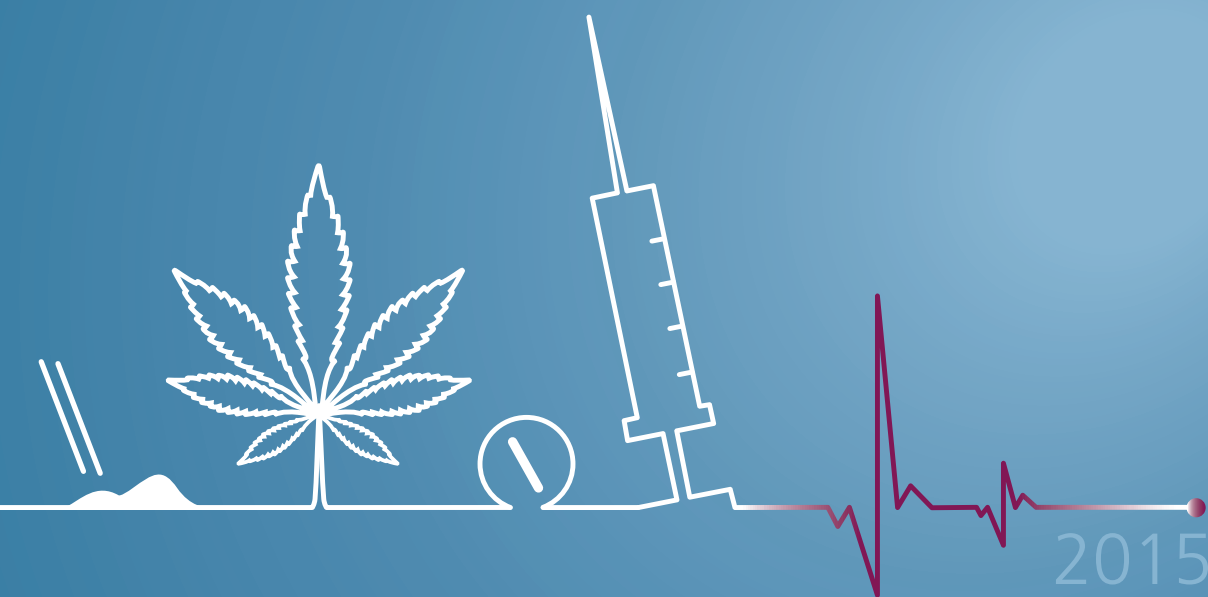




UNODC

Oficina de las Naciones Unidas
contra la Droga y el Delito



INFORME MUNDIAL SOBRE LAS DROGAS

2015

OFICINA DE LAS NACIONES UNIDAS CONTRA LA DROGA Y EL DELITO
Viena

Informe Mundial sobre las Drogas 2015



NACIONES UNIDAS
Nueva York, 2015

© Naciones Unidas, mayo de 2015. Reservados todos los derechos en todo el mundo.

ISBN: 978-92-1-148282-9

eISBN: 978-92-1-057300-9

Publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.15.XI.6

La presente publicación puede reproducirse íntegra o parcialmente por cualquier medio para fines educativos o sin ánimo de lucro, y no es necesario un permiso especial del titular de los derechos de autor, siempre que se cite expresamente la fuente. La UNODC agradecerá que se le envíe copia de toda publicación que utilice como fuente la presente publicación.

Se recomienda citar la presente publicación como sigue: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, *Informe Mundial sobre las Drogas 2015* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.15.XI.6).

La presente publicación no se puede revender ni podrá ser utilizada para ningún otro fin comercial sin la autorización previa por escrito de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Esa autorización deberá solicitarse de la Subdivisión de Investigación y Análisis de Tendencias de la UNODC, indicando claramente el propósito y la intención de la reproducción.

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

El contenido de la presente publicación no representa necesariamente ni la opinión ni las políticas de la UNODC, como tampoco las de las organizaciones que han contribuido a su redacción, ni implica tipo alguno de aprobación.

Las denominaciones empleadas en la presente publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, de parte de la UNODC, juicio alguno sobre la condición jurídica de ninguno de los países, territorios, ciudades o zonas geográficas citadas, ni de sus autoridades, como tampoco respecto del trazado de sus fronteras o límites.

Se agradecerán las observaciones sobre el informe, que pueden enviarse a:

Division for Policy Analysis and Public Affairs
United Nations Office on Drugs and Crime
P.O. Box 500
1400 Vienna
Austria
Tel.: (+43) 1 26060 0
Fax: (+43) 1 26060 5827

Correo electrónico: wdr@unodc.org

Sitio web: www.unodc.org

PREFACIO

La UNODC se complace en presentar las conclusiones del *Informe Mundial sobre las Drogas 2015* basado en los mejores datos disponibles y en nuestra dilatada experiencia en la investigación de las múltiples y complejas facetas de las drogas y el delito.

Los Estados Miembros mantienen intensos debates sobre cómo abordar el problema mundial de las drogas y la Asamblea General celebrará el año próximo un período extraordinario de sesiones sobre esta cuestión. El presente informe tiene por objeto aportar los datos de investigación necesarios y servir de base a las respuestas colectivas ante los desafíos que plantean la producción, el tráfico y el uso de drogas ilícitas.

En los debates que se están celebrando con anterioridad al período extraordinario de sesiones de la Asamblea General se ha reconocido la necesidad de adoptar políticas de fiscalización de drogas que sean equilibradas, integrales e integradas, incidan especialmente en la salud y respeten los derechos humanos.

Numerosas resoluciones del Consejo de Seguridad y la Asamblea General han subrayado el hecho de que el daño causado por las drogas ilícitas tiene importantes repercusiones en la paz, la seguridad y el desarrollo.

El debate continuo que se ha generado sobre la agenda de las Naciones Unidas para el desarrollo después de 2015 ha puesto de relieve además la importancia de promover la justicia y el estado de derecho, y de abordar las amenazas que los socavan, como las drogas, la violencia y la delincuencia organizada.

Los factores de riesgo y las circunstancias que pueden volver a las personas más vulnerables frente a las drogas ilícitas y facilitar el establecimiento y la expansión de los mercados ilegales a menudo guardan relación con cuestiones de desarrollo, estado de derecho y gobernanza. Las políticas nunca se pueden ejecutar de manera aislada, y la fiscalización de drogas no es una excepción.

La necesidad de ofrecer respuestas integradas que abarquen acciones de justicia penal contundentes para desarticular redes de delincuencia organizada, medidas para asegurar el acceso a medicamentos controlados para fines médicos y enfoques de la prevención y el tratamiento empíricamente contrastados y basados en la salud resulta más evidente que nunca.

La vulnerabilidad de África a las drogas y la delincuencia sigue siendo una gran preocupación, y el aumento registrado en las incautaciones de heroína pone de manifiesto el papel que la región ejerce como zona clave de tránsito para las rutas mundiales de tráfico de drogas. Estos flujos ilícitos van acompañados de otras formas de delincuencia organizada y menoscaban la seguridad, la salud y el desarrollo en una región ya de por sí frágil.

El nexo entre delincuencia organizada y terrorismo, sobre el que el tráfico ilícito de drogas parece tener influencia, plantea una grave amenaza, como han destacado las recientes resoluciones adoptadas por el Consejo de Seguridad en las que se insta a redoblar los esfuerzos para impedir que los terroristas se beneficien de la delincuencia organizada transnacional.

El cultivo de la adormidera en el Afganistán continúa alcanzando niveles récord, lo que plantea inmensos desafíos al país y a la comunidad internacional.

El cultivo mundial de adormidera registrado en 2014 alcanzó su cota máxima desde finales de la década de 1930. En la mayoría de las regiones, el aumento en la producción estimada de opio y heroína todavía no se ha traducido en un incremento en el suministro de heroína. Sin embargo, en algunos países se han observado aumentos en los indicadores relacionados con la heroína, como la mortalidad y las urgencias sanitarias, y en otros países se han detectado indicios del aumento de la pureza y la disminución de los precios.

Un número inaceptable de consumidores de drogas sigue perdiendo la vida prematuramente y en 2013 se calcula que se produjeron 187.100 fallecimientos relacionados con las drogas.

A nivel mundial, solo uno de cada seis consumidores problemáticos de drogas tiene acceso a tratamiento. Las mujeres, en particular, parecen afrontar obstáculos que les impiden recibir tratamiento: mientras que uno de cada tres consumidores de drogas en el mundo es una mujer, solo uno de cada cinco consumidores de drogas que recibe tratamiento es mujer.

Es evidente que debemos hacer mucho más por promover la importancia de comprender y tratar la drogodependencia como una enfermedad crónica que requiere, al igual que el VIH/SIDA, tratamiento y atención continuos de larga duración.

La UNODC mantiene su compromiso de trabajar con los Estados Miembros y con nuestros asociados de las Naciones Unidas y ajenos a la Organización para promover estas actividades.

El capítulo temático del informe de este año se centra en el desarrollo alternativo.

El desarrollo alternativo plantea numerosos desafíos: programas a menudo realizados en zonas marginadas y aisladas con escaso control gubernamental, derechos sobre la tierra poco claros y falta de infraestructura, donde es posible que operen pocos agentes del desarrollo.

No obstante, la experiencia que la UNODC ha atesorado durante décadas ha dejado claro que el desarrollo alternativo puede funcionar cuando las iniciativas se fundamentan en una visión a largo plazo, son apoyadas con la financiación y el respaldo político adecuados y se integran en una agenda más amplia de desarrollo y gobernanza.

Si se enfoca de manera holística, el desarrollo alternativo tiene el potencial de romper el círculo vicioso que atrapa a los agricultores pobres y actuar de catalizador de medios de vida viables que no dependan del cultivo ilícito.

El capítulo sobre desarrollo alternativo del *Informe Mundial sobre las Drogas 2015*, basado en el análisis de proyectos que han obtenido resultados satisfactorios, destaca los factores que han contribuido a fomentar una economía lícita sostenible, como la transferencia de conocimientos especializados y el acceso a la tierra, al crédito y a la infraestructura, además del apoyo comercial y el acceso a los mercados.

En ese capítulo se subraya el potencial que tiene el desarrollo alternativo para contribuir a la protección ambiental, empoderar a las mujeres y apoyar a las comunidades afectadas por otras formas de delincuencia, entre ellas la minería ilegal o los delitos contra la vida silvestre y los bosques.

Lamentablemente, el informe también muestra que el amplio apoyo político en favor del desarrollo alternativo no ha ido acompañado de la financiación necesaria.

Los Estados Miembros han mostrado su apoyo al desarrollo alternativo en reiteradas ocasiones. Existe además una tendencia positiva hacia la cooperación Sur-Sur, con el intercambio de mejores prácticas y experiencias locales, así como un aumento de las inversiones financieras y el apoyo técnico de países como Bolivia (Estado Plurinacional de), Colombia, Perú y Tailandia.

Sin embargo, los desembolsos brutos globales de fondos para el desarrollo alternativo realizados por países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos solo representaron el 0,1% de la asistencia mundial para el desarrollo prestada en 2013.

La agenda de las Naciones Unidas para el desarrollo después de 2015 y el proceso de preparación del período extraordinario de sesiones de la Asamblea General sobre el problema mundial de las drogas que se celebrará en 2016 pueden dar un importante impulso a las iniciativas de desarrollo alternativo y a las intervenciones más amplias para abordar la oferta y la demanda.

Agricultores empobrecidos que cultivan coca y adormidera para salir adelante a duras penas; regiones y comunidades frágiles que sufren el perjuicio causado por el tránsito de drogas ilícitas camino de mercados más ricos; mujeres, hombres y niños que luchan contra la drogodependencia sin nadie a quien recurrir. Las drogas ilícitas dañan a demasiadas personas, en demasiados lugares, y esas personas necesitan nuestra ayuda. La comunidad internacional debe responder con determinación y compasión; espero que el *Informe Mundial sobre las Drogas 2015* sirva para reforzar este mensaje.

Quisiera aprovechar esta oportunidad para agradecer a los Estados Miembros su ayuda en la producción del presente informe, que se basa en la voluntad de compartir datos, promover la transparencia y prestar ayuda, lo que equivale a decir que se basa en el propio espíritu de apertura y responsabilidad compartida necesario para enfrentarse a los retos multidimensionales que plantean las drogas ilícitas; confiamos en seguir recibiendo su apoyo.

Yury Fedotov
Director Ejecutivo
Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito

ÍNDICE

PREFACIO	iii
NOTAS EXPLICATIVAS	vii
RESUMEN EJECUTIVO	ix

1. ESTADO Y ANÁLISIS DE TENDENCIAS DE LOS MERCADOS DE DROGAS ILÍCITAS

A. Alcance del consumo de drogas	1
B. El consumo de drogas y su impacto en la salud	
C. Género, consumo de drogas y consecuencias para la salud	
D. Prevención del consumo de drogas	
E. Tratamiento del consumo drogas	
F. Alcance de la oferta de drogas	
G. Análisis del mercado por tipo de droga	
Opiáceos	
Cocaína	
Cannabis	
Drogas sintéticas: estimulantes de tipo anfetamínico y nuevas sustancias psicoactivas	
H. Conclusiones	

2. DESARROLLO ALTERNATIVO

A. Introducción	
B. Antecedentes	
C. Análisis de estrategias nacionales sobre desarrollo alternativo	
D. El complejo contexto del desarrollo alternativo	
E. Impulsores del cultivo ilícito	
F. Elementos estratégicos de los programas de desarrollo alternativo	
G. Cómo medir el éxito del desarrollo alternativo	
H. Puntos de interés futuro	
I. Conclusiones	

ANEXO I	
Tablas sobre el cultivo, la producción, la erradicación y la prevalencia de las drogas	i

ANEXO II	
Agrupaciones regionales	

GLOSARIO	
----------	--

Agradecimientos

El *Informe Mundial sobre las Drogas 2015* fue elaborado por la Subdivisión de Investigación y Análisis de Tendencias, División de Análisis de Políticas y Asuntos Públicos, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, bajo la supervisión de Jean-Luc Lemahieu, Director de la División de Análisis de Políticas y Asuntos Públicos, y Angela Me, Jefa de la Subdivisión de Investigación y Análisis de Tendencias.

Equipo principal

Investigación, preparación y redacción del estudio

Hamid Azizi	Sabrina Levissianos
Anneke Bühler	João Matias
Coen Bussink	Kamran Niaz
Giovanna Campello	Philip Davis
Chloé Carpentier	Thomas Pietschmann
Natascha Eichinger	Martin Raithelhuber
Fabienne Hariga	Ehab Salah
Jorrit Kamminga	Saurabh Sati
Anja Korenblik	Janie Shelton
Igor Koutsenok	Justice Tettey
Riku Lehtovuori	Juanita Vasquez

Diseño gráfico y maquetación

Suzanne Kunnen
Kristina Kuttig

Procesamiento de datos y apoyo cartográfico

Gerald Kandulu
Preethi Perera
Umidjon Rahmonberdiev
Ali Saadeddin

Edición

Jonathan Gibbons

Coordinación

Francesca Massanello

Revisión y comentarios

El presente informe ha sido posible también gracias a la experiencia y valiosas aportaciones de varios colegas de la División de Operaciones y de la División para Asuntos de Tratados.

La Subdivisión de Investigación y Análisis de Tendencias también quiere agradecer las contribuciones, el asesoramiento y la investigación llevados a cabo por el Comité Asesor Científico constituido específicamente para prestar asesoramiento científico sobre la investigación que debía realizarse para el capítulo 2 del presente informe. El Comité estuvo integrado por los siguientes miembros:

Daniel Brombacher	Jeremy Milsom
Doris Buddenburg	Ramrada Ninnad
Rodrigo Daza	Jorge Rios

M.L. Dispanadda Diskul	Alejandro Vassilaqui
Mimoun El Maghraoui	Fernando Villaran
Guillermo García Miranda	Jochen Wiese
Tom Kramer	

La Subdivisión de Investigación y Análisis de Tendencias desea igualmente agradecer las aportaciones al capítulo 2 del presente informe realizadas por las oficinas de la UNODC en el Afganistán, Bolivia (Estado Plurinacional de), Colombia, Myanmar y el Perú, así como la Oficina Regional para Asia sudoriental y el Pacífico.

La investigación para el capítulo 2 de este informe ha sido posible gracias a la generosa contribución de la Federación de Rusia.

NOTAS EXPLICATIVAS

Los límites geográficos, así como los nombres y las designaciones que figuran en los mapas, no implican la aprobación o aceptación oficial de las Naciones Unidas. Una línea de puntos representa aproximadamente la línea de control en Jammu y Cachemira acordada por la India y el Pakistán. Las partes todavía no han llegado a un acuerdo definitivo sobre el estatuto de Jammu y Cachemira. Los límites geográficos que son objeto de controversia (China/India) se representan con un sombreado debido a la dificultad para mostrarlos en detalle.

Las denominaciones empleadas en la presente publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, de parte de la Secretaría de las Naciones Unidas, juicio alguno sobre la condición jurídica de ninguno de los países, territorios, ciudades o zonas geográficas citados, ni de sus autoridades, como tampoco respecto del trazado de sus fronteras o límites.

Los países y zonas geográficas se designan por los nombres que eran de uso oficial en el momento de recopilarse los correspondientes datos.

Toda referencia a Kosovo en la presente publicación debe entenderse en conformidad con la resolución 1244 (1999) del Consejo de Seguridad.

Puesto que existe cierta ambigüedad científica y jurídica acerca de las distinciones entre “uso”, “uso indebido” y “abuso” de drogas, en el presente informe se utilizan los términos neutrales “uso” o “consumo” de drogas.

A menos que se indique lo contrario, todo el análisis contenido en el presente informe se basa en los datos oficiales presentados por los Estados Miembros a la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito a través del cuestionario para los informes anuales.

Los datos demográficos que figuran en el informe proceden de la publicación de la División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, titulada *World Population Prospects: The 2012 Revision*.

Salvo indicación en contrario, las menciones relativas a dólares se refieren a dólares de los Estados Unidos.

El término “toneladas” denota toneladas métricas, a menos que se indique otra cosa.

En el presente informe se han utilizado las siguientes siglas y abreviaturas:

- CBD** cannabidiol
- CICAD** Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (Organización de los Estados Americanos)
- DEA** Administración para el Control de Drogas
- EMCDDA** Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías
- ETA** estimulantes de tipo anfetamínico
- Europol** Oficina Europea de Policía
- FAO** Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
- FNUFUID** Fondo de las Naciones Unidas para la Fiscalización del Uso Indebido de Drogas
- GIZ** Agencia Alemana de Cooperación Internacional
- INCSR** Informe sobre la estrategia internacional de lucha contra los estupefacientes de los Estados Unidos
- JIFE** Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes

LSD	dietilamida del ácido lisérgico
MDMA	3,4-metilendioximetanfetamina
3,4-MDP-2-P	3,4-metilenodioxifenil-2-propanona
4-MEC	4-metilecatinona
NSP	nuevas sustancias psicoactivas
OCDE	Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos
OMC	Organización Mundial del Comercio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
PIB	producto interno bruto
PNUFID	Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas
SAMHSA	Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias (Estados Unidos)
TDHA	trastorno de déficit de atención con hiperactividad
THC	<i>delta</i> - Δ^9 -Tetrahidrocannabinol
UNODC	Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

RESUMEN

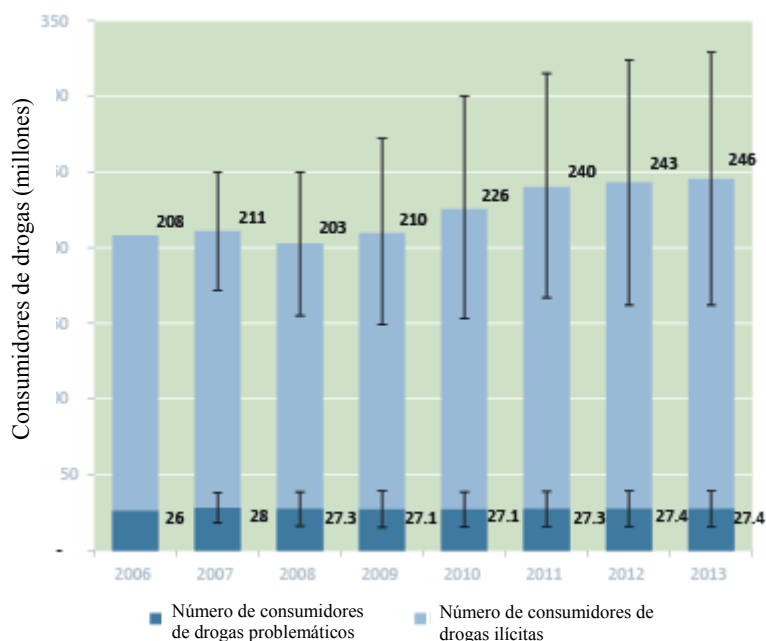
El *Informe Mundial sobre las Drogas* presenta un panorama completo anual de las últimas novedades habidas en los mercados de drogas ilícitas del mundo. El informe se centra en la producción, el tráfico y el consumo de los principales tipos de drogas ilícitas, así como en las consecuencias para la salud de ese consumo. El capítulo 1 del *Informe Mundial sobre las Drogas 2015* ofrece una visión general de la situación de la oferta y la demanda de opiáceos, cocaína, cannabis, estimulantes de tipo anfetamínico y nuevas sustancias psicoactivas (NSP), así como de sus efectos para la salud; también se analizan los datos científicos relacionados con las estrategias de prevención del consumo de drogas y se examinan los principios generales de una respuesta eficaz al tratamiento del consumo de drogas. El capítulo 2 se centra en el modo en que el desarrollo alternativo, en el contexto más amplio de la agenda para el desarrollo, tiene por objeto romper el círculo vicioso del cultivo ilícito, proporcionando a los agricultores medios de vida alternativos.

Según los datos más recientes, en lo que respecta a la producción y el consumo de drogas y las consecuencias que este tiene para la salud, la situación no ha cambiado mucho en términos generales. Las consecuencias para la salud del consumo de drogas ilícitas siguen siendo motivo de preocupación a nivel mundial, pues la gran mayoría de los consumidores de drogas problemáticos siguen sin tener acceso a tratamiento. Además, los mercados mundiales de opiáceos todavía no han empezado a notar las importantes repercusiones del aumento mundial del cultivo de adormidera y de la producción de opio, que ha alcanzado niveles sin precedentes. Ello suscita la preocupación de los organismos encargados de hacer cumplir la ley en lo que respecta a la magnitud del problema que plantea la existencia de grupos delictivos organizados cada vez más complejos y versátiles.

El consumo de drogas y sus consecuencias sanitarias

Se estima que un total de 246 millones de personas, o una de cada 20 personas de edades comprendidas entre los 15 y 64 años, consumieron drogas ilícitas en 2013. Si bien ello representa un aumento de tres millones de personas con respecto al año anterior, debido al crecimiento de la población mundial, en realidad el consumo de drogas ilícitas se ha mantenido estable.

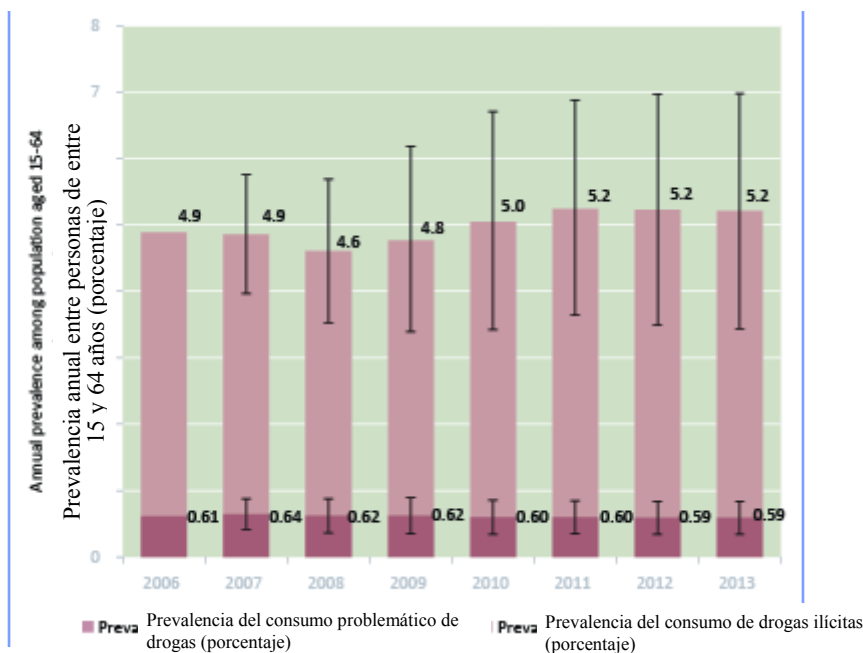
Tendencias mundiales del número estimado de consumidores de drogas, 2006-2013



Fuente: Respuestas al cuestionario para los informes anuales de la UNODC.

Nota: Las estimaciones corresponden a la población adulta (entre 15 y 64 años) y se han elaborado sobre la base del consumo del año anterior.

Tendencias mundiales de la prevalencia estimada del consumo de drogas, 2006-2013



Fuente: Respuestas al cuestionario para los informes anuales de la UNODC.

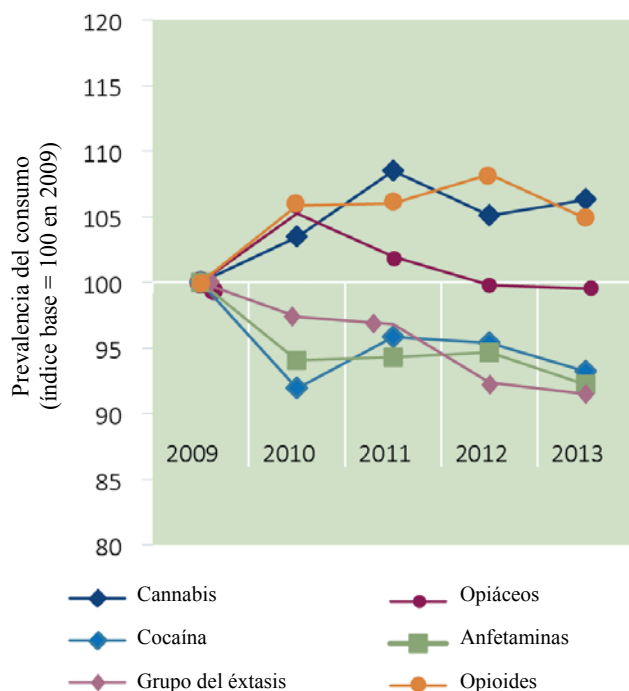
Nota: Porcentaje estimado de adultos (entre 15 y 64 años) que han consumido drogas en el año anterior.

La magnitud del problema mundial de las drogas se hace más evidente si se tiene en cuenta que más de 1 de cada 10 consumidores de drogas es un consumidor problemático que sufre trastornos ocasionados por el consumo de drogas o drogodependencia. Es decir, unos 27 millones de personas, o casi la totalidad de la población de un país del tamaño de Malasia, son consumidores problemáticos de drogas. Prácticamente la mitad de esos consumidores problemáticos (12,19 millones) consumen drogas inyectables, y se estima que 1,65 millones de ellos estaban afectados por el VIH en 2013.

Ello supone una pesada carga para los sistemas de salud pública en lo que respecta a la prevención, el tratamiento y la atención de los trastornos relacionados con el consumo de drogas y sus consecuencias para la salud. Únicamente 1 de cada 6 consumidores de drogas problemáticos en el mundo tiene acceso a tratamiento, dado que en muchos países hay un déficit considerable en la prestación de servicios. El número anual de muertes relacionadas con el consumo de drogas (estimadas en 187.100 en el año 2013) casi no ha variado. Un número inaceptable de consumidores de drogas sigue perdiendo la vida de forma prematura, a menudo a consecuencia de una sobredosis, pese a que la muerte por sobredosis puede evitarse.

A pesar de las variaciones nacionales y regionales que existen en las tendencias del consumo de drogas, los escasos datos disponibles indican que el consumo de opiáceos (heroína y opio) se ha mantenido estable a nivel mundial. Principalmente debido a la tendencia registrada en América y Europa, el consumo de cocaína ha disminuido en su conjunto, mientras que el consumo de cannabis y el uso no médico de opioides farmacéuticos han seguido aumentando. Las tendencias observadas en el consumo de estimulantes de tipo anfetamínico varían de una región a otra, y algunas subregiones, como Asia sudoriental, han notificado un aumento del consumo de metanfetamina.

