



Consejo Económico y Social

Distr. general
12 de diciembre de 2012
Español
Original: inglés

Comisión de Estupefacientes

56° período de sesiones

Viena, 11 a 15 de marzo de 2013

Tema 6 a) del programa provisional*

**Aplicación de la Declaración política y el Plan de Acción
sobre cooperación internacional en favor de una estrategia
integral y equilibrada para contrarrestar el problema
mundial de las drogas: reducción de la demanda y
medidas conexas**

Situación mundial con respecto al uso indebido de drogas

Informe de la Secretaría

Resumen

En el presente informe se resume la información más actualizada de que dispone la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito en relación con la demanda ilícita de drogas en el mundo. En comparación con las estimaciones correspondientes a 2009, no parece haberse producido un cambio importante en la prevalencia ni en el número de personas que usaron drogas ilícitamente en 2010. Sin embargo, va surgiendo un cuadro cada vez más polifacético del uso de drogas ilícitas, caracterizado por el empleo de sustancias sintéticas y el uso extraterapéutico de medicamentos de venta con receta, entre ellos opioides, tranquilizantes y estimulantes de venta con receta que reemplazan las drogas tradicionales, especialmente notable en América del Norte y en Europa. Las nuevas sustancias sintéticas basadas en precursores no sometidos a fiscalización internacional, cuyas posibles consecuencias nocivas han sido poco investigadas, plantean nuevos problemas para la salud pública. Las tendencias estabilizadas o decrecientes del consumo de drogas ilícitas tradicionales, por ejemplo, de heroína y cocaína, especialmente claras en América del Norte y Europa, se ven neutralizadas, sin embargo, por el creciente uso de esas drogas en partes de África, América del Sur y Asia. El consumo de estimulantes de tipo anfetamínico sigue aumentando,

* E/CN.7/2013/1.



especialmente en África, América Latina y Asia y, en particular, en partes de Asia oriental y sudoriental.

A nivel mundial, el cannabis sigue siendo la droga que más se consume, y cada vez se menciona con más frecuencia en las solicitudes de tratamiento desencadenadas por su consumo y por los trastornos psiquiátricos conexos. Los opioides siguen causando el mayor daño a nivel mundial, a juzgar por la demanda de tratamiento, el consumo de drogas por inyección y las infecciones por el VIH, así como por las muertes relacionadas con las drogas. En general se estimó que de 99.000 a 253.000 muertes podían atribuirse al uso de drogas ilícitas; la mayoría de esas muertes, que se podrían haber evitado, fueron casos fatales de sobredosis de personas dependientes de opioides. Todavía persisten las deficiencias graves en materia de servicios de tratamiento y atención de la drogodependencia de eficacia comprobada en la mayoría de las regiones, ya que en 2010 apenas un 20% de los consumidores estimados de drogas problemáticas tuvieron acceso a servicios de tratamiento.

En general se siguen recibiendo muy pocas respuestas al cuestionario para los informes anuales y sigue faltando información objetiva actualizada sobre la mayoría de los indicadores epidemiológicos del consumo de drogas. En 2012 el índice de respuesta a la tercera parte del cuestionario fue del 40%, y el 21% de los Estados Miembros que respondieron proporcionaron datos sobre menos de la mitad de los indicadores o no dieron información alguna. Se carece de información sobre las tendencias del uso de drogas ilícitas en regiones importantes de África, Asia meridional y sudoccidental, el Oriente Medio y, en menor medida, América Latina y el Caribe, Asia sudoriental y Europa oriental y sudoriental. En la mayoría de las regiones la falta de sistemas sostenibles de información sobre las drogas y de observatorios de drogas sigue obstaculizando la vigilancia de las tendencias actuales e incipientes, así como la aplicación y evaluación de las respuestas basadas en pruebas para luchar contra la demanda ilícita de drogas. A fin de mejorar esa situación, los Estados Miembros tal vez deseen examinar los mecanismos de presentación, seguimiento y comunicación del cuestionario para los informes anuales, como así también evaluar las actuales deficiencias en lo que respecta a la capacidad de reunir, analizar y comunicar datos mediante el cuestionario.

I. Introducción: las nuevas tendencias mundiales

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

a) El consumo de cocaína y de heroína se está estabilizando o viene disminuyendo en América del Norte y en Europa, pero hay indicios de que aumenta en algunas partes de África, América del Sur (los países del Cono Sur) y Europa sudoriental;

b) Ante los indicios de un creciente tráfico de cocaína por las regiones costeras de África occidental y de heroína por las costas de África oriental, es necesario vigilar las tendencias del consumo de esas drogas en esas regiones;

c) El consumo de cannabis se está estabilizando o viene disminuyendo considerablemente en Europa, en tanto que ha aumentado en África, partes de América del Norte y América del Sur;

d) El consumo de estimulantes de tipo anfetamínico sigue aumentando en África, América del Sur, Asia oriental y sudoriental y Europa oriental y sudoriental;

e) El uso extraterapéutico de opioides sintéticos y de venta con receta y de estimulantes sigue siendo motivo de preocupación cada vez mayor en América del Norte, Europa y Oceanía. En partes de África y de Asia también se ha registrado consumo extraterapéutico de opioides y otros fármacos de venta con receta;

f) En partes de Europa el consumo de heroína se está estabilizando o viene disminuyendo, pero lo está reemplazando el consumo de opioides y sustancias análogas de venta con receta;

g) La introducción de sustancias psicoactivas basadas en precursores no sometidos a fiscalización internacional, que producen efectos similares a los de las drogas ilícitas, sigue aumentando y planteando un problema de salud pública;

h) El escaso número de respuestas al cuestionario para los informes anuales y la falta de información objetiva de muchas partes del mundo siguen planteando problemas para evaluar la magnitud del consumo de drogas ilícitas, vigilar las tendencias y abordar debidamente el problema mundial de las drogas con estrategias y medidas de eficacia comprobada.

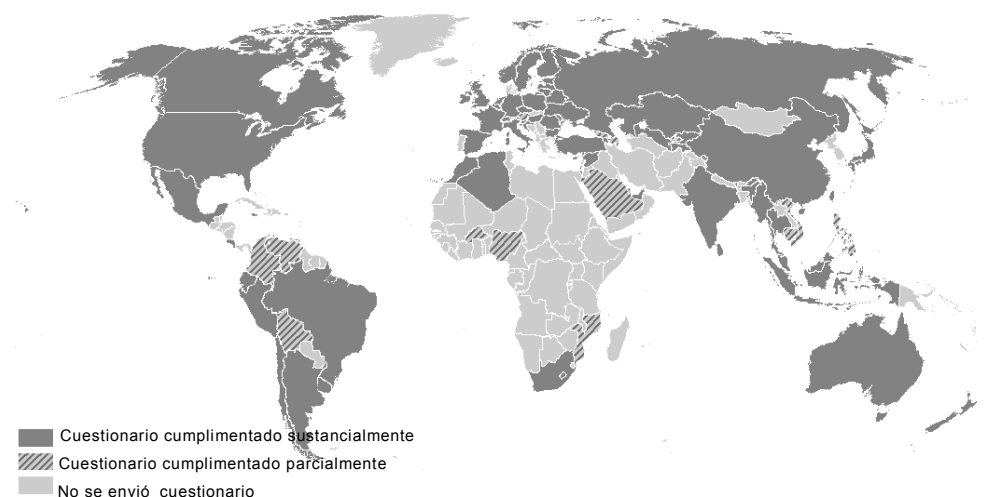
Dificultades para comprender la magnitud y las tendencias del consumo de drogas ilícitas

2. En general, las respuestas de los Estados Miembros al cuestionario para los informes anuales sirven de base al sistema de información por el cual se comunican las tendencias mundiales del consumo de drogas todos los años. Por lo tanto, en el presente informe se refleja el alcance y la calidad de la información presentada por los Estados Miembros. Hasta el 6 de diciembre de 2012 habían respondido a la tercera parte del cuestionario, relativa a la magnitud, las características y las tendencias del consumo de drogas, 82 de un total de 193 Estados Miembros y 2 de

un total de 15 territorios (véase el mapa 1). Eso constituye un índice de respuesta del 40% de los Estados Miembros. El 21% de los cuestionarios presentados se habían cumplimentado “parcialmente” o se devolvieron en blanco, mientras que los demás se habían cumplimentado “sustancialmente”, vale decir que los Estados habían presentado información sobre más de la mitad de los indicadores del consumo de drogas.

Mapa 1

Estados Miembros que presentaron datos correspondientes a 2011 sobre la demanda de drogas ilícitas en el cuestionario para los informes anuales



Notas:

Los límites que figuran en este mapa no cuentan necesariamente con la aprobación o aceptación oficial de las Naciones Unidas.

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

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

3. El 40% de los Estados Miembros que respondieron al cuestionario representa los dos tercios (el 75%) de la población mundial, pero, aún así, las regiones de las cuales no se obtuvo respuesta comprenden África -en particular África occidental, central y oriental- Asia sudoccidental y el Oriente Medio, y en menor medida, América Latina y el Caribe, Asia sudoriental y Europa oriental y sudoriental.

