opioides, siguen perjudicando la salud de las personas que los consumen con fines no médicos. Resulta especialmente preocupante 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. A nivel mundial, más de medio millón de muertes se atribuyeron 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 como la implantación y evaluación de medidas con base empírica para hacer frente al consumo de drogas y sus consecuencias para la salud.

* E/CN.7/2020/1.



I. 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), entre las tendencias más recientes del consumo de drogas observadas en el mundo cabe destacar las siguientes:

a) El consumo de opioides, lo cual incluye el consumo de heroína y el uso indebido de fármacos opioides y nuevas sustancias psicoactivas con efectos opioides, es motivo de gran preocupación en muchos países por sus graves consecuencias para la salud;

b) Hay indicios de que el consumo de cocaína ha aumentado en Europa Occidental y Central y se ha estabilizado en niveles elevados en América del Norte;

c) El consumo de cannabis se mantiene estable en niveles altos en Europa y parece ir en aumento en las Américas, África y Asia;

d) El consumo de anfetaminas, en particular metanfetamina, parece ir en aumento en muchas zonas de Asia y en América del Norte, mientras que en Europa Occidental y Central, especialmente en los países donde la prevalencia es elevada, ha disminuido o se mantiene estable.

B. Dificultades para entender la magnitud, los hábitos y las tendencias del consumo de drogas

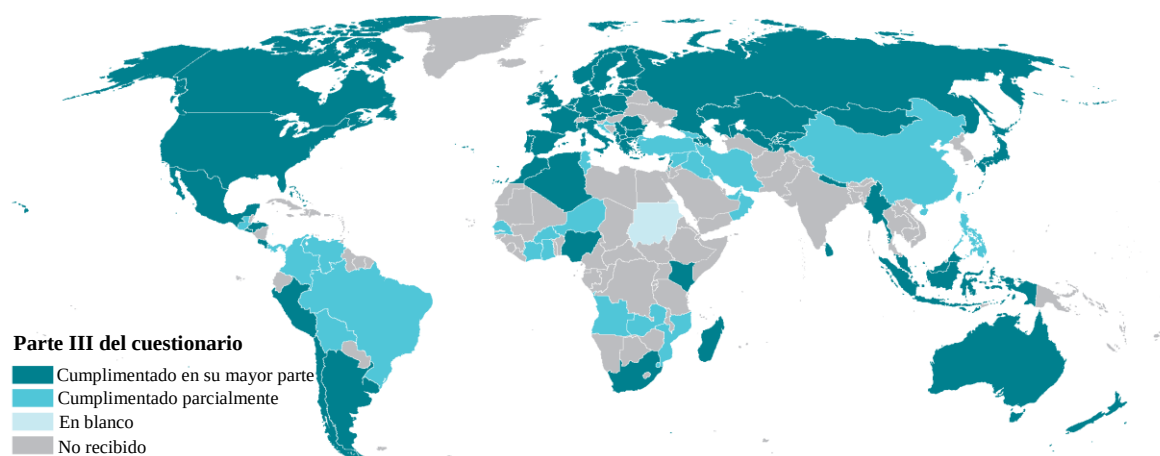
2. Las respuestas presentadas por los Estados Miembros al cuestionario para los informes anuales constituyen la base para informar cada año de la magnitud y las tendencias mundiales del consumo de drogas. Al 22 de noviembre de 2019, 99 de 194 Estados y territorios habían enviado sus respuestas a la parte III del cuestionario, relativa a la magnitud, los hábitos y las tendencias del consumo de drogas en 2018.

3. El 70 % de los cuestionarios enviados por los Estados Miembros se había rellenado en su mayor parte, lo que significa que los Estados habían presentado información sobre más de la mitad de los principales indicadores del consumo de drogas y sus consecuencias para la salud. En cuanto a la cobertura demográfica, los 99 Estados Miembros que respondieron representaban cerca del 62 % de la población mundial (véase la figura I).

Figura I

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 2018*



Nota: Las fronteras y los nombres que figuran en este mapa, así como las denominaciones que en él se utilizan, no implican ni la aprobación ni la aceptación oficial de las Naciones Unidas.

Las líneas discontinuas representan fronteras por determinar. La línea de puntos representa aproximadamente la línea de control entre 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.

* Informes presentados al 22 de noviembre de 2019.

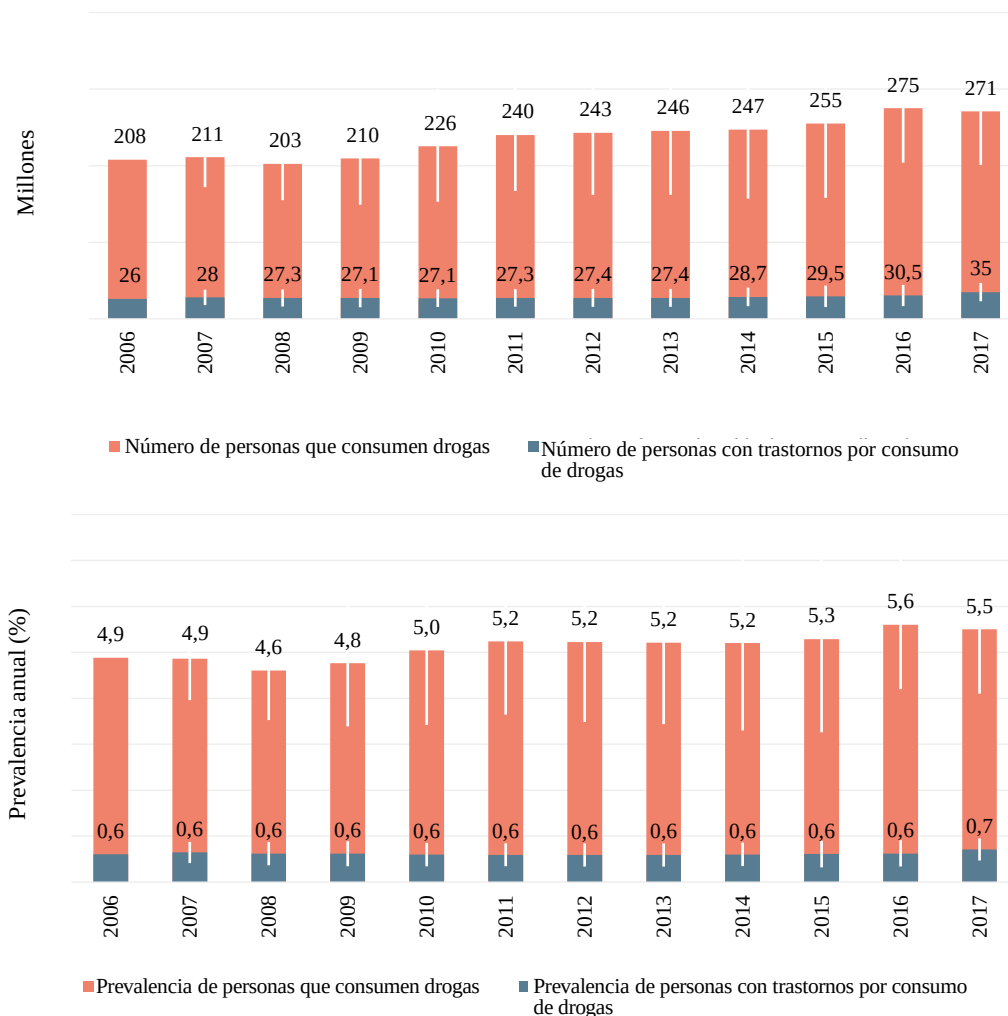
II. Panorama mundial

A. Magnitud del consumo de drogas

4. Se calcula que, en 2017, a nivel mundial, unos 271 millones de personas de 15 a 64 años (margen de variación: 201 millones a 341 millones) habían consumido drogas al menos una vez en el año anterior. Ello corresponde al 5,5 % de la población mundial de 15 a 64 años (margen de variación: 4,12 a 6,9 %).

5. En 2009, la prevalencia mundial del consumo de cualquier droga en el año anterior se calculó en el 4,8 %. Entre 2009 y 2017 el número estimado de consumidores de cualquier droga en todo el mundo en el año anterior aumentó de 210 millones a 271 millones, es decir, un 30 %, debido en parte al crecimiento de la población mundial, que fue del 10 % en el grupo de edad de 15 a 64 años. Los datos indican un aumento de la prevalencia del consumo de opioides en África, Asia, Europa y América del Norte, y del consumo de cannabis en América del Norte, América del Sur y Asia. Sin embargo, debido a las grandes variaciones en la frecuencia con que se efectúan los cálculos, se ha de proceder con cautela al comparar cronológicamente las estimaciones.

Figura II
Tendencias mundiales de la prevalencia anual del consumo de drogas y los trastornos por consumo de drogas, 2006-2017



Fuente: Informe mundial sobre las drogas 2019.

6. En el último decenio se han diversificado los tipos de sustancias disponibles en los mercados de drogas. Además de las sustancias tradicionales de origen vegetal, como el cannabis, la cocaína y la heroína, ha surgido un mercado dinámico de drogas de síntesis y ha aumentado el uso de medicamentos con fines no médicos. El número creciente de sustancias, especialmente las más potentes, y sus posibles combinaciones, constituyen un riesgo más grave para la salud pública y una dificultad mayor por lo que atañe al tratamiento de los trastornos por consumo de drogas.

7. El panorama mundial del consumo de drogas se complica por el hecho de que muchas de las personas que consumen drogas, sea de manera ocasional o habitual, tienden a ser policonsumidoras (es decir, consumen más de una sustancia simultánea o sucesivamente, para aumentar, intensificar o contrarrestar los efectos de otra). Ello hace que sea difícil distinguir a los consumidores de las distintas sustancias y ofrece un panorama de epidemias de consumo de drogas y consecuencias sanitarias interconectadas.

8. Se calcula que casi 1 de cada 8 personas que consumen drogas (35 millones de personas) sufre trastornos por consumo de drogas. Entre 2009 y 2016, la prevalencia de esos trastornos se mantuvo estable en lo esencial, y el número de los afectados se modificó durante ese período en función del aumento de la población. Sin embargo, en 2017 se calculó que había aumentado (al 0,7 %) la prevalencia de los trastornos por consumo de drogas (que era del 0,6 % en 2016) tras obtenerse datos nuevos que

revelaron un aumento del consumo de heroína y del consumo de fármacos opioides con fines no médicos a niveles mayores de los calculados anteriormente.