Tendencias mundiales de la prevalencia del consumo de distintas drogas, 2009-2013



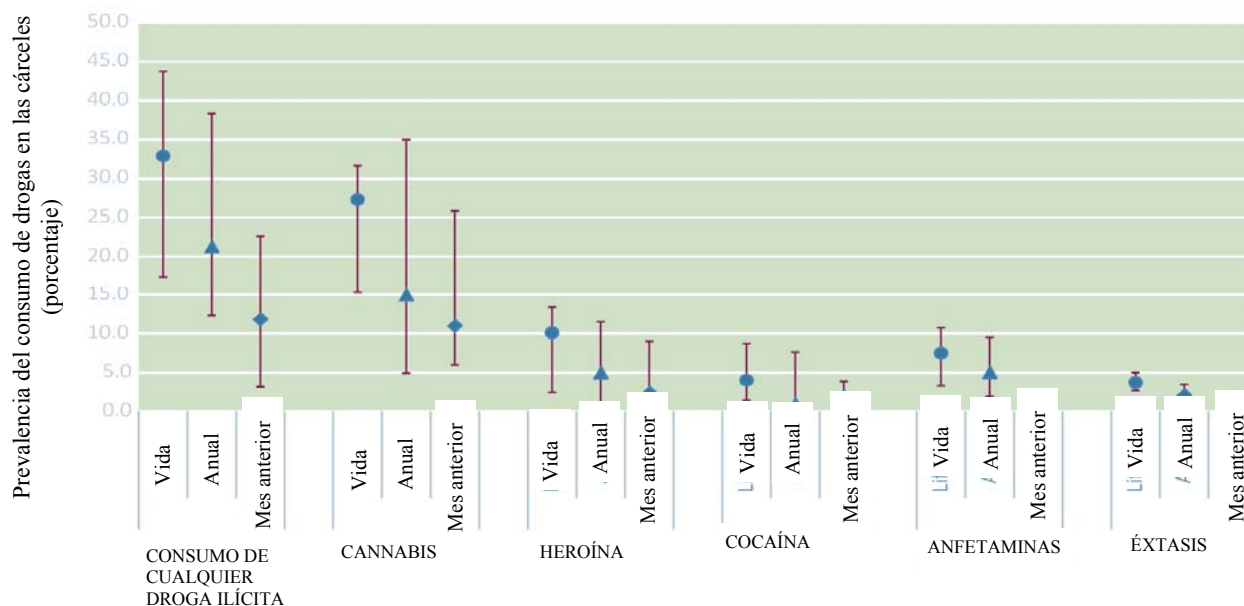
Fuente: Respuestas al cuestionario para los informes anuales de la UNODC.

Nota: Basado en el porcentaje estimado de adultos (de 15 a 64 años) que han consumido la sustancia en el año anterior.

También hay indicios de que el número de personas que necesitan tratamiento por consumo de cannabis está aumentando en la mayoría de las regiones. Los datos de que se dispone indican que ha aumentado el número de consumidores de drogas que padecen trastornos relacionados con el consumo de cannabis; además, cada vez hay más datos que apuntan a que el cannabis podría ser más perjudicial. Ello se refleja en el elevado porcentaje de personas a quienes se administra tratamiento por primera vez por trastornos relacionados con el consumo de cannabis en Europa, América del Norte y Oceanía. Según la escasa información disponible, el cannabis ocupa el primer lugar entre los tipos de drogas por cuyo consumo se administra tratamiento en África.

El cannabis es, con mucho, la droga más frecuentemente consumida en las cárceles. Si bien los datos disponibles sobre la materia son escasos, hay indicios de que un tercio de los reclusos consume droga durante su encarcelamiento al menos en una ocasión. El consumo de heroína en las cárceles en algún momento de la vida o durante el mes anterior (consumo reciente) es mucho más elevado que el de cocaína, anfetaminas o éxtasis. La prisión es un entorno controlado de alto riesgo, donde el consumo de drogas, incluido el de drogas inyectables, suele producirse en condiciones especialmente peligrosas. Ello podría explicar por qué el entorno carcelario puede caracterizarse por unos elevados niveles de enfermedades infecciosas, en particular el VIH, aunque también la hepatitis C y la tuberculosis, y por el acceso limitado a programas de prevención y tratamiento, lo que aumenta el riesgo de contraer virus transmitidos por la sangre.

Prevalencia en algún momento de la vida, anual y en el mes anterior del consumo de drogas en las cárceles (basado en 62 estudios de 43 países realizados en el período 2000-2013)



Fuente: UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales; y C. Carpentier, L. Royuela y L. Montanari, “The global epidemiology of drug use in prison” (2015).

Nota: Los símbolos representan la prevalencia media. Las líneas verticales representan la oscilación entre cuartiles. Los datos sobre consumo durante la vida, anual y del mes anterior no son coherentes entre los diversos estudios (ello explica por qué la prevalencia anual del consumo de cocaína tiene un valor medio inferior al del consumo del mes anterior).

El número de personas que necesita tratamiento por consumo de estimulantes de tipo anfetamínico también está aumentando en todo el mundo. Probablemente, ello pueda atribuirse al peso de las cifras, dado que la prevalencia del consumo de estimulantes de tipo anfetamínico es relativamente importante en Asia, donde la demanda de tratamiento es elevada, si bien los conocimientos especializados sobre el tratamiento de los trastornos relacionados con el consumo de estimulantes de tipo anfetamínico no alcanza el mismo nivel de complejidad y especialización que los conocimientos sobre el tratamiento de los trastornos relacionados con el consumo de opiáceos.

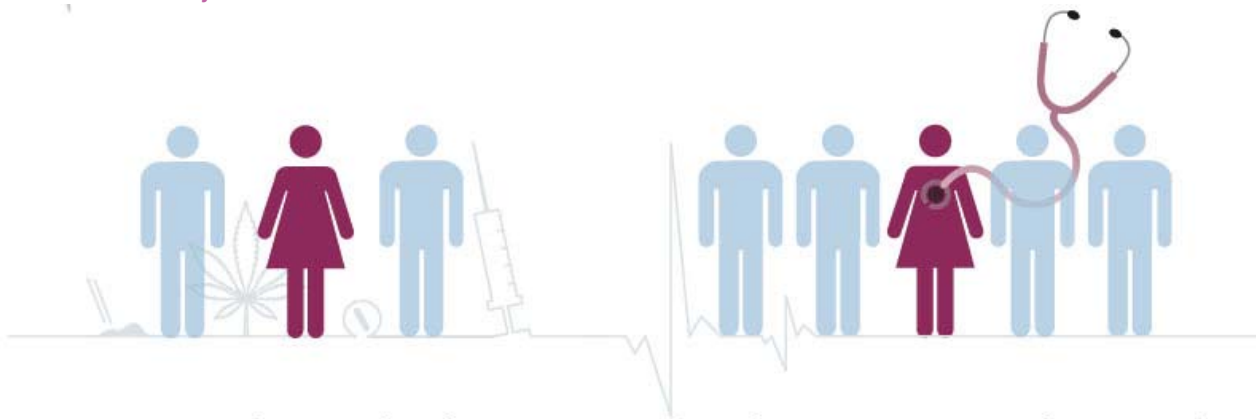
Las nuevas sustancias psicoactivas se comercializan como sustitutos de las drogas sometidas a fiscalización internacional y se afirma que producen efectos similares a los de sus equivalentes tradicionales. Pueden acarrear graves riesgos para la salud y la seguridad públicas. La información y los estudios sobre los posibles daños ocasionados por las nuevas sustancias psicoactivas son escasos, pero la proliferación de esas sustancias, aproximadamente unas 500, entre las que se incluye la mefedrona, plantea una amenaza para la salud de los consumidores de drogas y ha hecho que aumente la demanda de tratamiento por consumo de drogas.

La cocaína sigue siendo la droga que mayor preocupación suscita en América Latina y el Caribe, mientras que el consumo de opiáceos sigue siendo la forma más problemática de consumo en todo el mundo, lo que puede atribuirse a la relación que existe entre el consumo de opiáceos y el consumo de drogas inyectables, el VIH, el SIDA y las muertes por sobredosis, y al hecho de que el consumo de opiáceos engloba la mayor parte de los tratamientos administrados por consumo de drogas en Asia y Europa.

La percepción que tiene la población de la rehabilitación de las personas drogodependientes tiende a simplificar demasiado la magnitud de la drogodependencia. No hay un remedio rápido y sencillo para atajar la drogodependencia. Se trata de un problema de salud crónico y, al igual que con otras

enfermedades crónicas, las personas afectadas son vulnerables durante toda la vida y necesitan tratamiento de forma prolongada y continua. Cada vez son más los estudios que ponen de manifiesto que muchas de las intervenciones encaminadas a prevenir la iniciación en el consumo de drogas (o una posible deriva hacia trastornos relacionados con dicho consumo) pueden ser eficaces si se tienen en cuenta los distintos aspectos relacionados con la vulnerabilidad personal y ambiental de los niños y los jóvenes, factores que en gran medida no dependen de la voluntad del individuo.

Pese a que uno de cada tres consumidores de drogas es mujer, solo uno de cada cinco consumidores de drogas que reciben tratamiento es mujer.

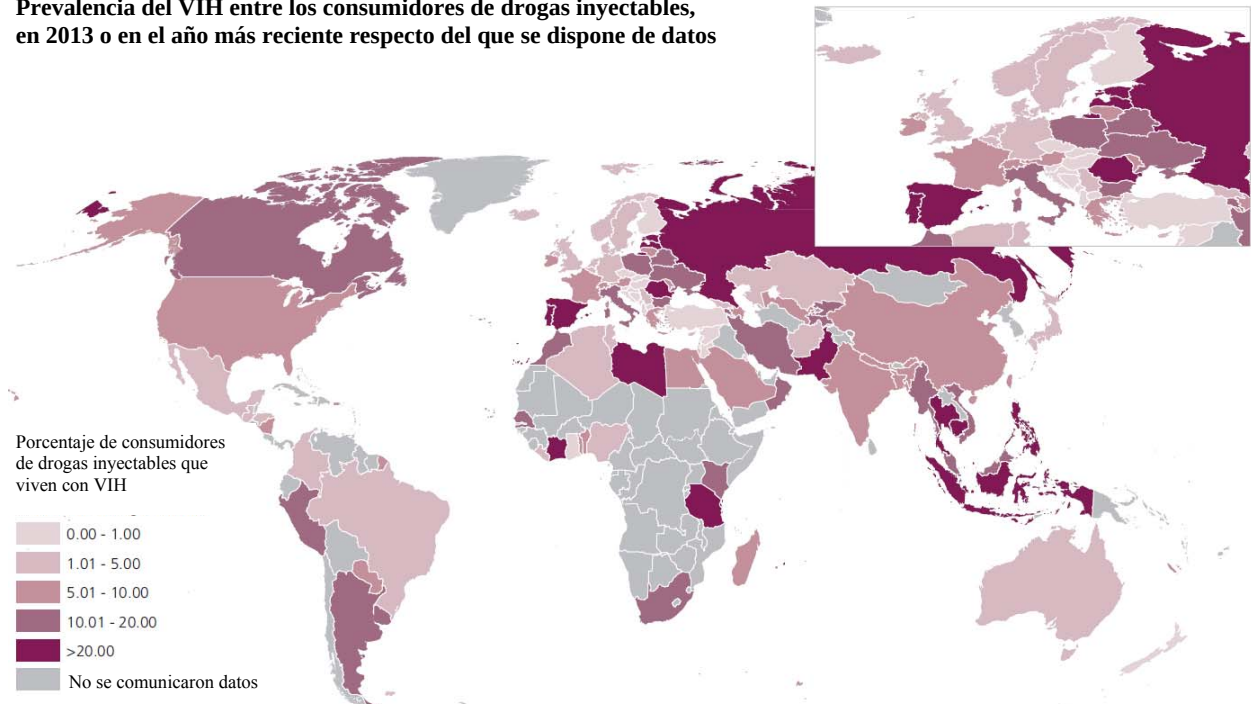


Hay una serie de obstáculos sociales y estructurales que a todas luces obstaculizan el acceso de las mujeres a tratamiento por consumo de drogas en todo el mundo: únicamente uno de cada cinco consumidores de drogas que reciben tratamiento es mujer, si bien uno de cada tres consumidores de drogas es mujer. Cada vez hay más datos empíricos que ponen de manifiesto que los factores biológicos y sociales relacionados con el inicio en el consumo de sustancias, su continuidad y la aparición de problemas relacionados con dicho consumo varían considerablemente entre hombres y mujeres. La probabilidad de consumir cannabis, cocaína y anfetaminas es tres veces superior en el caso de los hombres que en el de las mujeres, mientras es más probable que las mujeres hagan un uso indebido de los opioides de venta con receta y los tranquilizantes. Dado que la probabilidad de que el inicio del consumo indebido de tranquilizantes y opioides de venta con receta dé lugar a un consumo habitual o actual de esas sustancias es relativamente alta en comparación con otras drogas, este sigue siendo un ámbito de especial preocupación en lo que respecta a las mujeres. Los datos disponibles sobre la prevalencia del VIH entre los consumidores de drogas inyectables indican que, en muchos países, las mujeres que consumen ese tipo de drogas son más propensas a contraer la infección por VIH que los hombres y que la prevalencia del VIH es mayor entre las mujeres que consumen drogas inyectables que entre los varones que hacen el mismo consumo.

Ha habido cierto avance en la consecución de la meta fijada en la Declaración Política sobre el VIH y el SIDA al objeto de reducir en un 50% la transmisión del VIH entre los consumidores de drogas inyectables para 2015¹. Si bien el número de nuevos casos diagnosticados de infección por VIH se redujo entre los consumidores de drogas inyectables aproximadamente en un 10%, con lo que pasó de unos 110.000 en 2010 a unos 98.000 en 2013, es poco probable que se alcance la meta fijada.

¹ Declaración Política sobre el VIH y el SIDA: Intensificación de Nuestro Esfuerzo para Eliminar el VIH y el SIDA (resolución de la Asamblea General 65/277, anexo).

Prevalencia del VIH entre los consumidores de drogas inyectables, en 2013 o en el año más reciente respecto del que se dispone de datos



Nota: Las fronteras, nombres y designaciones que figuran en el presente mapa no implican 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. Las partes aún no han acordado la condición definitiva de Jammu y Cachemira.

Aún no se han determinado los límites definitivos entre la República del Sudán y la República de Sudán del Sur.

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

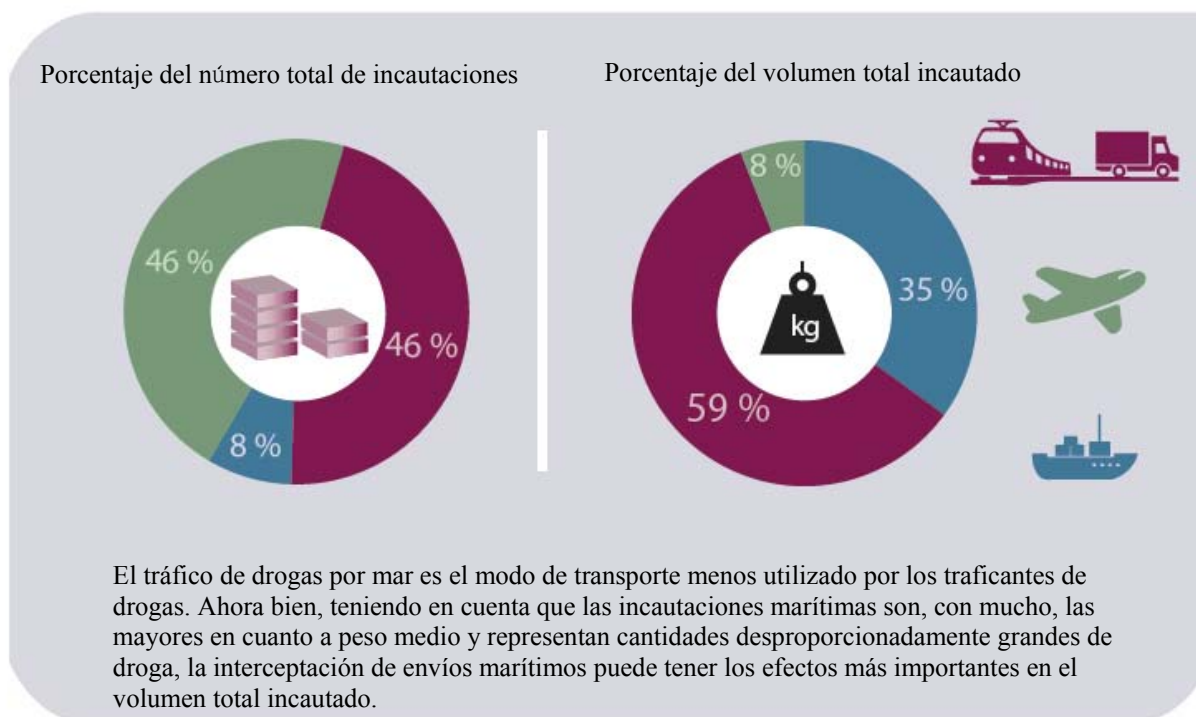
La transmisión de enfermedades infecciosas como el VIH y la hepatitis C y los casos de sobredosis no son más que algunos de los factores de riesgo que hacen que el nivel de mortalidad entre los consumidores de drogas inyectables sea casi 15 veces superior al que normalmente cabría esperar entre personas de la misma edad y sexo en la población general.

No todos los casos de sobredosis de drogas son mortales; en distintos estudios se ha estimado que solo uno de cada 20 o 25 casos de sobredosis es mortal. Las sobredosis no mortales no siempre se notifican y son frecuentes entre los consumidores de drogas. Ahora bien, el riesgo de muerte acumulado aumenta con cada una de las sobredosis sucesivas.

OFERTA Y MERCADOS DE DROGAS

La producción de resina de cannabis sigue limitándose a unos pocos países de África septentrional, el Oriente Medio y Asia sudoccidental, mientras que la hierba de cannabis se produce en la mayor parte de los países del mundo. América del Sur sigue concentrando prácticamente todo el cultivo mundial de arbusto de coca, y Asia sudoccidental (Afganistán) y Asia sudoriental (principalmente la República Democrática Popular Lao y Myanmar) siguen concentrando la inmensa mayoría del cultivo ilícito de adormidera. Si bien es difícil evaluar la fabricación de estimulantes de tipo anfetamínico, se ha notificado ese fenómeno en todas las regiones.

Es posible que no haya habido grandes cambios en las regiones donde se cultivan y fabrican drogas ilícitamente, pero los mercados de drogas ilícitas y las rutas que se utilizan para introducirlas de contrabando varían constantemente. La “red oscura”, el mercado en línea anónimo utilizado para la venta ilícita de una amplia gama de productos, incluso drogas, ilustra perfectamente la rápida evolución de la situación y tiene importantes consecuencias tanto para las autoridades encargadas de la aplicación de la ley como para el tráfico de drogas.



Un ejemplo más clásico de ese dinamismo es el continuo cambio de las rutas utilizadas para el contrabando de opiáceos y el hecho de que la heroína afgana puede estar llegando a nuevos mercados. La creciente importancia de África como zona de tránsito de la heroína afgana con destino a Europa y otras regiones se refleja en el mayor número de incautaciones de heroína notificado en los últimos años por algunos países africanos, en particular en África oriental. Los casos más recientes de incautación también indican que la introducción por el océano Índico de grandes cargamentos de heroína afgana en África oriental y meridional podría ser más habitual. Además, África sigue utilizándose como zona de reexpedición para introducir cocaína en Europa por el Atlántico, y Europa Oriental se está convirtiendo en una zona de tránsito y de destino. Las cantidades objeto de tráfico son pequeñas, pero ello puede ser un indicio de que el mercado de cocaína está desplazándose hacia el este.

África occidental parece haberse consolidado como fuente de la metanfetamina que se introduce de contrabando en Asia oriental y sudoriental por África meridional o Europa, y hay nuevas rutas de tráfico que enlazan mercados regionales de metanfetamina que antes no estaban conectados. El mercado de metanfetamina establecido en Asia oriental y sudoriental sigue creciendo, y además, cada vez hay más indicios de un aumento del consumo de esa sustancia en algunas zonas de América del Norte y Europa.

Dado que los opiáceos procedentes de Myanmar podrían no satisfacer la demanda de Asia sudoriental, la denominada “ruta meridional” podría estar adquiriendo más importancia como vía de contrabando de heroína afgana hacia el sur, desde el Afganistán por el Pakistán o la República Islámica del Irán. Las redes de traficantes que utilizan la ruta de los Balcanes para introducir heroína afgana en Europa podrían estar utilizando una nueva ruta que pasa por el Cáucaso; de hecho, hay indicios de tráfico de heroína procedente del Iraq, en lugar de la República Islámica del Irán.

No solo están cambiando las rutas del tráfico de drogas, sino que también hay datos que indican que los grupos delictivos organizados, que en el pasado se limitaban al tráfico de un solo tipo de droga, están diversificándose. Por ejemplo, grupos que antes concentraban su actividad en el tráfico de heroína, están traficando cada vez más con resina de cannabis y metanfetamina.

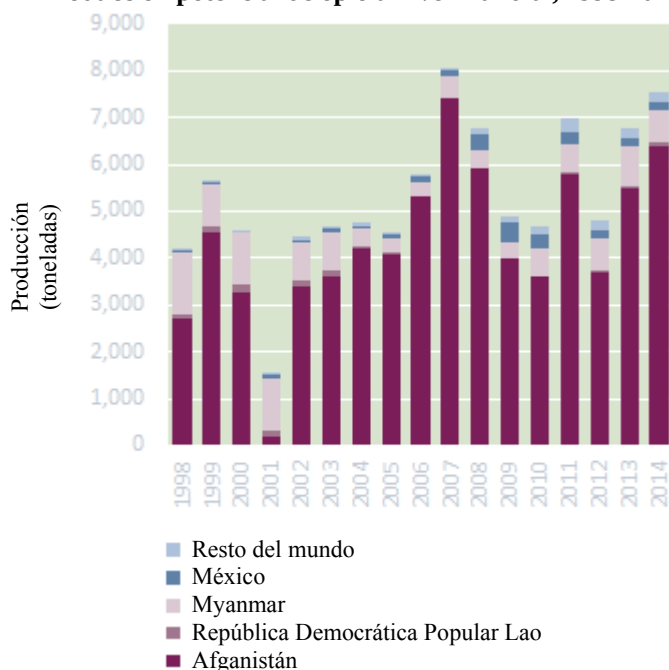
En cierta medida, se ha producido un cambio en el uso de las rutas de tráfico. Cada vez hay más datos que indican que las rutas utilizadas tradicionalmente para el contrabando de un tipo de droga ahora se utilizan para el contrabando de otros tipos de drogas. Parece haber una evolución en los países que, según la información comunicada, funcionan como centros de tránsito de determinadas drogas; por ejemplo, se están utilizando países africanos como zonas de tránsito del tráfico de heroína y cocaína, y además, algunos países africanos se utilizan cada vez más como zonas de tránsito de diferentes tipos de drogas.

Opiáceos

Según la escasa información de que se dispone, la prevalencia mundial del consumo de opioides (el 0,7% de la población adulta mundial, o 32,4 millones de personas) y el consumo de opiáceos (el 0,4%, o 16,5 millones de personas) ha permanecido estable, si bien, en 2014, el cultivo mundial de adormidera alcanzó su nivel más alto desde finales de la década de 1930. Ello se atribuye, ante todo, a que el cultivo de adormidera alcanzó máximos históricos en el principal país en que se cultiva, el Afganistán, donde la producción potencial de opio también siguió aumentando. La producción mundial de opio alcanzó 7.554 toneladas en 2014, el segundo nivel más alto en tres decenios, aunque el volumen de incautación mundial de opio, heroína y morfina ilícita disminuyó en un 6,4% entre 2012 y 2013.

En la mayoría de las regiones, el aumento de la producción estimada de opio y heroína aún no se ha reflejado en una mayor oferta de heroína. No está muy claro cuál es el destino de las cantidades adicionales de heroína, pero en algunos países hay indicios de una mayor disponibilidad de esta droga y de un aumento de los indicadores relacionados con la heroína, como la mortalidad y las emergencias médicas.

Producción potencial de opio a nivel mundial, 1998-2014

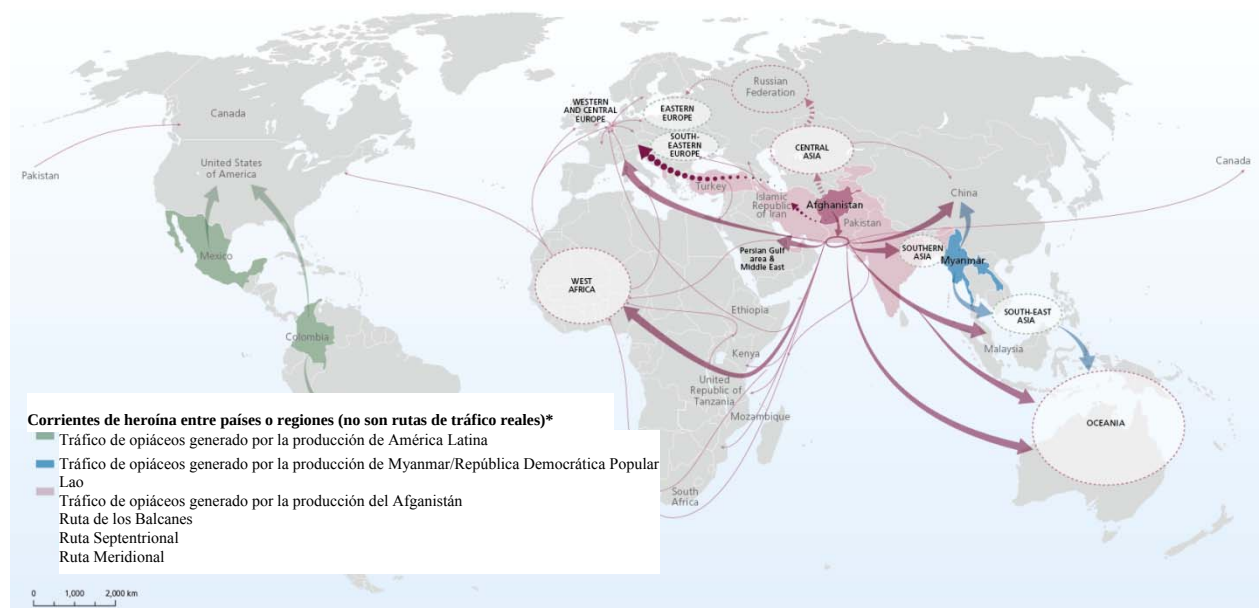


Fuente: Período 1997-2002: UNODC; desde 2003: sistema nacional de vigilancia de cultivos ilícitos apoyado por la UNODC.

La prevalencia del consumo de opioides sigue siendo elevada en América del Norte (3,8%) con relación a la media mundial. En los Estados Unidos, hay indicios de un desplazamiento parcial del consumo de opioides hacia el consumo de heroína, atribuible, en parte, a cambios en la formulación de OxyContin, uno de los principales opioides de venta con receta que es objeto de uso indebido, así como a una mayor disponibilidad de heroína y una reducción de su precio en algunas partes del país. El número de muertes relacionadas con la heroína está experimentando un aumento considerable (pasó de 5.925 en 2012 a 8.257 en 2013) y se ha situado en su nivel más alto en un decenio; así, el número de muertes relacionadas con las drogas sigue aumentando en los Estados Unidos.

Hay indicios de un cambio en el suministro de heroína en diferentes regiones. En América del Norte, el 90% de la heroína consumida en el Canadá procede del Afganistán, pero los Estados Unidos siguen abasteciéndose de la heroína que se fabrica en Centroamérica y América del Sur. Sin embargo, el análisis de las incautaciones indica que, si bien en la actualidad la heroína afgana representa una cantidad relativamente pequeña del volumen de heroína incautado en los Estados Unidos, eso podría estar cambiando. En Oceanía, el mercado australiano fluctuó entre el suministro de heroína afgana y el suministro de heroína procedente de la República Democrática Popular Lao y Myanmar; no obstante, parece que en 2013 predominaba la última opción. Ello pone de relieve que el ámbito de acción de las redes delictivas organizadas sigue siendo mundial y que los grupos delictivos organizados son cada vez más complejos y versátiles.

Principales corrientes de tráfico mundial de opiáceos



Pakistán, Canadá, Estados Unidos de América, México, Colombia, América del Sur, Europa occidental y central, Europa oriental, Europa sudoriental, Federación de Rusia, Asia central, Turquía, República Islámica del Irán, Afganistán, Pakistán, África occidental, Área del golfo Pérsico y Oriente Medio, Etiopía, Kenya, República Unida de Tanzania, Mozambique, Sudáfrica, Asia meridional, China, Myanmar, Asia sudoriental, Malasia, Oceanía, Canadá.

Fuentes: Respuestas al cuestionario para los informes anuales de la UNODC y base de datos sobre las remesas de drogas incautadas.