4. El escaso y descendente número de respuestas y la falta de información objetiva o actualizada sobre el consumo de drogas en regiones como África y Asia, así como en países con gran población, por ejemplo China y la India, hacen muy difícil realizar un análisis significativo de la situación mundial con respecto al consumo de drogas y señalar a los órganos encargados de la formulación de

políticas cuáles son las medidas necesarias. Habida cuenta de la falta de datos presentados mediante el cuestionario para los informes anuales, se ha intentado complementar la información con datos de otras fuentes gubernamentales y de informes publicados sobre la situación del consumo de drogas, especialmente en relación con las regiones en que faltaba más información. La mayoría de las tendencias del consumo de drogas mencionadas en el presente informe están basadas en apreciaciones de expertos comunicadas por los Estados Miembros en las respuestas al cuestionario para los informes anuales.

5. A fin de poder comprender mejor las tendencias regionales y mundiales del consumo de drogas (indicador clave para medir los progresos y los resultados logrados en la aplicación de la Declaración política y el Plan de Acción sobre cooperación internacional en favor de una estrategia integral y equilibrada para contrarrestar el problema mundial de las drogas¹) es esencial disponer de información sobre el consumo de drogas de un mayor número de Estados Miembros. Por esa razón, en esta etapa es imperativo que los Estados Miembros evalúen la situación y examinen el estado en que se encuentran en cuanto a la presentación de información en el cuestionario para los informes anuales, la calidad y la amplitud de la información que se viene proporcionando, la necesidad de desarrollar la capacidad para solucionar cualquier deficiencia en materia de reunión y comunicación de datos y, lo que es más importante, el mecanismo para la presentación, el seguimiento y el envío de las respuestas al cuestionario para los informes anuales a la UNODC.

II. Panorama mundial

A. Magnitud del consumo de drogas

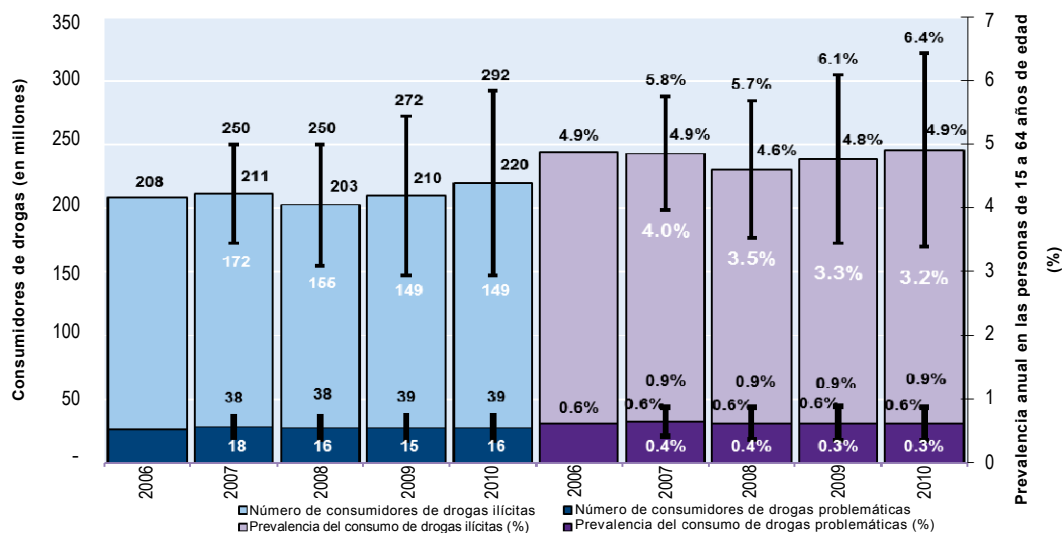
6. Las encuestas sobre el consumo de drogas que son representativas de la población en general, incluidos los jóvenes, proporcionan una evaluación objetiva de la magnitud del consumo de drogas en determinado país. La práctica usual es que las encuestas de población sobre el consumo de drogas se efectúen cada tres a cinco años. Esas encuestas de población se realizan periódicamente en Europa, América del Norte y, en cierta medida, América del Sur, mientras que en la mayor parte de África y Asia las encuestas de población verdaderamente representativas sobre el consumo de drogas son muy escasas por diversas razones, entre ellas el estigma social y cultural que entraña el consumo ilícito de sustancias. La información mundial y regional relativa a la magnitud del consumo de drogas sigue siendo muy escasa, en el mejor de los casos, y no refleja necesariamente los cambios producidos de un año a otro.

¹ Véase *Documentos Oficiales del Consejo Económico y Social, 2009, Suplemento núm. 8* (E/2009/28), cap. I, secc. C.

7. En 2010 la UNODC calculó que de 153 a 300 millones de personas, es decir, del 3,4 al 6,6% de las personas de 15 a 64 años en todo el mundo, habían consumido ilícitamente una sustancia al menos una vez el año anterior (véase el gráfico I)². La magnitud global del consumo de drogas ilícitas permaneció estable entre 2006 y 2010, pero en diferentes regiones se observaron diferentes tendencias en el consumo y se viene observando un panorama más polifacético, como se observa en el gráfico II.

Gráfico I

Prevalencia anual del consumo de drogas ilícitas entre las personas de 15 a 64 años de edad, 2006-2010



Fuente: *Informe Mundial sobre las Drogas de 2012* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.12.XI.1).

8. El cannabis sigue siendo la sustancia ilícita más consumida en el mundo. Se estima que entre 119 y 224 millones de personas de 15 a 64 años de edad consumieron cannabis al menos una vez el año anterior (véase el cuadro 1). A nivel mundial la prevalencia anual del consumo de cannabis permaneció estable en 2010, y la mayor prevalencia se registró en África occidental y central, seguida de Oceanía (esencialmente Australia y Nueva Zelanda), América del Norte y Europa occidental y central. Si bien la prevalencia del consumo de cannabis en Asia es inferior al promedio mundial, dada la gran población de ese continente las cifras absolutas (estimadas entre 26 y 92 millones) siguen siendo las más altas.

² El año “precedente” o “anterior” se refiere en este caso al consumo de drogas ilícitas en los 12 meses transcurridos desde que se comunicaron los datos en una encuesta.

Cuadro 1
Subregiones con alta prevalencia del consumo de cannabis

<i>Región</i>	<i>Prevalencia anual (porcentaje)</i>	<i>Número estimado</i>
Todo el mundo	3,8	170 070 000
África occidental y central	12,4	27 260 000
Oceanía	10,9	2 630 000
América del Norte	10,8	32 950 000
Europa occidental y central	6,9	22 530 000

9. Los estimulantes de tipo anfetamínico son la segunda sustancia de consumo más común en el mundo (véase el cuadro 2). En 2010 entre 14 y 52,5 millones de personas consumieron estas sustancias al menos una vez en los 12 últimos meses. Oceanía (Australia y Nueva Zelandia) registran la mayor prevalencia de consumo de estimulantes de tipo anfetamínico. En América del Norte y América Central la prevalencia fue superior a la media mundial. Si bien en Asia sudoriental la prevalencia del consumo de estimulantes de tipo anfetamínico fue menor (0,6% de la población adulta) el consumo de metanfetaminas presentó un problema grave que también quedó reflejado en una mayor proporción de los ingresos para tratar los trastornos por consumo de drogas.

Cuadro 2
Subregiones con una alta prevalencia del consumo de estimulantes de tipo anfetamínico

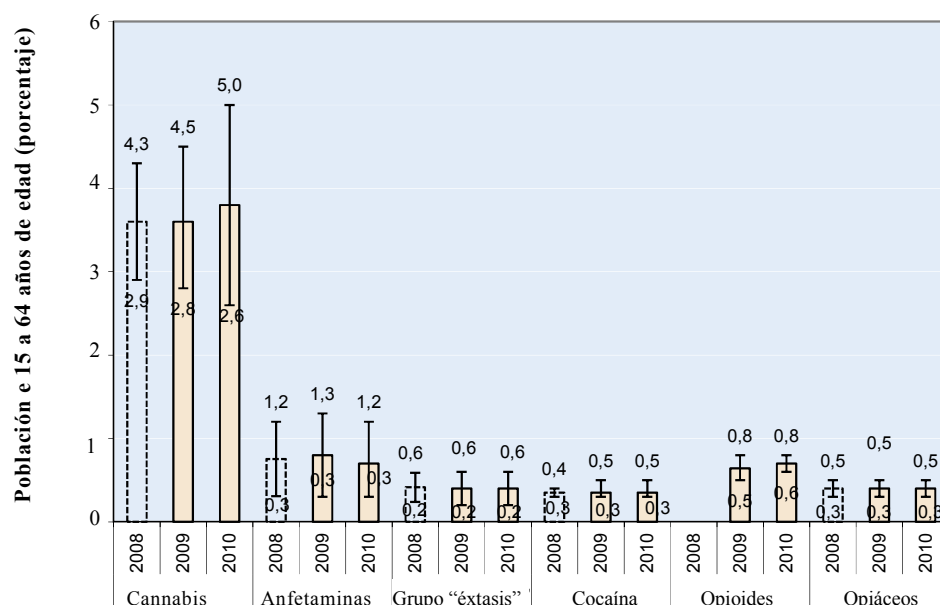
<i>Región</i>	<i>Prevalencia anual (porcentaje)</i>	<i>Cifra estimada</i>
Todo el mundo	0,7	33 240 000
Oceanía	2,1	510 000
América del Norte	1,3	3 920 000
América Central	1,3	330 000
Asia sudoriental	0,6	8 400 000

10. Se estimó que a nivel mundial entre 10,5 y 28 millones de personas de 15 a 64 años habían consumido sustancias del grupo “éxtasis” al menos una vez en los 12 meses anteriores. En Oceanía se registró la mayor prevalencia de esas sustancias, seguida de América del Norte y Europa. El consumo de sustancias del grupo éxtasis, que incluye principalmente la metilendioximetanfetamina (MDMA) y sus análogos, ha estado asociando a los jóvenes y a quienes frecuentan lugares de recreación y de vida nocturna; por ejemplo, de los 2 millones de consumidores de éxtasis en Europa el año pasado 1,5 millones tenían entre 15 y 34 años de edad³.

³ Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, *Informe anual 2012: El problema de la drogodependencia en Europa* (Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, noviembre de 2012).

Gráfico II

Prevalencia anual de diferentes drogas ilícitas, 2008-2010



Fuente: Informe Mundial sobre las Drogas 2012 (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.12.XI.1).

11. La prevalencia de los opioides, incluida la heroína, el opio y los opioides de venta con receta, en general ha permanecido estable, entre 0,6 y 0,8% de la población de 15 a 64 años de edad. Las estimaciones muestran que casi la mitad de los consumidores de opioides habían consumido opiáceos, heroína en especial, en el año anterior, con una prevalencia anual de entre 0,3 y 0,5%. Dentro de cada región el consumo de opioides variaba considerablemente. Se estimó que la prevalencia más alta del consumo de opioides correspondía a América del Norte, Australia y Nueva Zelandia, lo que de hecho reflejaba el uso indebido que se hacía de analgésicos de venta bajo receta. En Europa oriental y sudoriental y en Asia sudoccidental (el Afganistán, Irán (República Islámica del) y el Pakistán) y en Asia central también era alta la prevalencia del consumo de opioides. Pero en esas subregiones la heroína, el opio y las mezclas fabricadas localmente de opio eran las sustancias que más se consumían. En Europa occidental y central, si bien la heroína seguía siendo una droga muy problemática, su utilización se había estabilizado o estaba disminuyendo, mientras que en algunos países había sido reemplazada por opiáceos sintéticos, como el fentanilo en Estonia, la buprenorfina en Finlandia³ y preparados como la desomorfina, fabricados localmente en la Federación de Rusia y países vecinos.

12. En 2010 se estimó que entre 13 y 19,5 millones de personas de 15 a 64 años de edad habían consumido cocaína el año anterior. En América del Norte, el Caribe, Europa occidental y central y Oceanía (Australia y Nueva Zelandia) se registró una alta prevalencia del consumo de cocaína. En los últimos años el consumo de cocaína parecía haber disminuido en América del Norte, pero permaneció estable en otras regiones. En América Central y América del Sur la prevalencia del consumo de

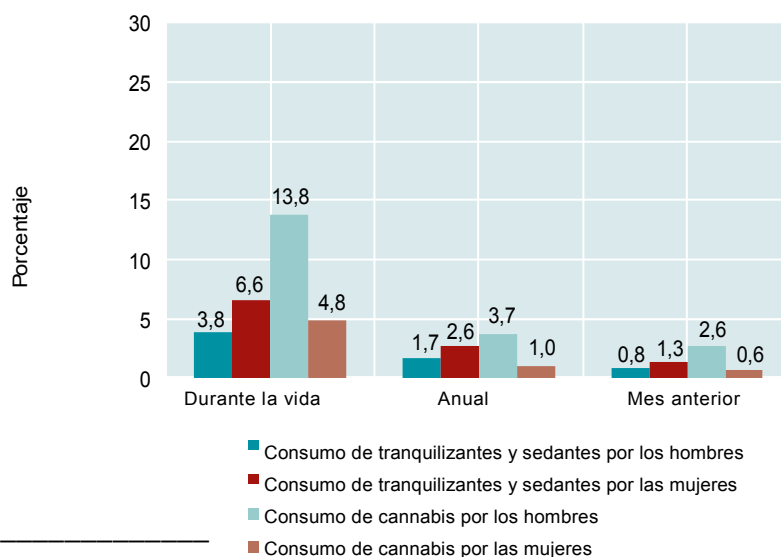
cocaína siguió siendo comparativamente baja (0,5 y 0,7%, respectivamente), pero el consumo de cocaína parecía estar aumentando en algunos países, como en el Brasil, Costa Rica y el Perú. Si bien eran pocos los datos disponibles sobre el consumo de cocaína en África y algunas partes de Asia, había indicios de un aumento en el consumo de cocaína que podía estar vinculada al aumento en las incautaciones de cocaína comunicadas en esas regiones.

13. Si bien no se dispone de estimaciones mundiales del consumo no terapéutico de medicamentos de venta con receta distintos de los opioides y los estimulantes, su uso indebido sigue siendo un grave problema de salud pública (véase el gráfico III). En los países respecto de los cuales se dispone de datos, el consumo no terapéutico de medicamentos de venta con receta era más común entre los jóvenes, las mujeres, los pacientes de edad y los trabajadores de la salud. El uso indebido de tranquilizantes y sedantes era particularmente elevado entre las mujeres; según datos correspondientes al período de 2005 a 2010, de 8 países de América del Sur y América Central y de 14 países de Europa la prevalencia⁴ del consumo de tranquilizantes y sedantes por las mujeres excedía a la de los hombres. En América del Sur y América Central la prevalencia del consumo de tranquilizantes y sedantes durante la vida entre las mujeres era de 6,6% y la de los hombres era de 3,8%, mientras que los índices correspondientes para Europa eran de 13% para las mujeres y 7,7% para los hombres. Se cree que también hacen un uso indebido de los medicamentos de venta con receta los consumidores habituales de drogas como la cocaína o la heroína, que pueden combinar estos medicamentos con su droga de preferencia para aumentar sus efectos o reemplazarla en caso de una interrupción temporal de la oferta.

Gráfico III

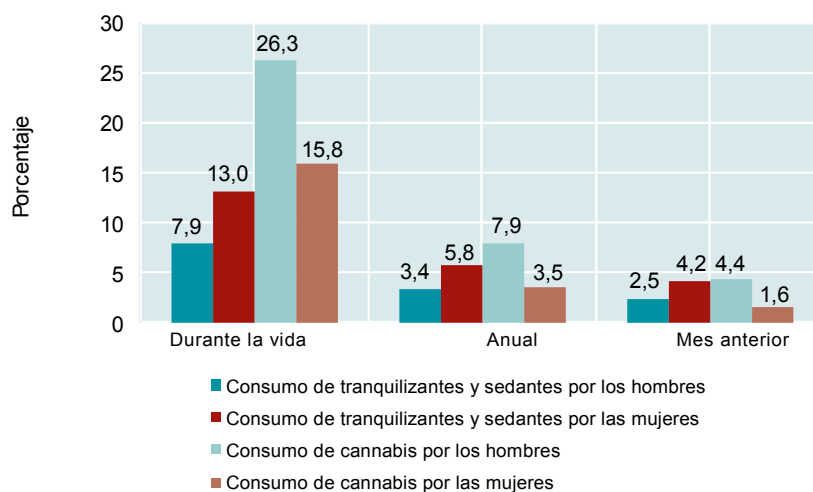
Prevalencia del consumo de tranquilizantes, sedantes y otras drogas, ponderada respecto a la población, en América del Sur y Europa (determinados países), 2005-2010

A. América del Sur



⁴ Incluida la prevalencia durante la vida, el año y el último mes.

B. Europa



Fuente: *Informe Mundial sobre las Drogas 2012* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.12.XI.1).

14. Las nuevas sustancias psicoactivas (sustancias modificadas químicamente de forma que quedan fuera de los regímenes de fiscalización internacional pero que reproducen los efectos de las sustancias fiscalizadas) se han convertido en un importante problema no solo debido al aumento de su consumo sino también a la falta de investigaciones científicas y de conocimiento de sus efectos negativos. La aparición de nuevas sustancias psicoactivas exige un mayor conocimiento de ellas por parte de quienes dictan las políticas y de los profesionales, y para aplicar mecanismos que permitan una supervisión rigurosa de la aparición de nuevas sustancias y para afrontar oportunamente este problema. Muchos países de América del Norte, Europa y Oceanía (Australia y Nueva Zelanda) siguen comunicando la identificación y el consumo de nuevas sustancias psicoactivas. En 2011 Estados miembros de la Unión Europea comunicaron 49 nuevas sustancias psicoactivas, en comparación con 41 sustancias en 2010 y 24 en 2009³. En 2011 dos tercios de las sustancias recientemente identificadas en Europa eran cannabinoides sintéticos o catinonas sintéticas³ que se consideraba tenían propiedades similares a las de las anfetaminas. Entre las catinonas las sustancias más notables eran el análogo de la metcatinona 4-metil-metcatinona (conocido también como mefedrona) y la metilendioxipirovalerona (MDPV), conocida y vendida habitualmente como “sales de baño”. Algunas otras sustancias supervisadas e identificadas en Europa y otras regiones son las fenetilaminas, triptaminas y piperazinas.

