Naciones Unidas E/CN.7/2017/4

Consejo Económico y Social

Distr. general
23 de diciembre de 2016
Español
Original: inglés

Comisión de Estupefacientes
60º período de sesiones
Viena, 13 a 17 de marzo de 2017
Tema 5 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. También se ponen de relieve las medidas adoptadas por la UNODC para proporcionar, mediante la elaboración de normas internacionales, los instrumentos que hagan posible la formulación de políticas eficaces y basadas en datos empíricos en la esfera de la prevención del consumo de sustancias y el tratamiento de los trastornos relacionados con este. En 2014, se estimó que entre 157 millones y 337 millones de personas de 15 a 64 años de edad habían consumido drogas de manera ilícita, y que el 12% de los consumidores sufría trastornos relacionados con el uso indebido de drogas. La UNODC, junto con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) y el Banco Mundial, estimaron que entre 8,4 millones y 19 millones de personas se inyectan drogas y que, de ellas, entre 970.000 y 3,9 millones vivían 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 ilícitas, como drogas convencionales de origen vegetal, estimulantes sintéticos, medicamentos sujetos a prescripción médica y nuevas sustancias psicoactivas. Mientras que las tendencias recientes del consumo de drogas en Europa muestran una estabilización del uso de cannabis, cocaína y anfetaminas, se ha visto un resurgimiento del consumo de 3,4-metilendioximetanfetamina (MDMA, conocida comúnmente como éxtasis). En América del Norte, se ha producido un incremento del consumo de cannabis y heroína. Recientemente se han encontrado indicios de un aumento del consumo de

* E/CN.7/2017/1.

V.16-10656 (S) 270117 270117

Se ruega reciclar

cocaína en América del Norte y del Sur. El consumo de cannabis también parecería ir en aumento en África y en partes de Asia y América del Sur. También continúa aumentando el consumo de estimulantes de tipo anfetamínico, en particular en algunas partes de Asia. El uso de opioides sintéticos con fines no médicos sigue siendo un motivo de preocupación en casi todas las regiones.

El consumo de opioides sigue teniendo los efectos más perjudiciales para la salud. En general, los trastornos relacionados con el consumo de drogas equivalen a 18 millones de años de vida ajustados en función de la discapacidad, de los que cabe atribuir 8,1 millones solo a los opioides. A nivel mundial, hubo entre 114.000 y 250.000 muertes relacionadas con las drogas en 2014. Entre una tercera parte y la mitad de ese total de muertes se debió a sobredosis letales, principalmente entre los consumidores de opioides. La falta de información fidedigna y actualizada sobre la mayoría de los indicadores epidemiológicos del consumo de drogas dificulta la vigilancia de las tendencias que van surgiendo en relación con las drogas, así como la aplicación y evaluación de las respuestas de base empírica para enfrentar el consumo de drogas y sus consecuencias para la salud.

I. Introducción

A. Nuevas tendencias mundiales

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

a) El consumo de cocaína se está reduciendo o estabilizando en Europa, pero hay indicios de que aumenta en algunas partes de América del Norte y del Sur;

b) El consumo de cannabis está disminuyendo o se está estabilizando en niveles altos en Europa. Se considera que ha aumentado en algunas partes de América del Norte y del Sur, así como en África;

c) Se percibe un aumento del consumo de estimulantes de tipo anfetamínico, especialmente de metanfetamina, en Asia Oriental, Sudoriental y Sudoccidental, y en el Oriente Medio;

d) Se han recibido informes del uso indebido de opioides farmacéuticos en la mayoría de las regiones y en América del Norte sigue siendo un motivo de particular preocupación;

e) El consumo de heroína ha registrado un aumento considerable en los Estados Unidos de América, y va acompañado de un recrudecimiento de las sobredosis letales relacionadas con la heroína que puede haber estado mezclada con fentanilo y sus análogos. Hay asimismo indicios de un crecimiento reciente del consumo de heroína en algunas partes de Europa Occidental y Central, lo que sugiere que la prolongada tendencia a la baja tal vez ha llegado a su fin;

f) La demanda de tratamiento por trastornos relacionados con el consumo de cannabis ha aumentado en todas las regiones, y casi el 50% de las personas que lo solicitan están en tratamiento por primera vez;

g) La introducción de nuevas sustancias psicoactivas, pese a que algunas suelen tener un carácter pasajero, sigue en aumento y plantea problemas de salud pública en todas las regiones.

B. Dificultades para determinar los niveles y las tendencias del consumo de drogas

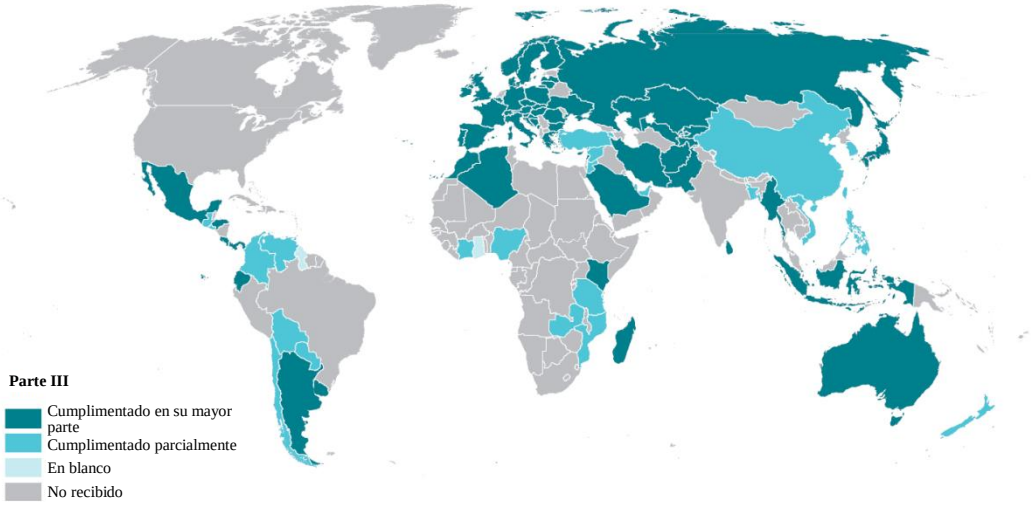
2. Las respuestas proporcionadas por los Estados Miembros al cuestionario para los informes anuales constituyen la principal base para la elaboración de las tendencias mundiales del consumo de drogas que se comunican cada año. El alcance y la calidad de la información que notifican los Estados Miembros se reflejan, pues, en el presente informe. Al 15 de diciembre de 2016, 95 de un total de 197 Estados habían respondido a la parte III del cuestionario, relativa a la magnitud, las características y las tendencias del consumo de drogas correspondientes a 2015. Esto constituye una tasa de respuesta por los Estados Miembros de menos del 50%.

3. De los cuestionarios respondidos por los Estados Miembros, el 68% se había cumplimentado sustancialmente, lo que significa que el Estado había proporcionado información sobre más de la mitad de los indicadores principales del consumo de drogas y de sus consecuencias para la salud (véanse el mapa 1).

4. En cuanto a la cobertura, los 95 Estados Miembros que respondieron al cuestionario representan el 75% de la población mundial. Sin embargo, no se obtuvo respuesta de la mayor parte de África. Tampoco se recibieron respuestas de algunos Estados Miembros de Oriente Medio y Asia Sudoriental.

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

Mapa 1
Respuestas a la parte III del cuestionario para los informes anuales
(al 15 de diciembre de 2016)



Nota: Los límites y los nombres que figuran en el mapa y las designaciones que se utilizan en él no implican una aprobación o aceptación oficial por parte de las Naciones Unidas. Las líneas discontinuas representan límites por determinar. La línea de puntos representa aproximadamente la línea de control en Jammu y Cachemira convenida por la India y el Pakistán. El estatuto definitivo de Jammu y Cachemira aún no ha sido acordado por las partes. El límite definitivo entre el Sudán y Sudán del Sur aún no se ha determinado. Existe una disputa de soberanía entre los Gobiernos de la Argentina y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte respecto de las Islas Malvinas (Falkland).