Notas: Los límites que figuran en el mapa 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. Las partes aún no han acordado la condición definitiva de Jammu y Cachemira. Aún no se han determinado los límites definitivos entre el Sudán y Sudán del Sur.

Las rutas de tráfico representadas en este mapa deben considerarse como indicativas en líneas generales; se basan en los análisis de datos y no en un trazado definitivo de las rutas. Los análisis parten de datos sobre incautaciones oficiales de drogas efectuadas a lo largo de las rutas de tráfico, así como de los informes oficiales de los países y las respuestas de los cuestionarios para los informes anuales. Las rutas pueden desviarse hacia otros países que se encuentran a lo largo del trayecto; además, existen numerosos itinerarios secundarios que pueden no estar reflejados.

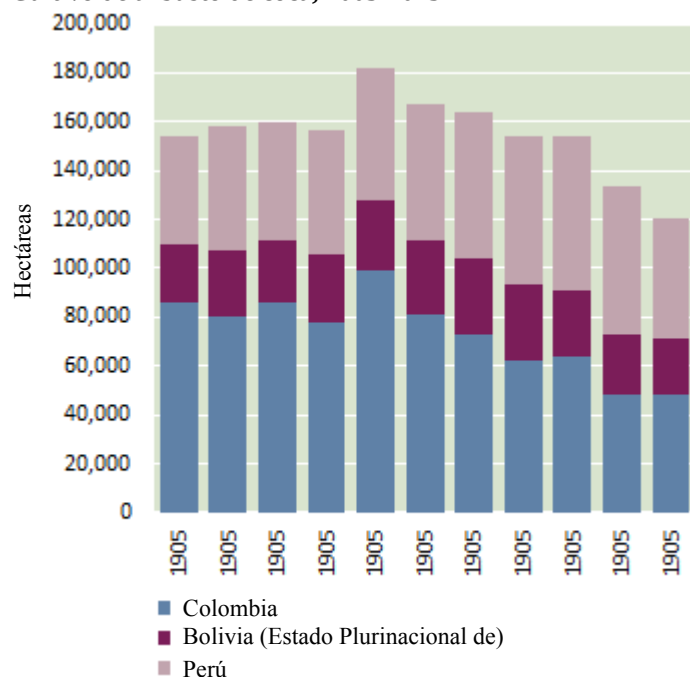
En Europa, el mercado de heroína también ha estado sometido a variaciones, aunque a nivel subregional. En Europa occidental y central, el consumo de heroína parece seguir una tendencia bien estable o a la baja, en tanto que las incautaciones de heroína han aumentado recientemente en Europa oriental y sudoriental, donde la falta de nuevos datos impide evaluar las tendencias más recientes en lo que respecta a la prevalencia del consumo de drogas.

En ausencia de datos recientes fiables sobre la magnitud del consumo de opioides en la mayoría de las regiones de Asia, es difícil determinar alguna tendencia, si bien se considera que el consumo de opioides es estable en términos generales. Asia sigue siendo el mayor mercado de opiáceos del mundo, pues concentra aproximadamente dos tercios de los consumidores de opiáceos del planeta, y el número total de consumidores de heroína registrados en China está aumentando. Los datos sobre África siguen siendo escasos, pero es probable que la creciente importancia de África como zona de tránsito de la heroína afgana destinada a los mercados de otras regiones haya tenido efectos en el consumo de opiáceos en África.

Cocaína

En 2013, no solo siguió disminuyendo el cultivo de arbusto de coca (con lo que alcanzó su nivel más bajo desde 1990, cuando empezó a disponerse de estimaciones), sino que la prevalencia anual del consumo de cocaína (el 0,4% de la población adulta) también siguió reduciéndose en Europa occidental y central y en América del Norte. En esas subregiones, donde, junto con los países de América del Sur, se encuentran los mayores mercados de cocaína del mundo, la prevalencia del consumo de cocaína es la más elevada. Las medidas para reducir la oferta pueden haber contribuido al descenso del cultivo de arbusto de coca en los países productores, lo que ha dado lugar a una menor disponibilidad de cocaína y a la contracción de algunos de sus principales mercados.

Cultivo de arbusto de coca, 2003-2013

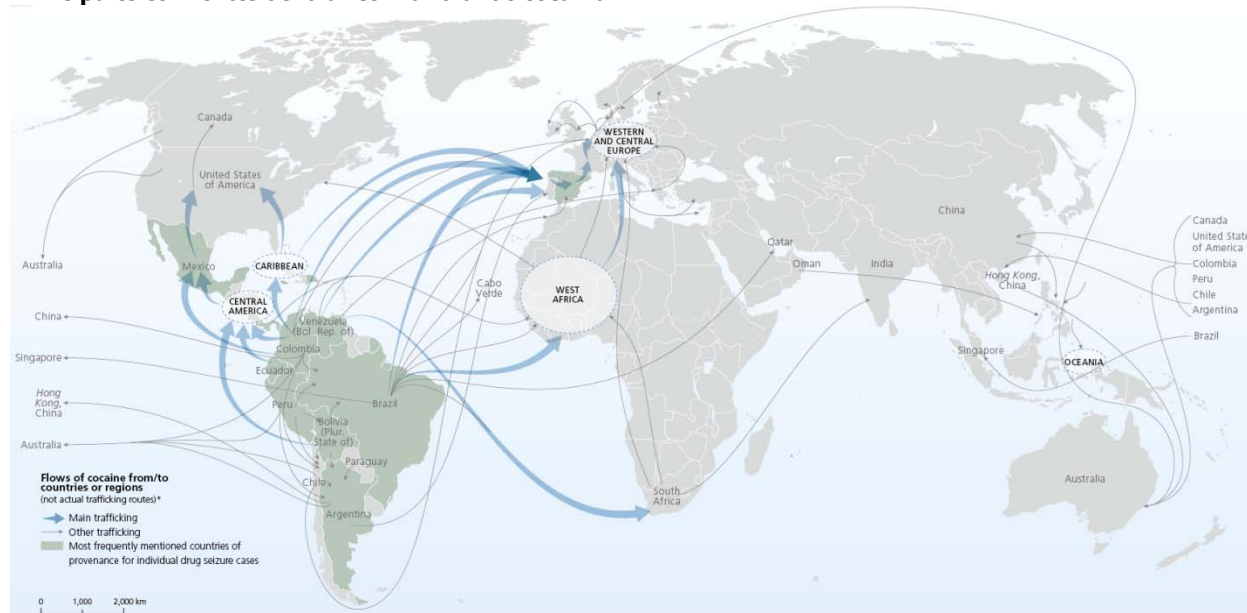


Fuente: Respuestas al cuestionario para los informes anuales de la UNODC y otras fuentes oficiales.

Además del costo humano de la fabricación y el tráfico de cocaína, el cultivo ilícito de arbusto de coca y la transformación de la coca en cocaína siguen causando graves daños al medio ambiente, aun cuando el cultivo del arbusto de coca haya disminuido. Solo en Colombia, se perdieron unas 290.000 hectáreas de bosques entre 2001 y 2013 como consecuencia directa del cultivo de coca, en tanto que las prácticas agrícolas de tala y quema utilizadas para limpiar nuevas parcelas han dado lugar a un aumento de la erosión. Los herbicidas y fertilizantes utilizados en el cultivo de arbusto de

coca y otras sustancias químicas empleadas en la transformación de coca en cocaína también han ocasionado daños ambientales.

Principales corrientes del tráfico mundial de cocaína



Australia, Canadá, Estados Unidos de América, México, Caribe, Centroamérica, Venezuela (Rep. Bol. de), Colombia, Ecuador, Perú, Bolivia (E. Pluri. de), Brasil, Paraguay, Chile, Argentina, China, Singapur, Hong Kong (China), Australia, Cabo Verde, África Occidental, Europa occidental y central, Sudáfrica, Qatar, Omán, India, China, Hong Kong (China), Singapur, Oceanía, Australia, Canadá, Estados Unidos de América, Colombia, Perú, Chile, Argentina, Brasil.

Corrientes de cocaína entre países o regiones (no son rutas de tráfico reales)*

Tráfico principal

Otro tráfico

Países de origen mencionados más frecuentemente en los casos de incautación de drogas

Fuente: Respuestas al cuestionario para los informes anuales de la UNODC y base de datos sobre las remesas de drogas incautadas.

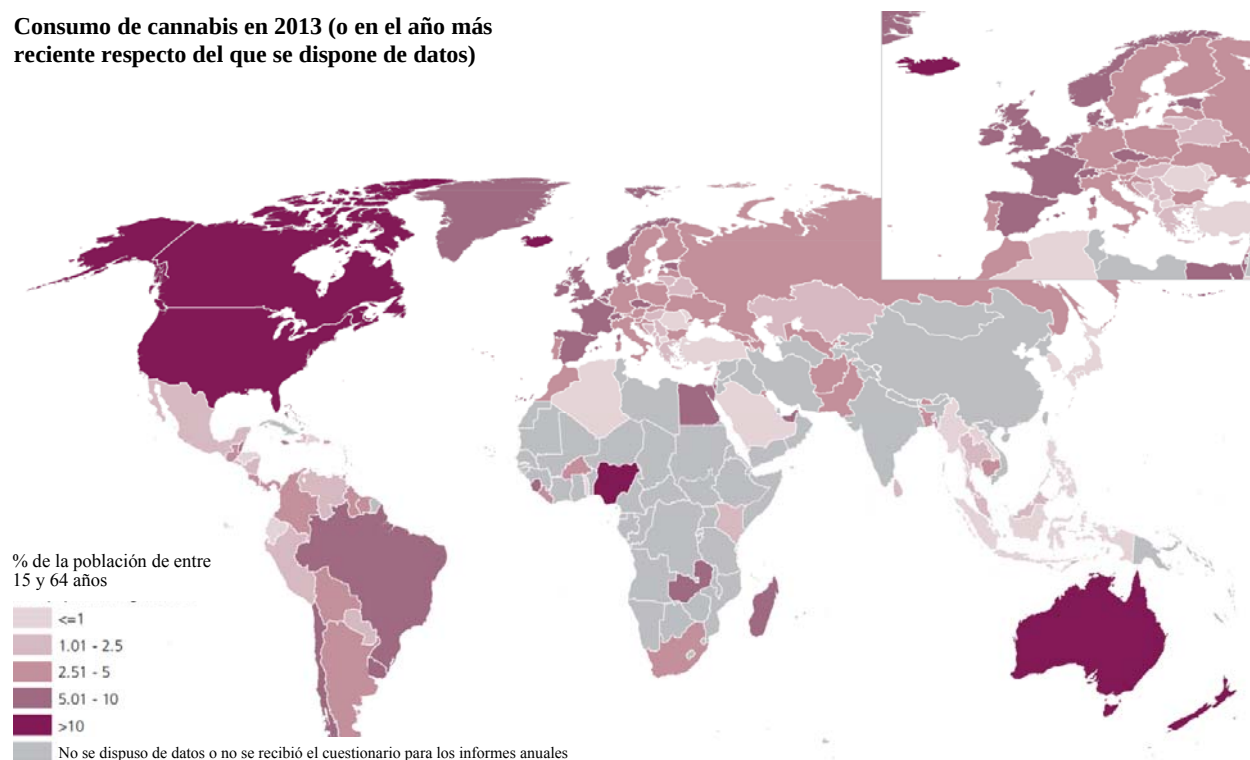
Notas: Los límites que figuran en el mapa no implican una aprobación o aceptación oficial por parte de las Naciones Unidas. Las líneas discontinuas representan límites por determinar. La línea de puntos representa aproximadamente la línea de control en Jammu y Cachemira convenida por la India y el Pakistán. Las partes aún no han acordado la condición definitiva de Jammu y Cachemira. Aún no se han determinado los límites definitivos entre el Sudán y Sudán del Sur.

Las rutas de tráfico representadas en este mapa deben considerarse como indicativa en líneas generales; se basan en los análisis de datos y no en un trazado definitivo de las rutas. Los análisis parten de datos sobre incautaciones oficiales de drogas efectuadas a lo largo de las rutas de tráfico, así como de los informes oficiales de los países y las respuestas de los cuestionarios para los informes anuales. Las rutas pueden desviarse hacia otros países que se encuentran a lo largo del trayecto; además, existen numerosos itinerarios secundarios que pueden no estar reflejados.

Cannabis

El consumo de cannabis está aumentando y sigue siendo elevado en África occidental y central, Europa occidental y central y Oceanía, así como en América del Norte, donde los datos más recientes disponibles indican que ha aumentado la prevalencia de consumo de cannabis en los Estados Unidos. Europa sigue siendo uno de los mayores mercados del mundo de resina de cannabis, pero su consumo se concentra en unos pocos países. El consumo de hierba de cannabis se distribuye de forma más uniforme por los países europeos, y el mercado de Europa occidental y central está pasando de la resina a la hierba de cannabis.

Consumo de cannabis en 2013 (o en el año más reciente respecto del que se dispone de datos)



No se dispuso de datos o no se recibió el cuestionario para los informes anuales

Nota: Las fronteras, nombres y designaciones que figuran en el presente mapa no implican 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. Las partes aún no han acordado la condición definitiva de Jammu y Cachemira. Aún no se han determinado los límites definitivos entre la República del Sudán y la República de Sudán del Sur.

Los avances en las técnicas de cultivo de la planta de cannabis y el uso de determinadas cepas seleccionadas genéticamente han producido un aumento en el número de cosechas, y un mayor rendimiento y potencia del cannabis. La potencia del cannabis, que suele medirse por el grado de concentración de THC (Δ^9 -tetrahidrocannabinol, el principal ingrediente psicoactivo del cannabis), ha ido aumentando en muchos mercados durante el último decenio, lo que ha dado lugar a una preocupación cada vez mayor respecto de la capacidad del cannabis para ocasionar problemas de salud graves. A pesar de que la creciente profesionalización y complejidad de sus métodos han permitido a los productores de planta de cannabis mejorar su capacidad para no ser detectados por las autoridades encargadas de hacer cumplir la ley, los datos correspondientes a 2013 ponen de manifiesto un aumento en la cantidad de hierba de cannabis y resina de cannabis incautada en todo el mundo.

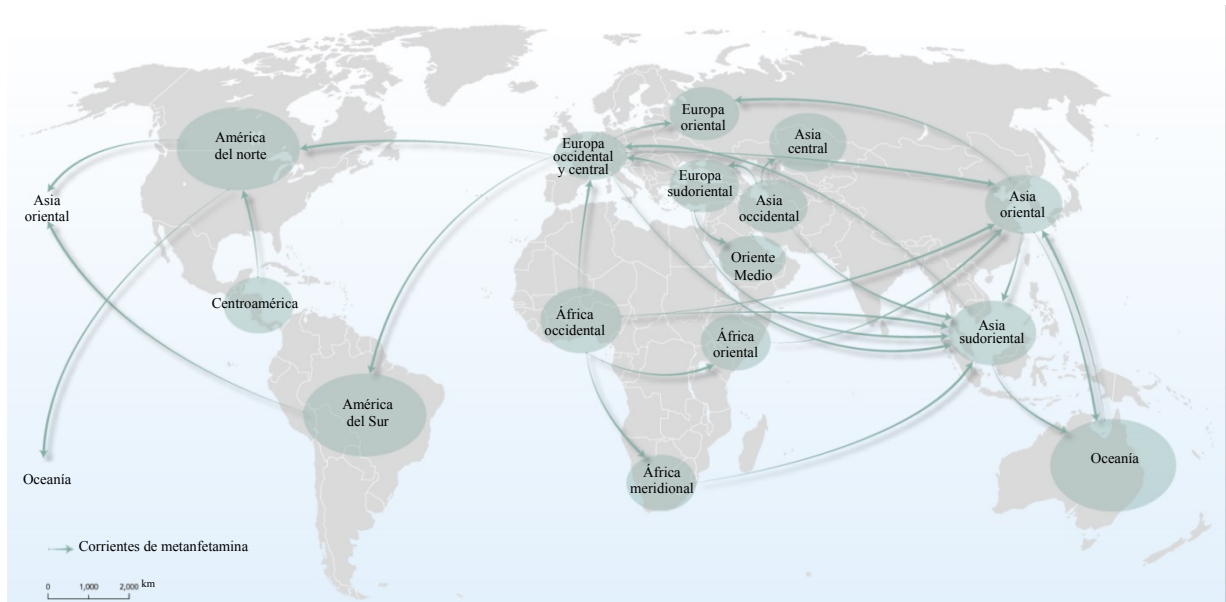
Drogas sintéticas: estimulantes de tipo anfetamínico y nuevas sustancias psicoactivas

El mercado mundial de drogas sintéticas sigue estando dominado por la metanfetamina. En Asia oriental y sudoriental, donde se concentra una gran parte de las personas que reciben tratamiento por consumo de drogas en una serie de países, se está expandiendo un mercado cada vez más diversificado de metanfetamina; por otro lado, el consumo de metanfetamina cristalizada está aumentando en algunas regiones de América del Norte y Europa. El aumento de las incautaciones registradas desde 2009 también denota una rápida expansión del mercado mundial de estimulantes de tipo anfetamínico. De hecho, la cantidad total de estimulantes de tipo anfetamínico incautada prácticamente se duplicó, y llegó a superar las 144 toneladas en 2011 y 2012, el nivel más alto desde que la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC) empezó a hacer un seguimiento sistemático. En 2013 la incautación se mantuvo en niveles comparativamente altos.

Según los datos relativos a las incautaciones, el mercado mundial de éxtasis es menor que el de anfetamina y metanfetamina, y sigue limitándose a algunas regiones. Asia oriental y sudoriental y Oceanía pueden estar convirtiéndose en el motor del mercado mundial de éxtasis, mientras que el

mercado parece estar contrayéndose en América, donde las incautaciones de éxtasis disminuyeron en un 81% entre 2009 y 2012. Los mayores mercados de éxtasis siguen siendo Asia oriental y sudoriental y Oceanía, si bien las incautaciones de éxtasis disminuyeron en 2013.

Corrientes de metanfetamina observadas por los países receptores, 2011-2013



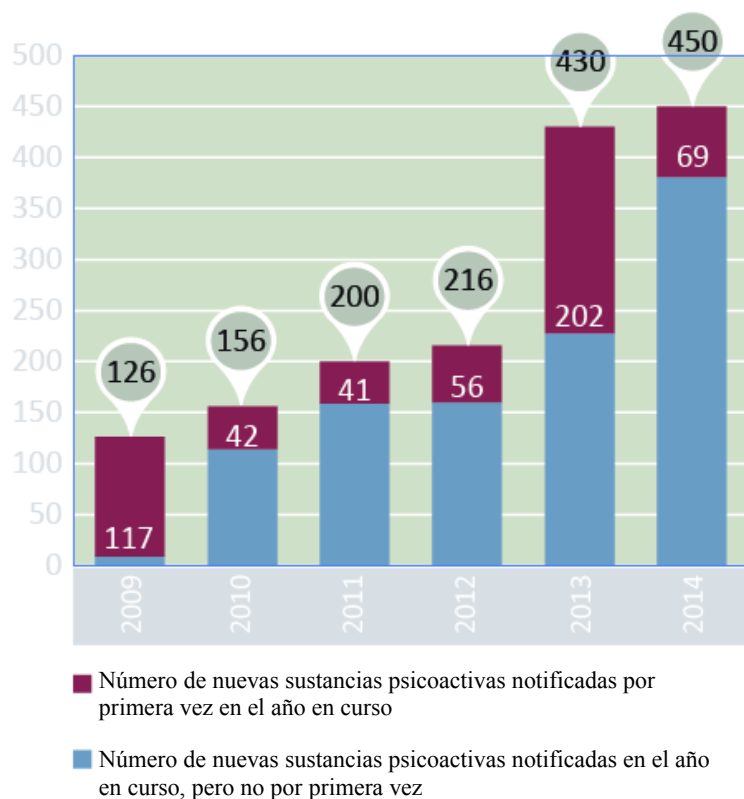
Fuente: Respuestas al cuestionario para los informes anuales de la UNODC, 2011-2013.

Notas: El punto de partida de las flechas que indican las corrientes no señala necesariamente el lugar de origen o fabricación de la metanfetamina. Las flechas representan las corrientes observadas por los países receptores. Señalan la dirección del tráfico de metanfetamina, pero no indican la cantidad con la que se trafica.

Los límites que figuran en el mapa 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. Las partes aún no han acordado la condición definitiva de Jammu y Cachemira. Aún no se han determinado los límites definitivos entre el Sudán y Sudán del Sur.

El mercado de éxtasis lleva algún tiempo contrayéndose en varios países europeos, donde la mefedrona y otras nuevas sustancias psicoactivas podrían estar sirviendo de sustitutos. El consumo de mefedrona y de cannabinoides sintéticos puede haber descendido en algunos mercados en los últimos años, pero hay un número creciente de países que ha notificado la aparición de una mayor variedad de nuevas sustancias psicoactivas y de hechos preocupantes como, por ejemplo, el consumo por inyección de esas sustancias. Siguen siendo escasos los datos acerca de las novedades más recientes relacionadas con el consumo de drogas inyectables y el policonsumo de drogas que incluya nuevas sustancias psicoactivas; esas formas específicas de consumo de drogas pueden dificultar gravemente la labor de las entidades encargadas de administrar tratamiento por consumo de drogas y los responsables de la prestación de atención sanitaria.

Número de nuevas sustancias psicoactivas notificadas al sistema de alerta temprana de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2009-2014



Fuente: UNODC, sistema de alerta temprana sobre nuevas sustancias psicoactivas, 2009-2014.

Nota: En este gráfico únicamente se representa el número de las distintas NSP notificadas durante cada uno de los años sobre los que se informaba. No todas las sustancias sobre las que se informó en un año determinado fueron objeto de notificación en el año o años siguientes.

Su enorme número y diversidad, y el carácter pasajero de las nuevas sustancias psicoactivas que se encuentran actualmente en el mercado explican, en parte, por qué los datos disponibles sobre la prevalencia del consumo de muchas de esas sustancias siguen siendo escasos. Esas dificultades también explican por qué la reglamentación en materia de nuevas sustancias psicoactivas y la capacidad para hacer frente a los problemas de salud relacionados con estas plantean problemas. Distintos países han informado de que las nuevas sustancias psicoactivas continúan proliferando en el mercado, tanto en lo que respecta a su cantidad como a su diversidad. En diciembre de 2014, 95 países y territorios habían informado sobre un total de 541 NSP al sistema de alerta temprana de la UNODC. En 2014, la mayoría de las nuevas sustancias psicoactivas notificadas siguieron siendo los cannabinoides sintéticos (39%), seguidos de fenetilaminas (18%) y catinonas sintéticas (15%). El creciente número de nuevas sustancias psicoactivas disponibles en todo el mundo indica que el mercado de las drogas sintéticas está cada vez más diversificado.

DESARROLLO ALTERNATIVO

Cultivos ilícitos: romper el círculo vicioso

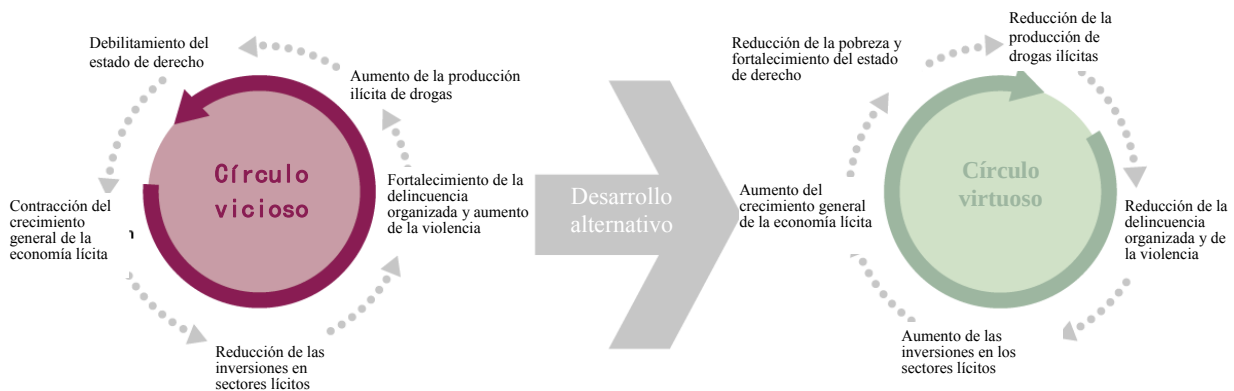
La producción de cultivos ilícitos se ve impulsada por distintas situaciones específicas donde se combinan factores como la vulnerabilidad y la oportunidad. La supervivencia y la subsistencia son consideraciones fundamentales para muchas familias dedicadas al cultivo ilícito; estas suelen temer el riesgo y tienen en cuenta una serie de factores a la hora de tomar decisiones con relación a esos cultivos.

Uno de esos factores es el carácter específico de los cultivos ilícitos — los aspectos agronómicos, la durabilidad de los productos, el precio, la facilidad de venta, etc. Todos los cultivos ilícitos importantes resultan especialmente atractivos porque generan ganancias rápidas a partir de productos no perecederos. Así pues, el cultivo ilícito puede proporcionar a los agricultores unos medios económicos a corto plazo necesarios para sobrevivir, si bien ello no permite que en la zona se desarrolle una economía lícita y se cree un entorno institucional.

Otros factores incluyen: factores geográficos y ambientales, como el clima, la disponibilidad de agua y tierras de cultivo, y la proximidad a los mercados; factores socioeconómicos específicos de la situación familiar, como el nivel de ingresos, las oportunidades de empleo disponibles, el acceso a crédito y las dimensiones de las tierras en propiedad; la disponibilidad de infraestructuras que permitan promover el desarrollo, como el acceso a carreteras, la existencia de una red eléctrica, y de servicios educativos y sanitarios; y factores sociopolíticos e institucionales, como la seguridad, el control gubernamental y el estado de derecho. Los cultivos ilícitos suelen producirse en zonas aisladas y marginadas, que se distinguen por un escaso control gubernamental, la falta de claridad respecto de los derechos sobre la tierra, la falta de infraestructuras, la pobreza y la violencia, es decir, en zonas donde pocos organismos internacionales de desarrollo llevan a cabo su actividad.

El desarrollo alternativo es un enfoque destinado a reducir la vulnerabilidad que da lugar a que la población se dedique a producir cultivos ilícitos y, en última instancia, a eliminar esos cultivos. El desarrollo alternativo puede romper el círculo vicioso caracterizado por el aumento de la producción ilícita de drogas, el debilitamiento del estado de derecho, la contracción del crecimiento de la economía lícita, la reducción de las inversiones en sectores lícitos, el fortalecimiento de la delincuencia organizada y el aumento de la violencia, al promover de un modo eficaz factores que fomentan una economía lícita sostenible. A largo plazo, ello puede contribuir a atraer inversiones y a desarrollar la infraestructura necesaria y, en consecuencia, a modificar y preservar los medios de subsistencia de las comunidades rurales.

Repercusiones de la producción de drogas ilícitas y de las intervenciones de desarrollo alternativo



En términos generales, el desarrollo alternativo no es un objetivo en sí mismo, sino un medio para lograr un fin, a saber, contribuir a crear un entorno propicio para un desarrollo rural a largo plazo sin cultivos ilícitos. El desarrollo alternativo actúa como catalizador, impulsando el desarrollo de las zonas que afrontan problemas concretos relacionados con la economía de las drogas ilícitas.