B. Consecuencias del consumo de drogas

1. Consumo problemático de drogas

15. La magnitud del consumo problemático de drogas, incluida la estimación del número de consumidores habituales de drogas, consumidores de drogas inyectables y personas drogodependientes, es un indicador importante para determinar el costo y

las consecuencias del consumo de drogas. La estimación a nivel mundial de los consumidores de drogas problemáticos y los consumidores de drogas por inyección ha permanecido estable en los últimos años. En 2010 se estimó que entre 15,5 y 38,6 millones de personas eran consumidores de drogas problemáticos (en su mayoría consumidores habituales de opioides y de cocaína) y que constituían entre el 10 y el 13% de todos los consumidores de drogas estimados a nivel mundial. Asimismo, se estima que entre 11 y 21 millones de personas se inyectaban opioides, y la heroína, la metanfetamina y la cocaína “crack” eran algunas de las principales sustancias. Las regiones con una prevalencia más alta de esas sustancias también tendían a mostrar una carga mayor de trastornos provocados por el consumo de drogas. De los consumidores de drogas por inyección estimados, más de una cuarta parte se encontraba en Europa occidental y oriental y otra cuarta parte en Asia oriental y sudoriental⁵.

2. Morbilidad relacionada con las drogas

16. El consumo de drogas por inyección y el hecho de compartir las agujas y jeringas contaminadas son importantes modos de transmisión de virus por vía sanguínea, por ejemplo el VIH y la hepatitis B y C. Esto es, a su vez, un importante problema sanitario por lo que respecta al peso de la enfermedad y la atención que debe prestarse a los infectados. Se estima que entre los consumidores de drogas por inyección hay unos 3 millones que son portadores del VIH⁵. Si bien el uso de agujas y jeringas contaminadas ha sido la principal causa de la propagación del VIH entre los consumidores de drogas, varios estudios también indican que la relación entre el consumo de cocaína “crack” o estimulantes del tipo anfetamínico y comportamientos sexuales de riesgo, como por ejemplo las relaciones sexuales sin protección, constituyen un mayor riesgo de infección por el VIH entre los subgrupos de consumidores de estimulantes⁶.

17. En 2010 la UNODC estimó que prácticamente la mitad de todos los consumidores de drogas por inyección estaban infectados con la hepatitis C, lo que significaba que más de 7 millones de estos consumidores también necesitaban tratamiento para esa infección y sus consiguientes complicaciones. Además, aproximadamente el 15% de estos consumidores de drogas por inyección estaban infectados con la hepatitis B.

3. Demanda de tratamientos

18. Se ha estimado que en 2010 hasta un 20% de los consumidores de drogas problemáticos recibieron tratamiento por trastornos provocados por el consumo de drogas o la drogodependencia (véase el mapa 2). Los opioides, principalmente la heroína, seguían siendo la droga con más peso en la demanda de tratamientos en Asia y Europa, especialmente en Europa oriental y sudoriental, ya que los consumían casi cuatro de cada cinco consumidores de drogas en tratamiento. Los opioides también eran supuestamente una de las principales sustancias por las que se solicitaba tratamiento por drogodependencia en África, América del Norte

⁵ Grupo de Referencia de las Naciones Unidas sobre el VIH y el consumo de drogas por inyección (estimaciones de 2008).

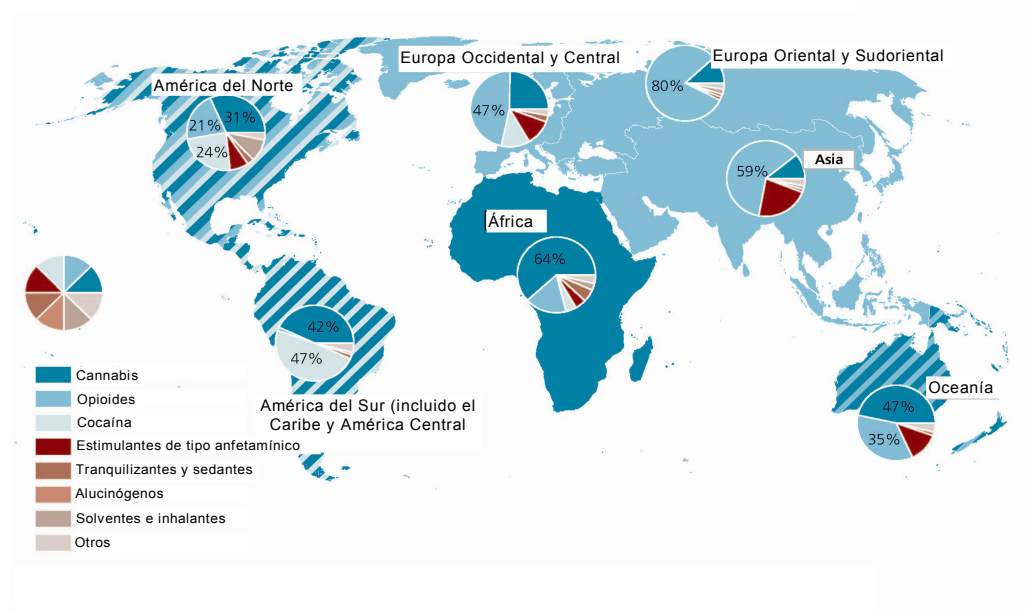
⁶ G. Colfax y otros, “Amphetamine-group substances and HIV”, *The Lancet*, vol. 376, No. 9739 (7 de agosto de 2010).

y Oceanía (Australia y Nueva Zelanda). Solo en América del Sur la demanda para el tratamiento por consumo de opioides era insignificante.

19. El cannabis siguió siendo la sustancia por la que se solicitaron más tratamientos provocados por el consumo de drogas en África, América del Norte y Oceanía, y la segunda por la que se solicitaba tratamiento en América del Sur y Europa

Mapa 2

Principales drogas problemáticas según refleja la demanda de tratamiento, 2010 (o último año disponible) (porcentaje)



Notas:

Los porcentajes son promedios no ponderados de la demanda de tratamiento de los países informantes.

Número de países que comunicaron datos: África (26), América del Norte (3), América del Sur (21), Asia (42), Europa (44) y Oceanía (3).

Los datos se refieren en general al uso de la droga principal. El consumo de drogas múltiples puede aumentar los totales en más de un 100%.

Los límites, los nombres y las denominaciones que figuran en este mapa no implican la aprobación o aceptación oficial de las Naciones Unidas.

20. El tratamiento por trastornos derivados del consumo de cocaína fue denunciado en América, especialmente en América del Sur, donde representó casi la mitad de todas las solicitudes de tratamiento. Las solicitudes relacionadas con el consumo de estimulantes de tipo anfetamínico fueron principalmente notables en Asia, donde constituyeron la segunda sustancia primaria de uso más común para solicitar tratamiento, mientras que las solicitudes de tratamiento por estimulantes de tipo anfetamínico también fueron considerables en América del Norte, Europa occidental y central y Oceanía (Australia y Nueva Zelanda).

4. Muertes relacionadas con las drogas

21. Las muertes resultantes o atribuidas al consumo de drogas, la mayoría de ellas prematuras y evitables, son la manifestación más extrema del consumo de drogas (véase el cuadro 3). En 2010 la UNODC estimó que entre 99.000 y 253.000 muertes se debieron al consumo de drogas o, en otros términos, entre 22 y 55,9 muertes por millón de habitantes de 15 a 64 años. Las muertes relacionadas con las drogas representaban entre el 0,5 y el 1,3% de la mortalidad por todas las causas entre personas de 15 a 64 años de edad⁷, pero las cifras varían considerablemente dentro de cada región. América del Norte y Oceanía (Australia y Nueva Zelandia) comunicaron la proporción más alta de muertes relacionadas con el consumo de drogas (1 de cada 20 muertes entre las personas de 15 a 64 años de edad). Los índices más altos de muertes relacionadas con las drogas en América del Norte y en Oceanía se atribuyeron no solo a la mayor proporción de personas con trastornos debido al consumo de drogas, sino también a una mejor vigilancia de la situación y comunicación de información sobre las muertes relacionadas con las drogas.