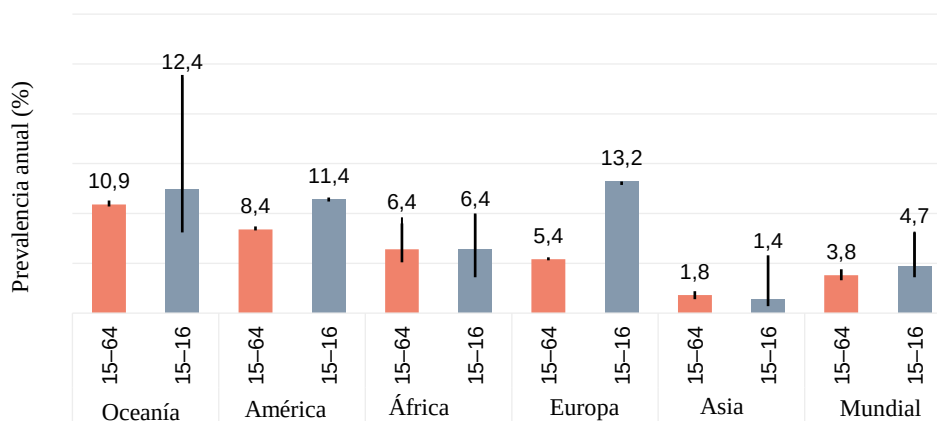
9. En 2017, los trastornos por consumo de drogas fueron los responsables de 27,2 millones de años de vida ajustados en función de la discapacidad (número de años de vida sana perdidos por discapacidad o muerte prematura)¹. Cerca del 80 % del total, es decir, 21,5 millones de años de vida ajustados en función de la discapacidad, se atribuyeron a trastornos por consumo de opioides. Un motivo de especial inquietud son los 8,7 millones de años de vida ajustados en función de la discapacidad atribuidos a la hepatitis C, así como al cáncer de hígado, la cirrosis y otras enfermedades hepáticas crónicas resultantes de esa enfermedad, en los consumidores de drogas.

10. En 2017 había consumido cannabis en el año anterior un total estimado en 188 millones de personas en todo el mundo, es decir, el 3,8 % de la población mundial de 15 a 64 años. Las mayores tasas de prevalencia anual del consumo de cannabis se registran en América del Norte (13,8 %), Oceanía (10,9 %) y África Occidental y Central (10 %).

11. El cannabis es también la droga que más consumen los jóvenes. A nivel mundial, se calculó que 12,6 millones de estudiantes de 15 y 16 años habían consumido todo tipo de drogas en el año anterior en 2017, y que el número de consumidores de cannabis ascendía a 11,3 millones. Ello corresponde a una prevalencia anual del consumo de cannabis del 4,7 % en ese grupo de edad, superior a la de ese consumo en la población general de 15 a 64 años (3,8 %).

Figura III

Estimaciones del consumo de cannabis en los jóvenes (barras grises) y en la población general (barras naranja), 2017



Fuente: Informe mundial sobre las drogas 2019.

12. Según la información recibida, en 2010 el consumo de cannabis, especialmente por los jóvenes, comenzó a estabilizarse o a disminuir en los países con mercados de cannabis consolidados, por ejemplo en Europa Occidental y Central, América del Norte y Australia y Nueva Zelanda, pero esa tendencia se vio contrarrestada por el aumento del consumo en muchos países de África y Asia. Aunque en Europa Occidental y Central el consumo de cannabis se mantiene estable en niveles altos, durante el decenio anterior aumentó considerablemente en América, África y Asia.

13. A nivel mundial, los opioides son los causantes de la mayoría de los efectos negativos del consumo de drogas en la salud; en 2017, los opioides causaron 110.000 (66 %) de las 167.000 muertes atribuidas a trastornos por consumo de drogas².

¹ Institute for Health Metrics and Evaluation, Global Health Data Exchange, Global Burden of Disease Study 2017 (GBD 2017) Data Resources: GBD Results Tool. Puede consultarse en <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.

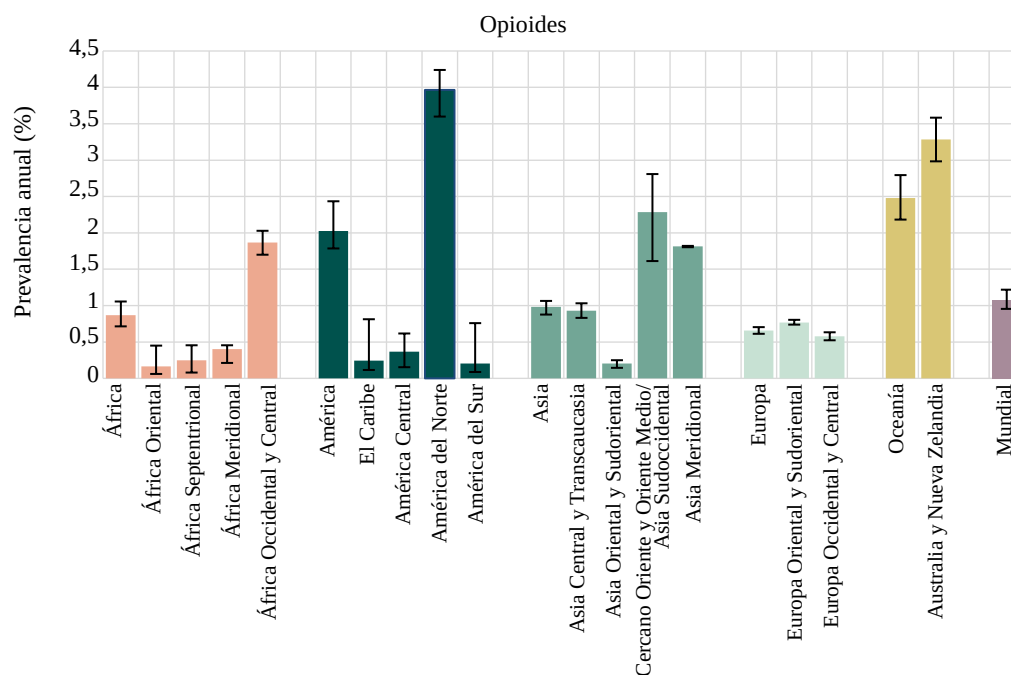
² Ibid.

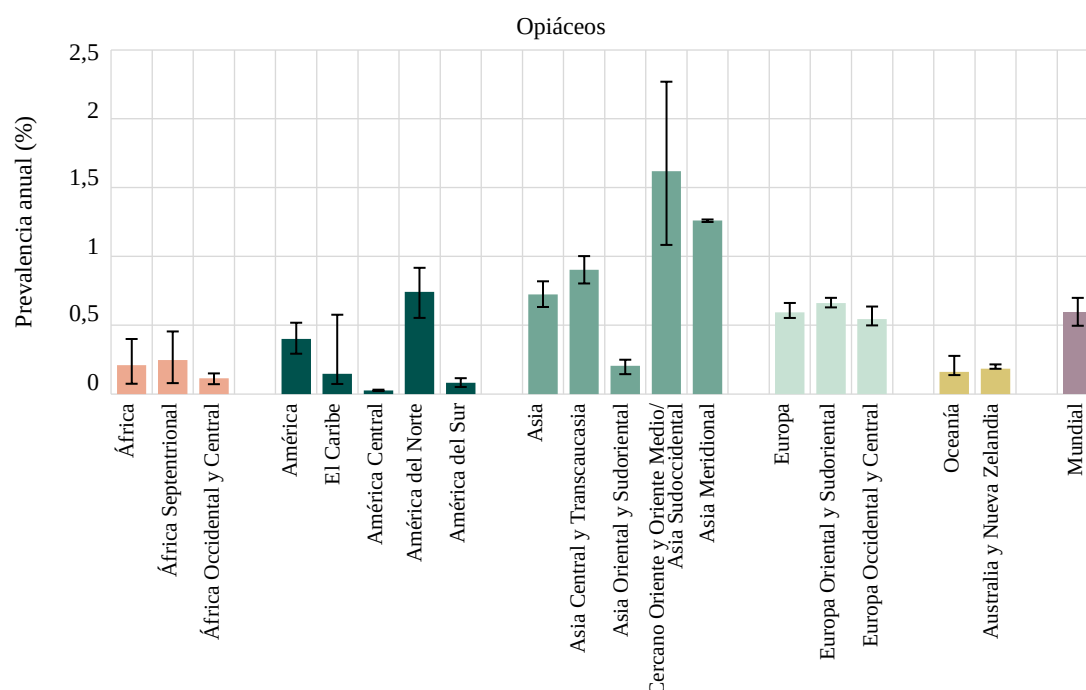
14. Se calcula que en 2017 habían consumido opioides en el año anterior 53,4 millones de personas (cifra que incluía a las personas que consumían opiáceos y a las que consumían fármacos opioides con fines no médicos), lo cual corresponde al 1,1 % de la población mundial de 15 a 64 años. El número mundial de consumidores de opioides en el año anterior aumentó en un 56 % con respecto a los 34,3 millones estimados en 2016. Ese cambio se debe a los estudios recientemente realizados en la India y Nigeria, que han permitido comprender mejor la magnitud del consumo de drogas.

15. Las subregiones con mayor prevalencia del consumo de opioides en el año anterior fueron América del Norte (4,0 %); Oceanía (3,3 % en Australia y Nueva Zelandia); el Cercano Oriente, Oriente Medio y Asia Sudoccidental (2,3 %), y Asia Meridional (1,8 %). En América del Norte los opioides que más preocupación causan siguen siendo los fármacos opioides, a saber, la hidrocodona, la oxicodona, la codeína y el tramadol que se usan con fines no médicos. En Asia Sudoccidental y en Asia Meridional son motivo de preocupación los opiáceos (el opio en el caso de la República Islámica del Irán y la heroína en el de los demás países) y, en menor medida, el uso no médico de fármacos opioides.

Figura IV

Consumo de opioides y opiáceos, por región, 2017





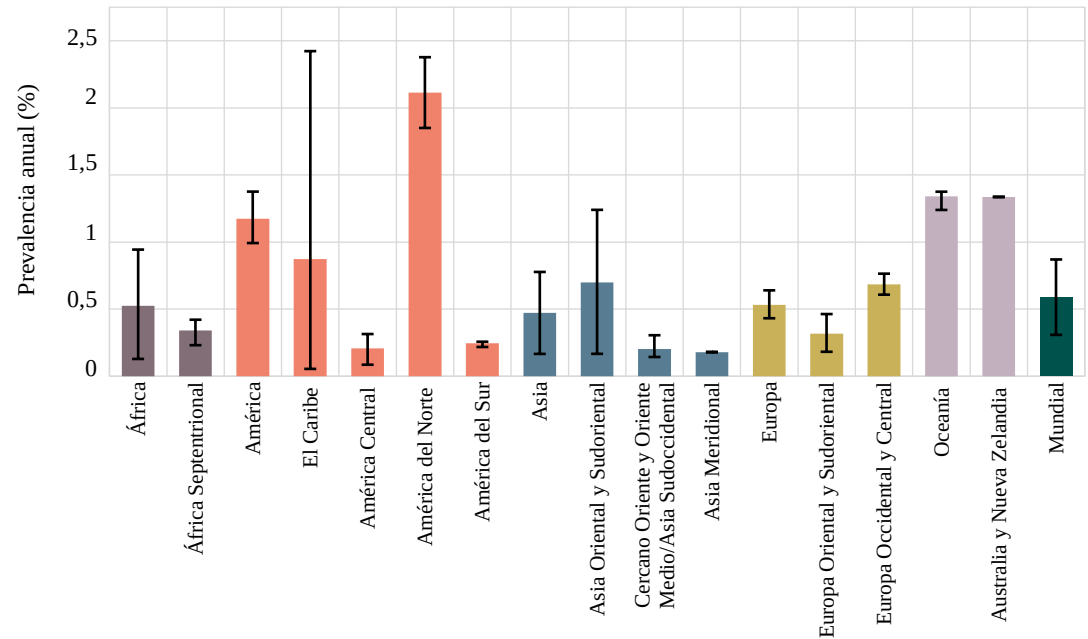
Fuente: Informe Mundial sobre las Drogas 2019.