La Asamblea General, en su vigésimo período extraordinario de sesiones, celebrado en 1998, definió el desarrollo alternativo como un proceso destinado a impedir y eliminar el cultivo ilícito “mediante la adopción de medidas de desarrollo rural expresamente concebidas con tal fin, y que se lleva a cabo en el contexto de un crecimiento económico nacional sostenido y de los esfuerzos por alcanzar un desarrollo sostenible de los países que están tomando medidas contra las drogas, teniendo presentes

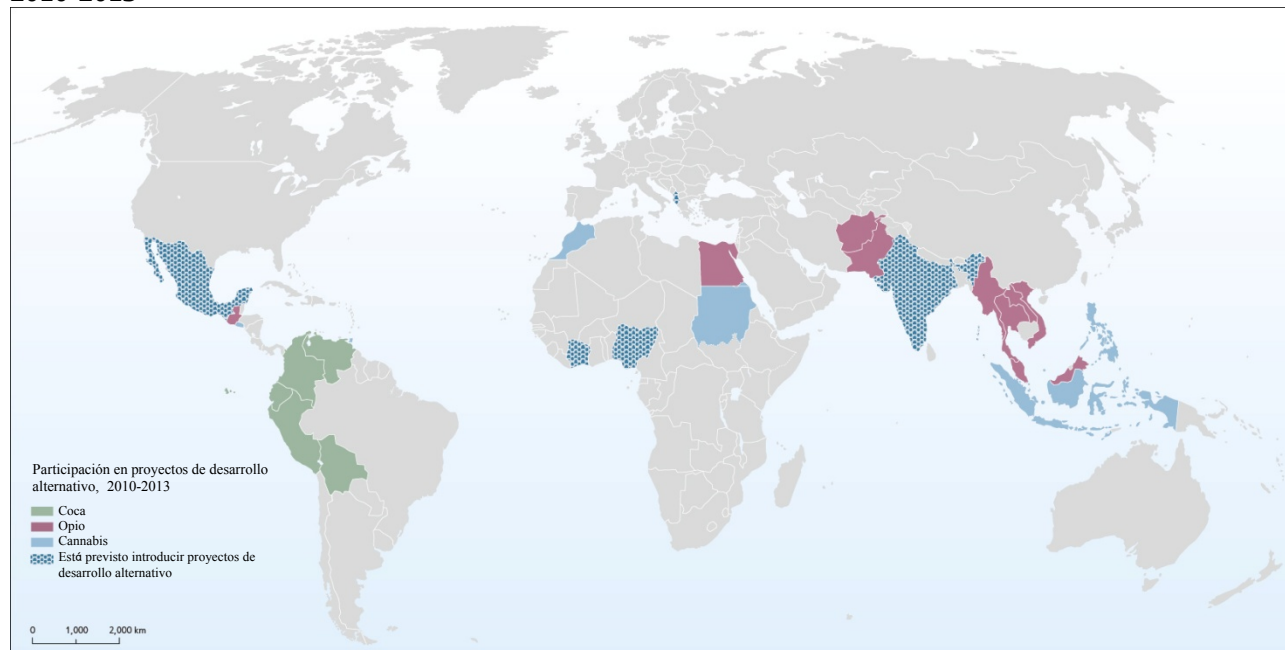
las características socioculturales especiales de las comunidades y grupos destinatarios”². Esta definición se utiliza a nivel internacional. Por otro lado, un amplio espectro de países, donantes y profesionales que han acometido esos procesos han elaborado distintas definiciones que reflejan nuevos enfoques y estrategias de desarrollo alternativo.

Las estrategias y los planes nacionales aplican un enfoque equilibrado que complementa el desarrollo alternativo, no solo con otras estrategias de reducción de la oferta (en particular represión e interdicción), sino también con estrategias de reducción de la demanda (prevención, tratamiento y rehabilitación). Otra estrategia que suele estar integrada —bien de forma transversal o bien como una política separada— consiste en promover la buena gobernanza o en fortalecer las instituciones públicas o el estado de derecho.

¿Dónde se están llevando a cabo proyectos de desarrollo alternativo?

El grueso de los proyectos de desarrollo alternativo se está llevando a cabo en la totalidad de los principales países productores de coca y opio, así como en algunos países productores de cannabis y algunos países con producción de opio poco importante, que se encuentran en América del Sur, Centroamérica, el Caribe, Asia y África. Varios países de Asia, Centroamérica, África y Europa también informaron de que tenían previsto llevar a cabo actividades de desarrollo alternativo (véase el mapa).

Estados Miembros donde se están llevando a cabo proyectos nacionales de desarrollo alternativo (según la información recibida por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito) 2010-2013



Fuentes: Cuestionario para los informes anuales de la UNODC y proyectos de desarrollo alternativo de la UNODC.

Nota: Solo se han incluido los países que han aportado información suficiente sobre la aplicación de proyectos de desarrollo alternativo. Los límites que figuran en el mapa 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. Las partes aún no han acordado la condición definitiva de Jammu y Cachemira. Aún no se han determinado los límites definitivos entre el Sudán y Sudán del Sur.

² Plan de Acción sobre Cooperación Internacional para la Erradicación de los Cultivos Ilícitos para la Producción de Drogas y Desarrollo Alternativo (resolución S-20/4 E de la Asamblea General).

Elementos del desarrollo alternativo

Si bien el desarrollo alternativo se promulga a nivel internacional, su evolución se impulsa a nivel nacional o incluso local. Dado que los factores que empujan a un agricultor a dedicarse a la producción de cultivos ilícitos pueden variar enormemente de un país a otro o de una región a otra, los elementos estratégicos del desarrollo alternativo han de adaptarse a las circunstancias concretas sobre el terreno a nivel local. No existen dos proyectos o dos intervenciones de desarrollo alternativo exactamente iguales, aun cuando se encuentren en la misma zona; ahora bien, hay elementos comunes.

Esos elementos estratégicos generales suelen ser similares y hay aspectos comunes en el marco y el enfoque globales, pero la importancia de sus funciones puede variar de un proyecto a otro y algunos de esos elementos pueden no estar presentes en absoluto. La obtención de buenos resultados depende, en gran medida, de cada situación concreta y no existe un manual o guía para el desarrollo alternativo. Gracias a la adopción de los Principios Rectores de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Alternativo³ ahora se dispone de una serie de directrices generales que definen a grandes rasgos un conjunto de buenas prácticas para la planificación y ejecución de proyectos de desarrollo alternativo. A continuación figuran los principales componentes de que constan la mayoría de los proyectos de desarrollo alternativo en mayor o menor grado:

- Las alternativas destinadas a generar ingresos son el núcleo del desarrollo alternativo, pues la necesidad económica suele desempeñar un papel importante en la decisión de todo agricultor acerca de la conveniencia de dedicar su actividad a producir cultivos ilícitos. Esas alternativas han de ser viables y sostenibles, a fin de reducir la dependencia de los cultivos ilícitos.
- La comercialización de los productos procedentes de las actividades de desarrollo alternativo es un aspecto importante en cualquier proyecto. Con el fin de mejorar las posibilidades de comercialización y reducir la vulnerabilidad relacionada con los cultivos ilícitos, a menudo, los programas de desarrollo alternativo tratan de atraer la participación del sector privado. Ese enfoque ha permitido que los productos procedentes de los programas de desarrollo alternativo tengan acceso al mercado, no solo a nivel local y nacional, sino también en el plano internacional.
- El apoyo político y financiero a largo plazo es esencial para el éxito del desarrollo alternativo. Se necesita tiempo no solo para atajar los factores económicos que impulsan la producción de cultivos ilícitos, sino también para fomentar la confianza en las comunidades locales y hacer inversiones a largo plazo. La participación directa de los agricultores y las comunidades desempeña un papel fundamental en la elaboración y planificación de actividades de desarrollo alternativo, en especial, en los ámbitos donde las instituciones públicas no pueden cumplir esa función.
- La tenencia de la tierra y la ordenación y el uso sostenibles del suelo son fundamentales para el éxito a largo plazo del desarrollo alternativo, ya que la falta de acceso a la tierra puede ser uno de los factores que impulsen el cultivo ilícito. Dado que se necesitan varios años para que produzcan rendimientos, la mayoría de los cultivos comerciales alternativos requiere el compromiso a largo plazo de los agricultores; ahora bien, sin acceso a la tierra, los agricultores son reacios a dedicarse a la producción de cultivos comerciales de forma prolongada.
- La protección del medio ambiente desempeña un papel cada vez más importante. Por un lado, el desarrollo alternativo aspira a “no perjudicar”, tratando de reducir al mínimo el impacto

³ Resolución de la Asamblea General 68/196, anexo.

ambiental de las intervenciones y, por otro, tiene un componente proactivo destinado a que los programas contribuyan directa o indirectamente a la protección del medio ambiente y la biodiversidad, y a mitigar el cambio climático.

¿Qué es el desarrollo alternativo eficaz?

Es difícil medir el alcance, la calidad y la eficacia de las intervenciones y los servicios de desarrollo alternativo para atajar el problema de la droga. El carácter prolongado de las intervenciones es un aspecto de la complejidad a la hora de determinar su eficacia. La experiencia ha demostrado que el éxito del desarrollo alternativo en lo que respecta a la reducción sostenible de los cultivos ilícitos únicamente puede determinarse tras varios años de intervención. Los intentos para determinar los resultados conseguidos en períodos más breves han resultado ser contraproducentes, en particular, cuando la información obtenida se utiliza para adoptar medidas inmediatas. El hecho de que los proyectos se lleven a cabo a nivel local, pero que sus efectos, a menudo, se evalúen a nivel nacional también puede influir en la percepción que se tenga de la eficacia de un programa de desarrollo alternativo.

Al evaluar los programas de desarrollo alternativo se han utilizado indicadores relativos al desarrollo humano, las condiciones socioeconómicas, el desarrollo rural y la mitigación de la pobreza, así como indicadores institucionales y ambientales, a fin de garantizar que los resultados se ajusten a los objetivos de desarrollo nacionales e internacionales, incluidos los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Además, se ha tratado de consolidar un conjunto de indicadores que se puedan utilizar para hacer un seguimiento de los efectos del desarrollo alternativo.

En algunos casos, el compromiso a largo plazo con el desarrollo alternativo ha permitido reducir de forma sostenible el cultivo ilícito en el país o el territorio de que se trate. Los más de 40 años de experiencia en la materia han demostrado que el desarrollo alternativo funciona cuando hay una visión a largo plazo, se dispone de financiación suficiente y se cuenta con el apoyo político necesario para integrar el desarrollo sostenible en una agenda de gobernanza y desarrollo más amplia. En lo que respecta a la reducción del cultivo ilícito en diferentes comunidades de todo el mundo, se han obtenido resultados duraderos cuando se ha mejorado el desarrollo socioeconómico de las comunidades y los medios de vida de las familias rurales.

Compromiso político

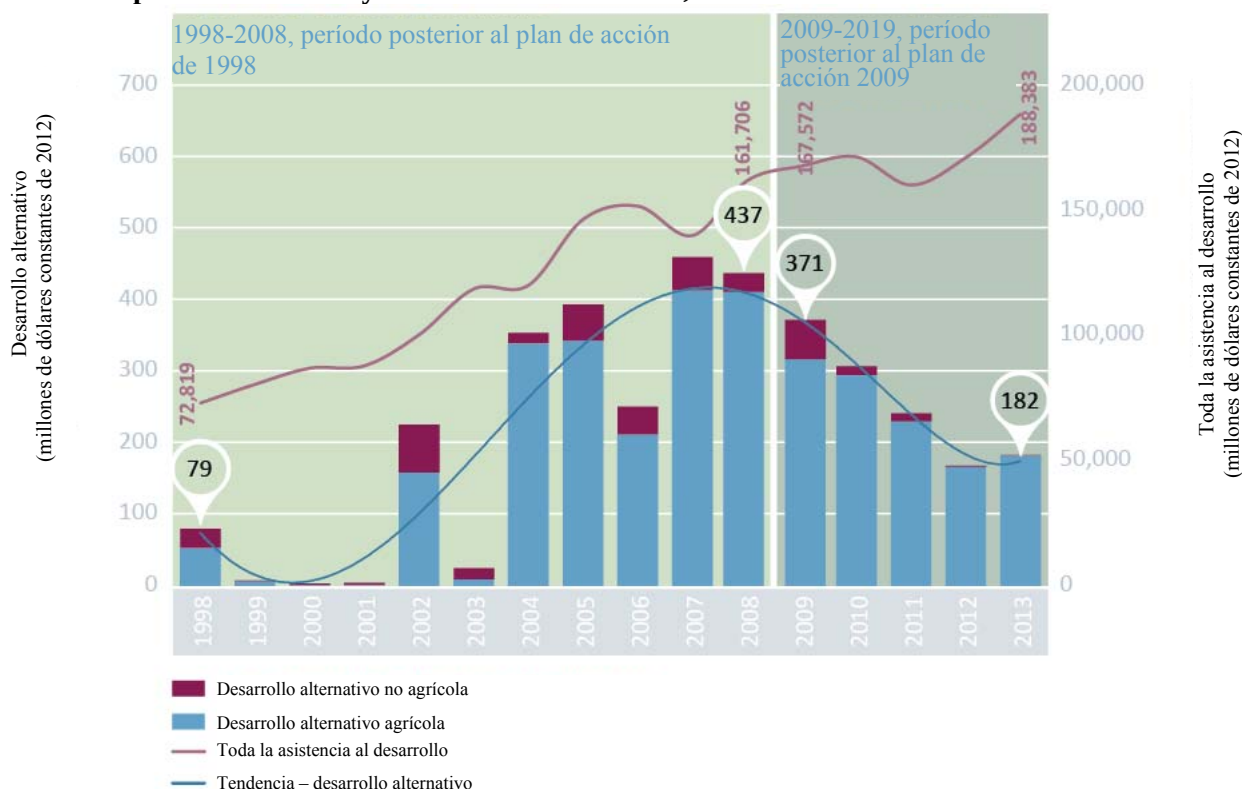
A pesar de la enorme atención que se presta a los programas de desarrollo alternativo a nivel internacional, el apoyo político no se ha traducido en una financiación constante de los países donantes. El desarrollo alternativo ha ocupado un lugar destacado en la documentación por la Comisión de Estupefacientes y los períodos extraordinarios de sesiones de la Asamblea General sobre el problema mundial de las drogas. Pese a ello, la financiación dedicada al desarrollo alternativo ha disminuido considerablemente en los últimos años. En el vigésimo período extraordinario de sesiones de la Asamblea General, celebrado en 1998, se generó un impulso renovado en lo que respecta a la financiación del desarrollo alternativo, con un espíritu de “responsabilidad compartida”. Sin embargo, en términos generales los desembolsos brutos de fondos para el desarrollo alternativo de los países miembros de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) han disminuido en un 71% desde la aprobación en 2009 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 Drogas⁴. En 2013, los desembolsos apenas representaron el 0,1% de la asistencia mundial para el desarrollo.

⁴ Véase *Documentos Oficiales del Consejo Económico y Social 2009, Suplemento núm. 8 (E/2009/28)*, cap. I, secc. C.

A lo largo de los últimos cuatro decenios, el desarrollo alternativo ha sido financiado en gran medida por donantes externos, lo que incluye países miembros de la OCDE de América del Norte, Europa y Oceanía, y países no miembros como China, Arabia Saudita, el Irán (República Islámica de) y Tailandia. Pero en los últimos años, países de América del Sur como Bolivia (Estado Plurinacional de), Colombia y el Perú, y países asiáticos, como Tailandia han recurrido cada vez con más frecuencia a la financiación nacional para financiar actividades de desarrollo alternativo.

En el proceso de conectar “lo local con lo mundial”, que se está llevando a cabo actualmente, se están intercambiando las mejores prácticas y enseñanzas extraídas de las experiencias locales integradas en las estrategias nacionales. Ello refuerza la labor de la UNODC, la Comisión de Estupefacientes y otras entidades para seguir fomentando la cooperación Sur-Sur (un amplio marco de colaboración entre los países del Sur), de conformidad con los Principios Rectores de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Alternativo.

Tendencias respecto de los compromisos adquiridos a nivel mundial por los países donantes de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos con relación a la prestación de asistencia para el desarrollo y el desarrollo alternativo, 1998 a 2013



Fuente: OCDE, International Development Statistics, base de datos en línea (datos extraídos el 19 de diciembre de 2014).

Labor futura

El desarrollo alternativo ha contribuido al desarrollo económico (principalmente en las zonas rurales), permitiendo combatir los factores subyacentes y las causas profundas de las economías basadas en las drogas ilícitas. Los nuevos objetivos de desarrollo sostenible (la agenda para el desarrollo después de 2015) pueden aportar una nueva visión y proporcionar al desarrollo alternativo un nuevo marco teórico, además del desarrollo socioeconómico, su pilar tradicional.

La nueva agenda para el desarrollo, derivada del informe del Grupo de Trabajo Abierto de la Asamblea General sobre los Objetivos de Desarrollo Sostenible⁵, destaca la función fundamental que tiene la protección del medio ambiente y reconoce que el derecho al acceso seguro y equitativo a la tierra y a los recursos naturales es fundamental para conseguir un desarrollo sostenible. Estos y otros elementos, como el estado de derecho y la existencia de “instituciones eficaces, responsables e inclusivas”, tal y como se expone en el objetivo 16 del informe, son cuestiones que, en parte, ya se abordan en el ámbito del desarrollo alternativo.

Diferentes experiencias nacionales han puesto de manifiesto que existe la posibilidad de aplicar estrategias de desarrollo alternativo para combatir actividades ilegales que no sean el cultivo ilícito. El desarrollo alternativo podría utilizarse para apoyar a las comunidades afectadas, por ejemplo, por el tráfico de drogas, la minería ilegal o los delitos contra la flora y la fauna silvestres y los bosques. Teniendo en cuenta esas aplicaciones más generales, el concepto de desarrollo alternativo podría ampliarse mucho más allá de la actual estrategia de “desarrollo alternativo preventivo”, que se centra en las zonas que corren el riesgo de ser utilizadas para la producción de cultivos ilícitos.

⁵ A/68/970 y Corr.1.

CAPÍTULO I

ESTADO Y ANÁLISIS DE TENDENCIAS DE LOS MERCADOS DE DROGAS ILÍCITAS

A. ALCANCE DEL CONSUMO DE DROGAS

El consumo de drogas global permanece estable a nivel mundial

Se calcula que cerca de 250 millones de personas de edades comprendidas entre los 15 y los 64 años consumieron una droga ilícita en 2013. Esta cifra corresponde a una prevalencia mundial del 5,2% (margen de variación: 3,4% a 7,0%), lo que induce a pensar que el consumo de drogas ha permanecido estable en los últimos tres años, si bien el número estimado de consumidores de drogas, de hecho, ha aumentado en 6 millones hasta llegar a 246 millones (margen de variación: 162 a 329 millones) debido al aumento de la población mundial. Dado que se calcula que existen unos 27 millones de personas (margen de variación: 15,7 a 39 millones), es decir, el 0,6% de la población de entre 15 y 64 años, que están afectadas por el consumo problemático de drogas, incluidos trastornos relacionados con el consumo de drogas o drogodependencia, el consumo problemático de drogas parece haber permanecido bastante estable en estos tres años.

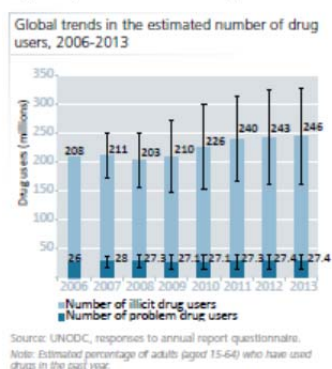


Gráfico 1. Tendencias mundiales del número estimado de consumidores de drogas, 2006-2013

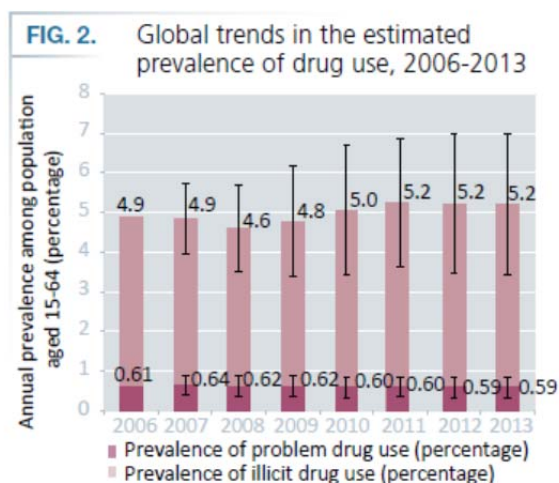
Consumidores de drogas (millones)

Número de consumidores de drogas

Número de consumidores problemáticos de drogas

Fuente: UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales.

Nota: Estimaciones correspondientes a adultos (15 a 64 años), basadas en el consumo en el año anterior.



Source: UNODC, responses to annual report questionnaire.

Note: Estimated percentage of adults (aged 15-64) who have used drugs in the past year.

Gráfico 2. Tendencias mundiales de la prevalencia estimada del consumo de drogas, 2006-2013

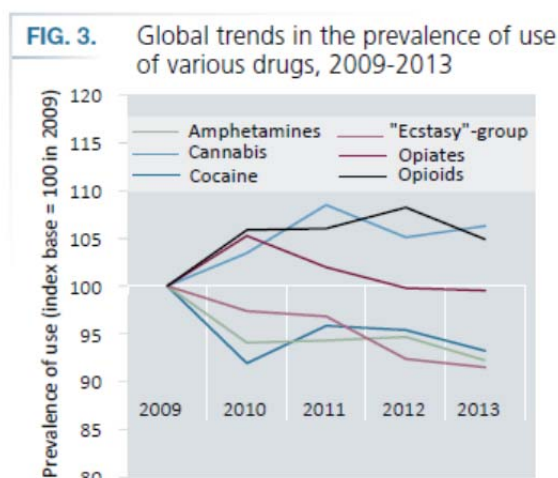
Prevalencia anual en población de 15 a 64 años (porcentaje)

Prevalencia del consumo problemático de drogas (porcentaje)

Prevalencia del consumo de drogas (porcentaje)

Fuente: UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales.

Nota: Estimaciones correspondientes a adultos (15 a 64 años) que han consumido drogas en el año anterior.



Source: UNODC, responses to annual report questionnaire.

Note: Based on the estimated percentage of adults (aged 15-64) who have used the substance in the past year.

Gráfico 3. Tendencias mundiales de la prevalencia del consumo de varias drogas, 2009-2013

Prevalencia del consumo (índice base = 100 en 2009)

Anfetaminas

Cannabis

Cocaína

Grupo del éxtasis

Opiáceos

Opioides

Fuente: UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales.

Nota: Basadas en el porcentaje estimado de adultos (15 a 64 años) que han consumido la sustancia en el año anterior.

Cuadro 1. Estimaciones mundiales del consumo de diversas drogas, 2013				
País	Porcentaje de población que ha consumido la droga		Número de consumidores (miles)	
	Bajo	Alto	Bajo	Alto
Cannabis	2,7	4,9	128.480	232.070
Opioides	0,6	0,8	27.990	37.560
Opiáceos	0,3	0,4	12.920	20.460
Cocaína	0,3	0,4	13.800	20.730
Anfetaminas	0,3	1,1	13.870	53.870
Éxtasis	0,2	0,6	9.340	28.390
Todo el consumo ilícito de drogas	3,4	7,0	162.000	329.000

Fuente: UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales.
 Nota: Estimaciones correspondientes a adultos (15 a 64 años), basadas en el consumo en el año anterior.

CONOCER LAS TENDENCIAS DEL CONSUMO DE DROGAS

Las tendencias regionales y mundiales del consumo de drogas se calculan a partir de encuestas representativas a nivel nacional que incluyen preguntas sobre el consumo de drogas, y de información recopilada mediante estudios que emplean métodos indirectos para calcular el número de consumidores habituales o de alto riesgo, como los consumidores problemáticos de opioides. Las encuestas domiciliarias sobre el consumo de drogas son costosas y se llevan a cabo, en el mejor de los casos, cada tres a cinco años. Un buen número de países no realizan estas encuestas de forma periódica y muchos otros, especialmente en Asia y África, no las hacen nunca. En estos casos, se emplean las estimaciones de un grupo limitado de países donde hay datos disponibles para computar estimaciones regionales y mundiales^a.

En lugar de tendencias en tiempo real a nivel regional y mundial, las variaciones interanuales en las estimaciones del consumo de drogas reflejan información actualizada de los países donde se han recopilado nuevos datos. Estas variaciones pueden resultar especialmente engañosas si la información actualizada solo está disponible en países con grandes poblaciones. En efecto, las estimaciones regionales y mundiales sobre el consumo de drogas, incluido por sustancia, están muy determinadas por los países con grandes poblaciones debido a que al elaborar las estimaciones se utilizan datos nacionales sobre el consumo de drogas ponderados en función del tamaño de la población. La tendencia estable que puede calcularse con los datos existentes puede ocultar variaciones que se están produciendo en países grandes sobre los que no se dispone de datos. Además, el número estimado de consumidores de drogas también está influido por las variaciones en las estimaciones de la población mundial de 15 a 64 años de edad.

Las estimaciones regionales y mundiales sobre el alcance del consumo de drogas que se ofrecen en el presente informe deben considerarse como las mejores estimaciones, habida cuenta de que reflejan la mejor información disponible en el momento de realizar el análisis. Desde una perspectiva de política mundial, sería más prudente prestar atención a las tendencias a largo plazo en lugar de las variaciones interanuales ya que estas pueden ser simplemente un reflejo de las variaciones en unos pocos países. Además, se debe ser particularmente cauto al analizar las tendencias en las estimaciones del consumo problemático de drogas a nivel mundial ya que el alcance de este consumo es difícil de captar en las encuestas de población general (que se emplean para calcular el consumo de drogas), por lo que para obtener esas estimaciones se utilizan métodos indirectos que suelen ser complejos.

^a Para obtener más información, véase la sección de metodología en la versión en línea de este informe.

A pesar de que existen variaciones regionales y nacionales en las tendencias del consumo de diferentes tipos de drogas, el consumo de cannabis ha seguido aumentando desde 2009, mientras que el consumo de opioides, entre ellos la heroína, el opio y el consumo no médico de opioides farmacéuticos, se ha estabilizado en niveles elevados (véase el gráfico 3). Sin embargo, el consumo de cocaína y anfetaminas ha disminuido en general, aunque ello es principalmente un reflejo de las tendencias registradas en América y Europa.

El consumo problemático de drogas queda reflejado en la demanda de tratamiento del consumo de drogas

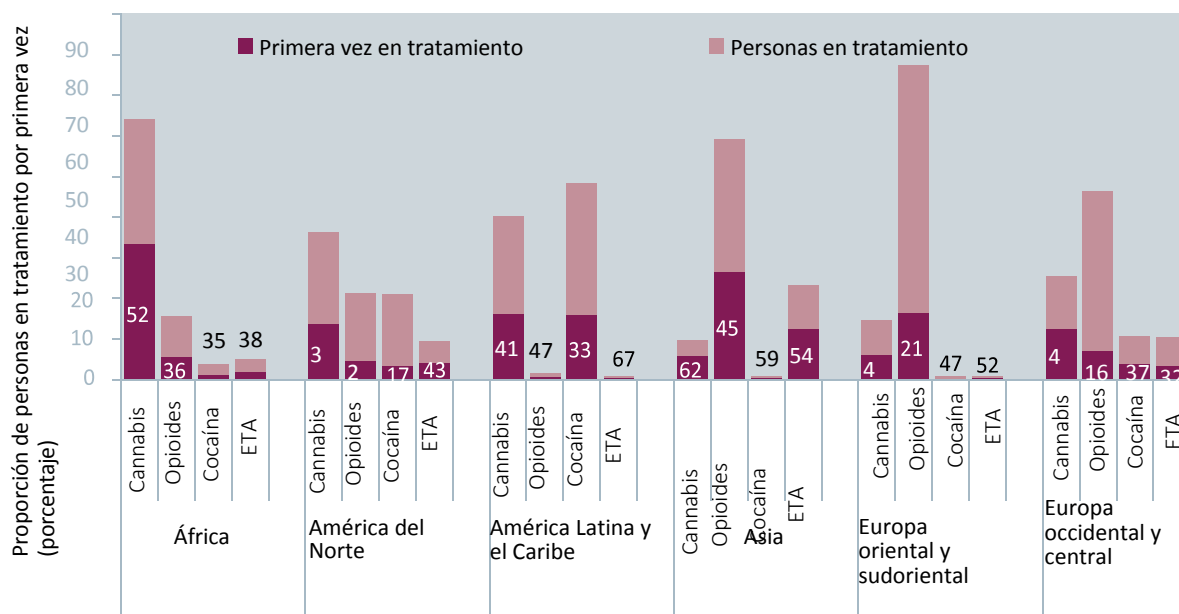
A falta de datos sobre los perfiles del consumo problemático de drogas, se toman como indicador los datos relativos al número de consumidores de drogas que siguen tratamiento. La demanda de tratamiento para diferentes sustancias varía de una región a otra, aunque casi la mitad de las personas que reciben tratamiento para el consumo de drogas lo hacen por primera vez. La proporción de personas que accedieron por primera vez a tratamiento para los trastornos relacionados con el consumo de estimulantes de tipo anfetamínico y cannabis en 2013 fue superior a la de otras sustancias en la mayoría de las regiones, lo que indica que, comparado con otras sustancias, hay una creciente generación de consumidores de estimulantes anfetamínicos y cannabis que precisan tratamiento (véase el gráfico 4). En Asia, el número de personas que reciben tratamiento para trastornos asociados al consumo de cannabis es reducido, pero la proporción de las personas que lo hacen por primera vez (62%) es la más elevada. A diferencia de otras regiones donde los consumidores de cannabis bajo tratamiento suelen estar en la veintena, en Asia los informes señalan que estas personas son mayores de treinta años. Como se ha señalado en otros estudios^{1,2}, esto puede revelar la existencia de una cohorte de consumidores habituales de larga duración que solicitan tratamiento para problemas relacionados con el cannabis. En Europa, América del Norte y Oceanía, la proporción de personas que por primera vez reciben tratamiento para trastornos derivados del consumo de cannabis es alta, pero suelen ser mayores de veinte años. Es posible que una gran parte de los consumidores de cannabis en tratamiento sean consumidores de cannabis remitidos por el sistema de justicia penal; los consumidores de opioides que siguen tratamiento son relativamente mayores y superan la treintena. En Europa occidental y central, el 16% de las personas que se sometieron a tratamiento por primera vez lo hicieron en relación con el consumo de opioides, y la demanda general de tratamiento se mantiene elevada, lo que revela la existencia de una cohorte de consumidores de opioides de más edad que sigue tratamiento: de los 1,5 millones de consumidores de opioides que se calcula que hay en Europa, 700.000 recibieron terapia de sustitución con opioides en 2012³. La alta proporción de personas que reciben tratamiento para el consumo de opioides en Asia y Europa oriental refleja el alcance del consumo problemático de opioides en esas regiones, y los consumidores de estimulantes anfetamínicos constituyen otro grupo con una elevada proporción de personas que acceden a tratamiento por primera vez en Asia.