22. En Asia las muertes relacionadas con las drogas representaron aproximadamente 1 de cada 100 defunciones, en Europa 1 de cada 110, en África 1 de cada 150 y en América del Sur aproximadamente 1 de cada 200 muertes. A nivel mundial casi la mitad de las muertes comunicadas se atribuyeron a sobredosis letales; lo que habría podido evitarse con intervenciones adecuadas. Con excepción de América del Sur, donde la cocaína ocupaba el primer lugar, en todas las otras regiones los opioides eran la principal sustancia que causaba esas muertes. Sin embargo, las numerosas muertes relacionadas con las drogas se producían en un contexto en que se consumen múltiples drogas; por ejemplo, entre las muertes que se atribuían al consumo de heroína en Europa se detectó el consumo de otras sustancias, como el alcohol, las benzodiacepinas, los demás opioides y, en algunos casos, la cocaína³.

⁷ Se consideró que la mortalidad por todas las causas entre personas de 15 a 64 años de edad era de 18,74 millones. (Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población, *World Population Prospects: The 2010 Revision*. Se puede consultar en <http://esa.un.org/undp/wpp>.)

Cuadro 3

Número de consumidores de drogas, prevalencia del consumo de drogas, número de muertes relacionadas con las drogas y tasa de mortalidad por millón de habitantes de 15 a 64 años de edad

<i>Región</i>	<i>Número de consumidores de drogas (en miles)^a</i>	<i>Prevalencia del consumo de drogas (porcentaje)</i>	<i>Número de muertes relacionadas con las drogas^a</i>	<i>Tasa de mortalidad por millón de habitantes de 15 a 64 años</i>
África	22 000-72 000	3,8-12,5	13 000-41 700	22,9-73,5
América del Norte	45 000-46 000	14,7-15,1	44 800	147,3
América del Sur	10 000-13 000	3,2-4,2	3 800-9 700	12,2-31,1
Asia	38 000-127 000	1,4-4,6	14 900-133 700	5,4-48,6
Europa	36 000-37 000	6,4-6,8	19 900	35,8
Oceanía	3 000-5 000	12,3-20,1	3 000	123,0
Total mundial	153 000-300 000	3,4-6,6	99 000-253 000	22,0-55,9

Fuente: Informe Mundial sobre las Drogas 2012 (Publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.12.XI.1).

^a Estimaciones.

III. Resúmenes regionales

A. África

23. África siguió siendo la región con menos información sistemática disponible sobre la magnitud, las características o las tendencias del consumo de drogas. La mayoría de la información disponible se basa en estudios de investigación limitados que solo aportan un vistazo de la situación de las drogas entre las subsecciones de la población. En las siete respuestas de los Estados Miembros en que se presentaron las apreciaciones de expertos sobre el consumo de drogas, los opioides se destacaron como el principal grupo de sustancias cuyo consumo parecía estar aumentando considerablemente (véase el cuadro 4). Burkina Faso, Marruecos, Mozambique, Nigeria y Sudáfrica comunicaron un aumento en el consumo de opioides. La mayoría de estos países también comunicaron un aumento en el consumo de cannabis, estimulantes de tipo anfetamínico y cocaína.

Cuadro 4

África: Tendencias en el consumo de drogas según la opinión de los expertos, por tipos de drogas

<i>Tipo de droga</i>	<i>Estados Miembros que presentaron datos basados en apreciaciones</i>		<i>Estados Miembros que informaron de un aumento en el consumo de drogas</i>		<i>Estados Miembros que informaron de un consumo estable de drogas</i>		<i>Estados Miembros que informaron de una disminución en el consumo de drogas</i>	
	<i>Número</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentaje</i>
Cannabis	7	13	3	43	3	43	—	—
Estimulantes de tipo anfetamínico	5	9	2	40	3	60	—	—
Éxtasis	2	4	—	—	2	100	—	—
Opioides	6	11	5	83	1	17	—	—
Cocaína	5	9	2	40	1	20	2	40

24. El consumo de cannabis siguió siendo particularmente elevado en África (entre 3,8 y 10%), muy superior a la prevalencia media mundial de 3,8%. El consumo de cannabis fue especialmente elevado en África occidental y central.

25. Se especula con que en África occidental el creciente tráfico de cocaína a través de los países costeros podría conducir a un aumento del consumo, mientras que el tráfico de heroína por las regiones costeras del África oriental se consideró la causa del aumento en el consumo de la heroína y el consumo de drogas por inyección. En un estudio reciente realizado en la zona de Dakar se señaló que, si bien el consumo de heroína había disminuido desde 2000, el consumo de la cocaína “crack” había aumentado en la región⁸, pero que actualmente entre el 70 y 80% de los consumidores de “crack” también estaban consumiendo heroína. También se comunicó que entre las profesionales del sexo habían aumentado el consumo de “crack” y de heroína por inyección.

26. En Nigeria el cannabis siguió siendo la sustancia que se consumía con más frecuencia, aunque el consumo de opioides también parecía estar en aumento; se consideró particularmente problemático el uso indebido de los opioides de venta con receta, como la pentazocina y la codeína que contienen los jarabes para la tos⁹.

27. En Sudáfrica se comunicó un aumento en el consumo de heroína, metanfetamina y metcatinona¹⁰. Los centros de tratamiento en todo el país comunicaron que el cannabis seguía siendo la sustancia de uso más común, especialmente entre los jóvenes. La demanda de tratamiento por problemas relacionados con la metanfetamina se mantuvo estable en 2011. También los ingresos a esos centros para el tratamiento de trastornos debidos al consumo de cocaína siguieron siendo reducidos y se mantuvieron estables, mientras que el consumo de heroína parecía ser un problema creciente. El uso indebido de varias drogas parecía ser un fenómeno común entre los consumidores de drogas en tratamiento. Las personas que habían indicado que la metanfetamina era la sustancia que más consumían señalaron como drogas secundarias más comunes el cannabis y la metacualona (Mandrax), mientras que para las que habían señalado la heroína como droga principal la metanfetamina era la droga secundaria. Otras sustancias secundarias que los consumidores de drogas en tratamiento solían mencionar eran la metcatinona, la benzodiacepina, los analgésicos narcóticos y la codeína contenida en preparados¹¹.

28. Si bien la información sobre el Norte de África era limitada, se comunicó que en Argelia el consumo de cannabis y de tranquilizantes y sedantes habría aumentado. El uso de opioides y estimulantes de tipo anfetamínico se consideró estable, pero se informó de un aumento en el consumo de estimulantes de tipo anfetamínico por inyección¹². Se comunicó que en Marruecos el consumo de

⁸ Gilles Raguin y otros, “Drug use and HIV in West Africa: a neglected epidemic”, *Tropical Medicine and International Health*, vol. 16, núm. 9 (2011), págs. 1131-1133.

⁹ Respuestas presentadas por Nigeria al cuestionario para los informes anuales correspondientes a 2011.

¹⁰ Respuestas presentadas por Sudáfrica al cuestionario para los informes anuales 2011.

¹¹ Siphokazi Dada y otros, “Monitoring alcohol and drug abuse trends in South Africa (July 1996-June 2011): phase 30”, *SACENDU Research Brief*, vol. 14, núm. 2 (2011).

¹² Respuestas presentadas por Argelia al cuestionario para los informes anuales correspondientes a 2011.

cannabis y de estimulantes de tipo anfetamínico se había mantenido estable, mientras que el consumo de cocaína y de opioides había aumentado. Igualmente, Marruecos informó de un aumento en el consumo de heroína por inyección y un 6,3% de prevalencia del VIH entre los consumidores de drogas por inyección¹³.

B. América

29. Con excepción de los opiáceos (heroína y opio) la prevalencia de todas las otras drogas ilícitas en la región se mantuvo en niveles superiores a la media mundial (véase el cuadro 5). En general, con excepción del cannabis y la cocaína, el consumo de las demás sustancias ilícitas parecía estar estabilizándose. Sin embargo, las tendencias eran distintas en las diversas partes de la región.

Cuadro 5

América: Tendencias en el consumo de drogas según la opinión de los expertos, por tipos de drogas

Tipo de droga	Estados Miembros que presentaron datos basados en apreciaciones		Estados Miembros que informaron de un aumento en el consumo de drogas		Estados Miembros que informaron de un consumo estable de drogas		Estados Miembros que informaron de una disminución en el consumo de drogas	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Cannabis	11	31	4	36	1	9	4	36
Estimulantes de tipo anfetamínico	8	23	1	13	4	50	3	38
Éxtasis	6	17	2	33	3	50	1	17
Opioides	8	23	—	—	5	63	3	38
Cocaína	9	26	4	44	3	33	2	22

1. América del Norte

30. En América del Norte el consumo de cannabis siguió siendo elevado el año anterior, pero se estimó que el consumo de estimulantes de tipo anfetamínico había aumentado de 3,46 millones en 2009 a 3,92 millones en 2011. El número de usuarios de cocaína disminuyó de 5,69 millones (1,9% en 2009) a unos 5 millones (1,6% en 2010). América del Norte en su conjunto registró la tasa de mortalidad relacionada con las drogas más alta del mundo; en 2011 por un millón de habitantes de 15 a 64 años murieron 147,3 por causas relacionadas con las drogas. Las altas tasas de mortalidad relacionadas con las drogas en América del Norte se debieron no solo a la alta prevalencia del consumo de drogas en ese país, sino también a una mejor vigilancia de la situación y comunicación de la información relativa a esas muertes.