16. En 2017, de los consumidores de opioides, 29,2 millones consumían opiáceos (heroína y opio), lo que corresponde al 0,6 % de la población mundial de 15 a 64 años; el número de consumidores de opiáceos en el año anterior en todo el mundo aumentó en un 50 % con respecto al número estimado en 2016 (19,4 millones) debido a que los resultados de los estudios realizados recientemente en la India y Nigeria han permitido comprender mejor la magnitud del consumo de opiáceos. Las subregiones con mayor prevalencia de consumo de opiáceos son el Cercano Oriente y Oriente Medio y Asia Sudoccidental (1,6 %), Asia Meridional (1,3 %) y Asia Central y Transcaucasia (0,9 %).

17. Persiste la crisis de los opiáceos en América del Norte, donde el aumento de las muertes por sobredosis se atribuye, en particular, al consumo de fentanilo. La otra crisis de los opioides se debe al uso no médico del tramadol, opioide sintético no sujeto a fiscalización internacional que en los últimos años se ha convertido en un problema de salud pública en muchas subregiones, especialmente en África Occidental, Central y Septentrional. Esto se refleja en el número de personas que reciben tratamiento por problemas relacionados con el tramadol y en el de muertes por sobredosis de dicha sustancia registradas en algunos países de esas subregiones. También hay cada vez más indicios de consumo de fármacos opioides con fines no médicos en Europa Occidental y Central, como se desprende del número cada vez mayor de personas que reciben tratamiento por dicho consumo en esa subregión.

18. Sigue estando muy extendido el consumo de anfetaminas (anfetamina y metanfetamina); se calcula que las consumieron 29 millones de personas en el año anterior (una prevalencia anual del 0,6 % de la población adulta). El mayor consumo de esas sustancias se registró en América del Norte, donde cerca del 2 % de la población adulta había consumido esas sustancias en el año anterior. La prevalencia anual del consumo de anfetaminas también es muy elevada en Australia y Nueva Zelandia, donde llega al 1,3 % de las personas de 15 a 64 años.

Figura V
Consumo de anfetaminas, por región, 2017



Fuente: Informe mundial sobre las drogas 2019.

19. El tipo de estimulante consumido (anfetamina, cocaína o 3,4-metilendioximetanfetamina (MDMA, llamada comúnmente éxtasis)) varía considerablemente de una región a otra (véase el cuadro que figura a continuación). Desde 2010 los indicadores epidemiológicos del consumo de anfetamina se mantienen relativamente estables en la mayoría de los países de Europa Occidental y Central, aunque los datos basados en análisis de aguas residuales indican que en los últimos años se ha producido un aumento. En América del Norte hay indicios de un aumento del consumo de metanfetamina, y en Asia Oriental y Sudoriental se ha informado de que el consumo de metanfetamina cristalina se está incrementado sostenidamente.

Principales estimulantes consumidos en las distintas regiones o subregiones

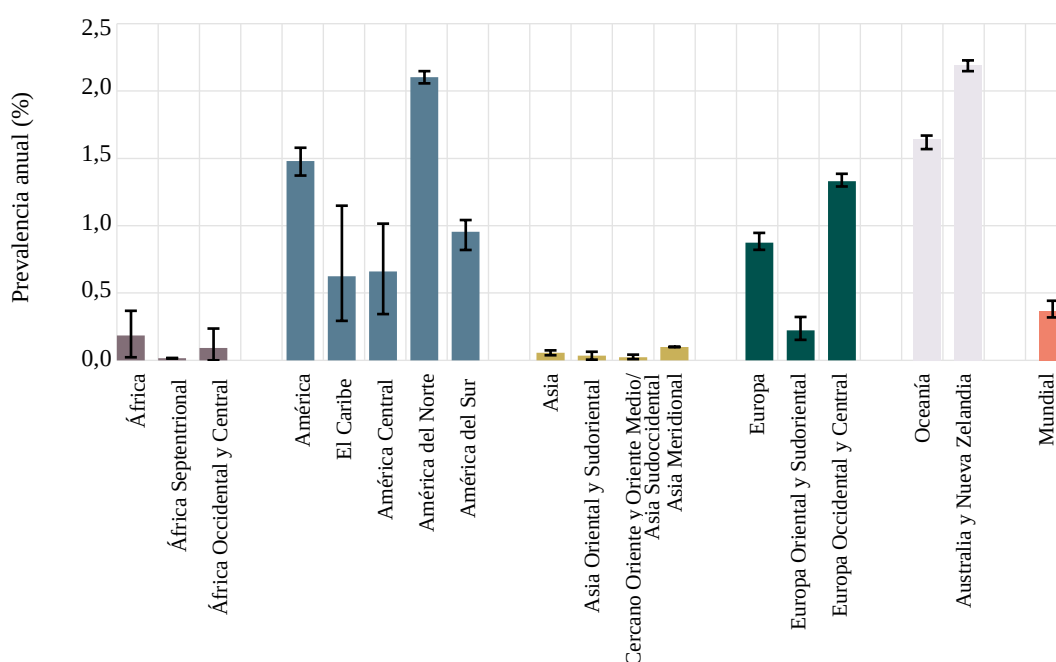
Región o subregión	Tipo de estimulante de consumo predominante (según la clasificación de las sustancias por los países de la región o subregión)	Otros estimulantes
África	Cocaína, metanfetamina	Mezclas que contienen cocaína crack y cannabis; éxtasis, <i>khat</i>
América del Norte	Cocaína, metanfetamina, estimulantes sujetos a prescripción médica consumidos con fines no médicos, éxtasis, anfetamina	
América Latina y el Caribe	Cocaína, estimulantes sujetos a prescripción médica consumidos con fines no médicos	Cocaína crack, pasta base de cocaína, anfetamina, metanfetamina, éxtasis
Asia Oriental y Sudoriental	Metanfetamina (cristal y comprimidos)	Éxtasis, estimulantes no psicoactivos, cocaína
Asia Central y Transcaucasia	Anfetamina, metanfetamina, éxtasis	
Asia Sudoccidental	Metanfetamina	Éxtasis, cocaína
Cercano Oriente y Oriente Medio	“Captagon” (anfetamina)	Metanfetamina, estimulantes sujetos a prescripción médica, cocaína y éxtasis

Región o subregión	Tipo de estimulante de consumo predominante (según la clasificación de las sustancias por los países de la región o subregión)	Otros estimulantes
Europa Occidental y Central	Cocaína, anfetamina, éxtasis	Metanfetamina, estimulantes no psicoactivos
Europa Oriental y Sudoriental	Cocaína	Anfetamina, metanfetamina, éxtasis
Australia y Nueva Zelandia	Metanfetamina (cristal y en polvo), éxtasis, cocaína	Estimulantes sujetos a prescripción médica consumidos con fines no médicos, estimulantes no psicoactivos

20. En 2017, el total mundial de personas que habían consumido cocaína en el año anterior se estimó en 18 millones, cerca del 0,4 % de la población adulta. Paralelamente al aumento de la oferta, el consumo de cocaína se ha incrementado en todo el mundo, como se ha constatado en sus dos mercados principales, América del Norte y Europa Occidental y Central. África y Asia adolecen de una escasez crónica de datos sobre el consumo de drogas, y la información que apunta al surgimiento de un mercado de la cocaína en esas regiones no está comprobada.

Figura VI

Consumo de cocaína, por región, 2017



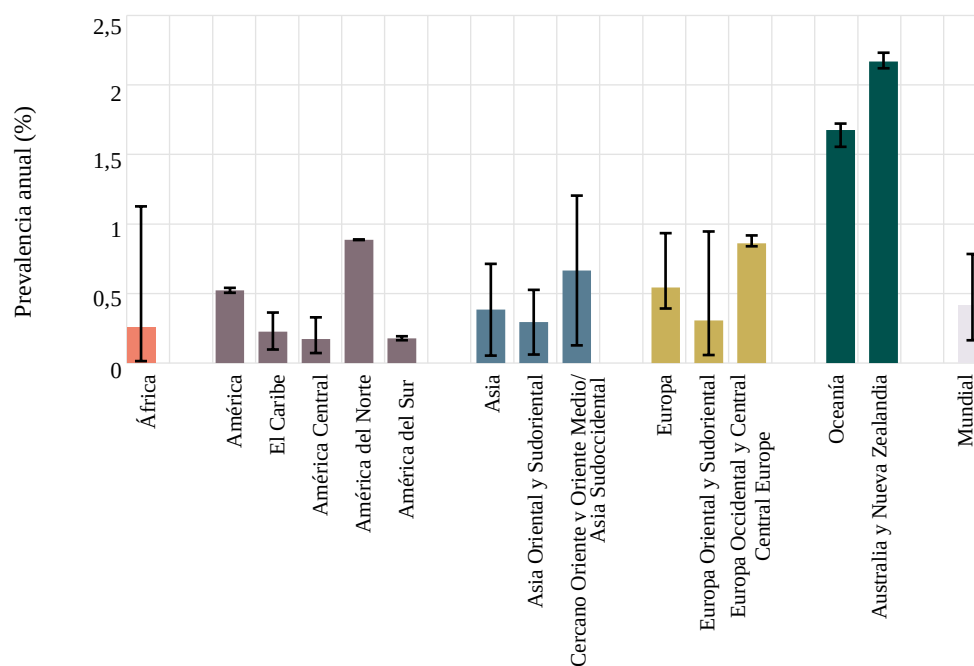
Fuente: Informe mundial sobre las drogas 2019.

21. Se calcula que la prevalencia del consumo de cocaína es elevada en Australia y Nueva Zelandia (2,2 %), América del Norte (2,1 %), Europa Occidental y Central (1,3 %) y América del Sur (1,0 %), subregiones en que se han observado indicios del aumento de ese consumo en los últimos años. El consumo de cocaína se sigue dando entre los consumidores de drogas socialmente integrados que frecuentan, por ejemplo, ambientes nocturnos, así como entre los consumidores socialmente marginados que también consumen crack. En América del Sur, el consumo de pasta base de cocaína, que antes se circunscribía a los países fabricantes de cocaína, se ha propagado a países más meridionales. En algunas zonas de Asia y África Occidental se han incautado cantidades cada vez mayores de cocaína, lo que indica que el consumo podría aumentar, especialmente en los sectores urbanos acomodados de la población.

22. Se calcula que unos 20,6 millones de personas, alrededor del 0,4 % de la población adulta, consumieron éxtasis en el año anterior. En comparación con la media mundial, la prevalencia del consumo de éxtasis sigue siendo elevada en Australia y Nueva Zelandia (el 2,2 %), América del Norte (el 0,9 %) y Europa Occidental y Central (el 0,8 %).