¹ Alan J. Budney y otros, “Marijuana dependence and its treatment”, *Addiction Science and Clinical Practice*, vol. 4, núm. 1 (diciembre de 2007), págs. 4 a 16.

² Flávia S. Jungerman y Ronaldo Laranjeira, “Characteristics of cannabis users seeking treatment in Sao Paulo, Brazil”, *Rev Panam Salud Publica*, vol. 23, núm. 6 (2008), págs. 384 a 393.

³ EMCDDA, *European Drug Report: Trends and Developments 2014* (Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2014).

Gráfico 4. Distribución porcentual de personas en tratamiento, por tipo de droga primaria, por región y proporción de consumidores que inician tratamiento por primera vez para cada tipo de droga (2013 o datos más recientes disponibles)



Fuente: UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales.

Las cárceles son un entorno de alto riesgo para el consumo de drogas

En un día cualquiera, el número de personas reclusas en instituciones penitenciarias en todo el mundo supera los 10,2 millones, en la mayoría de los casos personas detenidas en prisión preventiva, pero también condenadas⁴. Sin embargo, debido a los frecuentes movimientos de personas entre las cárceles y la comunidad, el número de personas que cada año pasan al menos cierto tiempo en prisión es considerablemente mayor. La rápida rotación de un gran número de personas que abandonan un entorno penitenciario y vuelven a su comunidad significa que la salud en las cárceles merece ser considerada parte integral de la salud pública.

El consumo de drogas, incluida la heroína, y la inyección de drogas son prácticas habituales en los centros penitenciarios

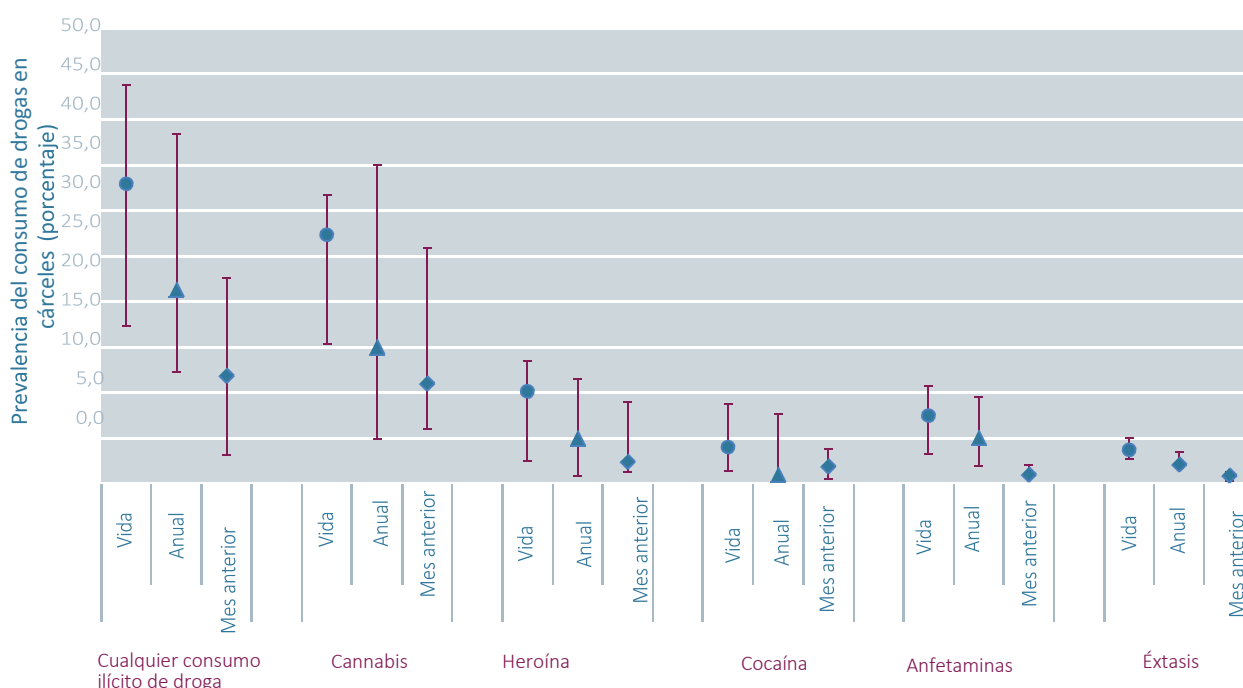
Las personas que consumen drogas a menudo presentan un historial de encarcelación. Por ejemplo, en Estados Unidos de América se calcula que entre el 24% y el 36% de todas las personas que consumen heroína pasa por el sistema penitenciario cada año, lo que representa más de 200.000 personas⁵. Aunque los datos de que se dispone son limitados, varios estudios han demostrado que el consumo de drogas dentro de las cárceles es una práctica común (véase el gráfico 5). Un examen de 41 estudios procedentes de 26 países (la mayoría de Europa), complementado con datos comunicados en las respuestas de los Estados Miembros al cuestionario para los informes anuales, ha puesto de manifiesto la elevada prevalencia del consumo de drogas en los centros penitenciarios, según muchos de estos

⁴ Roy Walmsley, "World Prison Population List", 10ª edición. (Londres, International Centre for Prison Studies).

⁵ Amy E. Boutwell y otros, "Arrested on heroin: a national opportunity", *Journal of Opioid Management*, vol. 3, núm. 6 (2007), págs. 328 a 332.

estudios, si bien se observa una considerable variabilidad⁶. Aproximadamente una de cada tres personas recluidas en prisión ha consumido drogas al menos una vez durante el tiempo de encarcelación, y una de cada ocho dice haber tomado alguna droga en el último mes. El cannabis es la droga que más se consume en los centros penitenciarios, al igual que en la comunidad exterior, pero el consumo de heroína durante la vida y el consumo más reciente (último mes) en las cárceles es más habitual que el de cocaína, anfetaminas o éxtasis. Tomando como base estos estudios, la estimación media de la proporción de personas encarceladas que han consumido heroína en algún momento del tiempo pasado en prisión es del 10,1% (intervalo intercuartílico: 2,5 a 13,4%), mientras que el 5,0% (intervalo intercuartílico: 0,8 a 11,5%) comunica haber consumido en el último año (una cifra aproximadamente 14 veces superior a la registrada en la población general, calculada en el 0,35%), y el 2,4% (intervalo intercuartílico: 1,3 a 9,0%) afirma haber consumido en el último mes.

Gráfico 5. Prevalencia de vida, anual y en el mes anterior del consumo de drogas en cárceles (basadas en 62 estudios de 43 países durante el período 2000-2013)



Fuentes: UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales; y C. Carpentier, L. Royuela y L. Montanari, "The global epidemiology of drug use in prison" (2015).

Nota: Los símbolos representan la prevalencia mediana y las líneas verticales muestran el intervalo intercuartílico. Los datos sobre el consumo durante la vida, anual y en el mes anterior no coinciden en todos los estudios (esto explica por qué la prevalencia anual del consumo de cocaína presenta un valor mediano menor que el del consumo en el mes anterior).

Diversos estudios revelan elevados niveles de consumo de drogas por inyección entre los reclusos, lo que puede deberse a la alta prevalencia del consumo de heroína⁷. En Europa, de los 12 países que comunicaron al EMCDDA que los reclusos habían consumido drogas por inyección en algún momento durante su encarcelación, cuatro notificaron niveles superiores al 10% (Luxemburgo, 31%; Alemania, 22%; Portugal, 11%; y Letonia, 10%)⁸. Algunas encuestas a pequeña escala proporcionan

⁶ Chloé Carpentier, Luis Royuela y Linda Montanari, "The global epidemiology of drug use in prison", en *Drug Use in Prisoners: Epidemiology, Implications and Policy Responses*, Stuart A. Kinner y Josiah Rich, eds. (próximamente).

⁷ OMS, UNODC y ONUSIDA, *Effectiveness of Interventions to Address HIV in Prisons*, Evidence for Action Technical Papers (Ginebra, OMS, 2007).

⁸ EMCDDA, *Statistical Bulletin 2014*. Disponible en: www.emcdda.europa.eu/.

información basada en observaciones personales sobre el nivel de consumo de drogas por inyección en los centros penitenciarios. Por ejemplo, en una encuesta realizada a reclusas de la Columbia Británica (Canadá), el 21% dijo que se había inyectado alguna droga durante su estancia en prisión⁹; una encuesta de reclusos en Australia reveló que el 23% se había inyectado drogas en algún momento de la encarcelación¹⁰; y en otra encuesta llevada a cabo entre reclusos varones en Bangkok, el 39% afirmó haberse inyectado drogas durante el tiempo pasado en prisión, de los cuales un 12% se inyectó alguna droga por primera vez en la cárcel¹¹. Estas estimaciones son notablemente superiores a la prevalencia del consumo de drogas por inyección en la población general, que se calcula es a nivel mundial del 0,26% de las personas entre 15 y 64 años de edad.

Las prácticas de inyección inseguras son un importante factor de riesgo para la transmisión de infecciones por vía sanguínea como el VIH y los virus de las hepatitis B y C. Debido a la dificultad de obtener agujas y jeringuillas estériles, los reclusos tienden más a compartir el material de inyección, una práctica muy común entre la población reclusa. Se han documentado niveles muy elevados de intercambio de agujas y jeringuillas entre las personas que se inyectan drogas en centros penitenciarios: 56% en Pakistán, 66% en la Federación de Rusia, 70%-90% en Australia, 78% en Tailandia y 83%-92% en Grecia¹².

B. EL CONSUMO DE DROGAS Y SU IMPACTO EN LA SALUD

Millones de personas se inyectan drogas en todo el mundo

Entre las personas que consumen drogas, las que se inyectan drogas son uno de los grupos más vulnerables y marginados. Sufren una serie de problemas de índole sanitario, socioeconómico y jurídico, a menudo con consecuencias negativas, la más importante de las cuales es el elevado riesgo de muerte comparado con la población general (véase también el recuadro 3). Las estimaciones conjuntas de la UNODC, la OMS, el ONUSIDA y el Banco Mundial sobre el número de personas que se inyectan drogas en el mundo es de 12,19 millones (margen de variación: 8,48 a 21,46 millones) en 2013, lo que corresponde al 0,26% (margen de variación: 0,18% a 0,46%) de la población adulta de 15 a 64 años de edad. Este cálculo se basa en datos sobre el consumo actual de drogas por inyección comunicados por 93 países que representan el 84% de la población mundial de 15 a 64 años.

EN LOS CENTROS PENITENCIARIOS ES HABITUAL ENCONTRAR TASAS ELEVADAS DE VIH, TUBERCULOSIS Y HEPATITIS C

Los centros penitenciarios constituyen un entorno de alto riesgo para la transmisión de enfermedades infecciosas, en particular el VIH y la tuberculosis. En muchos países, las personas que se inyectan drogas, que corren mayor riesgo de contraer el VIH y otras infecciones de transmisión sanguínea en comparación con la población de la comunidad, están excesivamente representados en las poblaciones penitenciarias^a. Se calcula que

⁹ R. E. Martin y otros, "Drug use and risk of bloodborne infections: a survey of female prisoners in British Columbia", *Canadian Journal of Public Health*, vol. 96, núm. 2 (2005), págs. 97 a 101.

¹⁰ Stuart A. Kinner y otros, "High-risk drug-use practices among a large sample of Australian prisoners", *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 126, núms. 1 y 2 (noviembre de 2012), págs. 156 a 160.

¹¹ Hansa Thaisri y otros, "HIV infection and risk factors among Bangkok prisoners, Thailand: a prospective cohort study", *BMC Infectious Diseases*, vol. 3 (2003).

¹² Kate Dolan y otros, "People who inject drugs in prison: HIV prevalence, transmission and prevention", *International Journal of Drug Policy*, vol. 26 (2015), págs. S12 a S15.

la prevalencia media mundial de VIH en las personas que viven en las cárceles es del 3,0%, cinco veces más que la prevalencia en la población general de 15 a 49 años, que es del 0,6%^b.

Los establecimientos penitenciarios suelen caracterizarse por el hacinamiento, la ventilación inadecuada, la alimentación deficiente y la escasez de servicios médicos para diagnóstico y tratamiento, todo lo cual contribuye a la propagación de la tuberculosis entre los reclusos. En algunos países se puso de manifiesto que las tasas de incidencia de la tuberculosis en prisiones eran de 8 a 35 veces superiores a las de la población general^c. Las coinfecciones de VIH y tuberculosis son especialmente graves, ya que una acelera el desarrollo de la otra. El riesgo de contraer tuberculosis es de 20 a 37 veces más alto en las personas que viven con VIH en comparación con las que no están infectadas por el virus^d. Además, la prevalencia de la hepatitis C es mucho mayor en las personas encarceladas, especialmente en aquellas que tienen un historial de consumo de drogas por inyección^e.

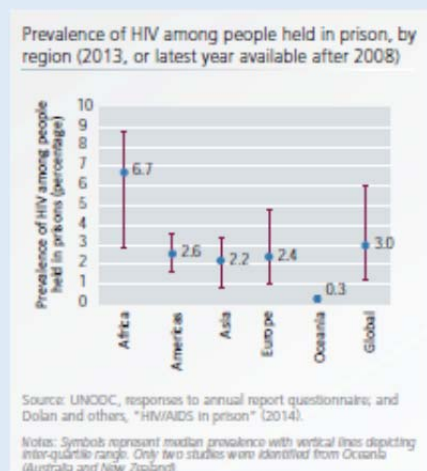
^a Kate Dolan y otros, “HIV/AIDS in prison: A global systematic review of prevalence, incidence, AIDS related mortality and HIV and related interventions”, presentado en la 20ª Conferencia Internacional sobre el SIDA celebrada en Melbourne (Australia), del 20 al 25 de julio de 2014.

^b ONUSIDA, base de datos AIDSinfo.

^c A. Aerts y otros, “Tuberculosis and tuberculosis control in European prisons”, *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, vol. 10, núm. 11 (2006), págs. 1215 a 1223.

^d Masoud Dara, Dato Chorgoliani y Pierpaolo de Colombani, “TB prevention and control care in prisons”, en *Prisons and Health*, S. Enggist y otros, eds. (Copenhague, Oficina Regional de la OMS para Europa, 2014).

^e S. Larney y otros, “The incidence and prevalence of hepatitis C in prisons and other closed settings: results of a systematic review and meta-analysis”, *Hepatology*, vol. 58, núm. 4 (2013), págs. 1215 a 1224.



Prevalencia del VIH en personas encarceladas, por región (2013, o el último año disponible después de 2008)

Prevalencia del VIH en personas encarceladas (porcentaje)

África América Asia Europa Oceanía Mundial

Fuente: UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales; y Dolan y otros, “HIV/AIDS in prison” (2014).

Nota: Los símbolos representan la prevalencia mediana y las líneas verticales muestran el intervalo intercuartílico. Solo hay disponibles dos estudios de Oceanía (Australia y Nueva Zelandia).

El total mundial actualizado de personas que se inyectan drogas es ligeramente diferente a los 12,69 millones (en 2012) publicados en el *Informe Mundial sobre las Drogas 2014*. Aunque se incluyen datos nuevos o más recientes sobre este grupo de personas aportados por 22 países, la actualización básicamente refleja nuevas estimaciones correspondientes a Polonia y la República Unida de Tanzania, que no fueron publicadas anteriormente, y estimaciones inferiores con respecto al número de consumidores de drogas por inyección en el Brasil y Vietnam. La prevalencia mundial de estas personas en la población de edades comprendidas entre 15 y 64 años esencialmente no ha cambiado con respecto a la publicada en el *Informe Mundial sobre las Drogas 2014*.

La prevalencia más alta de personas que se inyectan drogas se encuentra, con diferencia, en Europa oriental y sudoriental, donde se estima que el 1,27% de la población general de 15 a 64 años consume drogas por inyección, una tasa casi cinco veces superior a la media mundial. La estimación para esta subregión está fuertemente influida por la elevada prevalencia del consumo de drogas por inyección registrada en la Federación de Rusia (2,29% de la población entre 15 y 64 años de edad). Sin embargo, en lo que respecta a cifras reales de personas que se inyectan drogas, la mayor proporción sigue situándose en el Asia oriental y sudoriental, donde se calcula que este grupo de personas alcanza los 3,15 millones, lo que representa aproximadamente una de cada cuatro personas que se inyectan drogas en el mundo. También se observan cifras elevadas de consumidores de drogas inyectables en Europa oriental y sudoriental (2,91 millones, el 24% del número total mundial de este grupo de personas) y América del Norte (2,07 millones, el 17% del número total mundial de este grupo de personas). La suma de las cifras correspondientes a tres países, la Federación de Rusia, China y los Estados Unidos de América, representa cerca de la mitad (48%) del número total mundial de personas que se inyectan drogas.

Cuadro 2. Número y prevalencia (porcentaje) estimados de personas que actualmente se inyectan drogas en la población general de 15 a 64 años, 2013

Región	Subregión	Personas que se inyectan drogas					
		Número estimado			Prevalencia (porcentaje)		
		Bajo	Mejor	Alto	Baja	Mejor	Alta
África		330.000	1.000.000	5.590.000	0,05	0,16	0,91
América		2.150.000	2.820.000	3.970.000	0,34	0,44	0,62
	América del Norte	1.780.000	2.070.000	2.380.000	0,56	0,65	0,75
	América Latina y el Caribe	370.000	750.000	1.590.000	0,11	0,23	0,49
Asia		3.380.000	4.560.000	6.110.000	0,12	0,16	0,21
	Asia central y transcaucasia	360.000	410.000	470.000	0,66	0,75	0,87
	Asia oriental y sudoriental	2.330.000	3.150.000	4.300.000	0,15	0,20	0,27
	Asia sudoccidental	400.000	670.000	940.000	0,22	0,37	0,51
	Oriente Próximo y Oriente Medio	30.000	70.000	130.000	0,03	0,08	0,13
	Asia meridional	250.000	260.000	260.000	0,03	0,03	0,03
Europa		2.500.000	3.680.000	5.630.000	0,45	0,67	1,02
	Europa oriental y sudoriental	1.790.000	2.910.000	4.780.000	0,78	1,27	2,09
	Europa occidental y Europa central	710.000	770.000	850.000	0,22	0,24	0,26
Oceanía		120.000	130.000	160.000	0,49	0,53	0,66
MUNDIAL		8.480.000	12.190.000	21.460.000	0,18	0,26	0,46

Fuentes: UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales; informes del ONUSIDA sobre los progresos logrados en la respuesta mundial al sida (varios años); el anterior Grupo de Referencia de las Naciones Unidas sobre el VIH y el Consumo de Drogas por Inyección; e informes nacionales gubernamentales.

Nota: Las cifras han sido redondeadas al 10.000 más cercano.

La carga de VIH en las personas que se inyectan drogas sigue siendo alta en muchas regiones

La carga de VIH en las personas que se inyectan drogas es elevada, ya que este grupo de personas representa cerca del 30% de las nuevas infecciones de VIH fuera del África Subsahariana¹³. Se calcula que en 2013 alrededor de 1,65 millones (margen de variación: 0,92 a 4,42 millones) de consumidores de drogas por inyección vivían con el VIH en todo el mundo, lo que equivaldría a decir que el 13,5% de estas personas eran seropositivas. Esta estimación elaborada conjuntamente por la UNODC, la OMS, el ONUSIDA y el Banco Mundial se basa en datos sobre la prevalencia del VIH en personas que se inyectan drogas de 114 países, y abarca el 93% del número mundial estimado de estas personas.

Aunque las estimaciones de la prevalencia del VIH en las personas que se inyectan drogas han sido actualizadas en lo que respecta a 52 países (en ninguno de ellos se han registrado cifras altas), el total mundial de estas personas que viven con el VIH no ha variado esencialmente respecto de los datos facilitados en el *Informe Mundial sobre las Drogas 2014*. No obstante, la revisión ligeramente a la baja del número total mundial de personas que se inyectan drogas ha dado lugar a que la prevalencia mundial del VIH en estas personas se haya revisado al alza hasta situarse en el 13,5% (frente al 13,1% presentado en el *Informe Mundial sobre las Drogas 2014*).

Dos subregiones destacan por presentar tasas de infección por VIH particularmente elevadas en personas que se inyectan drogas. Un 29% de las personas que se inyectan drogas vive con el VIH en el Asia sudoccidental y un 23% en Europa oriental y sudoriental. En el resto de regiones, la prevalencia media de infección por VIH en consumidores de drogas por inyección es mucho más baja y varía desde el 1% en Oceanía al 11% en África (si bien es posible que para África este cálculo no sea fiable, ya que los sistemas de seguimiento pueden no ser adecuados).

Aproximadamente el 40% del número total mundial estimado de personas que se inyectan drogas y viven con el VIH reside en Europa oriental y sudoriental, principalmente en la Federación de Rusia y Ucrania. Las regiones de Asia oriental y sudoriental aportan un 20% más a la cifra total mundial de estas personas que viven con el VIH, si bien tanto la prevalencia del consumo de drogas por inyección como la prevalencia del VIH en estas personas están por debajo de las respectivas medias mundiales. La gran población entre 15 y 64 años de edad que habita en esta región es la causa de que exista un número relativamente alto de personas que se inyectan drogas y viven con el VIH. Asia sudoccidental, la región que presenta la mayor prevalencia del VIH en personas que se inyectan drogas, contribuye con un 12% al número total mundial de estas personas que viven con el VIH, una gran proporción de las cuales habita en Pakistán. La suma de las cifras correspondientes a cuatro países, la Federación de Rusia, China, Pakistán y Estados Unidos de América (en orden descendente), representa casi dos tercios (63%) del número total mundial estimado de personas que se inyectan drogas y viven con el VIH.

Cuadro 3. Número estimado de personas que se inyectan drogas que viven con el VIH y prevalencia (porcentaje) del VIH en esa población, 2013

VIH en personas que se inyectan drogas					
Región	Subregión	Número estimado			Prevalencia (porcentaje) Mejor estimación
		Bajo	Mejor	Alto	
África		30.000	112.000	1.582.000	11,2
América		167.000	237.000	416.000	8,4

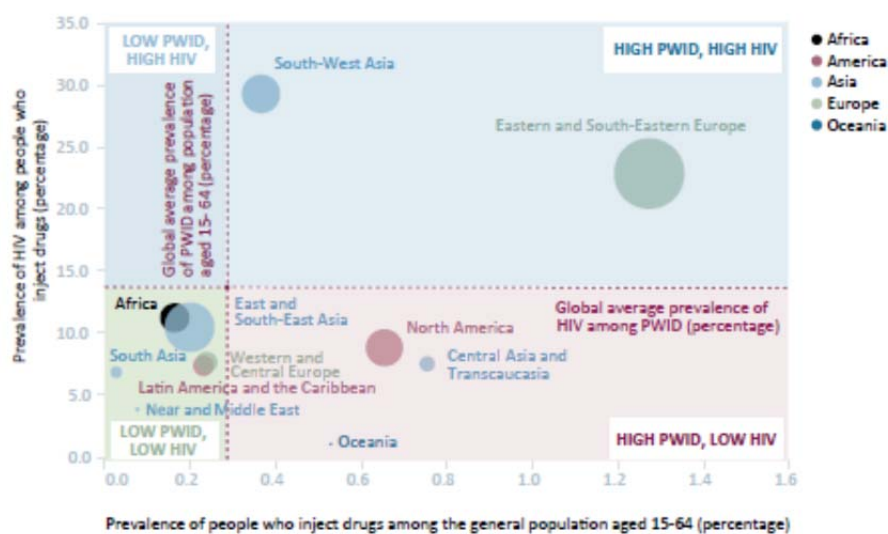
¹³ ONUSIDA, *The Gap Report* (Ginebra, 2014).

	América del Norte	141.000	182.000	248.000	8,8
	América Latina y el Caribe	26.000	55.000	168.000	7,3
Asia		344.000	576.000	993.000	12,6
	Asia central y transcaucasia	26.000	31.000	40.000	7,5
	Asia oriental y sudoriental	211.000	329.000	612.000	10,5
	Asia sudoccidental	90.000	196.000	314.000	29,3
	Oriente Próximo y Oriente Medio	1.000	3.000	9.000	3,8
	Asia meridional	17.000	17.000	18.000	6,8
Europa		373.000	724.000	1.428.000	19,7
	Europa oriental y sudoriental	322.000	665.000	1.359.000	22,8
	Europa occidental y Europa central	51.000	59.000	69.000	7,6
Oceanía		1.000	1.000	2.000	1,0
MUNDIAL		915.000	1.651.000	4.421.000	13,5

Fuentes: UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales; informes del ONUSIDA sobre los progresos logrados en la respuesta mundial al sida (varios años); el anterior Grupo de Referencia de las Naciones Unidas sobre el VIH y el Consumo de Drogas por Inyección; e informes nacionales gubernamentales.

Nota: las cifras han sido redondeadas al 10.000 más cercano.

FIG. 6. People who inject drugs living with HIV, in relation to the prevalence (percentage) of people who inject drugs and the prevalence (percentage) of HIV among this group, by region, 2013



Sources: UNODC, responses to annual report questionnaire; progress reports of UNAIDS on the global AIDS response (various years); the former Reference Group to the United Nations on HIV and Injecting Drug Use; and national government reports.

Notes: The number of PWID living with HIV is represented for each region as both a proportion of PWID in the general population aged 15-64 (horizontal axis) and as a proportion of PWID living with HIV (vertical axis). The areas of the circles are proportional to the number of PWID living with HIV. The orange dot and dashed lines represent the global average prevalence of PWID and the global average prevalence of PWID living with HIV.

Gráfico 6. Personas que se inyectan drogas y viven con el VIH, con relación a la prevalencia (porcentaje) de personas que se inyectan drogas y la prevalencia (porcentaje) del VIH en ese grupo, por región, 2013

LOW PWID, HIGH HIV : PID BAJO, VIH ALTO
HIGH PWID, HIGH HIV: PID ALTO, VIH ALTO
LOW PWID, LOW HIV: PID BAJO, VIH BAJO
HIGH PWID, LOW HIV: PID ALTO, VIH BAJO

África
América
Asia
Europa
Oceanía

[vertical] **Prevalencia del VIH en personas que se inyectan drogas (porcentaje)**

Prevalencia mundial media de PID en la población de 15 a 64 años (porcentaje)
Prevalencia mundial media del VIH en personas que se inyectan drogas (porcentaje)

[horizontal] **Prevalencia de personas que se inyectan drogas en la población general de 15 a 64 años (porcentaje)**

Asia sudoriental
Europa oriental y sudoriental
Asia meridional
América Latina y el Caribe
Oriente Próximo y Oriente Medio
Asia sudoriental
América del Norte
Europa occidental y central
Transcaucasia
Oceanía

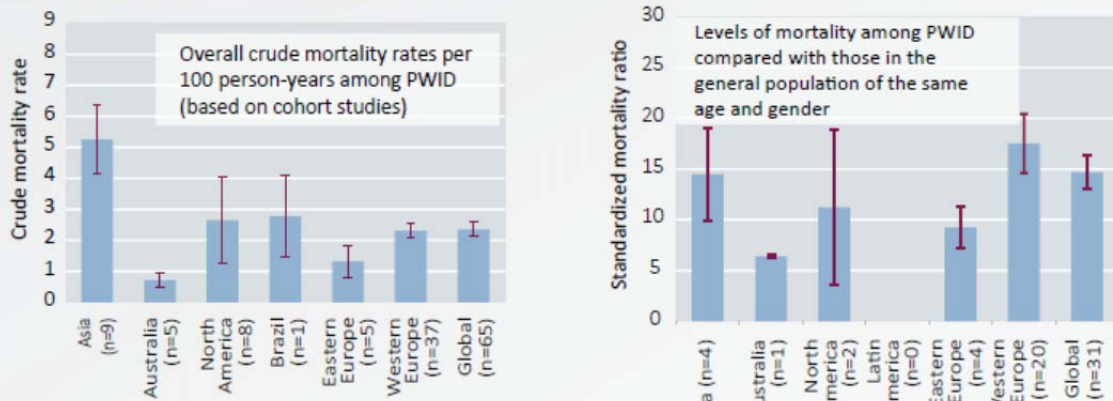
Fuentes: UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales; informes del ONUSIDA sobre los progresos logrados en la respuesta mundial al sida (varios años); el anterior Grupo de Referencia de las Naciones Unidas sobre el VIH y el Consumo de Drogas por Inyección; e informes nacionales gubernamentales.