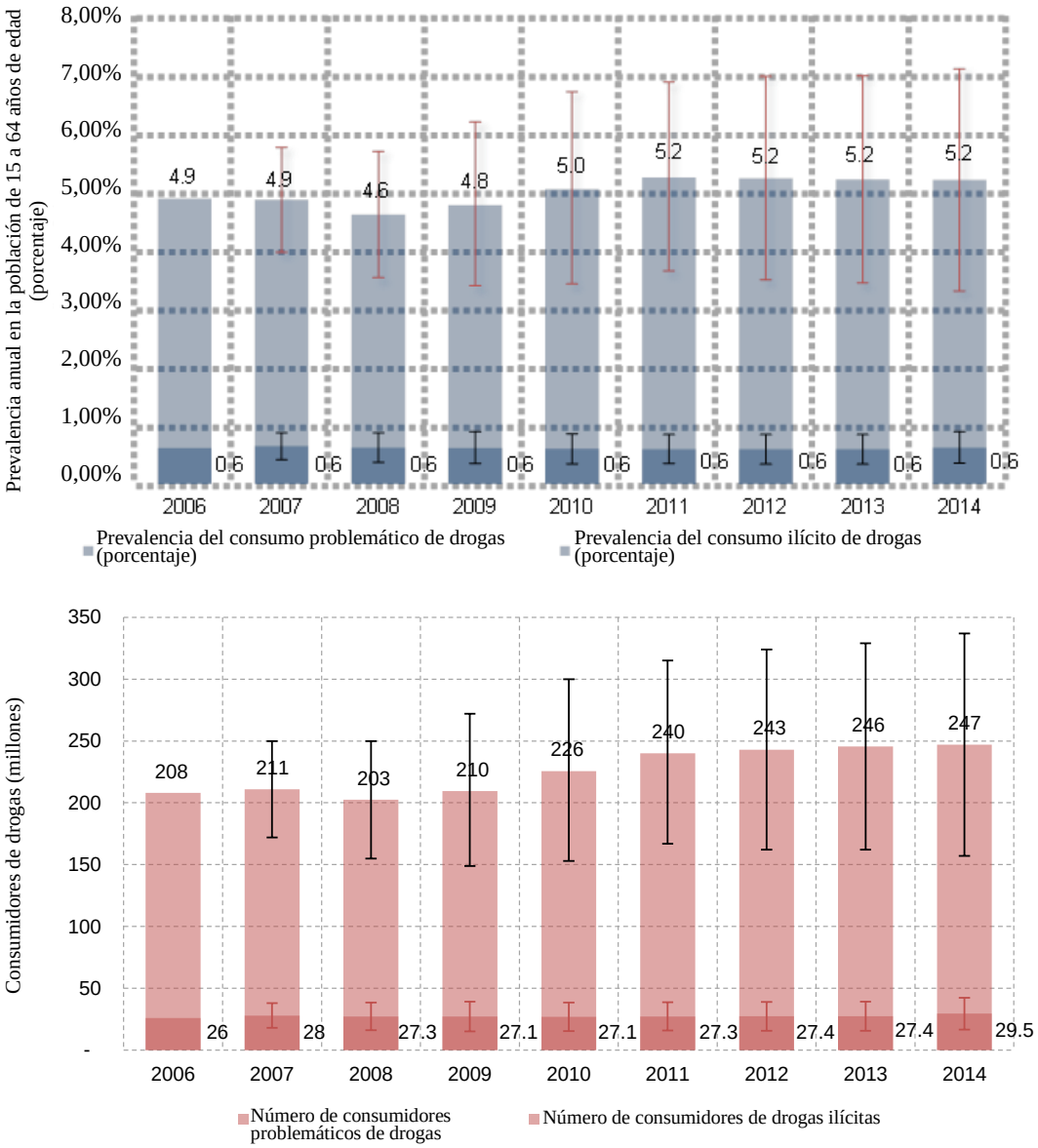
II. Panorama mundial

A. Magnitud del consumo de drogas

6. En 2014, la UNODC estimó que entre 157 millones y 337 millones de personas de 15 a 64 años de edad, que representaban entre el 3,3% y el 7% de ese grupo de población, habían consumido una sustancia ilícita el año anterior. Aunque las tendencias del uso de diferentes drogas pueden variar según la región, la magnitud del consumo de drogas en general ha permanecido estable desde 2011, situándose en 1 de cada 20 adultos. Se estima que aproximadamente el 12% de las personas que consumen drogas (entre 17 millones y 42 millones de personas) padecen trastornos relacionados con las drogas (véase el gráfico I).

Gráfico I

Prevalencia anual del consumo ilícito de drogas en la población mundial de 15 a 64 años de edad, 2006-2014



Fuente: Informe Mundial sobre las Drogas 2016 (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.16.XI.7).

7. Si bien el cannabis sigue siendo la droga de mayor consumo en todo el mundo, los opioides contribuyen a la carga de enfermedad más alta. En general, los trastornos relacionados con el consumo de drogas equivalieron en 2013 a 18 millones de años de vida ajustados en función de la discapacidad, de los que cabe atribuir 8,1 millones solo a los opioides[1]. Además, el panorama mundial del consumo de drogas se ve agravado por el hecho de que muchas personas que consumen drogas, ya sea de manera

[1] GBD 2013 DALYs and HALE Collaborators, "Global, regional, and national disability-adjusted life years (DALYs) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990–2013: quantifying the epidemiological transition", *The Lancet*, vol. 386, núm. 10009 (2015), págs. 2145 a 2191.

ocasional o habitual, tienden a ser policonsumidores. El consumo con fines no médicos de medicamentos sujetos a prescripción médica, estimulantes sintéticos y nuevas sustancias psicoactivas en lugar de drogas convencionales, o en combinación con ellas, enturbia la distinción entre los consumidores de una droga determinada, configurando una epidemia interrelacionada o cíclica de trastornos relacionados con el consumo de drogas y sus consecuencias sanitarias[2].

1. Género y consumo de drogas

8. En comparación con el consumo entre los hombres, el consumo total de drogas entre las mujeres sigue siendo bajo, aunque las mujeres tienen más probabilidades de usar indebidamente medicamentos sujetos a prescripción médica, en particular opioides y tranquilizantes. Se piensa que las diferencias entre el consumo de drogas de hombres y mujeres reflejan, principalmente, las diferencias en las oportunidades de hacerlo, que son el resultado del entorno social, más que de una susceptibilidad basada en el género. Sin embargo, las diferencias de género en cuanto al consumo de drogas entre la población más joven se están reduciendo en algunas regiones, como en Europa Occidental y América del Norte. En Europa Occidental, por ejemplo, tratándose de la población adulta, los hombres consumen casi el doble de cannabis que las mujeres, mientras que el 8% de los niños y el 5% de las niñas notifican el consumo corriente de cannabis[3].

2. El consumo problemático de drogas que se refleja en la demanda de tratamiento por consumo de drogas

9. Según las estimaciones mundiales, casi una de cada seis personas que sufren trastornos por consumo de drogas acceden a los servicios de tratamiento cada año. Los opioides ocupan un lugar destacado entre las drogas que más preocupación suscitan en América del Norte, Europa y Asia. En Europa Oriental y Sudoriental, casi tres de cada cuatro personas en tratamiento por trastornos relacionados con el consumo de drogas lo reciben por el consumo de opioides. El número de personas en tratamiento por el consumo de cocaína sigue siendo bastante elevado en América Latina y el Caribe, donde casi la mitad de las personas en tratamiento por trastornos relacionados con el consumo de drogas lo reciben por el consumo de esa sustancia (véase el gráfico II).

10. El tratamiento relacionado con trastornos por consumo de cannabis ocupa un lugar más destacado en África y Oceanía que en otras regiones. En África, esta situación puede guardar relación con las escasas opciones de tratamiento al alcance de los consumidores de otras drogas. Casi la mitad de los casos de tratamiento por trastornos relacionados con el consumo de drogas en África se refieren al consumo de sustancias sin especificar, lo que oculta la verdadera magnitud del consumo de otras drogas, aparte del cannabis, que también suscitan preocupación. La demanda de tratamiento por trastornos relacionados con el consumo de cannabis ha aumentado en casi todas las regiones, y casi la mitad de las personas que se someten a tratamiento por consumo de cannabis en todo el mundo lo reciben por primera vez.

11. Las anfetaminas siguen siendo un problema principalmente en Asia Oriental y Sudoriental y, en cierta medida, en América del Norte. En Asia, aunque el número de personas en tratamiento por trastornos relacionados con el consumo de anfetaminas ha

[2] Véase *Informe Mundial sobre las Drogas 2016* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.16.XI.7).

[3] Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA) y Proyecto Europeo de Encuestas Escolares sobre el Alcohol y Otras Drogas (ESPAD), *ESPAD Report 2015*: *Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs* (Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo, 2016) y el promedio no ponderado del consumo corriente en los Estados miembros de la Unión Europea, según la notificación del EMCDDA.

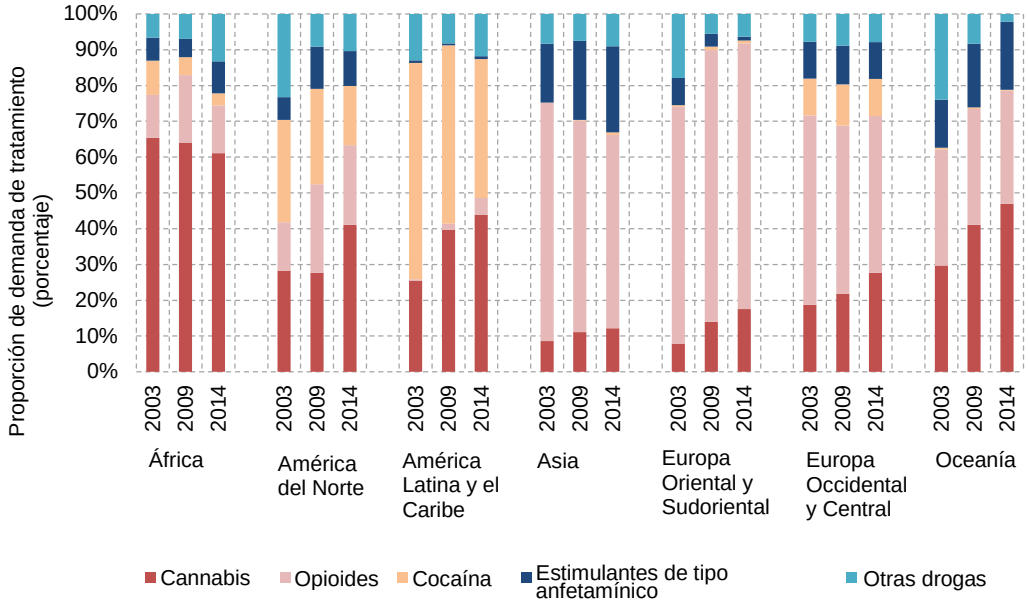
ido en aumento, cerca de la mitad de las personas en tratamiento por consumo de drogas en la región lo reciben por trastornos relacionados con el consumo de opioides.

12. A nivel mundial, las personas que se someten a tratamiento por trastornos relacionados con el consumo de cannabis y anfetaminas son más jóvenes (25 años de edad en promedio) que las personas en tratamiento por trastornos relacionados con el consumo de otras drogas. En cambio, es menor la proporción de personas que se someten a tratamiento por primera vez por trastornos relacionados con el consumo de opioides o cocaína; suelen ser personas de 30 a 40 años, lo que refleja el envejecimiento de la cohorte de consumidores en tratamiento en muchas subregiones.

13. Además, se estima que las personas a las que se diagnostica policonsumo de drogas representan entre el 40% y el 80% del total de consumidores de drogas en tratamiento, lo que refleja la complejidad de los hábitos de consumo de drogas y los desafíos que entraña el tratamiento eficaz de los trastornos conexos.

Gráfico II

Droga principal de consumo entre las personas sometidas a tratamiento, por regiones, en 2003, 2009 y 2014



Fuente: Informe Mundial sobre las Drogas 2016.

3. Magnitud del consumo, por sustancias

14. No obstante las tendencias regionales del consumo de diferentes drogas, el uso de la mayoría de las sustancias se ha mantenido estable a nivel mundial. Las tendencias mundiales y regionales del consumo de drogas se estiman a partir de encuestas representativas a nivel nacional, así como de estudios que utilizan métodos indirectos para estimar el número de consumidores de alto riesgo. Muchos Estados Miembros, principalmente de Asia y África, no realizan esas encuestas, mientras que otros las llevan a cabo a intervalos de tres a cinco años. Por consiguiente, para calcular las estimaciones regionales y mundiales se utilizan las estimaciones de un número reducido de países disponibles cada año. Por este motivo, más que las tendencias mundiales o regionales en tiempo real, las variaciones de año en año reflejan las mejores estimaciones disponibles del consumo de drogas en cada momento particular. Así pues, desde el punto de vista de la política mundial, es más prudente utilizar las tendencias del consumo de drogas a largo plazo.

15. El cannabis sigue siendo la droga de consumo más amplio: se estimó que entre 128 millones y 234 millones de personas de 15 a 64 años la habían consumido en 2014 (con una prevalencia estimada entre el 2,7% y el 4,9% de la población adulta). Las regiones con la más alta prevalencia anual del consumo de cannabis fueron, una vez más, África Occidental y Central, América del Norte y Oceanía (véase el cuadro 1).