31. En los Estados Unidos de América el consumo de drogas ilícitas a lo largo del año anterior siguió siendo estable en general (14,9% de la población de 12 años o más en 2011, en comparación con 15,3% en 2010). La prevalencia del consumo de cannabis, que ya era elevada, se mantuvo estable (una prevalencia anual de 11,5 en 2011, en comparación con 11,6% en 2010). Sin embargo, entre los estudiantes de

¹³ Respuestas presentadas por Marruecos al cuestionario para los informes anuales correspondientes a 2011.

la escuela secundaria el consumo de cannabis siguió aumentando. En 2011 se estimó que uno de cada 15 estudiantes de 17 y 18 años de edad la consumía a diario o casi a diario. Por primera vez se evaluó el consumo de marihuana sintética, vendida a menudo con el nombre de Spice, y se informó de que aproximadamente el 11,4% de los estudiantes de 17 y 18 años la habían consumido el año anterior.

32. Los datos sobre los análisis de drogas realizados a las personas detenidas en los Estados Unidos también mostraron una prevalencia estable de los opiáceos, la cocaína y el cannabis, pero un aumento para las metanfetaminas desde 2009, y las cifras más elevadas se registraron en Sacramento, en California y Portland, en Oregon¹⁴.

33. El empleo no terapéutico de drogas de venta con receta siguió siendo un problema importante y llegó a situarse en el segundo lugar en cuanto a prevalencia, después del consumo de cannabis. Sin embargo, el porcentaje global de consumo no terapéutico de medicamentos psicoterapéuticos (analgésicos, tranquilizantes y sedantes, y estimulantes) entre las personas de 12 años o más disminuyó ligeramente en el año anterior, de 6,3% en 2010 a 5,7% en 2011.

34. Como parte de la encuesta nacional sobre el consumo de drogas en los Estados Unidos se preguntó a los usuarios de medicamentos psicoterapéuticos por razones no terapéuticas del año anterior cómo habían obtenido los fármacos que habían empleado “últimamente por razones no terapéuticas”. Las tasas medias correspondientes a 2010 y 2011 mostraron que más de la mitad de las personas de 12 años y más, que consumían analgésicos, tranquilizantes y sedantes, y estimulantes por razones no terapéuticas, habían obtenido los medicamentos que habían consumido recientemente por un amigo o pariente en forma gratuita. Aproximadamente 4 o 5 de esos usuarios que obtuvieron el medicamento de venta con receta por un amigo o de un pariente señalaron que esa persona lo había obtenido de un médico¹⁵.

35. En los Estados Unidos de América el número estimado de visitas de emergencia a centros de salud relacionadas con el consumo no terapéutico de analgésicos con opioides aumentó un 79% (de 201.280 en 2006 a 359.921 en 2010)¹⁶. Las muertes por el consumo no terapéutico de analgésicos de venta con receta también superaron el número total de muertes debidas al consumo de heroína y de cocaína.

36. Las estimaciones del consumo de éxtasis en 2011 permanecieron estables entre la población general de los Estados Unidos¹⁵, pero su consumo el año anterior aumentó entre los estudiantes de 17 y 18 años y disminuyó ligeramente entre los

¹⁴ Estados Unidos de América, Oficina Ejecutiva de la Presidencia, Oficina de Política Nacional para el Control de Drogas, *ADAM II: 2011 Annual Report—Arrestee Drug Abuse Monitoring Program II* (Washington D.C., mayo de 2012).

¹⁵ Estados Unidos de América, Departamento de Salud y Servicios Humanos, Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental, *Results from the 2011 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings*, NSDUH Series H-44, HHS Publication No. SMA 12-4713 (Rockville, Maryland, 2012).

¹⁶ “*Estimated number of buprenorphine- and hydromorphone-related ED visits more than doubles from 2006 to 2010*”, Cesar Fax, vol. 21, núm. 31 (6 de agosto de 2012).

estudiantes de 13 y 14 y de 15 y 16 años¹⁷. Otras sustancias, como inhalantes, cocaína, analgésicos de venta con receta, anfetaminas y tranquilizantes, mostraron signos de disminución en el consumo entre los estudiantes de la escuela secundaria.

37. En el Canadá el consumo de cannabis el año anterior disminuyó del 10,7% en 2010 a 9,1% en 2011. Se informó de que el consumo de otras sustancias, incluidos los opioides, cocaína y metanfetamina se mantuvo estable. Sin embargo, debido a la gran variabilidad de las encuestas y al reducido número de respuestas, las estimaciones correspondientes a 2011 respecto de los opioides, metanfetamina y tranquilizantes y sedantes no se pudieron comunicar, mientras que, según se informó las estimaciones del consumo de anfetaminas y éxtasis (0,6 y 0,8%, respectivamente) debían interpretarse con cautela¹⁸. Como se observó anteriormente, el consumo de la planta psicoactiva *Salvia divinorum* entre los jóvenes del Canadá siguió siendo un motivo de preocupación.

38. Por lo que respecta a México, ante la ausencia de estimaciones actualizadas de la prevalencia del consumo ilícito de drogas desde 2005, en las apreciaciones de los expertos se señala un aumento considerable en el consumo de cocaína y estimulantes de tipo anfetamínico. Si bien hubo cierto aumento en el consumo de cannabis, el de opioides y de tranquilizantes y sedantes pareció ser estable¹⁹.

2. América del Sur y América Central y el Caribe

39. En América del Sur y América Central y el Caribe la prevalencia anual del consumo de cocaína siguió siendo elevada, pero disminuyó respecto de las estimaciones de 2009 (entre 2,36 y 2,48 millones en 2009 y entre 1,76 y 1,91 millones en 2010). Pese a la caída en las estimaciones globales recientes, los expertos señalaron haber observado un aumento en el consumo de cocaína en el Brasil, Costa Rica y el Perú –especialmente en los países del cono sur– y que en la Argentina el consumo había permanecido estable o sin cambios.

40. Si bien no se comunicaron nuevas estimaciones de la prevalencia en el Brasil, se observó un aumento en el consumo de cocaína y de éxtasis. Se consideró que el consumo de estimulantes de tipo anfetamínico y de cannabis había disminuido, mientras que el consumo de opioides y de cannabis permaneció estable.

41. El consumo de otras sustancias ilícitas en la subregión se mantuvo en niveles bajos. Sin embargo, entre los países que respondieron al cuestionario para los informes anuales Costa Rica, el Perú y el Uruguay comunicaron que el consumo de cannabis había aumentado, mientras que en la Argentina había permanecido estable.

¹⁷ Lloyd D. Johnston y otros, *Monitoring the Future: National Results on Adolescent Drug Use—Overview of Key Findings, 2011* (Ann Arbor, Michigan, University of Michigan, Institute for Social Research, 2012).

¹⁸ Respuestas presentadas por el Canadá al cuestionario para los informes anuales correspondientes a 2011. Con la gran variabilidad de las encuestas y un coeficiente de variación entre el 16,7% y 33,3% las estimaciones del consumo de anfetaminas, éxtasis y dietilamida del ácido lisérgico (LSD) deben interpretarse con cautela, ya que con un coeficiente de variación superior al 33,3% y/o un número de observaciones inferior a 6, las estimaciones del año anterior respecto de opioides, tranquilizantes y sedantes, y *Salvia divinorum* se suprimen y no se comunican.

¹⁹ Respuestas presentadas por México al cuestionario para los informes anuales correspondientes a 2011.

El empleo de estimulantes de tipo anfetamínico disminuyó (Chile y el Perú) o permaneció estable (la Argentina, Costa Rica y el Uruguay). El consumo de éxtasis en la subregión siguió siendo bajo, pero en 2011 las tendencias fueron desiguales; la Argentina informó de que las tendencias eran estables, mientras que Chile comunicó una disminución y en el Perú se observó un aumento en el consumo.

42. El uso de opioides en la región estaba relacionado principalmente con el consumo no terapéutico de preparados farmacéuticos con opioides y se informó de que los niveles eran inferiores al promedio mundial. En 2011 los países informaron de que la tendencia era estable (la Argentina y el Uruguay) o bien que el consumo de opioides había disminuido (Costa Rica y el Perú).

43. Las muertes relacionadas con la droga en América del Sur y en América Central y el Caribe se mantuvieron muy por debajo de la media mundial, entre 12,2 y 31,1 por millón de habitantes de 15 a 64 años de edad. En toda la región la principal causa de las muertes relacionadas con la droga siguió siendo la cocaína.

C. Asia

44. El consumo general de drogas en Asia se mantuvo en niveles bajos, registrando tasas de prevalencia anual de entre 1,4 y 4,6% de la población de 15 a 64 años (véase el cuadro 6). El consumo de estimulantes de tipo anfetamínico siguió siendo elevado en la región, con una prevalencia estimada de 0,7%, que es comparable al promedio mundial. La mayoría de los países que respondieron al cuestionario para los informes anuales informaron de un aumento en el consumo de estimulantes de tipo anfetamínico en 2011. Si bien la prevalencia del consumo de opiáceos se mantuvo en el mismo nivel que el de la media mundial, el 60% de los consumidores de opiáceos (heroína y opio) estaban en Asia.