Notas: El número de PID que viven con el VIH está representado para cada región como una proporción de PID en la población general de 15 a 64 años (eje horizontal) y como una proporción de PID que viven con el VIH (eje vertical). Las áreas de los círculos son proporcionales al número de personas que se inyectan drogas y que viven con el VIH. El punto naranja y las líneas de puntos representan la prevalencia mundial media de PID y la prevalencia mundial media de PID que viven con el VIH.

LA MUERTE PREMATURA ES HABITUAL EN LAS PERSONAS QUE SE INYECTAN DROGAS

En comparación con la población general, las personas que se inyectan drogas corren mayor riesgo de morir, principalmente a causa de la transmisión de enfermedades infecciosas, en particular el VIH, y por sobredosis mortales. Un reciente examen sistemático de varios estudios de cohorte en que se hace un seguimiento de personas que se inyectan drogas a lo largo de un periodo de tiempo^a pone de manifiesto la elevada tasa de mortalidad. Se calculó que la tasa de mortalidad general (agrupada) en los 65 estudios de cohorte realizados en 25 países era de 2,35 muertes por 100 años-persona (si se hiciera seguimiento a 100 personas que se inyectan drogas durante un año, ocurrirían de dos a tres fallecimientos en este grupo). Se trata de un nivel de mortalidad mucho más elevado que el registrado en personas de edad y género comparables de la población general (índice de mortalidad normalizado = 14,68).

Mortality rates among people who inject drugs and the increase in mortality among people who inject drugs compared with the general population



Source: Mathers and others, "Mortality among people who inject drugs" (2013).

Note: The numbers within brackets on the horizontal axis represent the number of cohort studies.

Tasas de mortalidad en personas que se inyectan drogas y aumento de la mortalidad en las personas que se inyectan drogas, en comparación con la población general

[vertical] Tasa bruta de mortalidad

Tasas brutas de mortalidad generales por 100 personas-años en PID (basado en estudios de cohorte)

Asia (n=9)

Australia (n=5)

América del Norte (n=8)

Brasil (n=1)

Europa oriental (n=5)

Europa occidental (n=37)

Mundial (n=65)

[vertical] Tasa de mortalidad estandarizada

Niveles de mortalidad en PID comparados con los de la población general de la misma edad y género

Asia (n=4)

Australia (n=1)

América del Norte (n=2)

América Latina (n=0)

Europa oriental (n=4)

Europa occidental (n=20)

Mundial (n=31)

Fuente: Mathers y otros, "Mortality among people who inject drugs" (2013).

Nota: Las cifras entre paréntesis del eje horizontal representan el número de estudios de cohorte.

Asia es la región que cuenta con la mayor población estimada de personas que se inyectan drogas, cifra que representa más de una de cada tres personas que se inyectan drogas en el mundo. Aunque este dato se basa en una cantidad de estudios muy limitada, en esta región también se registra una elevada tasa de mortalidad a causa del consumo de drogas por inyección, de 5,25 muertes por 100 años-persona. En cambio, los resultados arrojados por otros cinco estudios llevados a cabo en Australia indican que el nivel de mortalidad en los consumidores de drogas por inyección es bajo en este país (0,71 muertes por 100 años-persona).

Se observó que la tasa de mortalidad es más elevada en los varones que se inyectan drogas. Tomando como base 37 estudios, se pudo llegar a la conclusión de que la tasa de mortalidad de ese grupo era 1,32 veces superior a la de las mujeres que se inyectaban drogas. Sin embargo, del análisis de 19 estudios se desprende que el exceso de mortalidad de este grupo de mujeres es mayor que el de los hombres cuando se compara con grupos de edad similares de la población general. Por otra parte, en 43 estudios se puso de manifiesto que la tasa bruta de mortalidad por sobredosis en personas que se inyectan drogas era de 0,62 fallecimientos por 100 años-persona.

La continuidad del tratamiento y el tiempo que este dure pueden influir en la reducción de episodios de sobredosis en personas que se inyectan drogas. Datos de seis estudios demostraron que para estas personas el riesgo de morir es unas 2,5 veces mayor durante el tiempo que no siguen tratamiento que cuando lo están recibiendo.

En la actualidad existen diferentes intervenciones basadas en datos empíricamente contrastados que son eficaces para prevenir, tratar y la atender el VIH en personas que se inyectan drogas^b, entre las que figuran los programas de suministro de agujas y jeringuillas, el tratamiento de sustitución con opioides, el tratamiento antirretroviral y la administración de naloxona. Por ejemplo, un estudio sistemático reciente^c puso de relieve la importancia del tratamiento de sustitución con opioides y llegó a la conclusión de que está asociado a una reducción media del 54% en el riesgo de nuevas infecciones por VIH en personas que se inyectan drogas, en gran medida porque reduce la frecuencia de inyecciones inseguras; es muy probable que, a la larga, esto reduzca el número de defunciones en este grupo de personas. No obstante, la disponibilidad de intervenciones empíricamente contrastadas dirigidas a consumidores de drogas inyectables, incluido el tratamiento de sustitución con opioides, varía considerablemente de un país a otro y generalmente es limitada incluso en los países con una elevada prevalencia de consumidores de drogas por inyección y una elevada proporción de consumidores de drogas por inyección que viven con el VIH^d.

^a Bradley M. Mathers y otros, "Mortality among people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis", *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 91, núm. 2 (2013), págs. 102 a 123.

^b WHO, UNODC, UNAIDS *Technical Guide for Countries to Set Targets for Universal Access to HIV Prevention, Treatment and Care for Injecting Drug Users: 2012 Revision* (Ginebra, OMS, 2012).

^c Georgie J. MacArthur y otros, "Opiate substitution treatment and HIV transmission in people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis", *BMJ*, vol. 345 (4 de octubre de 2012), págs. 1 a 16.

^d UNODC, *Informe Mundial sobre las Drogas 2014*.

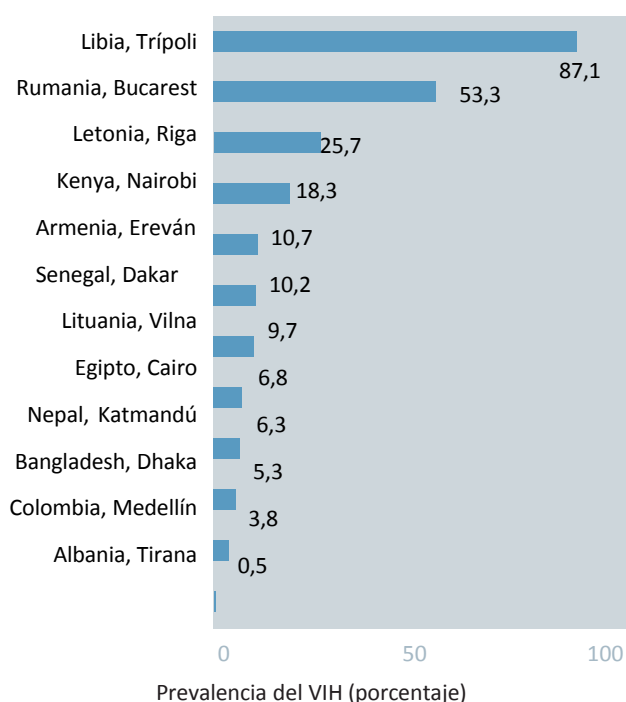
La Federación de Rusia está afectada por una epidemia de VIH concentrada en los consumidores de drogas por inyección. Se calcula que aproximadamente una de cada tres personas que se inyectan drogas que viven con el VIH en el mundo residen en este país, que registra una prevalencia y una incidencia¹⁴ (nuevos casos) elevadas de VIH en este grupo de personas. Sin embargo, las ciudades de la Federación de Rusia muestran una variación muy grande en lo que respecta a la prevalencia del VIH en personas que se inyectan drogas. Un estudio realizado en ocho ciudades durante el período 2007-2009 reveló porcentajes de consumidores de drogas por inyección infectados por el VIH que

¹⁴ Federal Research and Methodological Centre for Prevention and Control of AIDS, *HIV Infection: Newsletter No. 38* (Moscú, 2013).

iban de niveles inferiores al 10% en Voronezh (3%) y Omsk (9%), hasta cerca del 15% en Naberezhnye Chelny (13%), Chelyabinsk y Orel (ambos 15%), y en torno al 60% en Irkutsk (57%), San Petersburgo (59%) y Ekaterimburgo (64%)¹⁵.

La prevalencia del VIH en consumidores de drogas por inyección puede variar considerablemente de una ciudad a otra (véase el gráfico 7) y determinadas ciudades y entornos del mundo que soportan una gran proporción de la carga mundial de VIH están siendo objeto de atención en la respuesta mundial frente a la epidemia del VIH¹⁶, y cada vez más se consideran factores críticos la naturaleza geográfica de la epidemia del VIH y el papel que desempeñan las ciudades y los entornos, como las cárceles.

Gráfico 7. Prevalencia del VIH en personas que se inyectan drogas en ciudades seleccionadas



Fuentes: UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales; informes de progreso de ONUSIDA sobre la respuesta mundial al sida (varios años); informes del ONUSIDA sobre los progresos logrados en la respuesta mundial al sida (varios años); el anterior Grupo de Referencia de las Naciones Unidas sobre el VIH y el Consumo de Drogas por Inyección; e informes nacionales gubernamentales.

La disponibilidad de servicios de reducción del daño sigue siendo baja

En muchos países, la cobertura de los servicios que prestan los programas de suministro de agujas y jeringuillas, tratamiento de sustitución con opioides y tratamiento antirretroviral sigue siendo reducida, según los objetivos fijados por la OMS, la UNODC y el ONUSIDA (véase el gráfico 8)¹⁷.

¹⁵ K. Eritsyan y otros, “Individual level, network-level and city-level factors associated with HIV prevalence among people who inject drugs in eight Russian cities: a cross-sectional study”, *BMJ*, vol. 3, núm. 6 (2013).

¹⁶ ONUSIDA, *The Cities Report* (Ginebra, 2014).

¹⁷ En la guía técnica de la OMS, la UNODC y el ONUSIDA para que los países establezcan metas en relación con el acceso universal de los consumidores de drogas por inyección a los servicios de prevención, tratamiento y atención del VIH (revisión de 2012), se recomienda un paquete integral de nueve intervenciones destinadas a reducir el riesgo de contraer el VIH, la hepatitis y la tuberculosis y mejorar su tratamiento y atención en personas que se inyectan drogas, comúnmente denominado “enfoque de reducción del daño” para el consumo de drogas por inyección.

La proporción de países que comunican que estos servicios, o son inexistentes o tienen niveles de cobertura bajos, es de 47%, 41% y 22% respectivamente. La mayoría de los países que informan sobre la cobertura de esos servicios se encuentran en Europa, donde la cobertura es relativamente elevada. Fuera de Europa el nivel de acceso a estos servicios es mucho más bajo¹⁸.

¹⁸ UNODC, *Informe Mundial sobre las Drogas 2014*.

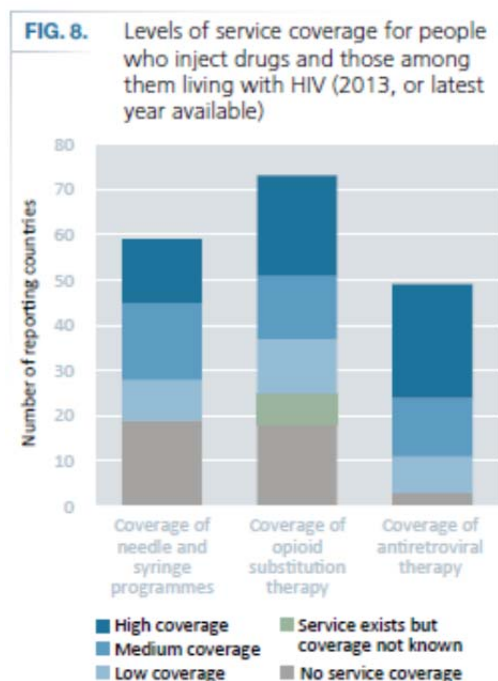


Gráfico 8. Niveles de cobertura de servicios para las personas que se inyectan drogas y las personas de este grupo que viven con el VIH (2013, o último año disponible)

[vertical] Número de países informantes

Cobertura de programas de agujas y jeringuillas
Cobertura de terapia de sustitución con opioides
Cobertura de terapia antirretroviral

Cobertura alta
Cobertura media
Cobertura baja

Existe servicio pero se desconoce cobertura
Sin cobertura de servicio

Fuente: UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales.

Nota: Para obtener más información, véase la sección sobre metodología de la versión en línea del presente informe.

Un estudio reciente¹⁹ de la cobertura mundial de los servicios que prestan los programas de suministro de agujas y jeringuillas, tratamiento de sustitución con opioides y tratamiento antirretroviral muestra que 91 países incluyen programas de reducción del daño en sus políticas nacionales, pero que, a nivel mundial, las respuestas de reducción del daño relativas al consumo inseguro de drogas inyectables siguen siendo escasas. En 2014, de los 158 países donde se había documentado el consumo de drogas por inyección, 90 países disponían de programas de suministro de agujas y jeringuillas, un aumento de cinco desde 2012, si bien la naturaleza de estos programas varía sustancialmente. En muchos países de ingresos bajos y medianos, sin embargo, la cobertura de esos programas no es lo suficientemente amplia para que sean plenamente eficaces. Desde 2012 se ha producido una ampliación de los servicios de agujas y jeringuillas en 29 países, pero en otros 13 la prestación de estos servicios en realidad ha disminuido. En 2014 un total de 80 países ofrecían tratamiento de sustitución con

¹⁹ Asociación Internacional de Reducción de Daños, *The Global State of Harm Reduction 2014*, Katie Stone, ed. (Londres, 2014).

opioides, dos más que en 2012. Aun así, son muchos los países en que los programas de tratamiento de sustitución con opioides permanecen en niveles por debajo de los estándares mínimos internacionales. Desde 2012, estos servicios han registrado un aumento en 25 países, mientras que en otros 5 han experimentado una reducción.

Avances logrados en el cumplimiento de los compromisos contraídos en la Declaración Política sobre el VIH y el SIDA

La Declaración Política sobre el VIH y el SIDA²⁰ aprobada por la Asamblea General en su resolución 60/262 en 2011, incluyó el compromiso de los Estados Miembros de tratar de reducir la transmisión del VIH entre las personas que consumen drogas por inyección en un 50% para 2015. Cabe señalar ciertos progresos en el cumplimiento de este compromiso. A nivel mundial, las nuevas infecciones por VIH en personas que se inyectan drogas han experimentado un ligero descenso (en torno al 10%), pasando de unas estimadas 110.000 (margen de variación: 97.000 a 123.000) en 2010 a 98.000 (margen de variación: 85.000 a 111.000) en 2013²¹. Aunque la información acumulada durante los últimos 30 años apunta a la eficacia de las medidas de reducción del daño²², la ejecución de tales programas se mantiene en niveles de cobertura muy bajos en muchas regiones del mundo²³.

Una de cada dos personas que se inyectan drogas padece hepatitis C en todo el mundo

La hepatitis C puede causar graves problemas de salud a los infectados, con la posibilidad de provocar insuficiencias hepáticas, cáncer de hígado y muerte prematura. Se estima que un 2,2% de la población mundial está infectada con hepatitis C²⁴, pero esta proporción es 25 veces mayor en los consumidores de drogas por inyección, un 52% para 2013, o 6,3 millones de estas personas a nivel mundial. Estas estimaciones conjuntas de la UNODC, la OMS, el ONUSIDA y el Banco Mundial se basan en datos de 88 países. Si bien se ha incluido información nueva o actualizada de 36 países, la estimación mundial es básicamente la misma que la presentada en el *Informe Mundial sobre las Drogas 2014*.

²⁰ Declaración Política sobre el VIH y el SIDA: Intensificación de Nuestro Esfuerzo para Eliminar el VIH y el SIDA (resolución 65/277 de la Asamblea General, anexo).

²¹ UNAIDS Programme Coordinating Board, “Halving HIV transmission among people who inject drugs: background note”, UNAIDS/PCB (35)/14.27, 25 de noviembre de 2014.

²² David P. Wilson y otros, “The cost-effectiveness of harm reduction”, *International Journal of Drug Policy*, vol. 26, supl. núm. 1 (2015), págs. S5 a S11.

²³ Bradley M. Mathers y otros “HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional, and national coverage”, *The Lancet*, vol. 375, núm. 9719 (2010), págs. 1014 a 1028.

²⁴ The Global Burden of Hepatitis C Working Group, “Global burden of disease (GBD) for hepatitis C”, *Journal of Clinical Pharmacology*, vol. 44, núm. 1 (2004), págs. 20 a 29.

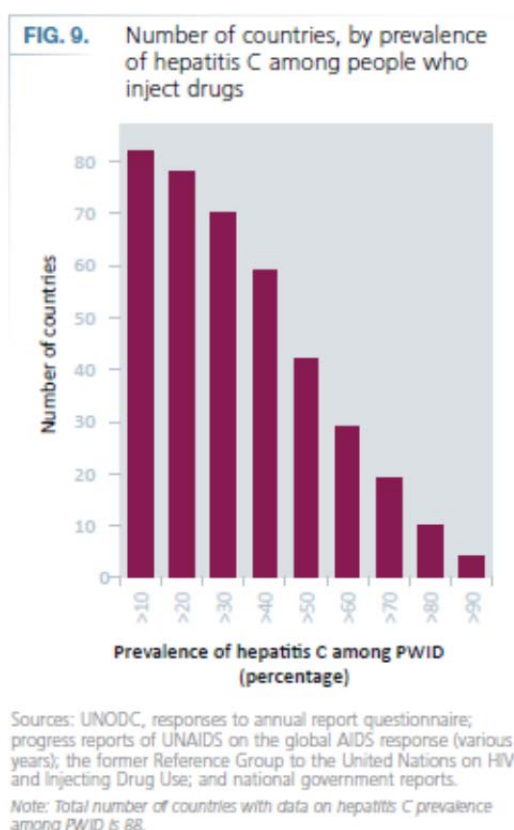


Gráfico 9. Número de países, por prevalencia de la hepatitis C en personas que se inyectan drogas

[vertical] Número de países

Prevalencia de la hepatitis C en PID (porcentaje)

Fuentes: UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales; informes del ONUSIDA sobre los progresos logrados en la respuesta mundial al sida (varios años); el anterior Grupo de Referencia de las Naciones Unidas sobre el VIH y el Consumo de Drogas por Inyección; e informes nacionales gubernamentales.

Nota: El número total de países con datos sobre la prevalencia de la hepatitis C en PID es 88.

En algunos países, la prevalencia de la hepatitis C en los consumidores de drogas por inyección es considerablemente más elevada, incluso en los países con grandes poblaciones de estas personas (véase el gráfico 9). De estos 88 países, la prevalencia de la hepatitis en este grupo de personas es del 60% o mayor en 29 países (33%), como por ejemplo en China, donde se calcula que en 2012 había 1,93 millones de consumidores de drogas por inyección²⁵, y del 70% o mayor en 19 países (22%), como el caso de los Estados Unidos de América, donde se estima que en 2007 había unos 1,52 millones de estas personas²⁶, y del 80% o mayor en 10 países (11%).

²⁵ China National Centre for AIDS/STD Control and Prevention, 2012.

²⁶ Barbara Tempalski y otros, "Trends in the population prevalence of people who inject drugs in US metropolitan areas 1992-2007", *PLOS ONE*, vol. 8, núm. 6 (2013).

Cuadro 4. Número estimado de muertes relacionadas con la droga y tasas de mortalidad debida a la droga, 2013

Región	Número de muertes relacionadas con la droga			Tasa de mortalidad por millón de personas de 15 a 64 años			Disponibilidad de datos sobre mortalidad (porcentaje de población total en la región)
	Mejor estimación	Estimación más baja	Estimación más alta	Mejor estimación	Estimación más baja	Estimación más alta	
África	37.800	18.000	57.700	61,9	29,4	94,3	
América del Norte	43.300	43.300	43.300	136,8	136,8	136,8	100,0
América Latina y el Caribe	6.000	4.900	10.900	18,4	14,9	33,4	80,0
Asia	81.100	13.600	100.700	28,2	4,7	35,0	9,0
Europa occidental y central	7.300	7.300	7.300	22,5	22,5	22,5	100,0
Europa oriental y sudoriental	9.500	9.500	9.500	41,5	41,5	41,5	92,0
Oceanía	2.000	1.700	2.100	82,3	69,9	83,3	75,0
Mundial	187.100	98.300	231.400	40,8	21,5	50,5	

Fuentes: UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales; Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas; Louisa Degenhardt y otros, "Illicit drug use", *Comparative Quantification of Health Risks: Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors*, vol. 1, M. Ezzati y otros, eds. (Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004), pág.1109.

Nota: Para obtener más información, véase la sección sobre metodología de la versión en línea del presente informe.

Conocer el estado personal respecto de la hepatitis C es importante para acceder al tratamiento y prevenir la transmisión de la infección a otras personas. Como queda demostrado en un reciente estudio sistemático, una alta proporción de personas que se inyectan drogas desconocen si están viviendo con la hepatitis C, y pocos de los que saben que están infectados siguen un tratamiento antiviral en muchos países europeos²⁷. Según este estudio, el nivel de infección de hepatitis C sin diagnosticar en consumidores de drogas por inyección era alto, con una media del 49% (margen de variación: 24% a 76%), mientras que en los casos en que sí se había diagnosticado la hepatitis C, la proporción que había iniciado tratamiento antiviral era generalmente baja, entre 1% y 19% con una media del 9,5%. La carga de morbilidad atribuible a la infección por hepatitis C (como enfermedad y mortalidad hepáticas), cuando se cuantificó, era elevada y los autores del estudio llegaron a la conclusión de que aumentaría en el decenio siguiente a 2014.

Las muertes relacionadas con las drogas están principalmente relacionadas con la sobredosis de opioides

Con respecto al resultado más grave que puede provocar el consumo ilícito de drogas, la UNODC estima que en 2013 se produjeron 187.100 (margen de variación: 98.300 a 231.400) muertes relacionadas con las drogas²⁸ en todo el mundo, lo que equivale a una tasa de mortalidad de

²⁷ L. Wiessing y otros, "Hepatitis C virus infection epidemiology among people who inject drugs in Europe: a systematic review of data for scaling up treatment and prevention", *PLOS ONE*, vol. 9, núm. 7 (2014).

²⁸ La definición de muerte relacionada por las drogas varía entre los Estados Miembros pero incluye algunos o todos los elementos siguientes: sobredosis letales por droga; muertes debidas al VIH contraído a través del consumo de drogas por inyección; suicidio; y muertes involuntarias y traumatismos causados por el consumo de drogas.

40,8 (margen de variación: 21,5 a 50,5) fallecimientos a causa de las drogas por millón de personas de edades comprendidas entre 15 y 64 años.

La sobredosis es la causa principal de las muertes relacionadas con las drogas en todo el mundo, y los opioides (heroína y consumo no médico de opioides sujetos a prescripción médica) son el tipo de droga más habitual que interviene en estos fallecimientos. Se calcula que las sobredosis de droga, con los opioides presentes en cerca de las tres cuartas partes de los casos, representan el 3,5% de todas las muertes de europeos de 15 a 39 años de edad²⁹.

En Europa, las mayores tasas de mortalidad relacionada con las drogas se hallan en los países y territorios más septentrionales (en orden descendente de tasas de mortalidad y considerando solo países y territorios con una población de 15 a 64 años de 500.000 o mayor) como Estonia, Escocia, Finlandia, Suecia, Irlanda del Norte, la Federación de Rusia, Noruega e Irlanda, todos con tasas de mortalidad superiores a 70 muertes por millón de la población de 15 a 64 años de edad. En todos estos países, los opioides fueron el tipo de droga que más frecuentemente se mencionó como causa principal de muerte.

Con aproximadamente un 23% del número de muertes relacionadas con las drogas en todo el mundo, América del Norte soporta, con mucho, la mayor tasa de mortalidad relacionada con las drogas. En esta región, los Estados Unidos de América presentan una de las tasas de mortalidad causada por las drogas más altas del mundo, 4,6 veces superior a la media mundial; en 2013 se registraron 40.239 muertes relacionadas con las drogas, lo que representa aproximadamente uno de cada cinco de esos fallecimientos en todo el mundo. La elevada tasa de mortalidad que se observa en América del Norte se debe en parte a que el seguimiento y la notificación de las muertes relacionadas con las drogas en esta región son mejores que en la mayoría de las demás regiones.

Las sobredosis de heroína han aumentado últimamente en los Estados Unidos de América

Recientemente, se ha informado de aumentos sustanciales del número de sobredosis de heroína en los Estados Unidos de América (véase el gráfico 12). Las tasas de mortalidad casi se han triplicado pasando de 1,0 a 2,7 muertes por sobredosis de heroína por cada 100.000 habitantes entre 2010 y 2013; esto refleja un incremento del número de fallecimientos relacionados con la heroína, de 3.036 a 8.527³⁰ (véase también la sección sobre opioides).

²⁹ EMCDDA, *Informe Europeo sobre Drogas 2014*.

³⁰ H. Hedegaard, L. H. Chen y M. Warner, “Drug poisoning deaths involving heroin: United States, 2000-2013”, NCHS Data Brief No. 190 (Hyattsville, Maryland, National Center for Health Statistics, marzo de 2015).

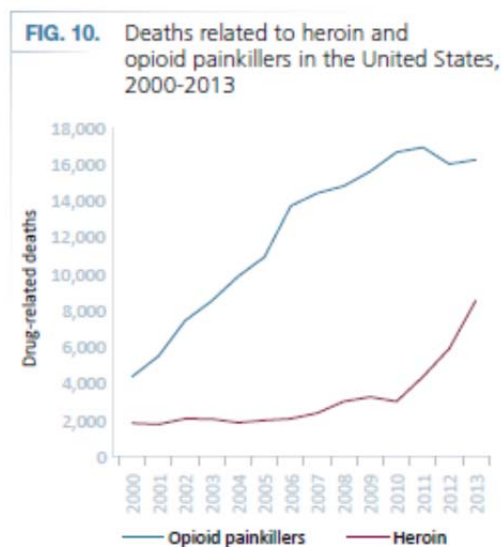


Gráfico 10. Muertes relacionadas con la heroína y los analgésicos opioides en los Estados Unidos, 2000-2013

Muertes relacionadas con la droga

Analgésicos opioides

Heroína

Fuente: H. Hedegaard, L. H. Chen y M. Warner, "Drug poisoning deaths involving heroin", *NCHS Data Brief No. 190* (2015).

Las muertes relacionadas con las nuevas sustancias psicoactivas están aumentando en el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte

Últimamente, en el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte los medios de comunicación han prestado mucha atención a las muertes relacionadas con el consumo de nuevas sustancias psicoactivas (NSP). En los últimos años, en Inglaterra y Gales el número de muertes causadas por drogas en las que las NSP (o los llamados "euforizantes legales", básicamente las metcatinonas como la mefedrona, que desde abril de 2010 aparece clasificada como droga de clase B en la Ley de Uso Indebido de Drogas del Reino Unido, de 1971) han sido mencionadas en certificados de defunción ha aumentado continuamente, pasando de 9 muertes en 2007 a 60 en 2013³¹. Existe muy poca información disponible sobre la toxicología de las NSP y el riesgo de sobredosis por consumo de estas sustancias, solas o en combinación con otras drogas (incluido el alcohol), es en gran parte desconocido.