Cuadro 1
Subregiones con una alta prevalencia del consumo de cannabis, 2014

	Prevalencia anual (porcentaje)	*Número estimado de personas*
Todo el mundo	3,8	182 500 000
África Occidental y Central	12,4	30 590 000
América del Norte	12,1	38 520 000
Oceanía	10,2	2 550 000
Europa Occidental y Central	6,7	21 490 000
África Meridional	5,1	4 610 000

Fuente: Informe Mundial sobre las Drogas 2016.

16. El consumo de anfetaminas (es decir, anfetamina y metanfetamina) siguió siendo generalizado; estas ocuparon el segundo lugar entre las sustancias más consumidas a nivel mundial en 2014, estimándose en 35,8 millones el número de personas que las habían consumido en el año anterior. El consumo de anfetaminas más alto se siguió registrando en Oceanía (principalmente en Australia y Nueva Zelandia) y América del Norte. No se dispone de estimaciones recientes por lo que toca a África y Asia, en particular Asia Oriental y Sudoriental. El consumo de anfetaminas se mantiene en un nivel elevado en esas subregiones, como también en América del Norte (véase el cuadro 2).

Cuadro 2
Subregiones con una alta prevalencia del consumo de anfetamina y estimulantes sujetos a prescripción médica, 2014

	Prevalencia anual (porcentaje)	*Número estimado de personas*
Todo el mundo	0,8	35 650 000
Oceanía	1,9	480 000
América del Norte	1,4	4 560 000
África Meridional	0,7	650 000
África del Norte	0,6	780 000
Asia Oriental y Sudoriental	0,6	9 110 000
Europa Occidental y Central	0,5	1 560 000

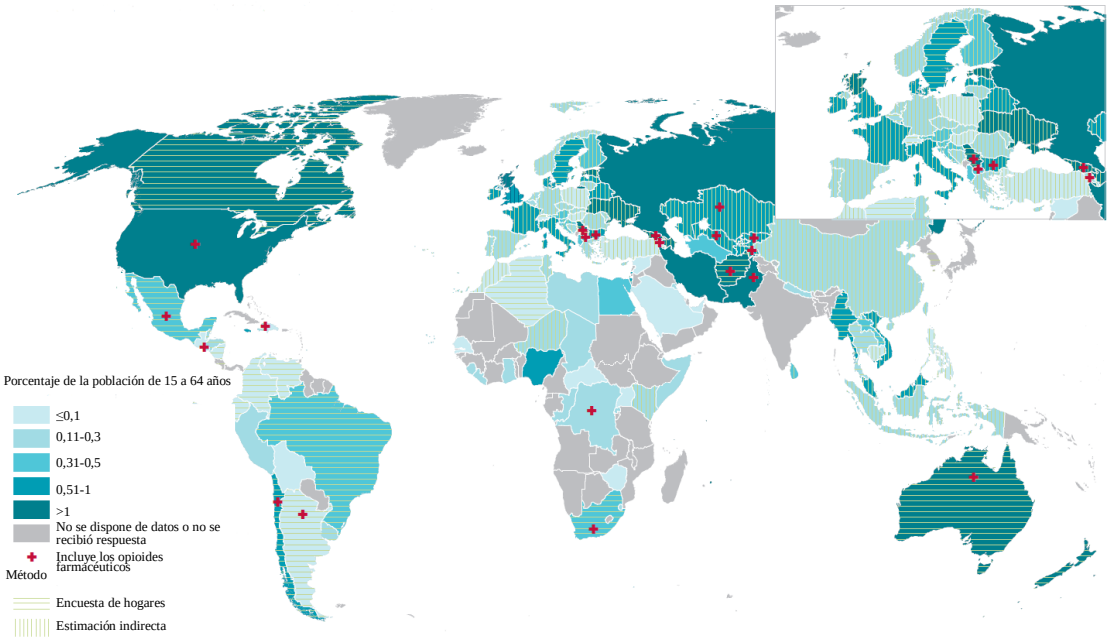
Fuente: Informe Mundial sobre las Drogas 2016.

17. Se estimó que la prevalencia total del consumo de opioides, es decir, opioides sujetos a prescripción médica y opiáceos (heroína y opio) se situaba entre el 0,6% y el 0,8% de la población de 15 a 64 años, lo que equivale a una cifra estimada de 33 millones de consumidores de opioides y alrededor de 17,4 millones de consumidores de opiáceos a lo largo del año anterior. Los altos niveles de uso indebido de opioides sujetos a prescripción médica siguieron siendo un motivo de gran preocupación en América del Norte y Oceanía. Por otro lado, hubo un alto consumo de opiáceos en Asia Sudoccidental, Europa Oriental y Sudoriental y Asia Central,

mientras que en los Estados Unidos y algunas partes de América del Sur empezaba a resurgir como un problema (véase el mapa 2).

Mapa 2

Prevalencia del consumo de opiáceos y del uso indebido de opioides sujetos a prescripción médica, 2014 o el año más reciente disponible



Nota: Los límites y los nombres que figuran en el mapa y las designaciones que se utilizan en él no implican una aprobación o aceptación oficial por parte de las Naciones Unidas. Las líneas discontinuas representan límites por determinar. La línea de puntos representa aproximadamente la línea de control en Jammu y Cachemira convenida por la India y el Pakistán. El estatuto definitivo de Jammu y Cachemira aún no ha sido acordado por las partes. El límite definitivo entre el Sudán y Sudán del Sur aún no se ha determinado. Existe una disputa de soberanía entre los Gobiernos de la Argentina y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte respecto de las Islas Malvinas (Falkland).

Según el Gobierno del Canadá, los datos sobre el consumo de heroína basados en la encuesta de hogares no son notificables, y el Gobierno del Canadá no comunica una estimación basada en métodos indirectos.

Fuente: Informe Mundial sobre las Drogas 2016.

18. El uso de cocaína se siguió concentrando en América del Norte y del Sur (con una prevalencia anual del 1,6% y del 1,5%, respectivamente), Oceanía (1,5%) y Europa Occidental y Central (1,1%). A nivel mundial, se estimó que hubo 18 millones de consumidores de cocaína a lo largo del año anterior. El consumo de cocaína parecía estarse estabilizando en niveles altos en los mercados principales y establecidos.

19. Se estimó que la prevalencia de la 3,4-metilenedioximetanfetamina (MDMA, conocida comúnmente como éxtasis) se situaba entre el 0,2% y el 0,6%, equivalentes a más de 19 millones de consumidores en el último año. En comparación con el promedio mundial, el consumo de éxtasis seguía siendo considerablemente alto en Oceanía (sobre todo en Australia y Nueva Zelandia), con un 2,4%. Las otras regiones en que se registró una prevalencia alta del consumo de éxtasis fueron América del Norte (0,8%) y Europa (0,6%). El consumo de éxtasis está vinculado a los lugares de esparcimiento y de vida nocturna, y los niveles más altos de uso se observan entre los jóvenes.

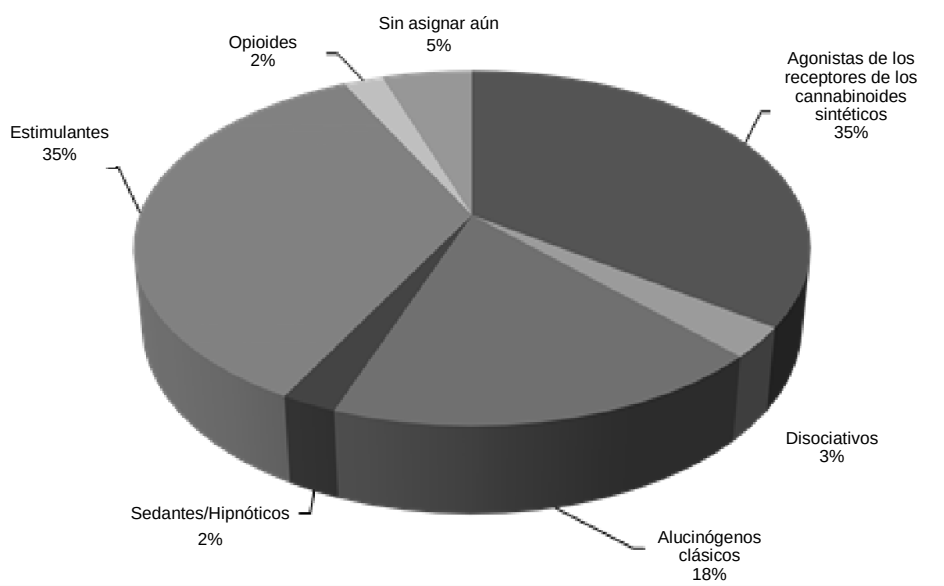
20. El uso indebido de medicamentos sujetos a prescripción médica sigue estando muy extendido, aunque no se dispone de estimaciones mundiales al respecto. El más común continúa siendo el uso indebido de benzodiazepinas: aproximadamente 60 países[4] consideran que las benzodiazepinas se cuentan entre las tres sustancias de uso indebido más habitual. Las benzodiazepinas figuran con frecuencia en los informes sobre casos de sobredosis mortales relacionadas con el consumo de opiáceos. El uso indebido de opioides farmacéuticos, entre ellos la oxicodona, el tramadol y el fentanilo, tampoco ha dejado de ser un problema de salud pública, ya que estas sustancias se relacionan con numerosos casos de sobredosis, algunos letales, en muchas regiones. En particular, han aumentado de manera sustancial las sobredosis letales atribuidas a los opioides farmacéuticos en América del Norte. El uso indebido de esas sustancias es una consecuencia de su desviación de los canales lícitos y, a la vez, de la disponibilidad y distribución de opiáceos fabricados de manera ilícita en muchas regiones.

21. Entre 2008 y finales de 2015, 102 países y territorios notificaron un total de 644 sustancias psicoactivas nuevas al sistema de alerta temprana de la UNODC sobre nuevas sustancias psicoactivas (véase el gráfico III). Cada año aumenta el número de notificaciones relativas a ese tipo de sustancias, aunque algunas de ellas, como la ketamina, el *khat*, los cannabinoides sintéticos (JWH-018), la mefedrona y la metilona, tienen una presencia establecida. Con todo, muchas de las nuevas sustancias psicoactivas siguen siendo de carácter pasajero, y solo un reducido número de países las notifican durante unos pocos años.

22. La mayor parte de las nuevas sustancias psicoactivas están concebidas para imitar los efectos de drogas fiscalizadas como el cannabis, la cocaína, el éxtasis, la heroína, la dietilamida del ácido lisérgico (LSD) o la metanfetamina. Un análisis de los efectos farmacológicos de las nuevas sustancias psicoactivas ha revelado que la mayoría de esas sustancias eran agonistas de los receptores de cannabinoides sintéticos, estimulantes y alucinógenos clásicos.

[4] Según las respuestas de los Estados Miembros al cuestionario para los informes anuales correspondientes a 2014 y 2015.

Gráfico III
Nuevas sustancias psicoactivas notificadas al sistema de alerta temprana de la UNODC por sus efectos farmacológicos, 2008-2015



Fuente: Informe Mundial sobre las Drogas 2016.