Figura VII

Consumo de éxtasis, por región, 2017



Fuente: Informe mundial sobre las drogas 2019.

23. El consumo de éxtasis está vinculado principalmente a los lugares de ocio nocturno, y los niveles más altos de consumo se observan en los jóvenes. Entre 2007 y 2012, la mayoría de los países de Europa Occidental y Central comunicaron tendencias estables o a la baja; sin embargo, en los años posteriores, en que aumentó la oferta de éxtasis de gran pureza en esas y otras subregiones, se observaron indicios de un resurgimiento general de su consumo. Además, las formas del éxtasis se han diversificado: se encuentra y consume con frecuencia en polvo y en cristales de gran pureza.

24. Aunque no hay estimaciones mundiales del uso indebido de fármacos sujetos a prescripción médica, este sigue estando muy extendido, especialmente entre los policonsumidores. Entre 2010 y 2017, el consumo con fines no médicos de fármacos opioides, benzodiazepinas y fármacos estimulantes comenzó a señalarse como un problema de salud cada vez más grave en varios países. El consumo 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 común³, y otros países comunicaron que su consumo con fines no médicos era más frecuente que el de muchas drogas, incluido el cannabis. Las benzodiazepinas también figuran con frecuencia en los informes sobre casos de sobredosis mortales de opioides.

25. El consumo de ácido *gamma*-hidroxibutírico (GHB), *gamma*-butirolactona (GBL) y benzodiazepinas como el flunitrazepam también se ha relacionado con agresiones sexuales facilitadas por las drogas, que ocurren cuando se utiliza alcohol u otras drogas

³ 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.

para alterar la capacidad de una persona para consentir en mantener relaciones sexuales. En los dos últimos decenios también se ha informado del consumo de GHB y GBL en determinados subgrupos de consumidores de drogas, como las personas que asisten a bailes^{4, 5}, y en las comunidades de gais y lesbianas de Australia, Europa y América del Norte⁶. Se ha señalado también que las personas que practican el “sexo químico”^{7, 8, 9} consumen con frecuencia GHB, así como metanfetamina y mefedrona.

26. El mercado mundial de las nuevas sustancias psicoactivas sigue caracterizándose por la aparición de un gran número de sustancias pertenecientes a diversos grupos químicos. En el período 2009-2018 se informó de la aparición de un total de 892 nuevas sustancias. Aunque el mercado mundial de las nuevas sustancias psicoactivas sigue estando muy diversificado, estas no parecen haberse consolidado en los mercados de las drogas, salvo algunas excepciones, ni haber desplazado a las drogas tradicionales a una escala mayor. Además, sigue siendo motivo de inquietud el consumo de nuevas sustancias psicoactivas estimulantes por inyección, en particular por las prácticas de inyección de alto riesgo que parecen guardar relación con él. Todavía preocupa también su consumo en las cárceles de algunos países de Europa, América del Norte y Oceanía.

27. El 36 % de las nuevas sustancias psicoactivas sintéticas identificadas en el período 2009-2018, agrupadas por principal efecto farmacológico, tenía efectos estimulantes. Se trataba en su mayoría de catinonas y fenetilaminas, el 30 % correspondía a los agonistas de los receptores de cannabinoides sintéticos y el 15 % podía considerarse parte del grupo de los alucinógenos clásicos (principalmente triptaminas). Sin embargo, la principal preocupación de las autoridades de varios países ha sido la aparición en años recientes de agonistas de los receptores de opioides sintéticos, que suelen ser análogos del fentanilo. Se ha demostrado que estos son especialmente nocivos y han causado cada vez más muertes, en particular en América del Norte y, en menor medida, en Europa. En el período 2009-2018, alrededor del 7 % de las nuevas sustancias psicoactivas identificadas eran opioides. Además, el 29 % de las 79 nuevas sustancias psicoactivas aparecidas por primera vez en el mundo en 2017 pertenecía al grupo de los agonistas de los receptores de opioides sintéticos.

⁴ Judith C. Barker, Shana L. Harris y Jo E. Dyer, “Experiences of *gamma* hydroxybutyrate (GHB) ingestion: a focus group study”, *Journal of Psychoactive Drugs*, vol. 39, núm. 2 (junio de 2007), págs. 115 a 129.

⁵ Mark A. Bells *et al.*, “The role of an international nightlife resort in the proliferation of recreational drugs”, *Addiction*, vol. 98, núm. 12 (diciembre de 2003), págs. 1713 a 1721.

⁶ Raffaele Giorgetti *et al.*, “When ‘Chems’ meet sex: a rising phenomenon called ‘ChemSex’”, *Current Neuropharmacology*, vol. 15, núm. 5 (2017), págs. 762 a 770.

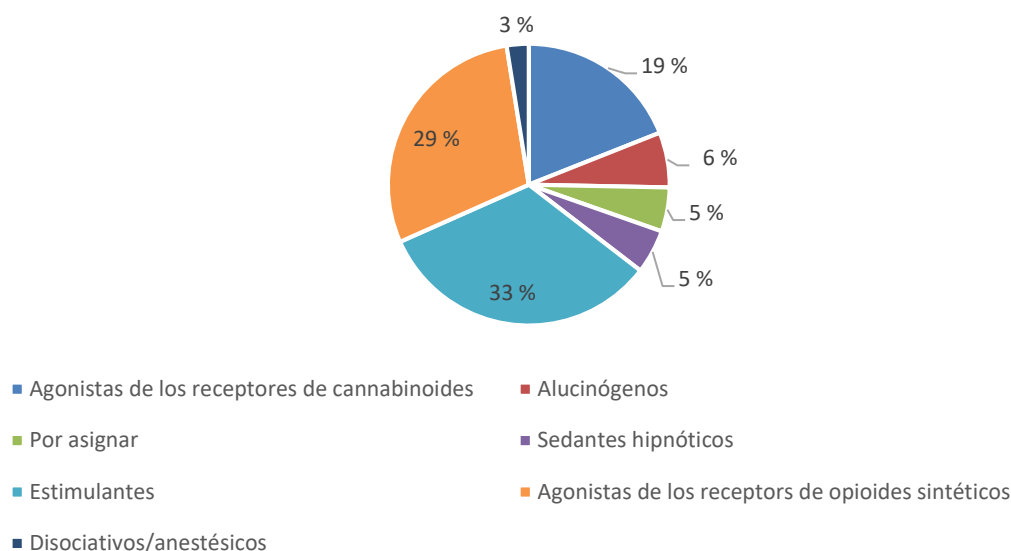
⁷ El término “sexo químico” se refiere al consumo voluntario de drogas psicoactivas y de otro tipo en fiestas destinadas a promover contactos sexuales y durante relaciones sexuales, principalmente entre personas de sexo masculino, con el objeto de facilitar las relaciones sexuales o aumentar su intensidad.

⁸ Hannah McCall, Naomi Adams y Jamie Willis, “What is chemsex and why does it matter?”, *British Medical Journal*, vol. 351 (noviembre de 2015).

⁹ Claire Edmundson *et al.*, “Sexualized drug use in the United Kingdom: a review of literature”, *International Journal of Drug Policy*, vol. 55 (mayo de 2018), págs. 131 a 148.

Figura VIII

Porcentajes de las nuevas sustancias psicoactivas cuya aparición se notificó por primera vez, por efecto psicoactivo, 2017



Fuente: Informe mundial sobre las drogas 2019.

B. Consecuencias del consumo de drogas

28. Entre las diversas consecuencias para la salud del consumo de drogas pueden figurar los trastornos por consumo de drogas, los problemas de salud mental, el contagio con el VIH, el cáncer de hígado y la cirrosis relacionados con la hepatitis, la sobredosis y la muerte prematura. Los mayores daños para la salud son los que guardan relación con el consumo de opioides y otras sustancias por inyección, dado el riesgo de contraer el VIH o la hepatitis C a causa de prácticas de inyección peligrosas.

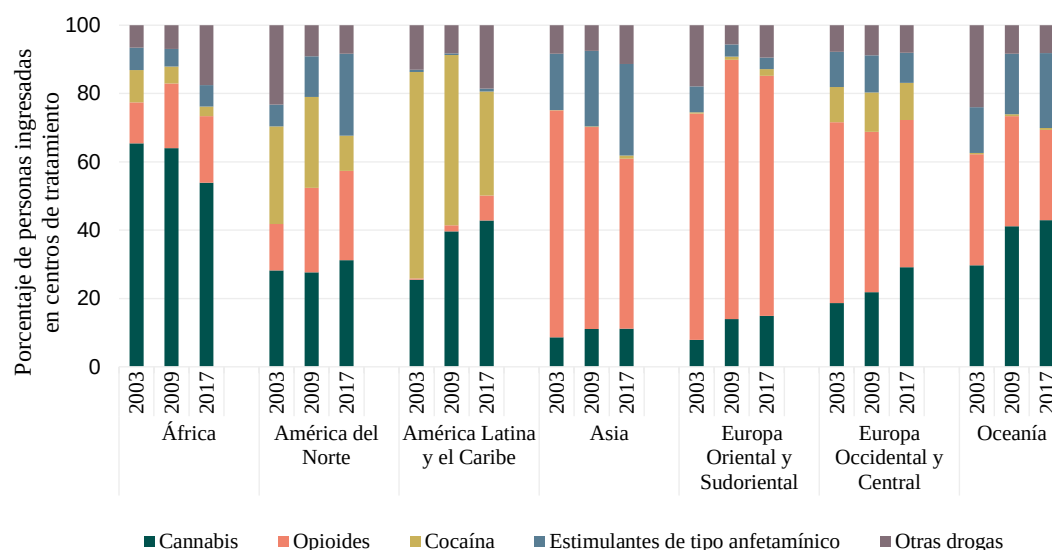
1. Personas con trastornos por consumo de drogas, según los datos sobre el tratamiento

29. Para las personas con trastornos por consumo de drogas, la disponibilidad de servicios de tratamiento, en particular servicios con base científica, y el acceso a ellos siguen siendo limitados, y solo una de cada seis recibe tratamiento cada año. Por término medio, el porcentaje de las personas tratadas que sufren trastornos por consumo de cannabis y opioides sigue siendo mayor que el de las afectadas por trastornos relacionados con el consumo de otras sustancias.

30. Los opioides siguen causando gran inquietud en Asia Sudoccidental y Central, así como en Europa Oriental y Sudoriental. En Europa Sudoriental, alrededor de tres de cada cinco personas en tratamiento por trastornos por consumo de drogas lo reciben por trastornos por consumo de opioides. El tratamiento por consumo de cocaína sigue siendo frecuente en América del Norte, América Latina y el Caribe y, en menor medida, en Europa Occidental y Central, mientras que las anfetaminas todavía constituyen 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 padece trastornos por consumo de opioides, va en aumento el número de quienes se someten a tratamiento por trastornos por consumo de metanfetamina. El cannabis es la principal droga por la que se solicita tratamiento en África, aunque muchos países de esa región han informado de un aumento del número de personas que lo reciben por trastornos por consumo de opioides.