Cuadro 6

Asia: Tendencias en el consumo de drogas según la opinión de los expertos, por tipos de drogas

<i>Tipo de droga</i>	<i>Estados Miembros que presentaron datos basados en apreciaciones</i>		<i>Estados Miembros que informaron de un aumento en el consumo de drogas</i>		<i>Estados Miembros que informaron de un consumo estable de drogas</i>		<i>Estados Miembros que informaron de una disminución en el consumo de drogas</i>	
	<i>Número</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentaje</i>
Cannabis	21	47	3	14	5	24	6	29
Estimulantes de tipo anfetamínico	13	29	7	54	3	23	3	23
Éxtasis	10	22	2	20	5	50	3	30
Opioides	17	38	5	29	5	29	7	41
Cocaína	7	16	1	14	6	86	—	—

1. Asia oriental y sudoriental

45. Si bien la prevalencia anual del consumo de estimulantes de tipo anfetamínico (0,6% de la población de 15 a 64 años) en la subregión siguió siendo inferior al promedio mundial, el número de usuarios de estimulantes de tipo anfetamínico representó una cuarta parte de todos los consumidores estimados a nivel mundial.

Entre los países de la región que en 2011 informaron de un aumento en el uso de estos estimulantes estaban Brunei Darussalam, Camboya, China (incluida Macao), Myanmar y Singapur.

46. Dentro de la subregión los comprimidos de metanfetamina se consumían principalmente en Camboya, China, la República Democrática Popular Lao, Myanmar, Tailandia y Viet Nam. La metanfetamina cristalina era la droga que más preocupaba a Brunei Darussalam, Camboya, Indonesia, el Japón, Filipinas y la República de Corea.

47. Si bien el consumo de opioides (0,3% de la población adulta) era bajo en la subregión también seguía siendo motivo de preocupación. El Japón y Singapur informaron de una tendencia creciente en el consumo de opioides, mientras que China comunicó que el consumo de opioides había disminuido.

48. Si bien el consumo de opioides siguió siendo elevado en China, en 2011 el número de consumidores de opioides registrados disminuyó (del total de consumidores de drogas registrados el 66% consumía opioides en 2011, en comparación con el 70% en 2010), mientras que el número de usuarios registrados de estimulantes de tipo anfetamínico ha aumentado (en 2011 el 24% de esos usuarios estaba registrado en comparación con el 20% en 2010).

49. También se informó de un gran aumento en el consumo de opioides de venta con receta en Singapur. Si bien Indonesia informó de un aumento en el consumo por inyección de los opioides de venta con receta, se creía que más del 85% de los usuarios de drogas por inyección consumían heroína. Los opioides por inyección también eran de uso común en Myanmar, donde casi el 25% de los usuarios de opioides los consumían por inyección.

50. El uso de ketamina también siguió siendo muy común en algunos países de la subregión, pero parecía haberse estabilizado en los últimos años. Brunei Darussalam, China, Indonesia, Malasia y Singapur informaron del consumo de ketamina.

2. Asia meridional

51. Se dispuso de poca información sobre las tendencias en el consumo de drogas en Asia meridional. El cannabis siguió siendo la sustancia que más se consumía. Si bien la prevalencia del uso de cannabis era ligeramente inferior al promedio mundial, el número de usuarios de cannabis dentro de la subregión representaba casi el 20% del total de usuarios estimado a nivel mundial. Los opioides también siguieron siendo motivo de preocupación en la región aunque en 2011 la India señaló que al parecer se había producido una disminución mientras que Sri Lanka comunicó un aparente aumento en el consumo de opioides. En la subregión se siguió informando acerca del uso no terapéutico de opioides y analgésicos de venta con receta.

3. Asia sudoccidental y Asia central

52. En Asia sudoccidental y Asia central el consumo de opiáceos, especialmente de heroína y opio, siguió siendo un problema grave. En 2011 la mayoría de los países de la región que contestaron los cuestionarios señalaron una tendencia a la baja en el consumo de opioides, que se reflejaba esencialmente en el número de

usuarios de opioides registrados; Azerbaiyán fue el único país de la región que informó de un aumento en ese consumo. También se informó de que el consumo de cannabis permanecía estable en la mayoría de los países, aunque Uzbekistán informó de un aumento y Kazajistán y Tayikistán informaron de una tendencia decreciente en su consumo.

53. También la información disponible sobre el Cercano Oriente y el Oriente Medio era limitada. Israel comunicó que había aumentado el consumo de cannabis y de estimulantes de tipo anfetamínico, mientras que se consideraba que el consumo de opioides había disminuido, y se observaba una tendencia estable en el consumo de tranquilizantes, ácido *gamma*-hidroxibutírico (GHB) y ketamina. El Líbano comunicó que había aumentado el uso de opioides, especialmente heroína, y de tranquilizantes, y que había disminuido el uso de estimulantes de tipo anfetamínico. En general, el consumo de estimulantes de tipo anfetamínico siguió siendo el principal problema en el Oriente Medio.

D. Europa

54. En Europa la sustancia de consumo más frecuente siguió siendo el cannabis (prevalencia anual: 5,2%) seguida de la cocaína (0,8%), los opioides (0,7%) y los estimulantes de tipo anfetamínico (0,5%). La prevalencia del consumo de cocaína en el año último en Europa fue el doble de la cifra mundial. En 2011 la mayoría de los países que respondieron al cuestionario para los informes anuales señalaron un aparente aumento considerable en el consumo de estimulantes de tipo anfetamínico, mientras que en general el uso de opioides se consideró estable. Europa en su conjunto señaló tendencias desiguales en el consumo de cocaína, y la misma proporción de países informaron de un aumento o una tendencia estable en su consumo (véase el cuadro 7).

Cuadro 7

Europa: Tendencias en el consumo de drogas según la opinión de los expertos, por tipos de drogas

<i>Tipo de droga</i>	<i>Estados Miembros que presentaron datos basados en apreciaciones</i>		<i>Estados Miembros que informaron de un aumento en el consumo de drogas</i>		<i>Estados Miembros que informaron de un consumo estable de drogas</i>		<i>Estados Miembros que informaron de una disminución en el consumo de drogas</i>	
	<i>Número</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentaje</i>
Cannabis	28	62	7	25	8	29	7	25
Estimulantes de tipo anfetamínico	19	42	10	53	6	32	3	16
Éxtasis	17	38	3	18	8	47	6	35
Opioides	20	44	4	20	2	60	4	20
Cocaína	19	42	7	37	7	37	5	26

1. Europa occidental y central

55. En Europa occidental y central –esencialmente los Estados miembros de la Unión Europea– hubo indicios de una tendencia a la disminución o la estabilización del consumo de todas las sustancias ilícitas. Sin embargo siguió siendo motivo de preocupación en algunas partes el que la heroína se sustituyera por opioides de

venta con receta y la metanfetamina por las anfetaminas, así como el constante aumento en la introducción y el consumo de nuevas sustancias psicoactivas.

56. Con excepción del uso de estimulantes de tipo anfetamínico, el consumo de todas las sustancias ilícitas en Europa occidental y central siguió siendo superior al promedio mundial. Pero en la mayoría de los países, con excepción de Estonia y Finlandia, se observaron tendencias a la baja o estables en el consumo de cannabis²⁰. La prevalencia anual del consumo de cocaína (1,2%) fue casi tres veces la del promedio mundial, pero se informó también de que el consumo mostraba una tendencia decreciente.

57. La última encuesta escolar de jóvenes de 15 y 16 años realizado en 36 países europeos mostró una reducción o una estabilización en el consumo de todas las principales sustancias. El consumo de la droga más común, el cannabis, había permanecido estable desde 2007²¹. La República Checa y Francia eran los dos únicos países con una prevalencia del consumo de cannabis durante la vida entre jóvenes de 15 y 16 años mayores que la de los Estados Unidos²¹.

58. En general el consumo de éxtasis y estimulantes de tipo anfetamínico permaneció estable en la subregión. Si bien el consumo de metanfetamina antes se limitaba a la República Checa y a Eslovaquia, hubo informes esporádicos de que se fumaba metanfetamina y de que podía obtenerse metanfetamina cristalina en otras partes de la subregión²⁰.

59. Teniendo en cuenta la estimación actual de que 1,4 millones de personas habían consumido opioides (especialmente heroína por inyección), hubo indicios de una disminución en su consumo, ya que casi la mitad de los consumidores problemáticos estimados de opioides (710.000) reciben en la actualidad terapias de sustitución y de mantenimiento.

60. También se registró una tendencia decreciente en el empleo de inyecciones entre los nuevos consumidores de heroína. Solo un tercio (36%) de los que iniciaron un tratamiento por problemas relacionados con la heroína informaron de que empleaban la inyección como principal método de consumo. A los consumidores de droga por inyección les preocupaban los rumores de contaminación con ántrax ocurridos en cinco Estados miembros de la Unión Europea, que posiblemente estaba relacionada con una fuente de heroína contaminada.