B. Consecuencias del consumo de drogas

1. Personas que se inyectan drogas

23. Las personas que se inyectan drogas se exponen a algunos de los peores daños para la salud asociados al consumo de drogas sin precaución, así como a un deterioro general de los resultados de salud, y corren un alto riesgo de sobredosis, mortal o no, que aumenta por consiguiente las probabilidades de muerte prematura. 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 inyectan drogas se sitúa entre 8,4 millones y 19 millones (entre el 0,18% y el 0,40% de la población de 15 a 64 años de edad). La subregión con la prevalencia más elevada de personas que se inyectan drogas (1,27%) sigue siendo Europa Oriental y Sudoriental, donde viven prácticamente una de cada cuatro personas que se inyectan drogas en todo el mundo. En números absolutos, se atribuye a China, los Estados Unidos y la Federación de Rusia casi la mitad de la cifra total estimada mundial de personas que se inyectan drogas.

2. El VIH entre las personas que se inyectan drogas

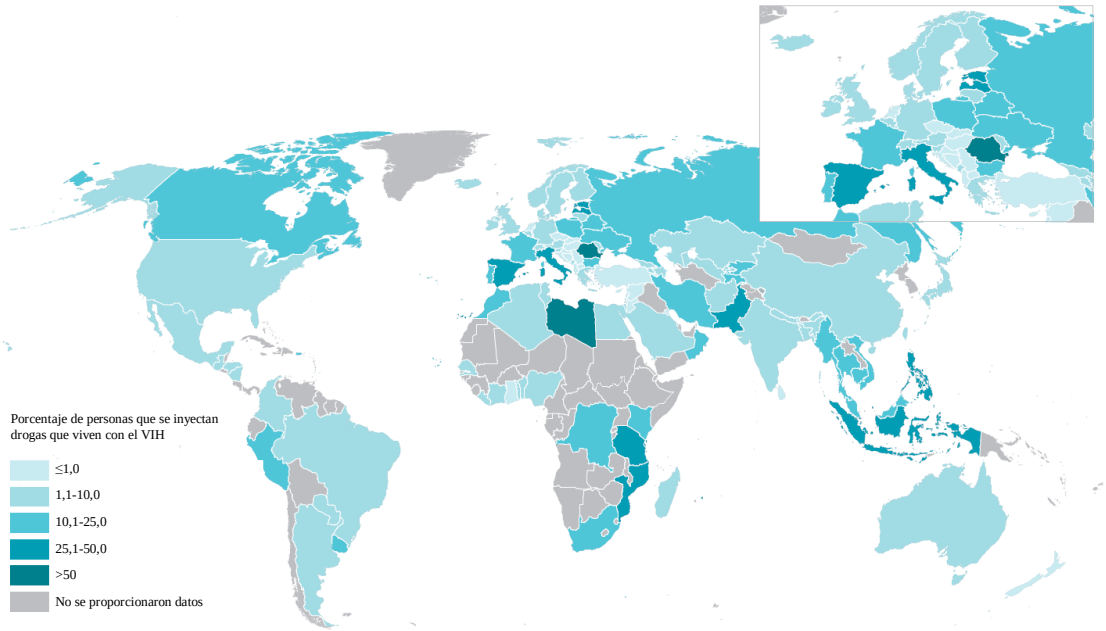
24. A nivel mundial, la carga de infección por el VIH entre las personas que se inyectan drogas sigue siendo alta (véanse el mapa 3 y el cuadro 3 más abajo), y representa el 30% de las infecciones nuevas por el VIH fuera de África Subsahariana[5]. Se estima que 1,6 millones de personas que se inyectan drogas viven con el VIH (una prevalencia del 14,0%), y que más de la mitad de las personas que se inyectan drogas están infectadas con el virus de la hepatitis C.

[5] Véase el *Informe Mundial sobre las Drogas 2016.*

25. La prevalencia del VIH es particularmente elevada en las personas que se inyectan drogas en Asia Sudoccidental y en Europa Oriental y Sudoriental (con una prevalencia del 28,2% y el 22,9%, respectivamente); representan casi la mitad del número total de personas que se inyectan drogas que viven con el VIH.

Mapa 3

Prevalencia del VIH en las personas que se inyectan drogas, 2014 o el año más reciente disponible



Nota: Los límites y los nombres que figuran en el mapa y las designaciones que se utilizan en él no implican una aprobación o aceptación oficial por parte de las Naciones Unidas. Las líneas discontinuas representan límites por determinar. La línea de puntos representa aproximadamente la línea de control en Jammu y Cachemira convenida por la India y el Pakistán. El estatuto definitivo de Jammu y Cachemira aún no ha sido acordado por las partes. El límite definitivo entre el Sudán y Sudán del Sur aún no se ha determinado. Existe una disputa de soberanía entre los Gobiernos de la Argentina y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte respecto de las Islas Malvinas (Falkland).

Fuente: Informe Mundial sobre las Drogas 2016.

Cuadro 3
Número estimado de personas que se inyectan drogas y prevalencia del VIH entre ese grupo de población, 2014

		Personas que se inyectan drogas						*VIH entre las personas que se inyectan drogas*			
		Número estimado			*Prevalencia (porcentaje)*			*Número estimado*			*Prevalencia (porcentaje)*
Región	*Subregión*	*Mínimo*	*Óptimo*	*Máximo*	*Mínima*	*Óptima*	*Máxima*	*Mínimo*	*Óptimo*	*Máximo*	*Estimación óptima*
África		**240 000**	**630 000**	**3 840 000**	**0,04**	**0,10**	**0,60**	**27 000**	**86 000**	**1 199 000**	**13,6**
America		**2 180 000**	**2 750 000**	**3 580 000**	**0,33**	**0,42**	**0,55**	**162 000**	**229 000**	**375 000**	**8,3**
	América del Norte	1 790 000	2 080 000	2 380 000	0,56	0,65	0,75	147 000	188 000	254 000	9,1
	América Latina y el Caribe	390 000	670 000	1 190 000	0,12	0,20	0,36	15 000	41 000	121 000	6,1
Asia		**3 430 000**	**4 670 000**	**6 000 000**	**0,12**	**0,16**	**0,21**	**393 000**	**584 000**	**901 000**	**12,5**
	Asia Central y Transcaucasia	360 000	400 000	460 000	0,64	0,72	0,83	28 000	33 000	41 000	8,1
	Asia Oriental y Sudoriental	2 210 000	3 190 000	4 220 000	0,14	0,20	0,27	196 000	330 000	581 000	10,3
	Asia Sudoccidental	540 000	710 000	900 000	0,29	0,39	0,49	151 000	201 000	254 000	28,2
	Cercano Oriente y Oriente Medio	30 000	80 000	130 000	0,03	0,08	0,13	300	1 300	5 500	1,6
	Asia Meridional	280 000	280 000	280 000	0,03	0,03	0,03	18 000	19 000	20 000	6,8
Europa		**2 420 000**	**3 550 000**	**5 460 000**	**0,44**	**0,65**	**1,00**	**386 000**	**732 000**	**1 427 000**	**20,6**
	Europa Oriental y Sudoriental	1 780 000	2 860 000	4 670 000	0,79	1,27	2,07	315 000	654 000	1 339 000	22,9
	Europa Occidental y Central	630 000	700 000	780 000	0,20	0,22	0,24	71 000	78 000	88 000	11,2
Oceanía		**90 000**	**90 000**	**110 000**	**0,35**	**0,36**	**0,43**	**900**	**1 100**	**1 500**	**1,3**
Todo el mundo		**8 350 000**	**11 690 000**	**18 980 000**	**0,18**	**0,25**	**0,40**	**970 000**	**1 630 000**	**3 900 000**	**14,0**

Fuente: Informe Mundial sobre las Drogas 2016.

26. Las personas que se inyectan drogas tienen aproximadamente tres veces más probabilidades de contraer el VIH que las que no se inyectan. Además, según se informa, las personas que se inyectan estimulantes practican comportamientos sexuales de mayor riesgo. Debido a que los efectos de los estimulantes tienen una duración más corta, las personas que se inyectan esas sustancias lo hacen con mayor frecuencia, lo que trae consigo una mayor vulnerabilidad a la infección por el VIH y una prevalencia más alta del virus en comparación con las personas que se inyectan opiáceos[6].

3. Muertes relacionadas con las drogas

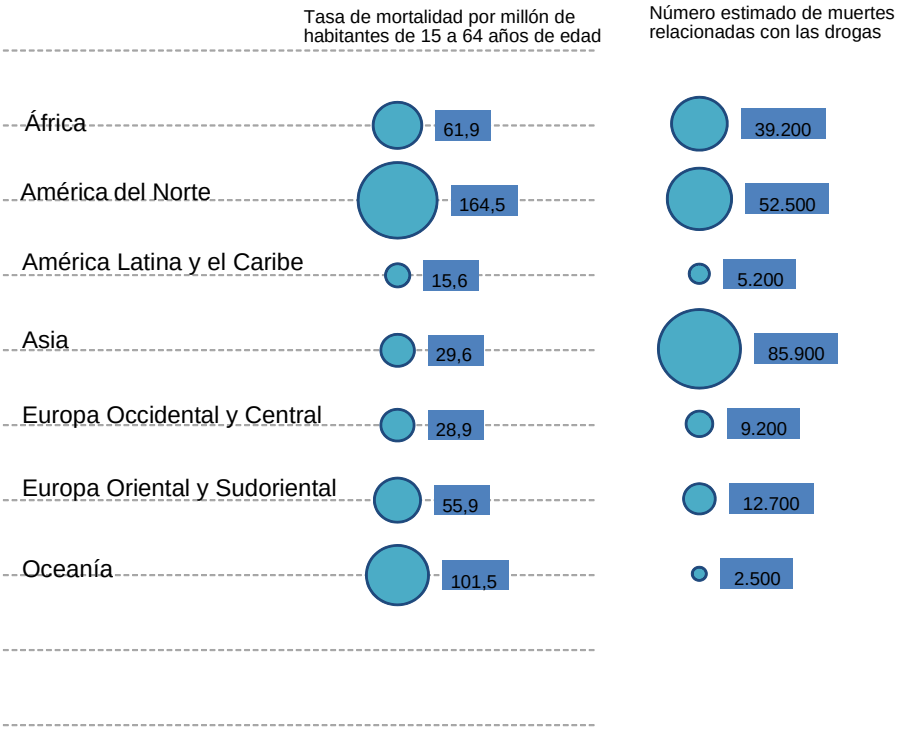
27. Se estima que en 2014 hubo entre 114.000 y 250.000 muertes relacionadas con las drogas en todo el mundo, lo que equivale a una tasa de mortalidad de 43,5 muertes por millón de habitantes de 15 a 64 años de edad (véase el gráfico 4). Las muertes por

[6] Isabel Tavitian-Exley y otros, “Influence of different drugs on HIV risk in people who inject: systematic review and meta-analysis”, *Addiction*, vol. 110, núm. 4 (2015), págs. 572 a 584.

sobredosis representan entre la tercera parte y la mitad de todas las muertes relacionadas con las drogas, y en la mayoría de los casos esas muertes se atribuyen al consumo de opioides. Sin embargo, se cree que las notificaciones sobre el número de casos de muertes relacionadas con las drogas son insuficientes debido a las distintas metodologías y prácticas utilizadas para su registro en los diferentes países.