Figura IX

Tendencias de las principales drogas por las que se ingresa a tratamiento, por regiones, 2003, 2009 y 2017



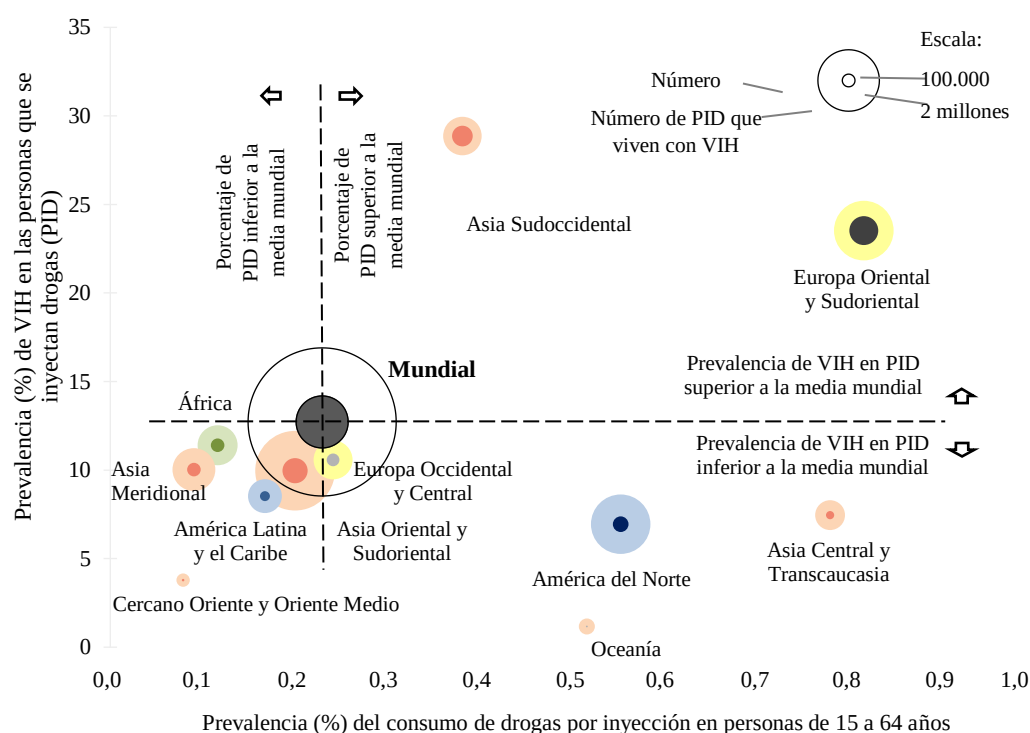
Fuente: Informe mundial sobre las drogas 2019.

2. Personas que se inyectan drogas

31. 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 inyectaron drogas en 2017 era de 11,3 millones (margen de variación: 8,9 a 15,0 millones), lo que corresponde al 0,23 % (margen de variación: 0,18 % a 0,3 %) de la población de 15 a 64 años de edad. Dicha estimación se basó en la información más reciente y de mayor calidad de que disponía la UNODC en ese momento. Los datos disponibles correspondientes a 2017, basados en las estimaciones del consumo de drogas por inyección en 110 países, abarcan el 88 % de la población mundial de 15 a 64 años.

32. Los porcentajes de la población de 15 a 64 años que se inyecta drogas son relativamente altos en Europa Oriental y Sudoriental y en Asia Central y Transcaucasia, y prácticamente cuadruplican la media mundial. En cuanto al número real de personas que se inyectan drogas, la mayoría vive en Asia Oriental y Sudoriental (el 28 % del total mundial), aunque la prevalencia del consumo de drogas por inyección es relativamente baja en esa subregión. También hay muchas personas que se inyectan drogas en Europa Oriental y Sudoriental y en América del Norte (en ambos casos, el 16 % del total mundial). Corresponden a esas tres subregiones cerca de dos tercios (60 %) del total mundial de personas que se inyectan drogas.

Figura X
Tendencias regionales del consumo de drogas por inyección y de la prevalencia del VIH en las personas que se inyectan drogas, 2017



Fuente: Informe mundial sobre las drogas 2019.

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

33. Las personas que se inyectan drogas se ven desproporcionadamente afectadas por el VIH. El ONUSIDA calculó que, en 2017, la probabilidad de que esas personas vivieran con el VIH era 22 veces mayor que en la población general. Las personas que se inyectan drogas representaban el 9 % de las nuevas infecciones por el VIH en el mundo y ese porcentaje aumentaba a más de un tercio del total de las nuevas infecciones en Europa Oriental y Asia Central (39 %), así como en Oriente Medio y África Septentrional (38 %)¹⁰.

34. La estimación conjunta de 2017 de la UNODC, la OMS, el ONUSIDA y el Banco Mundial de la prevalencia del VIH en las personas que se inyectan drogas en el mundo fue del 12,7 %, lo que significa que 1,4 millones de personas que se inyectan drogas viven con el VIH. Los datos existentes, basados en cálculos de la prevalencia del VIH en las personas que se inyectan drogas correspondientes a 121 países, abarcan el 95 % del número estimado de esas personas en todo el mundo.

35. La mayor prevalencia con creces del VIH en las personas que se inyectan drogas se observa en Asia Sudoccidental y en Europa Oriental y Sudoriental, cuyos porcentajes superan en 2,3 y 1,8 veces el promedio mundial, respectivamente. En las demás subregiones esa prevalencia es inferior al promedio mundial. Un gran número de las personas que consumen drogas por inyección que viven con el VIH reside en esas dos subregiones (el 15 % y el 29 % del total mundial, respectivamente), así como en Asia Oriental y Sudoriental (el 22 % del total mundial), aunque en esta última la prevalencia del consumo de drogas por inyección y del VIH en las personas que se inyectan drogas

¹⁰ ONUSIDA, *Miles to Go: Closing Gaps, Breaking Barriers, Righting Injustices* (Ginebra, 2018).

es inferior al promedio mundial. En esas tres subregiones vive el 66 % del total de las personas que se inyectan drogas que viven con el VIH.

36. Conforme a la estimación conjunta de la UNODC, la OMS, el ONUSIDA y el Banco Mundial correspondiente a 2017, la prevalencia mundial de la hepatitis C en las personas que consumen drogas por inyección era del 49,3 %, lo que equivale a 5,6 millones de personas. Dicho cálculo se basa en información sobre la prevalencia de la hepatitis C en las personas que se inyectan drogas proporcionada por 102 países, que abarca el 94 % de la población mundial estimada de esas personas. A título comparativo, se calculó que en 2015 la prevalencia mundial de las infecciones por el VIH en la población general (de todas las edades) era del 1 % (margen de variación: 0,8 % a 1,1 %)¹¹.

4. Muertes relacionadas con las drogas

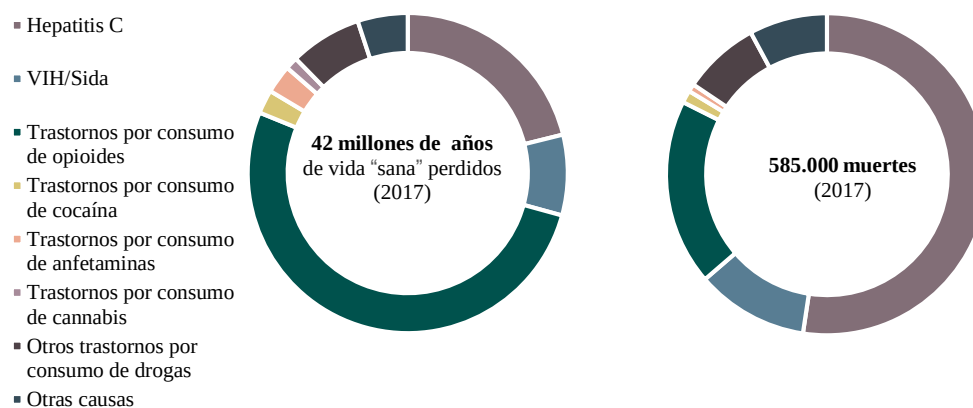
37. Las muertes relacionadas con las drogas se definen como aquellas que pueden atribuirse directamente a trastornos por el consumo de drogas, principalmente la sobredosis, y las muertes derivadas de otros factores de riesgo como el VIH y el sida, la tuberculosis, la hepatitis C y el cáncer de hígado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

38. En el estudio sobre la carga mundial de morbilidad (Global Burden of Disease Study) se calculó que en 2017 se habían producido 585.000 muertes relacionadas con las drogas. En conjunto, casi la mitad de esas muertes se atribuyó al cáncer de hígado, la cirrosis u otras enfermedades hepáticas crónicas en las personas que consumían o se inyectaban drogas, y la tercera parte de ellas (166.600) se atribuyó directamente a trastornos por consumo de drogas.

Figura XI

Principales causas de muerte atribuibles al consumo de drogas y a los trastornos por consumo de drogas, 2017

La hepatitis C y los trastornos por consumo de opioides son responsables de la mayoría de las muertes y discapacidades atribuidas al consumo de drogas



Fuente: Informe Mundial sobre las Drogas 2019.

III. Resúmenes regionales

39. La información sobre el consumo de drogas que figura a continuación pone de relieve las principales tendencias y novedades en las regiones en que se disponía de esa información.

¹¹ Organización Mundial de la Salud, *Global Hepatitis Report 2017* (Ginebra, 2017).

A. África

40. La información sobre la magnitud del consumo de drogas en África sigue siendo limitada y se refiere solo a unos pocos países. Muchos de los países de esa región, en particular de África Occidental, Central y Septentrional, informan de altos niveles de consumo de tramadol con fines no médicos. Aunque no se dispone de estimaciones basadas en la población respecto del consumo de fármacos opioides (en particular tramadol y codeína) con fines no médicos, los datos de los estudios realizados en algunos países, así como los relativos a la administración de tratamiento, parecen indicar que el consumo con fines no médicos está bastante extendido. Se ha señalado que los comprimidos de tramadol disponibles en algunas zonas de África se destinan al mercado ilícito, y es posible que contengan una dosis más elevada de la que se receta habitualmente con fines médicos.

41. Según el informe de la Red de Epidemiología del Consumo de Drogas de África Occidental (WENDU), entre 2014 y 2017 más de 7 de cada 10 personas que acudieron a servicios de tratamiento por trastornos por consumo de drogas indicaron que la principal sustancia que consumían era el cannabis. La cocaína era el estimulante que con más frecuencia consumían quienes recibían tratamiento por problemas de drogas en esa subregión. Además, entre 2014 y 2017 se observó en África Occidental un aumento del número de personas en tratamiento por consumo de cocaína. En Cabo Verde, Côte d'Ivoire, Liberia y Guinea el tratamiento más frecuente era el que se administraba por consumo problemático de cocaína y cocaína crack. En 2016 y 2017, 13,4 de cada 100.000 habitantes de Cabo Verde y 10,4 de cada 100.000, respectivamente, estaban en tratamiento por el consumo problemático de esas sustancias.

42. El aumento de las incautaciones de tramadol (en particular comprimidos que contienen dosis más altas de lo normal) en los Estados Miembros indican que en África Occidental se ha incrementado el consumo de esa sustancia. Del mismo modo, el aumento de las incautaciones de jarabe para la tos que contenía codeína en algunos países de África Occidental es indicativo del consumo de fármacos opioides con fines no médicos.