Las sobredosis no mortales de drogas son una experiencia habitual en los consumidores de drogas

Aunque se ha hecho especial hincapié en las muertes por sobredosis, en los consumidores de drogas ilícitas siguen siendo bastante comunes las sobredosis sin consecuencia de muerte, si bien no existe mucha literatura al respecto. Se han llevado a cabo varios estudios para conocer el alcance, los perfiles, los determinantes y los correlatos de la sobredosis no mortal, particularmente en consumidores de opioides y consumidores habituales de drogas por inyección. De estos estudios se

³¹ United Kingdom, Office for National Statistics, "Deaths related to drug poisoning in England and Wales, 2013", *Statistical Bulletin* (septiembre de 2014).

desprende que entre el 30% y el 80% de los participantes ha experimentado una sobredosis durante el tiempo que ha consumido drogas, casi la mitad de los cuales ha experimentado múltiples sobredosis en los últimos meses^{32, 33, 34, 35, 36}. Aunque la ausencia de asistencia específica es en gran medida la causa, parece que en algunos casos las víctimas de estos episodios temen las consecuencias de revelar que consumen drogas ilícitamente o es posible que no confíen en el sistema de atención de salud^{37, 38}. Diversos estudios han calculado que 1 de cada 20 o 25 casos de sobredosis tiene consecuencias mortales, y el riesgo acumulativo de muerte aumenta con cada sobredosis sucesiva^{39, 40, 41}.

La sobredosis no mortal continúa siendo un problema de salud importante debido a la morbilidad y graves consecuencias conexas, como edema pulmonar, bronconeumonía, neuropatía periférica, insuficiencia renal, deterioro cognitivo y lesiones traumáticas sufridas durante la sobredosis^{42, 43}. Las sobredosis reiteradas también hacen que el consumidor corra un mayor riesgo de padecer daños físicos y cognitivos a largo plazo, mientras que los que logran sobrevivir a una sobredosis no mortal presentan un riesgo más elevado de sufrir nuevas sobredosis y de fallecer⁴⁴.

El riesgo de sobredosis varía según diferentes factores⁴⁵. Las sobredosis se producen en consumidores que llevan tiempo consumiendo opioides o inyectándose drogas, tienen más edad, es más probable que hayan sido tratados de drogodependencia y presentan un nivel más alto de dependencia en la escala de gravedad de la dependencia^{46, 47}. Las sobredosis se asocian con una mayor pureza de la droga, una mayor frecuencia de consumo (casi a diario o durante fiestas⁴⁸) y el policonsumo, o consumo de varios tipos de drogas, especialmente anfetaminas, cocaína, alcohol o benzodiazepinas en combinación con

³² S. Darke, J. Ross y W. Hall, "Overdose among heroin users in Sydney, Australia: I. Prevalence and correlates of non-fatal overdose", *Addiction*, vol. 91, núm. 3 (1996), págs. 405 a 411.

³³ M. Karbakhsh y N. Salehian Zandi, "Acute opiate overdose in Tehran: the forgotten role of opium", *Addictive Behaviors*, vol. 32, núm. 9 (2007), págs. 1835 a 1842.

³⁴ A. Bergstrom y otros, "A cross-sectional study on prevalence of non-fatal drug overdose and associated risk characteristics among out-of-treatment injecting drug users in North Vietnam", *Substance Use and Misuse*, vol. 43, núm. 1 (2008), págs. 77 a 84.

³⁵ P. Davidson y otros, "Witnessing heroin-related overdoses: the experiences of young injectors in San Francisco", *Addiction*, vol. 97, núm. 12 (2002), págs. 1511 a 1516.

³⁶ L. Yin y otros, "Nonfatal overdose among heroin users in south-western China", *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, vol. 33, núm. 4 (2007), págs. 505 a 516.

³⁷ B. Fischer y otros, "Determinants of overdose incidents among illicit opioid users in 5 Canadian cities", *Canadian Medical Association Journal*, vol. 171, núm. 3 (2004), págs. 235 a 239.

³⁸ M. Warner-Smith, S. Darke y C. Day, "Morbidity associated with non-fatal heroin overdose", *Addiction*, vol. 97, núm. 8 (2002), págs. 963 a 967.

³⁹ EMCDDA, *Informe Anual 2010* (Lisboa, noviembre de 2010).

⁴⁰ A. Tokar y T. Andreeva, "Estimate of the extent of opiate overdose in Ukraine", *Tobacco Control and Public Health in Eastern Europe*, vol. 2, núm. 3 (2012).

⁴¹ S. Darke, R. P. Mattick y L. Degenhardt, "The ratio of non-fatal to fatal overdose", *Addiction*, vol. 98, núm. 8 (2003), págs. 1169 a 1170.

⁴² Warner-Smith, Darke y Day, "Morbidity associated with non-fatal heroin overdose" (véase la nota 38).

⁴³ Shane Darke and Wayne Hall, "Heroin overdose: research and evidence-based intervention", *Journal of Urban Health*, vol. 80, núm. 2 (2003), págs. 189 a 200.

⁴⁴ S. Darke y otros, "Patterns of nonfatal heroin overdose over a 3-year period: findings from the Australian Treatment Outcome Study", *Journal of Urban Health*, vol. 84, núm. 2 (2007), págs. 283 a 291.

⁴⁵ A. R. Bazazi y otros, "High prevalence of non-fatal overdose among people who inject drugs in Malaysia: correlates of overdose and implications for overdose prevention from a cross-sectional study", *International Journal of Drug Policy* (2014).

⁴⁶ Darke, Ross y Hall, "Overdose among heroin users in Sydney" (véase la nota 32).

⁴⁷ Bergstrom y otros, "A cross-sectional study on prevalence of non-fatal drug overdose" (véase la nota 34).

⁴⁸ Bazazi y otros, "High prevalence of non-fatal overdose among people who inject drugs in Malaysia" (véase la nota 45).

opioides, sobre todo cuando son por inyección. La influencia del policonsumo en la sobredosis de opioides, por ejemplo con benzodiacepinas, refleja esencialmente una interacción farmacológica en forma de efecto de depresor respiratorio adictivo⁴⁹.

El cese temporal del consumo de drogas tras períodos de desintoxicación, hospitalización, detención o encarcelamiento por drogas tiene como resultado una menor tolerancia a las drogas. Cuando se retoma el consumo de drogas, aumenta el riesgo de sobredosis. Es importante señalar que la terapia de sustitución con opioides parece proteger contra la sobredosis no mortal: en un estudio de personas que se inyectan drogas realizado entre 1996 y 2004 en Vancouver (Canadá), fue la única variable que se demostró estar asociada inversamente con la sobredosis no mortal⁵⁰. Asimismo, la marginación social o la falta de vivienda, junto con el hecho de vivir con el VIH, también han sido asociados a episodios de sobredosis, si bien no se han encontrado pruebas de que exista una relación causal⁵¹.

La sobredosis puede prevenirse

A pesar de la alta prevalencia de las sobredosis no mortales y su morbilidad asociada, se ha prestado poca atención internacional a las intervenciones para reducir las sobredosis. Las muertes por sobredosis pueden prevenirse. Junto con el tratamiento a largo plazo con agonistas (sustitución) de opioides, la disponibilidad y accesibilidad de naloxona es otra intervención importante en los casos de sobredosis. La naloxona es un antagonista de opioides capaz de revertir inmediatamente los efectos de la sobredosis de opioides⁵². Dado que muchas sobredosis se producen en presencia de familiares o compañeros del consumidor de drogas, enseñar a estas personas cómo administrar naloxona puede ser una intervención capaz de salvar vidas.

C. GÉNERO, CONSUMO DE DROGAS Y CONSECUENCIAS PARA LA SALUD

El consumo de drogas, excepto los tranquilizantes, tiene mayor prevalencia en hombres que en mujeres

En comparación con los hombres, el consumo de drogas general sigue siendo bajo en las mujeres. A nivel mundial, los hombres tienen una probabilidad de consumir cannabis, cocaína o anfetaminas tres veces mayor que las mujeres. En cambio, las mujeres son más proclives que los hombres a utilizar indebidamente los fármacos sujetos a prescripción médica, en particular los opioides y los tranquilizantes^{53,54}. Este hecho refleja principalmente las diferencias existentes en las posibilidades de consumir droga debido a la influencia del entorno social o cultural más que a la intrínseca vulnerabilidad de género⁵⁵.

⁴⁹ EMCDDA, *Informe Anual 2010*.

⁵⁰ T. Kerr y otros, "Predictors of non-fatal overdose among a cohort of polysubstance-using injection drug users", *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 87, núm. 1 (2007), págs. 39 a 45.

⁵¹ Traci G. Green y otros, "HIV infection and risk of overdose: a systematic review and meta-analysis", *AIDS*, vol. 26, núm. 4 (20 de febrero de 2012), págs. 403 a 417.

⁵² Véase también UNODC, *Informe Mundial sobre las Drogas 2014*.

⁵³ UNODC, *Informe Mundial sobre las Drogas 2014*.

⁵⁴ Christine E. Grella, "From generic to gender-responsive treatment: changes in social policies, treatment services, and outcomes of women in substance abuse treatment", *Journal of Psychoactive Drugs*, vol. 40, SARC Supl. núm. 5 (2008), págs. 327 a 343.

⁵⁵ Michelle L. Van Etten y J. C. Anthony, "Male-female differences in transitions from first drug opportunity to first use: searching for subgroup variation by age, race, region, and urban status", *Journal of Women Health and Gender Based Medicine*, vol. 10, núm. 8 (2001), págs. 797 a 804.

Existen abundantes pruebas que demuestran que los procesos de iniciación al consumo de drogas, los factores sociales y las características relativas al consumo de sustancias, las respuestas biológicas y la progresión hacia la aparición de problemas relacionados con el consumo de sustancias varían considerablemente entre mujeres y hombres⁵⁶. Las mujeres que presentan trastornos por consumo de sustancias tienden a tener un historial de responsabilidad excesiva en sus familias de origen y han experimentado más alteraciones y más conflictos interpersonales en la familia que sus homólogos masculinos, en particular cuestiones relacionadas con la crianza de los hijos y la exposición a traumas durante la niñez y la edad adulta. Las mujeres con trastornos por consumo de sustancias pueden proceder de familias donde uno o más miembros también son drogodependientes y es posible que hayan sufrido victimización y lesiones. Muchas mujeres señalan los problemas de relación como una causa de su consumo de sustancias. Además, se dispone de datos según los cuales las comorbilidades psiquiátricas, especialmente los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, son mayores en mujeres^{57, 58} y estos trastornos habitualmente preceden a la aparición de problemas relacionados con el consumo de sustancias⁵⁹.

La literatura sobre las diferencias de género publicada en las últimas tres décadas ha demostrado que las mujeres suelen empezar a tomar sustancias más tarde que los hombres y que su consumo está muy influido por las parejas que también consumen drogas⁶⁰. En general, las mujeres son quizás menos proclives que los hombres a padecer trastornos inducidos por el consumo de drogas y dependencia. Sin embargo, una vez que han iniciado el consumo de sustancias, las mujeres tienden a aumentar su consumo de alcohol, cannabis, opioides y cocaína más rápidamente que los hombres⁶¹ y pueden tardar menos tiempo que éstos en sufrir trastornos y dependencia^{62, 63}. En los Estados Unidos, por ejemplo, se informó de que los hombres tenían 2,33 y 2,25 veces más posibilidades de haber padecido trastornos causados por el consumo de drogas y drogodependencia, respectivamente, que las mujeres en el año anterior^{64, 65}.

De la mayoría de estudios realizados en la población general se desprende un mayor uso indebido de fármacos sujetos a prescripción médica en las mujeres que en los hombres, y esta diferencia es más acusada en lo que respecta al consumo de sedantes y tranquilizantes que al de opioides o analgésicos sujetos a prescripción médica. Así, las mujeres son dos veces más propensas que los hombres a tomar tranquilizantes, pero ambos presentan niveles bastante similares en lo que respecta al consumo de opioides sujetos a prescripción médica. Datos de estudios llevados a cabo en América del Sur, Europa occidental y central y América del Norte indican que, en comparación con el consumo de la mayoría de sustancias ilícitas, el alcance del consumo indebido de tranquilizantes a todos los niveles, ya sea

⁵⁶ Ellen Tuchman, "Women and addiction: the importance of gender issues in substance abuse research", *Journal of Addictive Diseases*, vol. 29, núm. 2 (2010), págs. 127 a 138.

⁵⁷ *Ibid.*

⁵⁸ D. Stewart y otros, "Similarities in outcomes for men and women after drug misuse treatment: Results from the National Treatment Outcome Research Study (NTORS)", *Drug and Alcohol Review*, vol. 22, núm. 1 (2003), págs. 35 a 41.

⁵⁹ Kathleen T. Brady y Carrie L. Randall, "Gender differences in substance use disorders", *Psychiatric Clinics of North America*, vol. 22, núm. 2 (1999), págs. 241 a 252.

⁶⁰ *Ibid.*

⁶¹ Jill B. Becker y Ming Hu, "Sex differences in drug abuse", *Frontiers in Neuroendocrinology*, vol. 29, núm. 1 (2008), págs. 36 a 47.

⁶² Carla A. Green, "Gender and use of substance abuse treatment services", *Alcohol Research and Health*, vol. 29, núm. 1 (2006), págs. 55 a 62.

⁶³ Grella, "From generic to gender-responsive treatment" (véase la nota 54).

⁶⁴ W. M. Compton y otros, "Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions", *Archives of General Psychiatry*, vol. 64, núm. 5 (2007), págs. 566 a 576.

⁶⁵ Dorte Hecksher y Morten Hesse, "Women and substance use disorders", *Mens Sana Monographs*, vol. 7, núm. 1 (2009), págs. 50 a 62.

durante la vida, anual o actual (últimos 30 días), se mantiene a un nivel más alto en las mujeres que en los hombres: por ejemplo, el uso indebido de tranquilizantes durante el año anterior por mujeres en Europa occidental y central fue, en conjunto, casi el doble del consumo de cannabis, mientras que el consumo de otras sustancias como anfetaminas, cocaína y opioides sigue estando en niveles muy bajos (véase el gráfico 11).

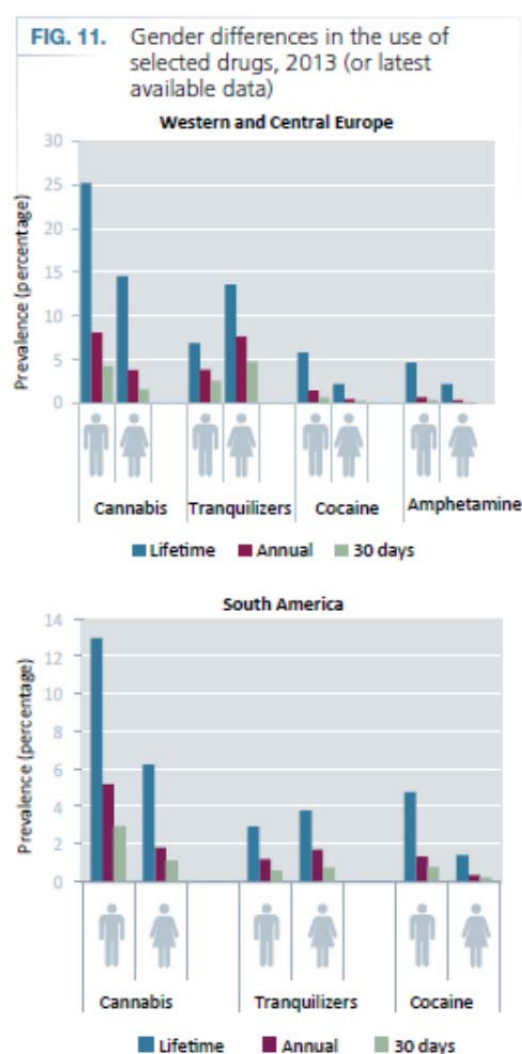


Gráfico 11. Diferencias de género en el consumo de determinadas drogas, 2013 (o datos más recientes disponibles)

Europa occidental y central

Prevalencia (porcentaje)

Cannabis Tranquilizantes Cocaína Anfetamina

Vida Anual 30 días

América del Sur

Fuente: UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales.

Nota: Media no ponderada de prevalencia de vida, en el año anterior y en el mes anterior en adultos de 15 a 64 años, basada en 28 países de Europa occidental y central y 6 países de América del Sur.

Las investigaciones han demostrado que, si bien son muchas las personas que experimentan con drogas, pocas de ellas repetirán la experiencia más que en un número limitado de ocasiones y menos aún seguirán tomando drogas de manera habitual. Esto queda ilustrado por el marcado descenso que se observa al comparar el consumo de drogas durante la vida con el anual y actual (último mes). En el caso del uso indebido de sedantes y tranquilizantes, esta tasa de deserción parece ser mucho más baja que la correspondiente a otras sustancias. Estudios efectuados en la población general en Europa occidental y central demuestran que más de un tercio de los hombres y mujeres que inician el uso indebido de tranquilizantes continúan hasta convertirse en usuarios habituales o actuales, mientras que el 17% de los hombres y el 10% de las mujeres pueden llegar a ser consumidores habituales de cannabis. Habida cuenta de la elevada prevalencia del uso indebido de tranquilizantes en mujeres, este hecho sigue siendo un problema importante.

Las mujeres que se inyectan drogas son a menudo más vulnerables al VIH que sus homólogos masculinos

Los datos disponibles sobre prevalencia del VIH desglosada por género en personas que se inyectan drogas señalan la existencia de disparidades de género que en algunos países son bastante acusadas (véase el gráfico 13). Los datos comunicados al ONUSIDA⁶⁶ ponen de manifiesto que la prevalencia del VIH en las mujeres que se inyectan drogas es mayor en muchos países con grandes poblaciones de consumidores de drogas por inyección (más de 120.000), como la India, Italia, Malasia, México, la Federación de Rusia y Ucrania. Además, en otros países con una elevada prevalencia del VIH en personas que se inyectan drogas, como Indonesia, Kenya, Mauricio y Tailandia, la prevalencia del VIH también es mayor en las mujeres que consumen drogas por inyección. Las mujeres constituyen minorías considerables de las poblaciones de personas que se inyectan drogas en muchos países, donde, por ejemplo, el 33% de estas personas en Canadá son mujeres, el 30% en la Federación de Rusia, el 26% en Ucrania, el 20% en China y el 10% en Malasia^{67, 68}. A ello hay que añadir que en numerosos países la prevalencia del VIH es más elevada en las reclusas que en los reclusos⁶⁹.

⁶⁶ ONUSIDA, base de datos AIDSinfo.

⁶⁷ Richard H. Needle y Lin Zhao, *HIV Prevention among Injecting Drug Users: Strengthening U.S. Support for Core Interventions*, a report of the CSIS Global Health Policy Center (Washington, D.C., Center for Strategic and International Studies Global Health Policy Center, 2010).

⁶⁸ S. Pinkham, B. Myers y C. Stoicescu, "Developing effective harm reduction services for women who inject drugs", *The Global State of Harm Reduction: Towards an Integrated Response*, Claudia Stoicescu, ed. (London, Harm Reduction International, 2012).

⁶⁹ WHO, UNODC and UNAIDS, *Effectiveness of Interventions to Address HIV in Prisons*, Evidence for Action Technical Papers (Ginebra, OMS, 2007).

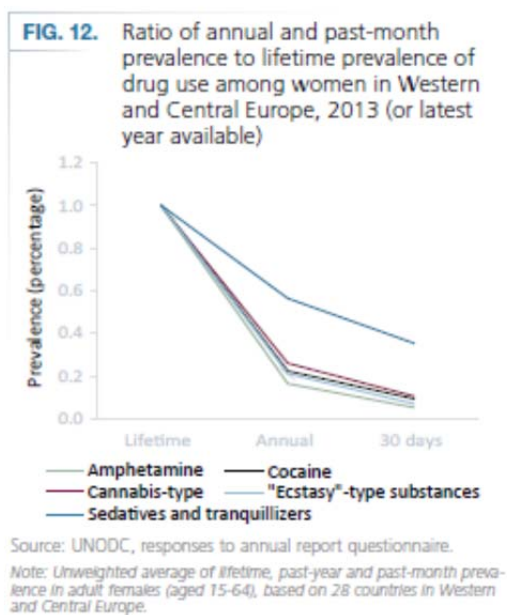


Gráfico 12. Relación de la prevalencia anual y en el mes anterior con la prevalencia de vida del consumo de droga en mujeres de Europa occidental y central, 2013 (o último año disponible)

Prevalencia (porcentaje)

Vida

Anual

30 días

Anfetamina

Cocaína

Tipo cannabis

Sustancias tipo éxtasis

Sedantes y tranquilizantes

Fuente: UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales.

Nota: Media no ponderada de prevalencia de vida, en el año anterior y en el mes anterior en mujeres adultas de 15 a 64 años, basada en 28 países de Europa occidental y central.

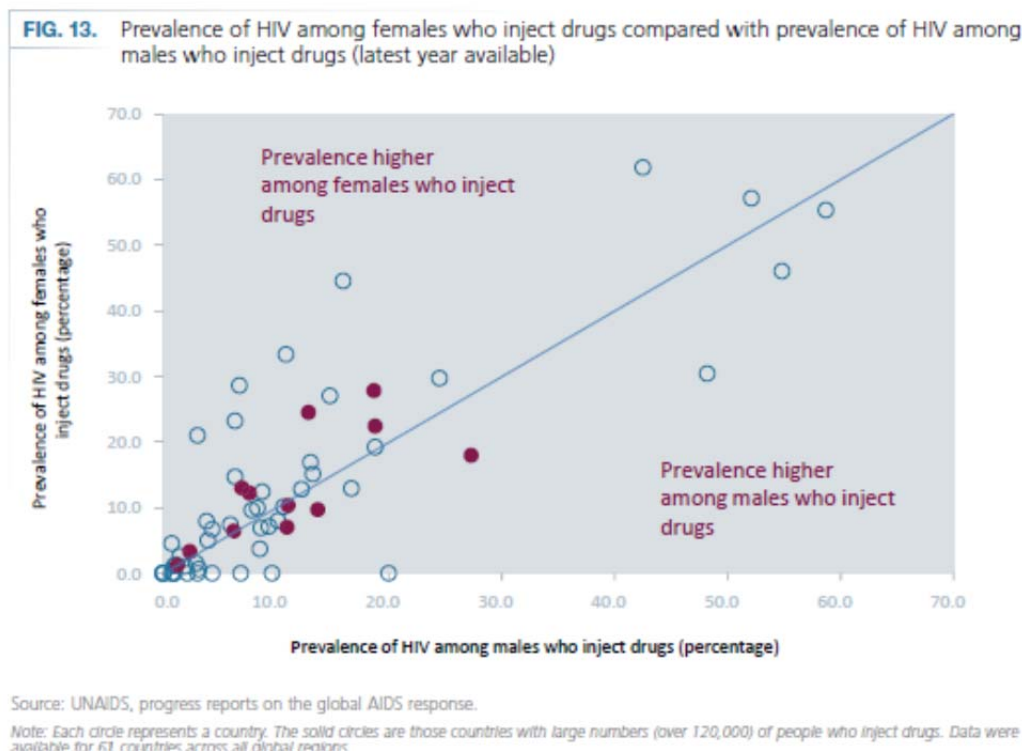


Gráfico 13. Prevalencia del VIH en mujeres que se inyectan drogas comparada con la prevalencia del VIH en hombres que se inyectan drogas (último año disponible)

[vertical] Prevalencia del VIH en mujeres que se inyectan drogas (porcentaje)

[horizontal] Prevalencia del VIH en hombres que se inyectan drogas (porcentaje)

Prevalencia mayor en mujeres que se inyectan drogas

Prevalencia mayor en hombres que se inyectan drogas

Fuente: UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales.

Nota: Cada círculo representa un país. Los círculos rellenos son los países con grandes cifras (más de 120.000) de personas que se inyectan drogas. Se dispusieron de datos correspondientes a 61 países de todas las regiones del mundo.

En un examen de 117 estudios de 14 países con una alta prevalencia del VIH en las personas que se inyectan drogas (superior al 20%), se halló que la prevalencia general del VIH era mayor en las mujeres que consumían drogas inyectables que en sus homólogos masculinos, aunque la diferencia era bastante moderada⁷⁰. También hubo amplias divergencias entre los estudios realizados. En los 10 estudios que mostraron las mayores diferencias en la prevalencia del VIH en las mujeres y en los hombres que se inyectan drogas, los autores apuntan a la transmisión sexual como la razón que explica la diferencia. Asimismo, el conjunto de datos correspondientes a nueve países europeos reveló una prevalencia general de VIH en mujeres consumidoras de drogas inyectables del 21,5% frente al 13,6% registrado en los hombres que se inyectaban drogas⁷¹. De nuevo, las diferencias observadas entre los países fueron notables. En países del África subsahariana, donde en la población general las mujeres están más afectadas por el VIH que los hombres, la presencia del virus en mujeres que se inyectan drogas es particularmente alta en comparación con la de los hombres que consumen estas drogas: en Kenya, aunque las mujeres que se inyectan drogas son pocas en número, la prevalencia del VIH es

⁷⁰ Don C. Des Jarlais y otros, "Are females who inject drugs at higher risk for HIV infection than males who inject drugs: an international systematic review of high seroprevalence areas", *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 124, núms. 1 y 2 (2012), págs. 95 a 107.

⁷¹ EMCDDA, *Annual Report 2006: The State of the Drugs Problem in Europe* (Lisboa, noviembre de 2006).

casi tres veces más alta (44,5%) que en los hombres consumidores de drogas inyectables (16,0%)⁷²; en la República Unida de Tanzania, las mujeres que se inyectan drogas presentan una prevalencia del VIH (66,7%) más del doble que la de los hombres que consumen drogas inyectables (29,9%)⁷³; en Senegal, la presencia del VIH en mujeres que se inyectan drogas (21,1%) es tres veces mayor que la registrada en hombres usuarios de drogas por inyección (7,5%)⁷⁴; en Sudáfrica, la prevalencia del VIH en mujeres que se inyectan drogas (17%) es ligeramente superior a la de los hombres que usan estas drogas (14%)⁷⁵; y en Nigeria, esta proporción es siete veces mayor en las mujeres que se inyectan drogas (21,0%) que en los hombres que consumen drogas por inyección (3,1%)⁷⁶. Por el contrario, en un análisis de 11 estudios realizados en cinco países de Asia central no se hallaron diferencias de género generales en la prevalencia del VIH en personas que se inyectan drogas, aunque en este caso también se observaron considerables divergencias entre los estudios⁷⁷.

Se han propuesto múltiples razones para explicar por qué las mujeres que se inyectan drogas pueden correr mayor riesgo de verse infectadas por el VIH que sus homólogos masculinos^{78, 79}. Las mujeres tienen más probabilidades de ser estigmatizadas y marginadas por la sociedad y son más propensas a ocultar su conducta de consumo de drogas por inyección. Es posible que las prácticas de inyección inseguras sean más habituales en las mujeres habida cuenta de la mayor dificultad para acceder a programas de suministro de agujas y jeringuillas o tratamiento de la drogodependencia y la falta de servicios adaptados a las necesidades de las mujeres⁸⁰. Diversos estudios han documentado elevadas tasas de trabajo sexual en mujeres que se inyectan drogas (a menudo para costearse su propio consumo de drogas y el de su pareja sexual), uso irregular de preservativos y tasas más elevadas de intercambio de agujas y jeringuillas que las consumidoras de drogas inyectables que no son trabajadoras sexuales^{81, 82, 83}. Los riesgos que conllevan las prácticas de inyección inseguras, sumados a los del trabajo sexual sin protección, elevan sustancialmente el riesgo de que las mujeres contraigan el VIH.

⁷² UNODC/ICHIRA, “Rapid situational assessment of HIV prevalence and risky behaviours among injecting drug users in Kenya” (Nairobi, julio de 2012).

⁷³ Anna Bowring y otros, *Assessment of Risk Practices and Infectious Disease among Drug Users in Temeke District, Dar es Salaam, Tanzania: A Rapid Assessment and Response*, prepared for Médecins du Monde — France (Melbourne, Australia, Centre for Population Health, Burnet Institute, 2011).

⁷⁴ *Enquête de prévalence et de pratiques à risques d’infection à VIH, VHB, et VHC chez les usagers de drogues dans la région de Dakar (Senegal)*, Étude ANRS 1224, rapport final (Paris, Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les hépatites virales (ANRS), febrero de 2014).

⁷⁵ Andrew Scheibe, Ben Brown y Monika dos Santos, *Rapid Assessment of HIV Prevalence and HIV-related Risks among People Who Inject Drugs in Five South African Cities: Final Report* (febrero de 2015).

⁷⁶ Nigeria, Federal Ministry of Health, *HIV Integrated Biological and Behavioural Surveillance Survey (IBBSS) 2010* (Abuja, 2010).

⁷⁷ Don C. Des Jarlais y otros, “Gender disparities in HIV infection among persons who inject drugs in Central Asia: a systematic review and meta-analysis”, *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 132, supl. núm. 1 (2013), págs. S7 a S12.

⁷⁸ UNODC, “HIV/AIDS prevention and care for female injecting drug users” (Viena, julio de 2006).