Gráfico IV

Tasa de mortalidad relacionada con las drogas y número de muertes relacionadas con las drogas, por regiones, 2014



Fuente: Informe Mundial sobre las Drogas 2016.

28. Se estima asimismo que por cada sobredosis con consecuencias mortales hay entre 20 y 25 casos de sobredosis no letales, muchos de los cuales no se notifican[7]. Los casos de sobredosis continúan siendo un problema importante de salud pública debido a la morbilidad y las consecuencias sanitarias conexas, ya que las sobredosis reiteradas dejan expuesto al consumidor a un mayor riesgo de padecer daños físicos y cognitivos a largo plazo[8].

29. En América del Norte se registra una cuarta parte de las muertes relacionadas con las drogas en todo el mundo, de manera que es la región con la tasa más elevada de mortalidad relacionada con las drogas, lo que puede atribuirse en parte a una labor más eficaz de vigilancia y notificación de las muertes causadas por drogas, así como a las altas tasas de consumo de opioides.

[7] Véase el *Informe Mundial sobre las Drogas 2015* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.15.XI.6).

[8] Para obtener información detallada, véase el *Informe Mundial sobre las Drogas 2015* y el *Informe Mundial sobre las Drogas 2016.*

30. En los últimos años, se ha vinculado el consumo de fentanilo, uno de los opioides sintéticos potentes, a un número importante y cada vez mayor de casos de sobredosis letales en América del Norte y Europa.

III. Resúmenes regionales

31. La información sobre el consumo de drogas que figura a continuación pone de relieve las principales tendencias y novedades según la información aportada. Las estimaciones de la prevalencia que se presentan en cada sección son las estimaciones de la UNODC publicadas en el *Informe Mundial sobre las Drogas 2016*.

A. África

32. La información sobre la magnitud del consumo de drogas en África sigue siendo limitada y se refiere solo a unos cuantos países de la región. Sin embargo, el consumo de cannabis se mantiene en niveles particularmente altos, como también la demanda de tratamiento por trastornos relacionados con su consumo. Se estima que la prevalencia anual del consumo de cannabis es del 7,6% en las personas de 15 a 64 años de edad.

33. El consumo de opiáceos, cocaína y anfetaminas en la región sigue estando en niveles comparables con el promedio mundial. Sin embargo, según las apreciaciones de los expertos sobre las tendencias del consumo de drogas, muchos países de la región también notifican un mayor uso de opiáceos y opioides farmacéuticos, así como de cannabis y cocaína[9].

34. En 2015, de acuerdo con la información relativa a la demanda de tratamiento en Nigeria[10], el cannabis era la sustancia principal por la que se sometían las personas a tratamiento (el 80% de la demanda de tratamiento, excluido el alcohol y el tabaco). Se comunicó que los opioides estaban clasificados como la segunda sustancia más común (10%), seguida de las anfetaminas (6%). El tramadol era el principal opioide farmacéutico por el que recibían tratamiento las personas con trastornos relacionados con el consumo de drogas. Más del 80% de las personas en tratamiento eran policonsumidores, que usaban entre dos y cuatro sustancias ilícitas de manera sucesiva o simultánea.

35. En Egipto, según el Programa Nacional de Investigación sobre Adicciones, una encuesta de hogares sobre el consumo de drogas realizada en 2015 por la Secretaría General de Salud Mental, de las 106.480 personas de 15 años o más que participaron en las entrevistas, el 15,9% notificó su propio consumo de cannabis, mientras que el 4,8% había consumido opiáceos y el 3% había hecho uso indebido de opioides farmacéuticos. De las 106.480 personas que respondieron, se consideró que el 6,7% eran consumidores habituales de drogas y a un 6,4% adicional se les diagnosticaron trastornos relacionados con el consumo de sustancias. El uso indebido de sustancias se notificó con mayor frecuencia entre las personas de 26 a 35 años y de 36 a 45 años de edad[11].

---

[9] En 2015, en sus respuestas al cuestionario para los informes anuales, Argelia, Côte d'Ivoire, Mozambique y la República Unida de Tanzanía comunicaron un aumento del consumo de opioides y cannabis, y la República Unida de Tanzanía notificó además un crecimiento del consumo de cocaína.

[10] Ngozi S., "Patterns of drug and alcohol use in Nigeria, 2015" (2016).

[11] Emad Hamdi y otros, "Sociodemographic indicators for substance use and abuse in Egypt", *Journal of Addiction and Prevention*, vol. 4, núm. 1 (2016).

36. De acuerdo con el informe más reciente de la Red Sudafricana de Epidemiología Comunitaria sobre el Uso de Drogas, el cannabis siguió siendo la sustancia principal comunicada por la mayoría de las personas en tratamiento, incluidas las de menos de 20 años. El consumo de cocaína continuó disminuyendo y con más frecuencia se notificó como sustancia secundaria de consumo. La demanda de tratamiento por consumo de heroína, que con anterioridad había ido aumentando, se estabilizó en 2015. El número de admisiones a tratamiento por el consumo de metanfetaminas como droga principal o secundaria siguió siendo bajo en la mayoría de los centros de tratamiento. Persistió el problema del uso indebido de medicamentos de venta libre o con receta, como tabletas para adelgazar, analgésicos y benzodiazepinas. Desde la mayor parte de los lugares se vienen recibiendo informes sobre el consumo de "nyaope", una heroína de baja calidad que se fuma mezclada con "dagga" (cannabis)[12].

B. América

37. El cannabis sigue siendo la sustancia ilícita de uso más común en América, con una prevalencia anual del 7,5% de la población adulta. También se han comunicado altos niveles de consumo de cocaína en América del Norte y América del Sur.

1. América del Norte

38. En América del Norte, todos los tipos de drogas se consumen en niveles superiores al promedio mundial. El cannabis es la sustancia ilícita más ampliamente usada (el 12,1% de la población la había consumido el año anterior), y el consumo de opioides (opiáceos y uso indebido de opioides farmacéuticos) y de cocaína también es alto en comparación con los niveles mundiales. La prevalencia anual del consumo de opioides asciende al 3,9% y la del consumo de opiáceos, al 0,5%. El consumo de cocaína en los 12 meses anteriores (1,6%) fue el más elevado en América del Norte. La prevalencia anual del consumo de anfetaminas (1,4%) y del consumo de éxtasis (0,8%) es también muy superior al promedio mundial.

39. En los Estados Unidos, se estima que 27 millones de personas de 12 años o más (el 10,1% de la población) son consumidores actuales (es decir, que han consumido en los últimos 30 días) de diferentes drogas. El cannabis sigue siendo la sustancia ilícita de uso más común, con 22,2 millones de consumidores actuales[13]. El consumo de cannabis en el mes anterior, en especial entre los consumidores diarios o casi diarios, y entre los jóvenes de 18 a 29 años, ha registrado un crecimiento considerable desde 2006. El actual aumento del consumo de cannabis está muy vinculado a la percepción de que el riesgo de sufrir daños por esa sustancia es inferior al que acarrean otras drogas, y también a que se tiene conocimiento de la legalización de su uso con fines médicos en los Estados Unidos[14]. El consumo de cocaína se mantuvo estable en los Estados Unidos entre 2008 y 2014, pero subió en 2015, año en que alrededor del 0,7% de la población de 12 años o más notificó su consumo actual[15]. El uso indebido de

[12] Siphokazi Dada y otros, "Alcohol and drug abuse trends: July-December 2015", Update June 2016, phase 39 (Ciudad del Cabo, Sudáfrica, Red Sudafricana de Epidemiología Comunitaria sobre el Uso de Drogas, 2016).

[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 2015 National Survey on Drug Use and Health*, HHS Publication No. SMA 16-4984, NSDUH Series H-51 (Rockville (Maryland), 2015).

[14] Wilson M. Compton y otros, "Marijuana use and use disorders in adults in the USA, 2002-2014: analysis of annual cross-sectional surveys", *The Lancet Psychiatry*, vol. 3, núm. 10 (2016), págs. 954 a 964.

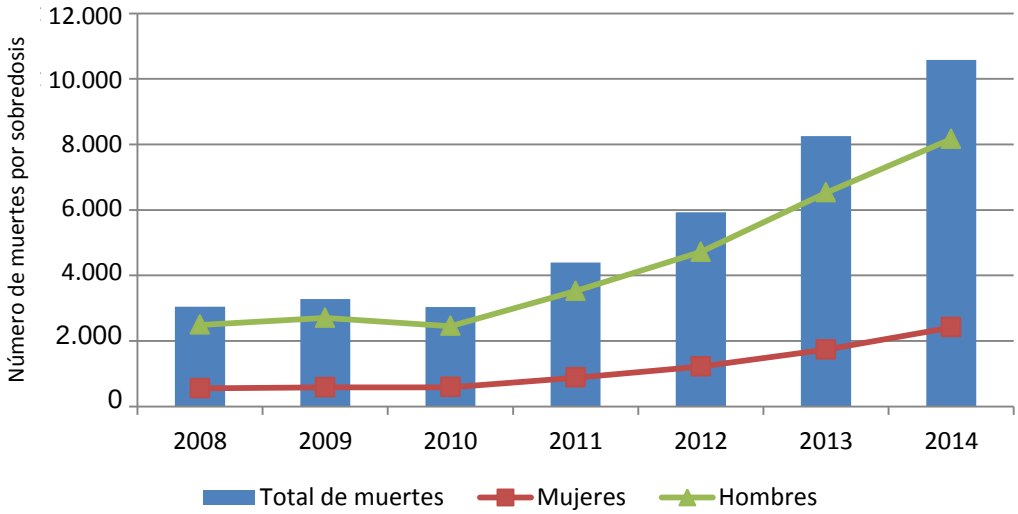
[15] Centro de Estadísticas y Calidad de la Salud del Comportamiento, *Key Substance Use*.

opioides farmacéuticos sigue suscitando gran preocupación y, según la información disponible, se estima que el 4,7% de la población los consumió en el año anterior[16].