61. Los indicadores de los países también mostraban que en los últimos años se había reducido la oferta de heroína y que en algunos países había sido reemplazada por otras sustancias, como el fentanilo y la buprenorfina. Esa era esencialmente la situación en Estonia y Finlandia, pero se seguía informando de su consumo en países como Grecia, Italia y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte.

62. En los últimos dos años se habían producido en Bulgaria y Eslovaquia brotes breves de consumo de fentanilo por inyección, relacionados con una gran escasez de heroína. Igualmente, Alemania, Finlandia y Suecia informaron de aumentos localizados en el uso de fentanilo y muertes relacionadas con el fentanilo en los

²⁰ Observatorio Europeo de la Drogas y las Toxicomanías, *Informe anual 2012: El problema de la drogodependencia en Europa*.

²¹ B. Hibell y otros, *The 2011 ESPAD Report: Substance Use among Students in 36 European Countries* (Estocolmo, Consejo Sueco de Información sobre el Alcohol y otras Drogas, 2012).

últimos años. En Estonia el consumo de fentanilo se describió como endémico entre la población consumidora de drogas por inyección²⁰.

63. Si bien la tendencia del VIH entre los consumidores de drogas por inyección era estable o decreciente, se comunicaron brotes de infecciones en Grecia (un aumento de 9 a 19 casos por año a 241 en Atenas en 2011), Rumania (de 1 a 6 casos por año a 114 en 2011), Lituania y Luxemburgo.

64. El número de personas que consumían sustancias como el GHB, la *gamma*-butirolactona (GBL), la ketamina y, más recientemente, la mefedrona, era reducido, pero en algunas subpoblaciones se registraron altos niveles de consumo, y esas drogas parecían prestarse a una mayor propagación. Se informó de problemas de salud relacionados con las sustancias, incluida la dependencia entre los consumidores crónicos, y de algunas afecciones inesperadas, como patologías de la vejiga, observadas en los consumidores de ketamina. En 2011 se identificaron en Europa 49 nuevas sustancias psicoactivas como los cannabinoides, las catinonas, las fenetilaminas, las triptaminas y las piperazinas sintéticas.

2. Europa oriental y sudoriental

65. Salvo en el caso de la prevalencia del consumo de opioides, estimada en 1,2% de la población adulta, el consumo de otras sustancias ilícitas era reducido en la subregión en comparación con los niveles mundiales.

66. Entre los países que respondieron al cuestionario para los informes anuales, Belarús informó de un aumento en el consumo de opioides, mientras que en Bulgaria y la República de Moldova su consumo había sido estable y en la Federación de Rusia y Ucrania se habían observado tendencias decrecientes. El consumo de cannabis permaneció estable en toda la subregión, mientras que Belarús, Bulgaria y la Federación de Rusia comunicaron que se observaba una tendencia al aumento en el consumo de estimulantes de tipo anfetamínico y de otro tipo, incluida la cocaína.

67. En Belarús el 68% de los usuarios de opioides consumían, por inyección, preparados locales de opio como “kompot” o “cherniashka”²², pero las tendencias recientes indican una reducción en el uso de inyecciones y una estabilización en los índices de VIH entre los consumidores de drogas por inyección. En 2011 casi la mitad de los usuarios de drogas que estaban en tratamiento tenían problemas relacionados con el consumo de opioides²³.

68. Al haber disminuido la oferta de heroína en la Federación de Rusia esta droga fue reemplazada con sustancias locales y disponibles, como por ejemplo el opio acetilado en Belarús y con la desomorfina, un preparado casero fabricado con productos que contienen codeína de venta libre. La Federación de Rusia también informó de un aumento en el consumo de estimulantes y de nuevas sustancias psicoactivas por los jóvenes en lugares de recreación.

²² El “kompot” es un preparado en bruto a partir de la paja de adormidera y “cherniashka” se fabrica mezclando la adormidera cultivada localmente con anhídrido acético.

²³ Respuestas presentadas por Belarús al cuestionario para los informes anuales correspondientes a 2011.

69. El consumo de drogas por inyección seguía siendo una importante causa de infecciones por el VIH, según comunicaron varios países de Europa oriental, con un índice de prevalencia superior al 10% para Estonia, Lituania, Rumania, la Federación de Rusia, Eslovaquia y Ucrania. Se informó de nuevos brotes de infección por el VIH en Sofía (Bulgaria).

E. Oceanía

70. La prevalencia del consumo de la mayoría de las sustancias siguió siendo alta en Oceanía, reflejando la situación de Australia y Nueva Zelandia. Se comunicaron altos índices de prevalencia respecto del cannabis (10,9%), los opioides (3%), el éxtasis (2,9%), los estimulantes de tipo anfetamínico (2,1%) y la cocaína (1,5%).

71. Se consideró que en Australia había aumentado el consumo de cannabis, cocaína, alucinógenos y solventes, mientras que el consumo de opioides, tranquilizantes y sedantes, ketamina y GHB había permanecido estable. Se observó que en Nueva Zelandia el consumo de cannabis y estimulantes de tipo anfetamínico era estable y se pensaba que había aumentado el uso de opioides de venta con receta.

72. Una novedad en Australia ha sido la disminución del consumo de éxtasis entre las personas detenidas por la policía; se comunicó que solo el 5% de las personas detenidas en 2010 y 2011 habían consumido éxtasis, una disminución del 50% desde 2009. También se informó de un mayor interés por los productos de cannabis sintético. En Nueva Zelandia el GHB/GBL se estaba vendiendo junto con la metanfetamina como un paquete para ayudar a los consumidores cuando se pasa el efecto de la metanfetamina.

73. Se consideró que en Australia y Nueva Zelandia había aumentado el consumo de drogas por inyección, especialmente de la metanfetamina y los opioides farmacéuticos. Si bien la prevalencia del VIH entre los consumidores de drogas por inyección seguía siendo baja (1,2% en Australia y 0,3% en Nueva Zelandia), la mitad de los consumidores estaban infectados con el virus de la hepatitis C.

74. A fin de mejorar la información disponible sobre la magnitud del consumo de drogas en los Estados de las islas del Pacífico la UNODC y Australia organizaron un taller de cuatro días sobre los sistemas de información nacional para supervisar la situación de las drogas en determinados países de la región. En el taller los participantes señalaron que el consumo de cannabis estaba muy difundido en sus países, mientras que era común entre algunos sectores de la población el consumo no terapéutico de medicamentos de venta con receta, como el tramadol, las benzodiazepinas y otros sedantes.

IV. Conclusiones y recomendaciones

75. A nivel mundial los países desarrollados están abandonando el consumo de sustancias tradicionales (especialmente heroína y cocaína) para volcarse al uso de drogas sintéticas, incluidas las nuevas sustancias psicoactivas no sujetas a fiscalización internacional, y al uso indebido de medicamentos de venta con receta.

76. El fenómeno de la politoxicomanía en muchos países también crea un panorama más diversificado y multifacético de la situación respecto al consumo de drogas ilícitas, que sigue borrando las diferencias entre los distintos tipos de usuarios de drogas.

77. Si bien el consumo de heroína parece estabilizarse en algunas partes del mundo, se está sustituyendo con el uso de opioides de venta con receta o con sustancias similares. El consumo general de opioides sigue constituyendo una importante preocupación en materia de salud pública por los casos de sobredosis, muertes relacionadas con las drogas, el uso de drogas por inyección y la transmisión de enfermedades infecciosas. Todas estas novedades y tendencias emergentes deben vigilarse de cerca en las diferentes regiones.

78. Existe poca información objetiva sobre la magnitud, características y tendencias del consumo de drogas, especialmente en las regiones en que se observa un aumento y una evolución. Los datos han mostrado que los países que han creado sistemas integrados de vigilancia del consumo de drogas están en mejores condiciones de afrontar esa situación de una manera eficaz.

79. Como en 2014 los Estados Miembros examinarán los progresos alcanzados en la aplicación de la Declaración política y el Plan de Acción sobre cooperación internacional en favor de una estrategia integral y equilibrada para contrarrestar el problema mundial de las drogas, la obtención de información fidedigna y de gran calidad sobre la magnitud y las tendencias del consumo de drogas constituirá la base de su evaluación de los progresos alcanzados. Garantizar la disponibilidad de información objetiva requerirá esfuerzos concertados y medidas correctivas de los Estados Miembros.

80. La Comisión de Estupefacientes tal vez desee pedir a los Estados Miembros que consideren la posibilidad de revisar en su totalidad el mecanismo de presentación, seguimiento y comunicación a la UNODC del cuestionario para los informes anuales. A este respecto deberán examinarse las deficiencias actuales en la capacidad de recopilar, analizar y comunicar datos de alta calidad en las principales regiones, especialmente en África y Asia. Los Estados Miembros deberán aportar los recursos necesarios para subsanar esas deficiencias que obstaculizan el establecimiento de sistemas eficaces de vigilancia del consumo de drogas.