B. América

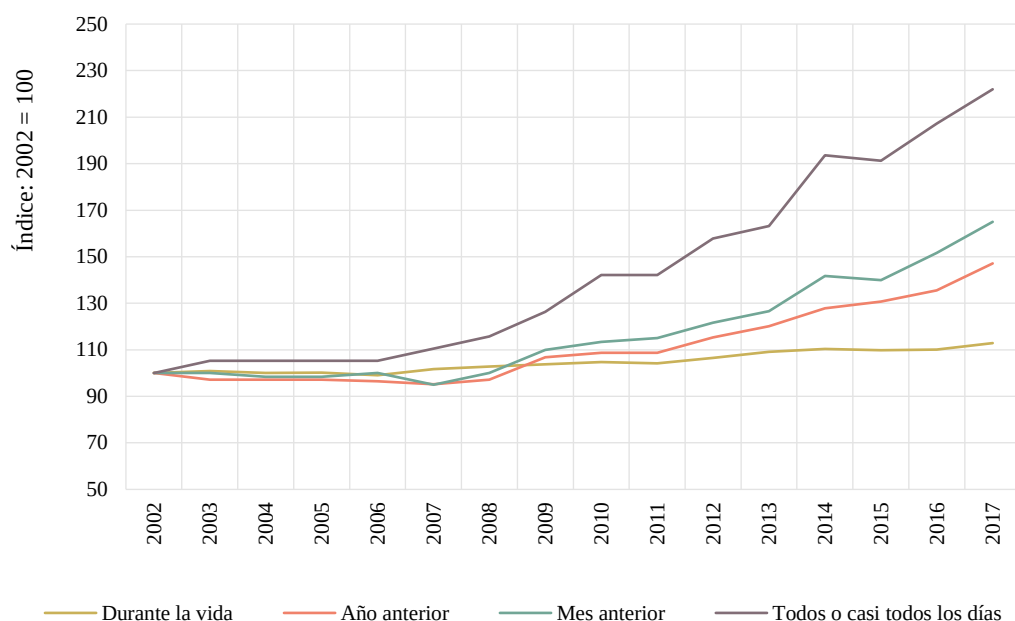
43. El cannabis, cuya prevalencia anual es del 8,4 % en la población adulta, sigue siendo la droga ilícita de consumo más frecuente en América. Los niveles de consumo de opioides (prevalencia anual del 2 %), cocaína (1,5 %) y anfetaminas (1,2 %) que comunican los países de esa región son más elevados que el promedio mundial. Además, América del Norte sufre una epidemia de opioides que ha causado un número cada vez mayor de muertes por sobredosis, en particular de fentanilo y sus análogos.

44. En los Estados Unidos de América se estimó que, en 2018, 53,2 millones de personas de 12 años o mayores había consumido cualquier tipo de drogas ilícitas en el año anterior (lo que corresponde al 19,4 % de ese grupo de población). De ellas, 43,5 millones (15,9 %) dijeron haber consumido cannabis durante el año anterior.

45. El consumo de esa sustancia en los Estados Unidos ha aumentado invariablemente desde 2002, tanto en los adultos jóvenes de 18 a 25 años como en los de 26 años o mayores¹². Los aumentos más pronunciados en la población de 18 años de edad o mayor son los correspondientes al consumo habitual de cannabis.

¹² Estados Unidos, Centro de Estadísticas y Calidad de la Salud del Comportamiento, Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias, *Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2018 National Survey on Drug Use and Health*, Departamento de Salud y Servicios Humanos, publicación núm. PEP19-5068, NSDUH, serie H-54 (Rockville, Maryland, 2019).

Figura XII
Tendencias del consumo de cannabis en la población de 18 años o mayor en los Estados Unidos, 2002-2018



Fuente: Estados Unidos, Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Centro de Estadísticas y Calidad de la Salud del Comportamiento, Results from the 2018 National Survey on Drug Use and Health: Detailed Tables 2019.

46. El consumo de fármacos con fines no médicos sigue siendo motivo de gran inquietud en los Estados Unidos. Según una encuesta nacional realizada en 2018, del total estimado en 16,9 millones de personas que había consumido fármacos con fines no médicos en el año anterior (el 6,2 % de la población de 12 años de edad o mayor), 9,9 millones habían consumido analgésicos opioides y 6,4 millones, tranquilizantes. De ellas, 5,4 millones habían hecho uso indebido de benzodiazepinas sujetas a prescripción médica. Además, 5,1 millones de personas habían consumido estimulantes, entre ellos productos anfetamínicos, metilfenidato y estimulantes anorexígenos. El consumo de cocaína se había mantenido estable en los Estados Unidos entre 2008 y 2014, y parece seguir estabilizándose, pero en niveles elevados. Según las estimaciones, el 2 % de la población de 12 años o mayor, es decir 5,5 millones de personas, dijo haber consumido cocaína y cocaína crack en el año anterior (concretamente, 757.000 personas consumieron cocaína crack). Se calcula que alrededor de 1,9 millones de personas, el 0,7 % de la población de 12 años o mayor, habían consumido metanfetamina en el año anterior.

47. El consumo de heroína en los Estados Unidos comenzó a aumentar en 2007 y en los últimos años se ha estabilizado en niveles altos. En 2018, cerca de 800.000 personas de 12 años o mayores (el 0,3 % de la población) dijeron haber consumido heroína en el año anterior. Sin embargo, cabe señalar que el consumo de esa droga notificado por los propios consumidores en las encuestas domiciliarias era probablemente inferior al real. Además, en los Estados Unidos el consumo no médico de fármacos opioides y el de heroína se superponían. Unas 500.000 personas habían consumido fármacos opioides con fines no médicos y heroína durante el año anterior: el 5 % de quienes habían consumido fármacos opioides también había consumido heroína, y el 63 % de quienes habían consumido heroína también habían consumido fármacos opioides en el año anterior.

48. El aumento del consumo de heroína y fentanilo ha tenido graves consecuencias en los Estados Unidos. Se ha informado de la presencia de fentanilo no solo en muestras de heroína; también se vende en forma de opioides y tranquilizantes sujetos a

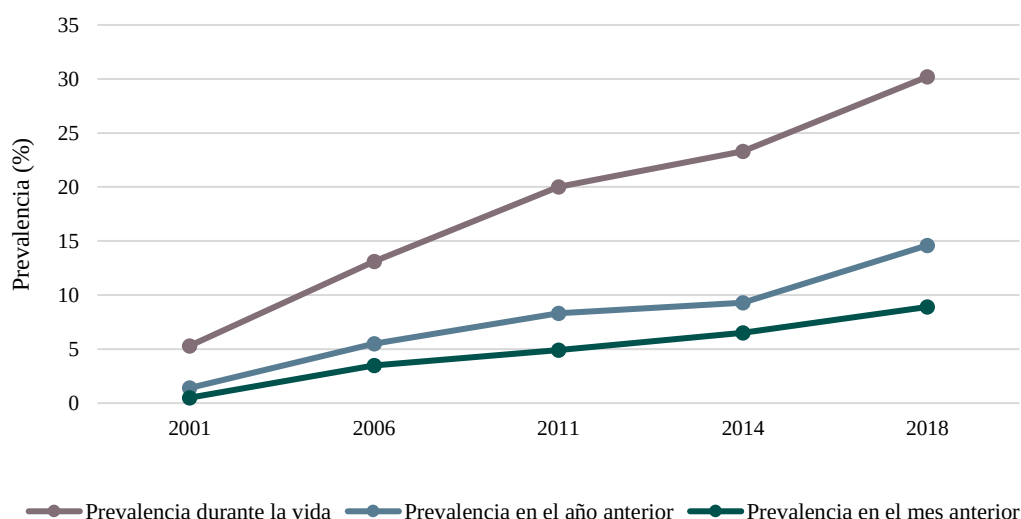
prescripción médica falsificados, así como en muestras de cocaína¹³. En la mayoría de los casos, los consumidores no saben lo que contienen las sustancias que están consumiendo y, al no estar prevenidos ante ese riesgo, pueden sufrir una sobredosis. Según los datos provisionales correspondientes a 2018, en los Estados Unidos se notificaron unas 68.000 muertes por sobredosis de drogas, de las que más de 47.000 se atribuyeron a los opioides. Aunque las muertes por sobredosis atribuidas a los fármacos opioides parecen estar estabilizándose o disminuyendo, siguen aumentando las debidas al fentanilo de fabricación ilícita.

49. En el Canadá, en 2018, se notificaron 4.588 muertes relacionadas con los opioides (una tasa de 12,3 por cada 100.000 personas) que se atribuyeron principalmente al fentanilo, el doble que en 2016. En la mayoría de los casos se trataba de personas de sexo masculino y más del 25 % eran personas de entre 30 y 39 años de edad¹⁴. Según la Encuesta Nacional del Cannabis, en el primer trimestre de 2019 el 17,5 % de la población (el 22,3 % de los hombres y el 12,7 % de las mujeres) había consumido cannabis en los últimos tres meses. Esta cifra es superior a la prevalencia del 14 % comunicada el año anterior. La mayor prevalencia anual (el 30 %) se registró en los adultos jóvenes de 15 a 24 años. Alrededor del 6 % de la población de 15 años o mayor, es decir alrededor de 1,8 millones de personas, consumía cannabis todos o casi todos los días¹⁵.

50. En el Uruguay, según la Encuesta Nacional en Hogares sobre el Consumo de Drogas de 2018 el 14,6 % de la población de 15 a 65 años (el 17,8 % de los hombres y el 11,5 % de las mujeres) había consumido cannabis en el año anterior. El consumo de esa sustancia en el Uruguay ha aumentado considerablemente desde 2001, así como en los últimos cuatro años^{16, 17}.

Figura XIII

Tendencias del consumo de cannabis en el Uruguay, 2001-2018



Fuente: Observatorio Uruguayo de Drogas, Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas (2016 y 2018).

¹³ Estados Unidos, Departamento de Justicia, Administración para el Control de Drogas, 2018 *National Drug Threat Assessment* (octubre de 2018).

¹⁴ 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*”, informe publicado en la web (diciembre de 2019).

¹⁵ Oficina de Estadística del Canadá, “*National cannabis survey 2019: first quarter*”, 2 de mayo de 2019.

¹⁶ Uruguay, Junta Nacional de Drogas, Observatorio Uruguayo de Drogas, *VII Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas* (2018).

¹⁷ Uruguay, Junta Nacional de Drogas, Observatorio Uruguayo de Drogas, *VI Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas, 2016: Informe de Investigación* (septiembre de 2016).

C. Asia

51. Solo se dispone de estimaciones fidedignas de la prevalencia del consumo de distintas drogas respecto de un número reducido de países de Asia. En esa región consume opioides (incluidos opiáceos) cerca del 1 % de las personas de 15 a 64 años. Se calcula que el consumo de anfetaminas (0,6 %) en la región se sitúa en niveles comparables al de la prevalencia mundial estimada, mientras 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 elevado y comprende la mitad del total estimado de consumidores de opioides y anfetaminas en el mundo.