40. El consumo de heroína en los Estados Unidos ha mostrado una tendencia al alza desde 2007. En 2015, alrededor del 0,3% de la población comunicó en la encuesta nacional que había consumido heroína en el último año. Es preciso señalar, no obstante, que el consumo de heroína notificado por los propios consumidores en las encuestas de hogares probablemente sea inferior al real. El aumento del consumo de heroína se ha atribuido a la mayor accesibilidad, los precios reducidos y la gran pureza de la heroína disponible en algunas partes los Estados Unidos. Ese consumo ha crecido entre hombres y mujeres, y en particular entre los jóvenes de 18 a 25 años. Aunque la prevalencia del consumo de heroína en los 12 meses anteriores es más alta en los hombres que en las mujeres, esa diferencia se ha reducido en los últimos años.

41. El aumento del consumo de heroína ha dado lugar a un crecimiento sustancial del número de casos de sobredosis mortales de heroína, en particular entre los nuevos consumidores, muchos de ellos jóvenes e inexpertos, y entre los consumidores con antecedentes de uso indebido de opioides farmacéuticos. Otro factor que interviene en un mayor número de muertes causadas por sobredosis de heroína es el uso de fentanilo para adulterar la heroína en algunas partes de los Estados Unidos[17]. Resulta evidente que el número de casos de sobredosis mortales de heroína entre las mujeres se incrementó en un 500% entre 2008 y 2014, a diferencia de un aumento del 300% en el caso de los hombres (véase el gráfico V).

Gráfico V
Muertes causadas por sobredosis de heroína en los Estados Unidos, 2008-2014



Fuente: Basado en datos presentados por Rose A. Rudd y otros, "Increase in drug and opioid overdose deaths: United States, 2000-2014", *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 64, núm. 50 (2016).

[16] Debido a un cambio efectuado en el cuestionario, la prevalencia notificada de analgésicos y estimulantes opioides en 2015 no es comparable con los valores comunicados en 2014.

[17] Organismo de Fiscalización de la Droga de los Estados Unidos, "National heroin threat assessment summary: updated", 27 de junio de 2016.

42. Según la encuesta de tabaco, alcohol y drogas del Canadá de 2015, la prevalencia del consumo de cannabis en el último año aumentó al 12% (3,6 millones de consumidores), frente al 11% (3,1 millones de usuarios) registrado en 2013. No hubo modificación alguna en la prevalencia del consumo de cocaína o cocaína *crack* (1,2%) o de metanfetamina (0,2%). Tampoco hubo cambios en la prevalencia del uso indebido de opioides farmacéuticos con respecto a 2013[18].

43. En México, según las apreciaciones de los expertos sobre las tendencias del consumo de drogas, el consumo de cannabis y de anfetaminas ha aumentado, a diferencia del consumo de otras sustancias, que se considera estable. Entre las nuevas tendencias del consumo de drogas entre los jóvenes se informó sobre el consumo de hongos alucinógenos, *Salvia divinorum*, ketamina y *Brugmansia* (floripondio)[19].

2. América del Sur, Centroamérica y el Caribe

44. En América del Sur y en Centroamérica y el Caribe se notifican altos niveles de consumo de cocaína en los 12 meses anteriores (alrededor del 0,9% y del 0,8% de la población adulta, respectivamente). El consumo de otras sustancias ilícitas se mantiene en niveles comparables o inferiores al del promedio mundial. En lo que respecta al año de que se informa, se ha comunicado escasa información nueva desde la subregión sobre la magnitud del consumo de drogas.

45. Según la opinión de los expertos sobre las tendencias del consumo de drogas, en Bolivia (Estado Plurinacional de), Costa Rica, Guyana, Panamá y el Paraguay se percibe un descenso del consumo de la mayoría de las sustancias, como el cannabis, la cocaína y los opioides. En la Argentina, los expertos perciben un aumento del consumo de cannabis y de opioides, en tanto que se considera estable el consumo de cocaína. En Chile, los expertos también perciben un crecimiento del consumo de cannabis, heroína y cocaína y un descenso del consumo de anfetaminas.

46. En Colombia, se identificaron 21 nuevas sustancias psicoactivas en 2015 que en su mayor parte pertenecen al grupo de las fenetilaminas. Se consideró que muchas de las nuevas sustancias psicoactivas se comercializaban como drogas convencionales, tales como el LSD o el éxtasis[20].

47. Panamá fue el único país de la subregión que notificó una nueva encuesta de hogares en 2015. Se estimó que la prevalencia anual total del consumo de cualquier droga era del 1,2% de la población adulta de Panamá. Según se informó, el cannabis y los tranquilizantes eran las dos principales sustancias ilícitas que se consumían, y se estimó que el 0,7% de la población adulta había consumido alguna de las dos en el último año[21].

C. Asia

48. Se dispone de estimaciones fidedignas de la prevalencia del consumo de diferentes drogas para un número limitado de países de la región. Se estima que el consumo de opiáceos y anfetaminas es similar a los niveles mundiales, mientras que el consumo de otras sustancias ilícitas se sitúa muy por debajo de las estimaciones mundiales. Sin embargo, en relación con la población de Asia, el número absoluto de

[18] Ministerio de Salud del Canadá, Canadian Tobacco, Alcohol and Drug Surveys: summary of results for 2015, 10 de noviembre de 2016. Se puede consultar en http://healthycanadians.gc.ca/science-research-sciences-recherches/data-donnees/ctads-ectad/summary-sommaire-2015-eng.php.

[19] Respuesta de México al cuestionario para los informes anuales correspondiente a 2015.

[20] Respuesta de Colombia al cuestionario para los informes anuales correspondiente a 2015.

[21] Respuesta de Panamá al cuestionario para los informes anuales correspondiente a 2015.

personas que consumen drogas sigue siendo alto con respecto al cannabis, los opiáceos y las anfetaminas. A fines de 2015, habían notificado la aparición de nuevas sustancias psicoactivas 30 países de Asia, más que en cualquier otra región excepto Europa.

1. Asia Oriental y Sudoriental

49. La metanfetamina y los opiáceos fueron las dos sustancias con la prevalencia más alta de consumo a lo largo del año anterior en la subregión. Expertos de la región perciben un aumento del consumo de metanfetamina en China, Indonesia, Myanmar y la República de Corea.

50. En muchos países, correspondió a los consumidores de metanfetamina el porcentaje más alto de personas en tratamiento por trastornos relacionados con el consumo de drogas en Brunei Darussalam, Camboya, Filipinas, la República Democrática Popular Lao, Singapur y Tailandia.

51. En China, había un total de 3,5 millones de consumidores de drogas registrados a fines de 2015. A pesar de que se percibe una disminución del consumo de heroína, los usuarios de esta sustancia sumaban 1,5 millones, casi el 40% de todos los consumidores de drogas registrados. Se considera que en China ha aumentado el consumo de metanfetamina y se estima que hay 1,6 millones de usuarios registrados. Se percibe que ha disminuido el uso de tramadol y ketamina en el país.

52. Se estima que 3,2 millones de personas se inyectan drogas (el 25% de la estimación mundial) en la subregión. Camboya, Filipinas, Indonesia y Myanmar fueron los países con una elevada prevalencia de VIH (superior al 20%) en las personas que consumen drogas por inyección.

2. Asia Meridional

53. La información existente sobre la situación relativa a las drogas en la subregión es limitada, especialmente en lo que respecta a la magnitud del consumo de cocaína y de anfetaminas. La prevalencia a lo largo del año anterior del consumo de cannabis se estimó en un 3,5%, y la del consumo de opiáceos, en un 0,3%, que son niveles comparables con el promedio mundial.

54. Aunque no se dispone de información reciente sobre la prevalencia del consumo de opioides en la India, se ha informado de una tendencia al alza del uso de esas sustancias en el estado indio de Punjab. Según un estudio realizado en 2015, se estimó que había 230.000 personas adictas a los opioides en Punjab, de las cuales cerca de 75.000 los consumían por inyección. Este dato indica que puede haber aumentado el consumo de opioides desde la última encuesta nacional, realizada en 2001, cuando se estimó que en todo el país había aproximadamente 500.000 personas adictas a los opioides. Se considera que su consumo afecta más a los varones jóvenes de 18 a 35 años que a otros grupos en el estado[22].

3. Asia Sudoccidental y Central

55. Asia Sudoccidental se caracteriza por niveles elevados del consumo de opiáceos y por la prevalencia más alta del VIH en las personas que se inyectan drogas. Junto con un número cada vez mayor de incautaciones de metanfetamina[23], se observa una

[22] India, y "Punjab opioid dependency survey: estimation of the size of opioid dependent population in Punjab — brief report" (Nueva Delhi, Society for Promotion of Youth and Masses y Centro Nacional de Tratamiento de Drogodependencias del Instituto Panindio de Ciencias Médicas, 2015).

[23] Véase el *Informe Mundial sobre las Drogas 2015* y el *Informe Mundial sobre las Drogas 2016*.

tendencia importante en Asia Sudoccidental hacia el aumento general del uso de metanfetamina entre los consumidores de drogas[24].

56. Según una encuesta reciente realizada en el Afganistán, se estima que entre 2 millones y 2,5 millones de personas consumen drogas[25]. Se percibió que había aumentado de manera considerable el consumo de opio y de heroína[26, 27], y se estimó que entre 1,3 millones y 1,56 millones de adultos habían usado opioides. Una nueva tendencia en el Afganistán es el consumo de anfetaminas, con una cifra estimada de entre 70.000 y 90.00 usuarios. También se ha observado una tendencia similar en el Pakistán, donde se estimó que 95.000 personas venían consumiendo metanfetaminas y haciendo uso ilícito de anfetaminas sujetas a prescripción médica[28].

57. Del mismo modo, en la República Islámica del Irán, las metanfetaminas se han sumado en los últimos años a las sustancias ilícitas objeto de abuso y, según estimaciones oficiosas, ocupan el segundo o tercer lugar entre las sustancias ilícitas de uso más frecuente en el país[29]. Los estudios realizados entre consumidores de opiáceos en tratamiento han revelado también una tendencia creciente del consumo de metanfetamina en ese grupo. Se considera que el uso de esa sustancia entre los consumidores de opiáceos sometidos a tratamiento a largo plazo ejerce una influencia negativa en el resultado de su tratamiento[30, 31].

4. Oriente Medio

58. En el Oriente Medio, el consumo de comprimidos de anfetamina etiquetados como Captagon sigue siendo un problema importante. Se ha notificado asimismo el consumo de otras sustancias ilícitas, como el cannabis y la heroína. En 2015, los expertos comunicaron un aumento del consumo de cannabinoides sintéticos en Jordania. Expertos de Qatar informaron de un aumento del consumo de anfetaminas y de tramadol, mientras que expertos de la Arabia Saudita notificaron que, entre los jóvenes, se había acentuado la tendencia de inyectarse metanfetamina, y que también había aumentado el consumo de *khat* y tramadol[32].

---

[24] Syed I. Sardar, “Drug abuse: global vs South Asian trends with special reference to India and Pakistan”, *Spotlight on Regional Affairs*, vol. XXXV, núm. 1 (2016).

[25] Estas estimaciones se basan en los resultados de una muestra de la población cuyas muestras biológicas para detectar diferentes drogas, incluida la posible exposición a productos farmacéuticos con fines médicos o su consumo, dieron resultados positivos en los exámenes de laboratorio.

[26] Respuesta del Afganistán al cuestionario para los informes anuales correspondiente a 2015.

[27] Departamento de Estado de los Estados Unidos, “Afghanistan national drug use survey: executive summary” (mayo de 2015).

[28] UNODC y el Pakistán, Ministerio del Interior y de Fiscalización de Estupefacientes, *Drug use in Pakistan 2013*.

[29] Zahra Alam-mehrjerdi, Alasdir M. Barr y Alireza Noroozi, “Methamphetamine-associated psychosis: a new health challenge in Iran”, *DARU Journal of Pharmaceutical Sciences*, vol. 21 (2013).

[30] Zahra A. Mehrjerdi, Azarakhsh Mokri y Kate Dolan, “Methamphetamine use and treatment in Iran: A systematic review from the most populated Persian Gulf country”, *Asian Journal of Psychiatry*, vol. 16 (2015), págs. 17 a 25.

[31] Schwann Shariatirad, Masoomeh Maarefvand y Hamed Ekhtiari, “Methamphetamine use and methadone maintenance treatment: an emerging problem in the drug addiction treatment network in Iran”, *International Journal of Drug Policy*, vol. 24, núm. 6 (2013), págs. e115 y e116.

[32] Respuestas de la Arabia Saudita, Jordania y Qatar al cuestionario para los informes anuales correspondiente a 2015.

D. Europa

59. Como sucede en otras regiones, el cannabis sigue siendo la sustancia ilícita más consumida en Europa, con un número de consumidores en el año precedente estimado en 27 millones (el 4,9% de la población de 15 a 64 años de edad), seguido de la cocaína, con 4 millones de consumidores en el año precedente (0,7%). El consumo de opioides (0,9%) y de opiáceos (0,6%) es superior al promedio mundial. Si se compara con el promedio mundial, la prevalencia del consumo de anfetaminas es inferior (0,4%), mientras que el consumo de éxtasis (0,6%) alcanza niveles más altos en la región.

1. Europa Occidental y Central

60. La prevalencia anual del consumo de cannabis sigue siendo elevada en Europa Occidental y Central (6,7%); sin embargo, hay indicios de tendencias de estabilización y disminución, en particular en países como Alemania, España y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte donde hay un consumo de cannabis de larga data y establecido, mientras que en Francia se ha observado un incremento en el consumo de cannabis después de 2010[33]. Se estima que cerca del 1% de la población adulta consume cannabis diariamente o casi diario, y que el 60% de los consumidores diarios tienen entre 15 y 34 años. Desde 2006, se ha registrado un aumento del 40% en el número de personas que se someten por primera vez a tratamiento por trastornos relacionados con el consumo de cannabis[34].

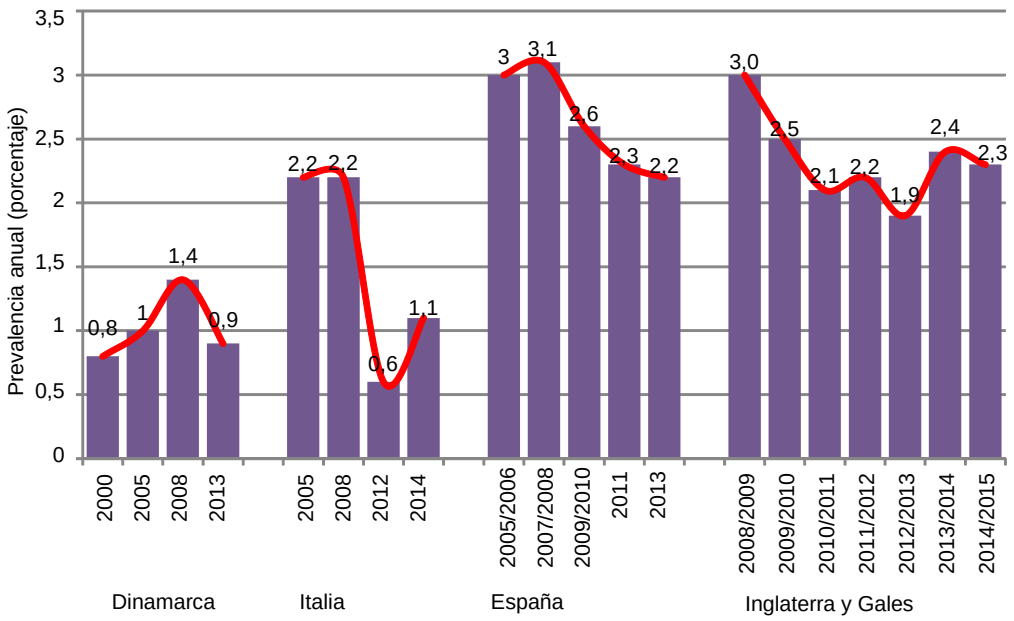
61. El consumo de cocaína sigue siendo alto, aunque los países con una prevalencia elevada, con excepción de Italia, comunican una tendencia estable o a la baja de ese consumo. En el Reino Unido, la disminución del consumo de cocaína es más frecuente entre las personas de 16 a 24 años, en tanto que la prevalencia en grupos de mayor edad permanece establece o va en aumento. Además de Italia, Francia es otro país que ha comunicado tendencias al alza del consumo de cocaína entre los jóvenes.

[33] La información en esta sección se basa en EMCDDA, *European Drug Report 2016: Trends and Developments* (Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo, 2016), y procede también de las respuestas de distintos países al cuestionario para los informes anuales correspondiente a 2015.

[34] EMCDDA, *European Drug Report 2016.*

Gráfico VI

Tendencias del consumo de cocaína en países de alta prevalencia de Europa Occidental y Central



Fuente: Respuestas al cuestionario para los informes anuales y otras fuentes oficiales.

62. El consumo de éxtasis ha venido disminuyendo desde 2000; sin embargo, al aumentar la disponibilidad de comprimidos de éxtasis con un mayor contenido de MDMA, existen indicios de un resurgimiento general del consumo de esa sustancia en la región.

63. Muchos países, incluidos aquellos con una prevalencia elevada del consumo de anfetamina como el Reino Unido y España, notifican tendencias a la baja o estables. Por otro lado, Finlandia ha comunicado un aumento constante del consumo de metanfetamina. Las estimaciones actuales de un consumo del 1,1% en los 12 meses anteriores entre la población adulta de Finlandia se sitúan entre las más altas de la subregión.

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

65. Aparte del consumo de heroína, existen ahora cada vez más indicios del uso indebido de opioides farmacéuticos. En 2014, cerca del 10% de los consumidores de opioides que se sometían a tratamiento notificaban el consumo de opioides distintos de la heroína. Entre los opioides farmacéuticos de uso más frecuente se ha notificado la buprenorfina, la codeína, el fentanilo, la metadona, la morfina, la oxicodona y el tramadol. También han suscitado inquietud las muertes relacionadas con el uso de fentanilo y de sus análogos como el acetil fentanilo: en 2014 se notificaron 32 muertes por esa causa.

66. Según el Proyecto Europeo de Encuestas Escolares sobre el Alcohol y Otras Drogas, la prevalencia total del 18% del consumo de cualquier sustancia ilícita a lo largo de la vida entre los escolares se ha mantenido estable desde 2007[35]. Del mismo modo, el uso de la mayoría de las sustancias ilícitas, incluido el consumo de cannabis a lo largo de la vida y su uso corriente, también se ha mantenido estable entre los escolares desde 2007. La prevalencia a lo largo de la vida (6%) del consumo de tranquilizantes o sedantes sin receta médica muestra una tendencia ligeramente a la baja. Por término medio, el 4% de los escolares notificaron el consumo a lo largo de la vida de nuevas sustancias psicoactivas lo mismo que el uso indebido de opioides farmacéuticos para entrar en euforia.

2. Europa Oriental y Sudoriental

67. Los altos niveles de consumo de opioides, sobre todo de heroína, son la preocupación principal en la subregión: la prevalencia en el último año de opioides (1,4%) y de opiáceos (0,8%) es dos veces superior al promedio mundial. La prevalencia de personas que se inyectan drogas (1,27%) es la más alta del mundo. La prevalencia del VIH en las personas que se inyectan drogas (22,9%) también sigue siendo muy elevada en la subregión.

68. Rumania comunicó un aumento del consumo de la mayoría de las sustancias ilícitas, entre ellas las anfetaminas, el cannabis y la cocaína, entre la población adulta[36]. Expertos de Bulgaria notificaron un incremento del consumo de anfetaminas y, en cambio, se consideró que el consumo de otras sustancias ilícitas estaba estabilizado[37]. En 2015, se identificaron 14 nuevas sustancias psicoactivas en Bulgaria, como arilalquilaminas, fenetilaminas y cannabinoides sintéticos, que continuaron siendo las de uso más frecuente.

E. Oceanía

69. La información acerca de la magnitud del consumo de drogas en la región se limitó a Australia y Nueva Zelandia y se caracterizó por los elevados niveles de consumo de la mayor parte de las sustancias.

70. Los expertos consideran que el consumo de la mayoría de las sustancias en Australia permanece estable. Sin embargo, se ha notificado un gran aumento del abuso de opioides farmacéuticos y de estimulantes sujetos a prescripción médica. La vigilancia del uso de drogas entre las personas detenidas por la policía reveló que el 37% de los adultos detenidos en el período 2013-2014 habían dado resultados positivos con respecto al consumo de anfetaminas, valor solo superado por el cannabis. Esa tasa se ha elevado considerablemente desde el período 2011-2012 y es la más alta del consumo registrado de anfetaminas en la historia del Sistema de Vigilancia del Consumo de Drogas de Australia[38].

71. En Nueva Zelandia, los expertos estiman que hay un consumo estable de la mayoría de las sustancias. Ha aumentado, no obstante, el consumo de anfetaminas, a lo que se suma un mayor número de incautaciones de metanfetaminas. También se ha incrementado el uso indebido de tranquilizantes y sedantes y el consumo de nuevas sustancias psicoactivas como las drogas 2C (por ejemplo, 2CB y 2CE). También se ha

[35] EMCDDA y ESPAD, *ESPAD Report 2015*.
[36] Respuesta de Rumania al cuestionario para los informes anuales correspondiente a 2015.
[37] Respuesta de Bulgaria al cuestionario para los informes anuales correspondiente a 2015.
[38] Sarah Coghlan y otros, *Drug Use Monitoring in Australia: 2013-14 Report on Drug Use among Police Detainees*, Monitoring report núm. 27 (Canberra, Instituto Australiano de Criminología, 2015).

notificado que va en aumento el uso de sustancias psicoactivas nuevas como las drogas NBOMe 2C, de un gran número de cannabinoides sintéticos y de nuevos análogos de drogas sometidas a fiscalización y "productos químicos de investigación" ya existentes. El análogo incautado con mayor frecuencia en 2015 fue el *alpha*-pirrolidinopentiofenona (*alpha*-PVP), al que se vinculó con un gran número de incidentes violentos y por lo menos una muerte en Nueva Zelandia[39].