52. Un nuevo estudio sobre el consumo de drogas en la India reveló que los niveles de consumo de drogas son más altos de lo que se calculaba anteriormente. En 2018, más del 3 % de la población de 18 años o mayor, y menos del 1 % de las personas de 10 a 17 años, habían consumido algún producto de cannabis en el año anterior. Ello comprende el consumo de *bhang*¹⁸, la forma del cannabis más frecuente en la India, así como de hierba y resina de cannabis. En general, el consumo de cannabis en el año anterior fue mayor en los hombres (5 %) que en las mujeres (0,6 %). Se calcula que casi del 0,7 % de la población total (de 10 a 75 años) sufre trastornos por consumo de cannabis¹⁹. El consumo de opioides también es elevado, y se calcula que el 2,1 % de la población de 10 a 75 años los había consumido en el año anterior, es decir, un total de 23 millones de personas. Entre los opioides, el consumo de heroína es el más extendido, con una prevalencia de consumo en el año anterior del 1,1 % de la población de 10 a 75 años. Le siguen el consumo de fármacos opioides consumidos sin fines médicos, cuya prevalencia fue cercana al 1%, y el opio, con una prevalencia de casi el 0,5 %. El consumo de opioides en el año anterior es mucho mayor en los hombres en general (el 4 % de la población de sexo masculino) que en las mujeres (0,2 %). Además, se calculaba que el 1,8 % de las personas de 10 a 17 años había consumido opioides en el año anterior. Se cree que alrededor de un tercio de los 23 millones de personas que habían consumido opioides en el año anterior, es decir, 7,7 millones de personas, sufre trastornos por consumo de opioides. En 2018, menos del 0,2 % de la población de 10 a 75 años, es decir, alrededor de 1,9 millones de personas, dijo haber consumido estimulantes de tipo anfetamínico en el año anterior.

53. En varias encuestas domiciliarias recientes realizadas en Asia Oriental y Sudoriental se puso de manifiesto que en 2017 menos del 1 % de la población había consumido cannabis en el año anterior en Indonesia, y que la prevalencia del consumo de anfetamina en el año anterior había sido del 0,5 % (alrededor de 1 millón de consumidores). El 0,3 % de la población de 10 a 59 años, un total de medio millón de personas, dijo haber consumido tramadol con fines no médicos²⁰.

54. En Tailandia, donde se dispone de datos sobre las tendencias del consumo de metanfetamina correspondientes a varios años, ha aumentado desde 2008 el consumo de esa sustancia, tanto en forma cristalina como en comprimidos. Sin embargo, ha disminuido respecto del máximo alcanzado en 2013 el número de personas en tratamiento por trastornos por consumo de anfetamina, que son más de las tres cuartas partes de las personas en tratamiento por trastornos por consumo de drogas en general en ese país. El número de personas que dijeron haber consumido metanfetamina cristalina en Tailandia (en 2016 la habían consumido 42.000 personas en el año anterior, es decir el 0,08 % de la población) seguía siendo muy inferior al de quienes la consumían en comprimidos²¹.

¹⁸ El *bhang* es un preparado comestible a base de cannabis que se mezcla con comidas y bebidas y se distribuye tradicionalmente durante la festividad de Holi. Es legal en muchos estados de la India.

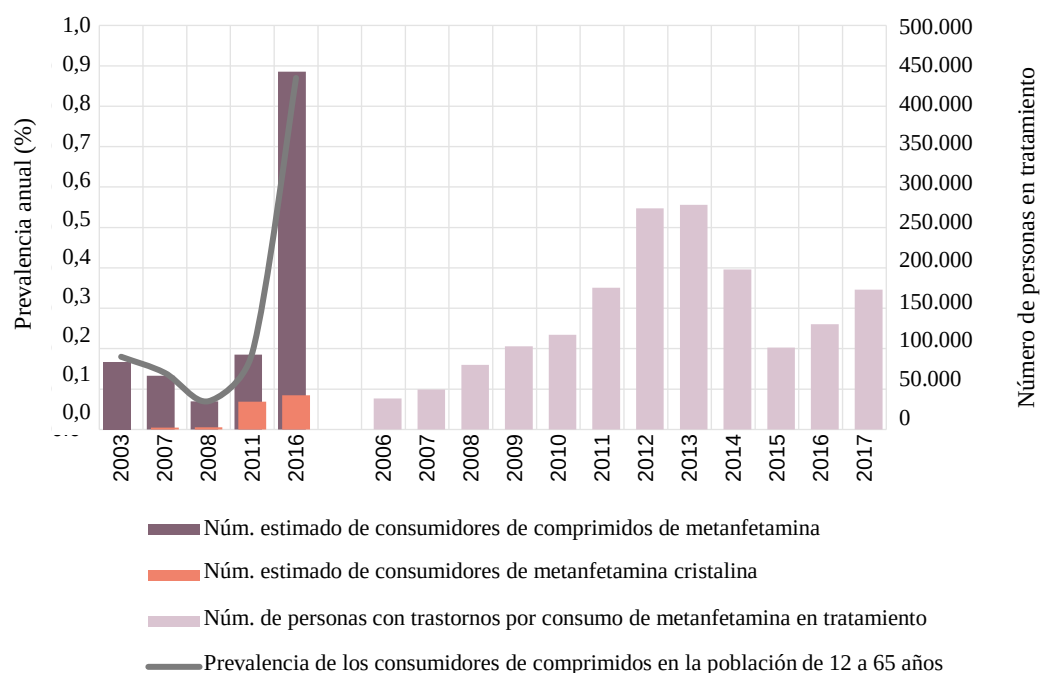
¹⁹ Atul Ambekar *et al.*, *Magnitude of Substance Use in India, 2019* (Nueva Delhi, Ministerio de Justicia Social e Integración, 2019).

²⁰ Respuestas de Indonesia al cuestionario para los informes anuales, 2018.

²¹ Los datos se obtuvieron del Comité Administrativo de la Red Académica sobre el Uso Indevido de Sustancias de Tailandia, y se reprodujeron en Darika Saingam, “*Substance abuse policy in*

Figura XIV

Prevalencia del consumo de metanfetamina y número de personas en tratamiento por trastornos por consumo de metanfetamina, Tailandia, 2003-2017



Fuente: Datos reproducidos en Darika Saingam, “Substance abuse policy in Thailand: current challenges and future strategies”, *Journal of Drug and Alcohol Research*, vol. 7 (marzo de 2018); los datos sobre las personas en tratamiento por trastornos por consumo de metanfetamina provienen de DAINAPP.

55. En otros países de Asia Oriental y Sudoriental, el número de personas que ingresan en centros de tratamiento es el único indicador que puede reportar información sobre la magnitud del consumo de drogas. Salvo Viet Nam, todos los países de esa subregión señalaron que la metanfetamina era la droga que más se consumía en 2018 (o el último año respecto del cual presentaron información). La mayoría de las personas que se sometieron a tratamiento en Brunei Darussalam, Camboya, Filipinas, Malasia y Singapur consumía metanfetamina cristalina; en la República Democrática Popular Lao y Tailandia se trataba principalmente de consumidores de metanfetamina en comprimidos.

56. En Sri Lanka, según la encuesta más reciente (2019) el 1,9 % de la población de 14 años o mayor había consumido cannabis; el 0,6 % había consumido heroína (con una prevalencia del 1,2 % en la población masculina); y aproximadamente el 0,2 % de la población había hecho uso indebido de fármacos en el año anterior²².

D. Europa

57. La prevalencia anual del consumo de cannabis sigue siendo alta en Europa Occidental y Central (el 7,4 % de la población adulta lo habían consumido en el año anterior, es decir 23,6 millones de personas). Entre los países que comunicaron los resultados de nuevos estudios, algunos informaron de tendencias estables, mientras que otros señalaron que en la población adulta había aumentado el consumo de cannabis en el año anterior. Se calcula que aproximadamente el 1 % de los consumidores de cannabis

Thailand: current challenges and future strategies”, *Journal of Drug and Alcohol Research*, vol. 7 (marzo de 2018), págs. 1 a 10.

²² Sri Lanka, Junta Nacional de Fiscalización de Drogas Peligrosas, “National prevalence survey on drug use 2019” (Colombo, 2019).

de la subregión lo consumen todos o casi todos los días²³. En 2017, 155.000 personas se sometieron a tratamiento por problemas relacionados con el consumo de cannabis, la mitad de ellas por primera vez. En los países en que se dispone de datos, el total de personas que ingresan por primera vez para recibir tratamiento por problemas relacionados con el consumo de cannabis aumentó en un 76 % entre 2006 y 2017²⁴.

58. El consumo de cocaína también sigue siendo elevado en Europa Occidental y Central, donde, según las estimaciones, el número de consumidores en el año anterior se eleva a 4,2 millones de consumidores (el 1,3 % de la población). En los últimos años ha ido aumentando el consumo de cocaína en esa subregión, como reflejan los datos de las encuestas y los análisis de aguas residuales. Cabe distinguir entre los consumidores socialmente integrados, que suelen inhalar cocaína en polvo, y los consumidores marginados, que se inyectan cocaína o fuman crack, a veces en paralelo al consumo de opioides. En Europa Occidental y Central también ha aumentado el total de consumidores de cocaína que se someten a tratamiento por primera vez, aunque ese aumento se centra principalmente en Italia y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte. En general, el 75 % de las personas que ingresan en servicios de tratamiento especializado para trastornos por consumo de cocaína viven en España, Italia y el Reino Unido.

59. Se calcula que en Europa Occidental y Central habían consumido éxtasis en el año anterior unos 2,7 millones de personas. El consumo de esa sustancia, que venía disminuyendo desde 2000, se mantiene actualmente estable o va aumentando en los países que comunicaron datos de estudios recientes. Entre ellos, Dinamarca, Noruega, los Países Bajos e Inglaterra y Gales, en particular, han informado de un aumento del consumo de éxtasis. Además, los análisis de aguas residuales realizados en toda Europa revelan que durante el período comprendido entre 2011 y 2018 hubo una clara tendencia al alza en ese consumo²⁵.

60. En Europa Occidental y Central, donde la prevalencia anual del consumo de anfetamina en el año anterior es del 0,7 %, lo que equivale a 2,2 millones de personas de entre 15 y 64 años, dicho consumo es más común que el de metanfetamina. En algunos países de esa subregión, el consumo de anfetamina se mantiene estable o tiende a disminuir, especialmente en Chequia, España y el Reino Unido, mientras que los datos de las últimas encuestas realizadas en Alemania, Dinamarca, Noruega y los Países Bajos revelan que ha aumentado.