IV. Abordar el problema mundial del consumo de drogas: promover normas para la prevención del uso de sustancias y el tratamiento de trastornos relacionados con el consumo de sustancias

72. En abril de 2016, la Asamblea General celebró su trigésimo período extraordinario de sesiones para examinar los progresos realizados en la 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. En el curso de ese período extraordinario de sesiones, la Asamblea General, en su resolución S-30/1, aprobó el documento final titulado "Nuestro compromiso conjunto de abordar y contrarrestar eficazmente el problema mundial de las drogas". Solo unos meses antes, en septiembre de 2015, los Estados Miembros aprobaron la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y su plan de acción, que consta de 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible. El Objetivo de Desarrollo Sostenible 3, "Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades", comprende una meta específica (meta 3.5) que de manera expresa exhorta a todos los Estados a "fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol". Esa meta se puso de nuevo de manifiesto en el documento final del trigésimo período extraordinario de sesiones, en particular al destacarse el punto de vista de que la tarea de abordar eficazmente el problema mundial de las drogas y los esfuerzos encaminados a lograr el desarrollo sostenible son complementarios y se refuerzan mutuamente.

73. En ese contexto, la UNODC ha venido adoptando todas las medidas prácticas, en el marco de los recursos disponibles, para proporcionar instrumentos que conduzcan a la toma de decisiones normativas eficaces y basadas en datos empíricos en la esfera de la prevención del abuso de sustancias adictivas y el tratamiento de trastornos relacionados con su consumo, como es el caso de las *Normas Internacionales sobre la Prevención del Uso de Drogas* y las normas internacionales para el tratamiento de trastornos causados por el consumo de drogas.

74. Las *Normas Internacionales sobre la Prevención del Uso de Drogas* se publicaron por primera vez en 2013. En ellas se resumen las pruebas científicas disponibles en la actualidad, y se describen las intervenciones y las políticas que han producido resultados positivos en la esfera de la prevención.

75. En lo referente a las actividades de prevención para los lactantes y niños en la primera infancia, las intervenciones comprenden las medidas dirigidas a las mujeres embarazadas que padecen trastornos relacionados con el abuso de sustancias, las visitas prenatales y a lactantes y la educación del niño en la primera infancia. Si se trata de niños en la mitad de la infancia, las estrategias que han demostrado su eficacia son los programas sobre aptitudes parentales, la educación sobre aptitudes personales y sociales, los programas de mejoramiento del entorno escolar y las políticas

[39] Respuesta de Nueva Zelandia al cuestionario para los informes anuales correspondiente a 2015.

destinadas a retener a los niños en la escuela. En la adolescencia temprana, se cuentan, entre otras intervenciones eficaces, los programas sobre aptitudes parentales, la educación preventiva basada en las aptitudes personales y sociales y la influencia social, las políticas escolares y la cultura, el análisis de las vulnerabilidades psicológicas individuales y la orientación. Con excepción de los programas sobre aptitudes parentales, también ha quedado demostrada la eficacia de todas las intervenciones en etapas ulteriores de la adolescencia. Se ha determinado que otras estrategias eficaces en la adolescencia y la edad adulta son las intervenciones de corta duración, los programas de prevención en el lugar de trabajo, la puesta en práctica de políticas contra el tabaco y el alcohol, las iniciativas comunitarias polifacéticas, las campañas en los medios de comunicación y los programas para locales de esparcimiento. De manera simultánea, en las *Normas Internacionales sobre la Prevención del Uso de Drogas* se señalan los componentes y características principales de un sistema nacional eficaz de prevención del consumo de drogas.

76. Desde la publicación de las *Normas Internacionales sobre la Prevención del Uso de Drogas*, la UNODC ha ampliado los conocimientos de aproximadamente 600 encargados de la formulación de políticas en más de 65 países sobre la promoción del desarrollo saludable y seguro de los niños y los jóvenes mediante la prevención con base empírica del consumo de drogas. Además, la UNODC y las autoridades normativas han aprovechado la oportunidad para hacer una reflexión crítica de la cobertura y calidad de las iniciativas de prevención en distintos países y para elaborar una guía mejorada basada en las *Normas Internacionales sobre la Prevención del Uso de Drogas.*

77. Los resultados de esa iniciativa se han presentado a la Comisión de Estupefacientes y en foros científicos de prestigio. Los Estados Miembros también han reconocido que las *Normas Internacionales sobre la Prevención del Uso de Drogas* son un instrumento de apoyo para los esfuerzos de prevención basados en datos empíricos del consumo de drogas enumerados en la Declaración Ministerial Conjunta del examen de alto nivel de 2014 por la Comisión de Estupefacientes de la aplicación por los Estados Miembros 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, así como en las resoluciones de la Comisión 57/3, 58/3, 58/7 y 59/6 y el documento final del trigésimo período extraordinario de sesiones de la Asamblea General. De conformidad con las resoluciones de la Comisión 57/3 y 58/7 y el documento final del período extraordinario de sesiones, la UNODC ha comenzado en fecha reciente el proceso de actualización de las *Normas Internacionales sobre la Prevención del Uso de Drogas* con miras a presentarlas a la Comisión en 2018.

78. Las normas internacionales para el tratamiento de los trastornos relacionados con el consumo de drogas se elaboraron en el marco del Programa Conjunto de la UNODC y la OMS sobre el Tratamiento y la Atención de la Drogodependencia con el objetivo de promover e impulsar en todo el mundo, especialmente en los países de ingresos bajos y medianos, políticas, estrategias e intervenciones basadas en datos objetivos y de atención ética con el fin de reducir la carga social y sanitaria resultante de la dependencia y el consumo de drogas.

79. Las normas internacionales para el tratamiento de los trastornos relacionados con el consumo de drogas fueron publicadas en 2016 por la UNODC y la OMS como un borrador para realizar ensayos sobre el terreno y tienen la finalidad de servir de ayuda a los Estados Miembros en la formulación de sistemas de tratamiento eficaces y orientados a la recuperación que estén fundados en un proceso continuo de atención. En las normas se resumen las pruebas científicas más recientes para el tratamiento de los trastornos relacionados con el consumo de drogas en una variedad de entornos y se

busca, a la vez, hacer coincidir las necesidades de las personas en diferentes etapas de la enfermedad con los servicios apropiados. En el documento se señalan asimismo los componentes y las características principales de un sistema eficaz de tratamiento de la drogodependencia. La Comisión de Estupefacientes, en su resolución 59/4, observó con aprecio la labor realizada por la UNODC y la OMS en la elaboración de las normas internacionales para el tratamiento de los trastornos relacionados con el consumo de drogas y pidió a la UNODC que, en colaboración con la OMS y otras partes interesadas pertinentes, según procediera, elaborara iniciativas encaminadas a apoyar la difusión de esas normas.

80. En diferentes sistemas de salud y entornos culturales se puso en marcha un proceso estructurado de ensayos sobre el terreno de las normas internacionales para el tratamiento de los trastornos relacionados con el consumo de drogas, que en la actualidad sigue vigente. El proceso tiene los siguientes objetivos: a) evaluar la amplitud, la idoneidad y la utilidad clínica y de salud pública de las normas; b) contribuir a la creación de capacidad en los lugares en que se realizan los ensayos sobre el terreno para evaluar la calidad de los sistemas y servicios de tratamiento ya existentes; c) determinar si las normas son apropiadas como base para la elaboración de directrices clínicas y de normas de calidad nacionales en entornos con una variedad de trastornos relacionados con el abuso de sustancias y de recursos para enfrentarlos; y d) generar datos e información fáctica para orientar el proceso de finalización y los procedimientos para la eficaz difusión y aplicación de las normas. Las normas internacionales se proporcionan como un instrumento clave de apoyo para los Estados Miembros en la formulación y examen de las normas y estrategias de tratamiento existentes en el plano nacional. En ese sentido, se encuentra ya en etapa de elaboración un instrumento de acreditación para acompañar las normas internacionales.

81. Cabe esperar que tanto las *Normas Internacionales sobre la Prevención del Uso de Drogas* como las normas internacionales para el tratamiento de los trastornos relacionados con el consumo de drogas sean un apoyo para los encargados de la formulación de políticas y los profesionales en la esfera social y de la salud en todo el mundo en el establecimiento de políticas, servicios y recursos humanos que en efecto cumplan el compromiso de los Estados Miembros estipulado en el documento final del trigésimo período extraordinario de sesiones de la Asamblea General y en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

V. Conclusiones y recomendaciones

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

83. Aunque se han identificado y notificado muchas nuevas sustancias psicoactivas, la mayoría no deja de tener un carácter pasajero, mientras que para otras se ha creado un nicho de mercado. Se requiere un sistema de alerta temprana eficaz para vigilar las tendencias de las nuevas sustancias psicoactivas y las consecuencias sanitarias negativas conexas e informar a los encargados de formular políticas según proceda.

84. Otra cuestión que suscita preocupación y que debe ser objeto de vigilancia y notificación periódicamente es la necesidad de asegurar el acceso a los analgésicos de las personas que los necesitan y prevenir, a la vez, su desviación y uso indebido.

85. La vigilancia periódica de las tendencias del consumo de drogas y de las consecuencias sanitarias conexas a nivel mundial y regional plantea la necesidad de que en los países se genere información de calidad sobre la magnitud de ese consumo y de sus consecuencias para la salud. Además, una evaluación de los resultados y las repercusiones de las políticas y programas en materia de drogas solo es válida si existe la información pertinente en los diferentes niveles.

86. Para reforzar los datos empíricos que sirvan de fundamento a las políticas y programas a nivel nacional, regional e internacional, se sugiere que los Estados Miembros tomen en consideración las lagunas existentes en la disponibilidad y la calidad de los datos sobre los indicadores del consumo de drogas y que estudien estrategias para reforzar la capacidad de los países de reunir, analizar y difundir información sobre el consumo de drogas y sus consecuencias. Esas estrategias podrían incluir la promoción y el apoyo del desarrollo de sistemas de vigilancia de las drogas mediante el fomento de la capacidad de los expertos, la generación de estimaciones de los indicadores del consumo de drogas en los países en que sigue habiendo grandes lagunas, la elaboración de métodos eficaces en función del costo para estimar la magnitud del consumo de drogas mejorando las sinergias con otros sistemas de reunión de datos ya existentes, y el suministro de recursos para establecer sistemas de vigilancia de las drogas, o reforzar los ya existentes, y crear capacidad en las regiones o los países prioritarios.