61. La heroína sigue siendo el opioide de consumo más frecuente en Europa Occidental y Central, con una prevalencia estimada del 0,6 %, es decir, 1,8 millones de consumidores en el año anterior. Se calcula que el 75 % del total estimado de consumidores de opioides de alto riesgo en la Unión Europea vive en Alemania, Francia, España, Italia y el Reino Unido, que suman alrededor del 60 % de la población de la Unión Europea. En los últimos años se ha observado la existencia de una cohorte de consumidores de opioides de alto riesgo que va envejeciendo y que probablemente ha estado en contacto con servicios de tratamiento de sustitución²⁶. Además, 19 países europeos informaron en 2017 de que más del 10 % de los consumidores de opioides que ingresaban en servicios especializados presentaba problemas relacionados principalmente con el uso indebido de opioides distintos de la heroína (entre ellos, la metadona, la buprenorfina, el fentanilo, la codeína, la morfina, el tramadol y la oxycodona). Actualmente se somete a tratamiento por el consumo de esas sustancias en la subregión el 22 % de las personas que consumen principalmente opioides.

62. 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 (el 0,7 % de la población de 15 a 64 años, o 1,88 millones de personas) es superior al promedio mundial. La prevalencia del consumo de drogas por inyección

²³ Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, *Informe Europeo sobre Drogas 2019: Tendencias y novedades* (Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2019).

²⁴ *Ibid.*

²⁵ Sewage Analysis CORE Group Europe (SCORE).

²⁶ *Ibid.*

(el 0,8 %) y la del VIH en las personas que se inyectan drogas (el 22,4 %) siguen siendo las mayores de todas las subregiones.

E. Oceanía

63. En Oceanía, en particular en Australia y Nueva Zelanda, se informa de que la prevalencia del consumo de la mayoría de las sustancias en el año anterior es mucho más alta que la estimación mundial; en el caso del cannabis es del 11,0 %; en el de los opioides, del 3,3 %; en el de la cocaína, del 2,2 %; en el de las anfetaminas, del 1,3 %, y en el del éxtasis, del 2,2 %.

64. En Australia el mercado del éxtasis sigue diversificándose, y esa sustancia se ofrece en cápsulas, cristales y polvo, mientras que, según lo informado, en 2009 se consumía con mayor frecuencia en cápsulas²⁷. Desde 2016 los análisis de aguas residuales han indicado niveles estables de consumo de metanfetamina en la mayoría de las ciudades de ese país. Entre los participantes en las entrevistas del Sistema de Información sobre Drogas Ilícitas de Australia, el consumo de heroína permaneció estable en 2019 respecto del año anterior, y más de la mitad de los entrevistados dijo haberla consumido en los seis meses anteriores, mientras que las tendencias del consumo de metanfetamina han ido fluctuando: tres de cada cuatro personas señalaron haberla consumido, principalmente en forma cristalina, seguida de la forma en polvo y en forma de base²⁸.

65. En Nueva Zelanda se considera que el consumo de metanfetamina ha aumentado en los últimos años. Los datos de los análisis de aguas residuales revelan que en los lugares analizados se consume una media aproximada de 14 kg de metanfetamina por semana. Además, el precio de esa droga ha disminuido en los últimos tres años (de 2016 a 2018), lo cual indica que hay una oferta abundante que ha hecho que el precio disminuya y el consumo aumente. Los análisis de aguas residuales también reflejan sistemáticamente un consumo mayor, y por un margen considerable, de metanfetamina que de cocaína, éxtasis, fentanilo y heroína. La cocaína sigue siendo un riesgo nuevo en Nueva Zelanda. Aunque la demanda de esa droga parece ir en aumento y se trafica regularmente en grandes cantidades, los análisis de aguas residuales indican que su mercado es relativamente pequeño en comparación con el de otras drogas²⁹.

IV. Reducción de la demanda y medidas conexas

66. Por lo que atañe a la reducción de la demanda y las medidas conexas, en su 63^{er} período de sesiones la Comisión tendrá ante sí información sobre 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 (véase E/CN.7/2020/6), basada en la quinta serie de respuestas de los Estados Miembros al cuestionario para los informes anuales. En los párrafos siguientes se exponen algunas novedades a este respecto.

67. Tras casi una década ejecutando experimentalmente en países de ingresos bajos y medianos programas con base empírica sobre capacitación para la vida en familia, con miras a cambiar la cultura de la prevención y satisfacer mejor la creciente demanda de los Estados Miembros de iniciativas de ese tipo, la UNODC ha elaborado otros dos de esos programas, centrados en la prevención del consumo de drogas, la violencia juvenil y el maltrato a los niños. El primero, “Familias fuertes”, es un programa selectivo para familias que viven en entornos difíciles (como los refugiados, los desplazados y

²⁷ Amy Peacock *et al.*, *Australian Drug Trends 2019: Key Findings from the National Ecstasy and Related Drugs Reporting System (EDRS) Interviews* (Sydney, Centro Nacional de Investigación sobre las Drogas y el Alcohol, Universidad de Nueva Gales del Sur, 2019).

²⁸ Amy Peacock *et al.*, *Australian Drug Trends 2019: Key Findings from the National Illicit Drug Reporting System (IDRS) Interviews* (Sydney, Centro Nacional de Investigación sobre las Drogas y el Alcohol, Universidad de Nueva Gales del Sur, 2019).

²⁹ Respuestas de Nueva Zelanda al cuestionario para los informes anuales, 2018.

las personas en situaciones de conflicto o posteriores a un conflicto). El segundo, “Familias UNidas”, es de carácter universal pero está especialmente concebido para familias que viven en países de ingresos bajos y medianos. La Oficina elaboró ambos programas para que se ejecuten en código abierto, con pocos recursos y de manera eficaz en función del costo.

68. Aunque los modelos médicos de tratamiento para las personas con trastornos por consumo de opioides han tenido buena aceptación y se han aplicado en todo el mundo, las intervenciones médicas para el tratamiento de los trastornos por consumo de estimulantes no se han desarrollado en igual grado, pese al aumento del número de consumidores habituales de esas sustancias. En consecuencia, la UNODC, con el apoyo de un grupo de expertos, ha elaborado un documento de debate relativo a las prácticas actuales y las perspectivas más prometedoras en materia de tratamiento de los trastornos por consumo de estimulantes, titulado “Treatment of stimulant use disorders: current practices and promising perspectives”. En él se exponen los datos empíricos disponibles y las intervenciones amplias que se han realizado, como la administración de medicamentos prometedores para tratar los trastornos por consumo de estimulantes; se formulan propuestas para la integración de terapias psicosociales y tratamiento farmacológico; y se propone crear una red internacional de centros de tratamiento en que se pongan en práctica los resultados de las investigaciones.

69. Tras la consulta técnica de 2018 sobre los diversos aspectos del tratamiento basado en la familia y la terapia familiar para jóvenes con trastornos por consumo de drogas y la creación de sociedades resilientes a las drogas y la delincuencia, la UNODC, en estrecha colaboración con la OMS, elaboró también un programa de creación de capacidad titulado “Treatment Family” para el tratamiento de adolescentes con trastornos por consumo de sustancias, incluidos los que están en contacto con el sistema de justicia penal o corren el riesgo de estarlo. Treatment Family se elaboró en cumplimiento de la resolución 58/2 de la Comisión de Estupefacientes, en la que se alentó a los Estados Miembros a considerar la posibilidad de poner en funcionamiento programas de tratamiento y de recuperación duradera basados en datos científicos destinados a los niños y los jóvenes, como programas de atención psicosocial, en los cuales podrían estar incluidos los familiares. Tras ejecutarse con carácter experimental en tres regiones de Asia y ajustarse mejor a las necesidades y contextos culturales de los países en que se ejecutaron, el programa Treatment Family se puso en marcha en Indonesia, dirigido a los adolescentes y sus familiares. Los resultados iniciales han sido alentadores y han demostrado sus posibilidades de ampliación y de contribuir al desarrollo de nuevas aptitudes en los trabajadores de la salud, los asistentes sociales y los funcionarios de justicia penal que trabajan con las familias. El programa puede ejecutarse en centros de atención ambulatoria o en régimen de internamiento, así como en entornos de servicios sociales, como parte de un plan de atención continua.

70. En el marco del programa de la UNODC y la OMS sobre el tratamiento y la atención de la drogodependencia, se han elaborado materiales de capacitación destinados a difundir las directrices de la OMS para la identificación y el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias durante el embarazo (Guidelines for the Identification and Management of Substance Use and Substance Use Disorders in Pregnancy). Tras una sesión piloto de capacitación celebrada durante la conferencia de International Society of Substance Use Professionals, que tuvo lugar en 2019 en Viena, se organizaron otras sesiones en la Argentina y en Ucrania.

V. Conclusiones y recomendaciones

71. Habida cuenta de la proliferación y el uso indebido de los fármacos opioides en las distintas regiones, es importante crear sistemas de alerta temprana que permitan analizar la aparición de casos de consumo de esas sustancias con fines no médicos y sus consecuencias. A fin de facilitar el acceso a los analgésicos a quienes los requieran, evitando al mismo tiempo su desviación y uso indebido, los países podrían estudiar la posibilidad de elaborar directrices para el tratamiento del dolor, incluido el dolor crónico no oncológico, así como programas de vigilancia de la prescripción de medicamentos y

mensajes de prevención específicos destinados a educar en los posibles daños y consecuencias del uso indebido de los fármacos opioides.

72. También es importante aumentar el acceso a las intervenciones para prevenir y tratar los trastornos por consumo de drogas, así como la disponibilidad, cobertura y calidad de estas, conforme a las Normas Internacionales sobre la Prevención del Uso de Drogas y las Normas Internacionales para el Tratamiento de Trastornos por el Uso de Drogas de la UNODC y la OMS.

73. Además, se recomienda fortalecer las medidas de prevención en forma de intervenciones selectivas dirigidas a los grupos de riesgo, además de la población general, así como reforzar las intervenciones de tratamiento en la comunidad y en entornos cerrados a fin de garantizar su equidad.

74. Los programas y políticas de ámbito nacional, regional e internacional han de fundamentarse en datos empíricos fiables y válidos sobre la situación en materia de drogas y las medidas adoptadas al respecto. Por consiguiente, es necesario mejorar esa base empírica apoyando la implantación de sistemas de vigilancia del consumo de drogas basados en indicadores epidemiológicos, lo que implica, entre otras cosas, capacitar a los expertos de países y regiones de alta prioridad, elaborar métodos innovadores y utilizar las nuevas tecnologías, como los medios sociales y los macrodatos (grandes conjuntos de datos) para comprender los hábitos y tendencias del consumo de drogas y las asociaciones relativas al comportamiento de las personas, así como para pronosticar sus efectos en la salud.

75. Para fortalecer y ampliar la base global de datos científicos también es preciso invertir en el seguimiento y la evaluación del proceso, los resultados y los efectos de las estrategias de prevención y tratamiento del consumo de drogas, a fin de garantizar su eficacia y reducir al mínimo el riesgo de obtener resultados negativos.

76. Algunos indicadores para vigilar la situación en materia de drogas que requieren especial atención son el desarrollo y la aplicación de métodos innovadores y eficaces en función del costo para calcular la magnitud del consumo de drogas, tanto en la población general como en los consumidores de alto riesgo, en particular los que se inyectan drogas, en los países con recursos limitados; la mortalidad relacionada con las drogas; el número y la proporción de personas que sufren trastornos por consumo de drogas; y la cobertura de las intervenciones de tratamiento de esos trastornos. Los dos últimos son los componentes clave del indicador 3.5.1 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, relativo a la vigilancia y la presentación de información.