⁷⁹ Sophie Pinkham, Claudia Stoicescu y Bronwyn Myers, “Developing effective health interventions for women who inject drugs: key areas and recommendations for program development and policy”, *Advances in Preventive Medicine*, vol. 2012 (2012).

⁸⁰ UNODC/UN-Women/WHO/International Network of People who Use Drugs, policy brief on “Women who inject drugs and HIV: addressing specific needs” (Viena, 2014).

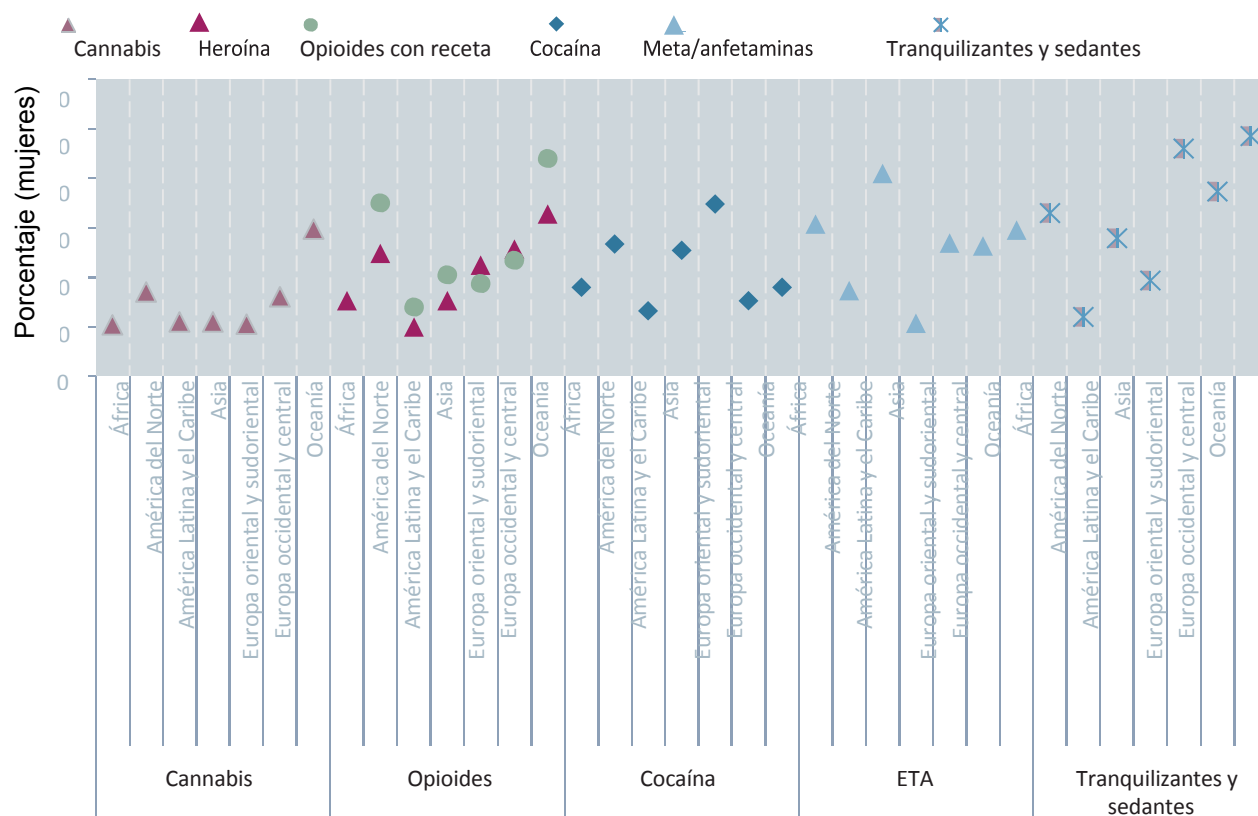
⁸¹ Jing Gu y otros, “Prevalence and factors related to syringe sharing behaviours among female injecting drug users who are also sex workers in China”, *International Journal of Drug Policy*, vol. 22, núm. 1 (2011), págs. 26 a 33.

⁸² Sara Croxford y otros, “Sex work amongst people who inject drugs in England, Wales and Northern Ireland: findings from a National Survey of Health Harms and Behaviours”, *International Journal of Drug Policy*, vol. 26, núm. 4 (2015), págs. 429 a 433.

⁸³ A. Roberts, B. Mathers y L. Degenhardt, *Women Who Inject Drugs: A Review of Their Risks, Experiences and Needs* (Sydney, National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales, 2010).

Una característica común que se desprende de los diferentes análisis realizados y que se observa en los datos del ONUSIDA es que las diferencias de género apreciadas en los estudios individuales muestran una variabilidad muy amplia. Esto subraya la importancia que tiene el contexto local en la aplicación de programas de prevención con un grupo destinatario específico y una perspectiva de género para atender las necesidades de hombres y mujeres cuando estas son diferentes.

Gráfico14. Proporción de mujeres en tratamiento por varias sustancias, por región (2013 o datos más recientes disponibles)



Fuente: UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales.

Nota: Media no ponderada de la proporción de mujeres en tratamiento por todas las sustancias.

Gráfico 14. Proporción de mujeres en tratamiento por varias sustancias, por región (2013 o datos más recientes disponibles)

Cannabis Heroína Opioides de venta con receta Cocaína Meta/anfetaminas
Tranquilizantes y sedantes

Porcentaje (mujeres)

África
América del Norte
América Latina y el Caribe
Asia Europa oriental y sudoriental
Europa occidental y central
Oceania
África
América del Norte

América Latina y el Caribe
Asia
Europa oriental y sudoriental
Europa occidental y central
Oceanía
África
América del Norte
América Latina y el Caribe
Asia
Europa oriental y sudoriental
Europa occidental y central
Oceanía
África
América del Norte
América Latina y el Caribe
Asia
Europa oriental y sudoriental
Europa occidental y central
Oceanía
África
América del Norte
América Latina y el Caribe
Asia
Europa oriental y sudoriental
Europa occidental y central
Oceanía

Cannabis Opioides Cocaína ETA Tranquilizantes y sedantes

Fuente: UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales.

Nota: Media no ponderada de la proporción de mujeres en tratamiento por principal sustancia consumida.

Las mujeres tienen menos probabilidades de acceder a tratamiento del consumo de drogas que los hombres

Los problemas que experimentan las mujeres debido al consumo de drogas pueden interferir en más ámbitos de su vida que en los hombres. Según se informa, la gravedad de las consecuencias médicas derivadas del consumo de sustancias y las comorbilidades psiquiátricas también son más elevadas en las mujeres. Sin embargo, una convergencia de pruebas indica que las mujeres con trastornos por consumo de sustancias tienen menos probabilidades de recibir tratamiento durante su vida que sus homólogos masculinos, ya que es más probable que tengan que enfrentarse a obstáculos que dificultan el acceso al tratamiento y su seguimiento^{84, 85}. A nivel mundial, uno de cada tres usuarios de drogas es mujer, pero solo uno de cada cinco consumidores de drogas que sigue tratamiento es mujer, si bien esta proporción es mayor en Europa y Oceanía (básicamente Australia) que en cualquier otra región. Sin embargo, en el caso del tratamiento del uso indebido de tranquilizantes y opioides de receta, los datos disponibles señalan que hay una proporción mayor de mujeres. Aproximadamente, un tercio de las personas que reciben tratamiento por consumo de tranquilizantes son mujeres, comparado con el 10% estimado correspondiente al cannabis. Esto se debe sin duda a que la prevalencia del uso de tranquilizantes es comparativamente mayor en mujeres que en hombres.

⁸⁴ Shelly F. Greenfield y otros, “Substance abuse treatment entry, retention, and outcome in women: a review of the literature”, *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 86, núm. 1 (2007), págs. 1 a 21.

⁸⁵ Tuchman, “Women and addiction” (véase la nota 56).

Las disparidades entre los géneros en el acceso al tratamiento del consumo de sustancias han sido asociadas principalmente con la escasa disponibilidad de servicios adaptados para atender las necesidades concretas de las mujeres que reciben tratamiento. Dado que la información sobre las mujeres con problemas relacionados con el consumo de sustancias sigue siendo escasa, hay todavía una falta general de modelos de tratamiento empíricamente contrastados que sean adecuados para las mujeres, sobre todo en países con recursos limitados⁸⁶.

Las mujeres han de enfrentarse a importantes obstáculos sistémicos, estructurales, sociales, culturales y personales al intentar acceder al tratamiento para el abuso de sustancias^{87, 88}. A nivel estructural, uno de los mayores impedimentos es la falta de servicios de guardería y las actitudes punitivas adoptadas frente a las mujeres embarazadas y las madres que tienen problemas de abuso de sustancias. Esto hace que las mujeres teman perder la custodia de sus hijos o que tengan que renunciar a ellos como condición del tratamiento, y les impide recibir tratamiento en establecimientos residenciales. También es posible que los programas de tratamiento estén localizados lejos del lugar de residencia de las mujeres y que tenga requisitos de admisión inflexibles y horarios que tal vez no se adapten a sus necesidades^{89, 90}. Además, las mujeres con hijos pueden necesitar que alguien les cuide los hijos para poder participar en programas de tratamiento ambulatorio, ya que es posible que no dispongan de dinero suficiente para pagar los costos del cuidado de los niños, el transporte o el propio tratamiento. Aunque los hombres pueden ser remitidos para recibir tratamiento por su familia, un empleador o el sistema de justicia penal, el historial de tratamiento en las mujeres está más asociado con otros problemas que pueden haberlo iniciado, como el diagnóstico de un trastorno de personalidad antisocial, o el trabajo sexual, y pueden haber sido remitidas por el sistema de servicios sociales, instituciones de salud mental o *motu proprio*, más que deberse únicamente al abuso de sustancias⁹¹.

En muchas sociedades, el consumo de sustancias en general y por mujeres está fuertemente estigmatizado y las normas culturales pueden hacer difícil que las mujeres reconozcan un problema de esa índole o que dejen el hogar y la familia para recibir tratamiento. Dado que muchas mujeres afectadas por el consumo de sustancias también viven con una pareja u otros familiares en la misma situación, los problemas de relación y el papel del consumo de sustancias dentro de la dinámica de pareja son cuestiones esenciales para que las mujeres obtengan el apoyo necesario para someterse a tratamiento⁹². Un número creciente de pruebas indica que los servicios de tratamiento del consumo de drogas que atienden las necesidades sociales y otras específicas de género, así como las de grupos étnicos, pueden alentar a iniciar y continuar el tratamiento y contribuir a que los resultados obtenidos sean mejores⁹³.

D. PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS

¿Cuáles son los medios más eficaces para prevenir el consumo de drogas?

⁸⁶ *Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.04.XI.24).

⁸⁷ Erick G. Guerrero y otros, “Barriers to accessing substance abuse treatment in Mexico: national comparative analysis by migration status”, *Substance Abuse Treatment Prevention and Policy*, vol. 9 (julio de 2014).

⁸⁸ United Kingdom, National Treatment Agency for Substance Misuse, “Women in drug treatment: what the latest figures reveal” (Londres, 2010).

⁸⁹ Erick G. Guerrero y otros, “Gender disparities in utilization and outcome of comprehensive substance abuse treatment among racial/ethnic groups”, *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 46, núm. 5 (2014), págs. 584 a 591.

⁹⁰ Grella, “From generic to gender-responsive treatment” (véase la nota 54).

⁹¹ Véase, por ejemplo, United Kingdom, “Women in drug treatment: what the latest figures reveal” (véase la nota 88), y Tuchman, “Women and addiction” (véase la nota 56).

⁹² Grella, “From generic to gender-responsive treatment” (véase la nota 54).

⁹³ Véanse las notas 54, 88 y 89.

La prevención del consumo de drogas es una de las disposiciones fundamentales de los sistemas de fiscalización internacional de drogas. Concebida para proteger la salud de las personas del daño causado por el uso no médico de sustancias controladas y asegurar al mismo tiempo la disponibilidad de tales sustancias para fines médicos y científicos⁹⁴, la prevención del consumo de drogas abarca cualquier actividad dirigida a prevenir o retrasar la iniciación del consumo de drogas y la posible transición al consumo problemático de drogas.

Comparada con el tratamiento de la drogodependencia, por ejemplo, la ciencia que se ocupa de la prevención del consumo de drogas empezó a desarrollarse hace relativamente poco tiempo. En 2013, la UNODC publicó las Normas Internacionales sobre la Prevención del Uso de Drogas, donde se resumen las pruebas científicas sobre la eficacia de las actividades para la prevención del consumo de drogas. A pesar de la existencia de algunas lagunas notables en la base de pruebas, la UNODC pudo hallar una serie de intervenciones y políticas que son eficaces para prevenir el consumo de drogas, el abuso de sustancias y otras conductas de riesgo⁹⁵. Basándose en las Normas Internacionales, incluidos los recientes análisis de las pruebas⁹⁶ y estudios individuales pertinentes, en la presente sección se describen las posibilidades y oportunidades de obtener resultados satisfactorios en la prevención del consumo de drogas mediante la puesta en práctica de intervenciones basadas en pruebas.

Las conclusiones generales que se presentan en esta sección sobre la eficacia de los programas de prevención han sido extraídas de análisis que resumen los resultados de numerosos estudios. Para demostrar la posible repercusión de determinadas intervenciones de prevención eficaces, se presentan los resultados de algunos estudios de eficacia de calidad. Los criterios de selección empleados fueron que los estudios hubieran utilizado métodos de investigación que eliminaran explicaciones alternativas de los efectos de la intervención (empleando grupos de intervención y control que fueran aleatorios) y que hubieran hecho un seguimiento a largo plazo de los grupos de intervención y control.

Conceptos básicos de la prevención

El consumo y la adicción de drogas no se deben a una única causa. El consumo de drogas debe considerarse una conducta insalubre vinculada al proceso de desarrollo. Si bien el consumo de drogas se inicia mayormente en la adolescencia, al menos la mitad de los adolescentes nunca experimentan con drogas y un 20% de ellos dice haber consumido cannabis en el mes anterior⁹⁷. En este contexto, es importante señalar que lo que ocurre durante la adolescencia depende en gran medida de lo que sucediera en las etapas anteriores de desarrollo de una persona, durante la niñez y la pubertad. Por esta razón, como se explica más adelante, las iniciativas de prevención de drogas pueden y deben estar dirigidas a las etapas anteriores a la adolescencia.

Además, la vulnerabilidad al consumo de drogas obedece a varios factores derivados del propio individuo o de contextos de desarrollo (véase el gráfico 15). La interacción entre estos factores acaba por aumentar o reducir la vulnerabilidad de una persona al consumo de sustancias. Por eso no existe un “remedio milagroso” para la prevención, aunque la multicausalidad también ofrece muchos puntos de partida para la actividad preventiva. En la presente sección se presentan pruebas de distintas intervenciones de prevención en entornos importantes para el grupo destinatario (familia, escuela, lugar de trabajo, comunidad, medios de comunicación y lugares de ocio). Estos contextos están integrados en la sociedad en general, donde las normas culturales y las políticas de drogas también

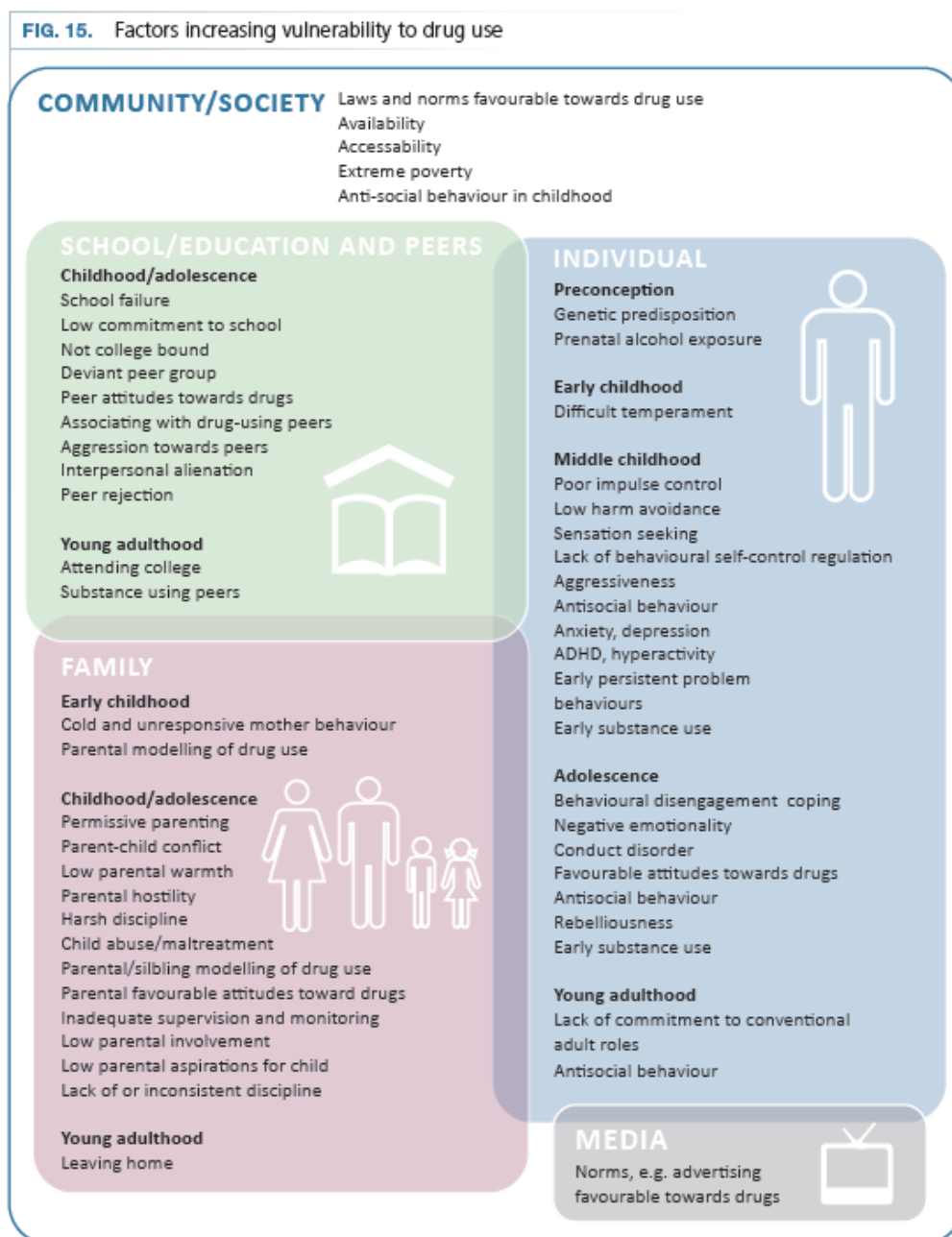
⁹⁴ Artículo 4, párrafo c), y artículo 38, párrafo 1, de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes y artículos 5 y 20 del Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971.

⁹⁵ UNODC, Normas Internacionales sobre la Prevención del Uso de Drogas (2013).

⁹⁶ A. Bühler y J. Thrul, *Expertise zur Suchtprävention: Aktualisierte und erweiterte Neuauflage der Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs*, Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 46 (Colonia, Alemania, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2013).

⁹⁷ UNODC, *Informe Mundial sobre las Drogas 2014*.

pueden facilitar o desalentar el consumo de drogas. De hecho, como los factores que fomentan el consumo de drogas (disponibilidad de la droga o mal ejercicio de la paternidad) suelen estar fuera del control del individuo, la prevención funciona mejor si actúa a nivel individual y sobre los contextos de desarrollo en los que evolucionan las personas.



Drug use is a developmental, multi-causal process influenced by the interplay of many risk and protective factors from different developmental contexts. The more distinct the risk factor, the greater the likelihood of drug use. In contrast, protective factors buffer the impact of risk factors.

Gráfico 15. Factores que aumentan la vulnerabilidad al consumo de drogas

COMUNIDAD/SOCIEDAD

Leyes y normas favorables al consumo de drogas

Disponibilidad

Accesibilidad

Pobreza extrema

Conducta antisocial en la niñez

ESCUELA/EDUCACIÓN Y COMPAÑEROS

Niñez/adolescencia

Fracaso escolar

Escaso apego a la escuela

Sin intención de hacer estudios universitarios

Compañeros problemáticos

Actitud de compañeros hacia la droga

Asociación con compañeros consumidores de droga

Agresividad hacia los compañeros

Distanciamiento interpersonal

Rechazo de compañeros

Edad adulta joven

Asistir a la universidad

Compañeros consumidores de sustancias

FAMILIA

Primera infancia

Actitud fría e insensible de la madre Imitación del modelo parental de consumo de droga

Niñez/adolescencia Permisividad de los padres Conflicto padres-hijos

Poca calidez de los padres Hostilidad parental

Disciplina rígida

Abuso/maltrato infantil

Imitación del modelo de consumo de droga de los padres o los hermanos

Actitudes de los padres favorables a la droga

Supervisión y seguimiento inadecuados Escasa implicación de los padres

Bajas aspiraciones de los padres sobre el futuro de los hijos

Disciplina inexistente o incoherente

Edad adulta joven

Abandono del hogar

INDIVIDUAL

Preconcepción

Predisposición genética Exposición al alcohol durante el embarazo

Primera infancia

Temperamento difícil

Media infancia

Escaso control de los impulsos

Escasa conciencia del peligro

Búsqueda de sensaciones

Falta de ejercicio del autocontrol Agresividad

Conducta antisocial

Ansiedad, depresión

TDAH, hiperactividad Comportamientos problemáticos precoces persistentes

Consumo precoz de sustancias

Adolescencia

Desvinculación conductual como estrategia de afrontamiento

Emotividad negativa

Trastorno conductual

Actitudes favorables a la droga
Conducta antisocial
Rebeldía
Consumo precoz de sustancias

Edad adulta joven

Falta de compromiso con los papeles de adulto convencionales
Conducta antisocial

MEDIOS

Normas, p.ej. publicidad
favorable a las drogas

El consumo de drogas es un proceso de desarrollo multicausal en el que influye la interacción de muchos factores protectores y de riesgo de diferentes contextos de desarrollo. Cuanto más claro es el factor de riesgo, mayor es la probabilidad del consumo de drogas. Por el contrario, los factores protectores mitigan el impacto de los factores de riesgo.

Fuente: Consejo Nacional de Investigación e Instituto de Medicina de las Academias Nacionales, Preventing Mental, Emotional, and Behavioral Disorders among Young People: Progress and Possibilities (Washington, D.C., The National Academies Press, 2009).

El riesgo de caer en el consumo de drogas varía de unas personas y unos grupos a otros debido a su naturaleza multicausal. Los grupos que presentan un mayor riesgo, como los hijos con un progenitor dependiente de alguna sustancia, deben ser tratados de manera diferente a los grupos de población en los que la mayoría no tiende a consumir sustancias psicoactivas, como los escolares. Los programas de prevención tienen en cuenta este hecho facilitando estrategias para la población general (prevención universal), para grupos que corren un mayor riesgo (prevención selectiva) y para personas especialmente vulnerables (prevención indicada, que también incluye a personas que podrían haber empezado a experimentar y, por tanto, están particularmente expuestas a padecer trastornos). La repercusión de una intervención o política depende de su efectividad y lo bien que llegue al grupo destinatario.

En muchas personas, el consumo de drogas es a menudo solo una más de una serie de conductas de riesgo que comparten varios factores de vulnerabilidad. Por ejemplo, muchos de los factores de riesgo vinculados al consumo de sustancias también están relacionados con consecuencias como violencia, abandono escolar y comportamiento sexual de riesgo. Así, la prevención de drogas que trata estos factores de riesgo comunes es también eficaz para prevenir otras conductas de riesgo⁹⁸. Asimismo, prevenir otras conductas problemáticas puede producir resultados positivos en la prevención del consumo de sustancias⁹⁹.

Aunque las conductas problemáticas y el consumo de drogas alcanzan su punto álgido en la adolescencia^{100, 101}, pueden estar vinculados a trayectorias de desarrollo muy diferentes. Si llega a aparecer, la conducta problemática se inicia durante la adolescencia en la mayoría de los jóvenes, que suelen abandonarla durante los primeros años de la edad adulta. En tales casos, el consumo de drogas

⁹⁸ UNODC, Normas Internacionales sobre la Prevención del Uso de Drogas (2013).

⁹⁹ P. Rohde y otros, "Reduced substance use as a secondary benefit of an indicated cognitive-behavioral adolescent depression prevention program", *Psychology of Addictive Behaviors*, vol. 26, núm. 3 (2012), págs. 599 a 608.

¹⁰⁰ A. L. Stone y otros, "Review of risk and protective factors of substance use and problem use in emerging adulthood", *Addictive Behaviors*, vol. 37, núm. 7 (2012), págs. 747 a 775.

¹⁰¹ H. U. Wittchen y otros, "Cannabis use and cannabis use disorders and their relationship to mental disorders: a 10-year prospective-longitudinal community sample of adolescents", *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 88, supl. núm. 1 (2007), págs. S60 a S70.

puede ser analizado en el contexto de una manera malsana de hacer frente a tareas de desarrollo y presiones específicas de la adolescencia. En cambio, para una minoría la conducta problemática empieza temprano y, si no es tratada, es muy probable que persista durante toda su vida. Estas personas suelen caracterizarse por tener un temperamento difícil y exteriorizar o interiorizar comportamientos durante la niñez. Su consumo de drogas, que a menudo se inicia en la adolescencia temprana, puede ser percibido como una expresión de otra faceta de conducta malsana que cambiará sus características a lo largo de su vida.

Así pues, la misma conducta (el consumo de drogas en la adolescencia) tiene orígenes diferentes, una observación a tener en cuenta cuando se planifique una intervención de prevención. En el gráfico 16 se muestran distintas trayectorias de desarrollo del consumo de cannabis en estudiantes de los Estados Unidos¹⁰², entre los que se identificó una minoría de consumidores frecuentes que se habían iniciado muy pronto y mantenían el hábito de consumo (consumidores crónicos), mientras que la mayoría solo rara vez o de manera temporal consumía cannabis o no lo consumía en absoluto. Para poner a prueba la perspectiva diferencial, los investigadores compararon a los consumidores tempranos y los crónicos con la muestra restante en lo que respecta a problemas relacionados con el consumo de otras sustancias (diferentes al cannabis), conductas problemáticas y bienestar. Los consumidores crónicos eran diferentes en varios aspectos, lo que corrobora la idea de que experimentan más dificultades de manera continua que otros jóvenes. En particular, durante los años de educación secundaria obtuvieron notas más bajas, mostraron menos aspiraciones de seguir estudiando, presentaron tasas de asistencia escolar más bajas y trabajaron más horas. Después, en la edad adulta temprana, tuvieron menos probabilidades de casarse, tener hijos o graduarse de la universidad, y fueron más propensos a caer en el desempleo.

La noción de desarrollo de la conducta vinculada al consumo de drogas implica que la prevención debería incorporar no solo componentes específicos por droga, sino también habilidades que ayuden a los individuos a enfrentarse con eficacia a los desafíos que plantea cada fase de la vida, como aptitudes sociales para los adolescentes o habilidades parentales para los padres. De hecho, la prevención del consumo de drogas tiene por objeto apoyar el desarrollo seguro y sano de niños y jóvenes, pero también puede incluir, cuando resulte pertinente, aspectos adicionales relacionados específicamente con las drogas en torno a la edad de iniciación al consumo de drogas.

La prevención específica por droga en grupos de población más jóvenes suele centrarse en el tabaco y el alcohol más que otras drogas. Analizar el consumo de drogas desde una perspectiva de desarrollo también explica por qué este tipo de prevención temprana es una manera de prevenir el consumo de sustancias en la edad adulta temprana, incluido el consumo de drogas como el cannabis y otras drogas. En primer lugar, la investigación epidemiológica indica que raras veces encontramos un consumidor de drogas que no presente un cuadro de consumo previo o simultáneo de tabaco o alcohol^{103, 104}. En segundo lugar, un gran número de estudios han demostrado que cuanto antes se inicie el consumo de una sustancia concreta, más probabilidades hay de que aparezcan trastornos causados por el consumo de sustancias relacionados con la sustancia en cuestión. Los análisis de la relación entre varias sustancias son escasos pero un estudio de calidad puso de manifiesto que el hecho de empezar a fumar y beber alcohol a una edad muy temprana incidía directamente en la posterior iniciación al consumo de cannabis¹⁰⁵. En tercer lugar, varios estudios sobre la efectividad de la prevención ponen

¹⁰² J. Schulenberg y otros, "Trajectories of marijuana use during the transition to adulthood: the big picture based on national panel data", *Journal of Drug Issues*, vol. 35, núm. 2 (2005), págs. 255 a 280.

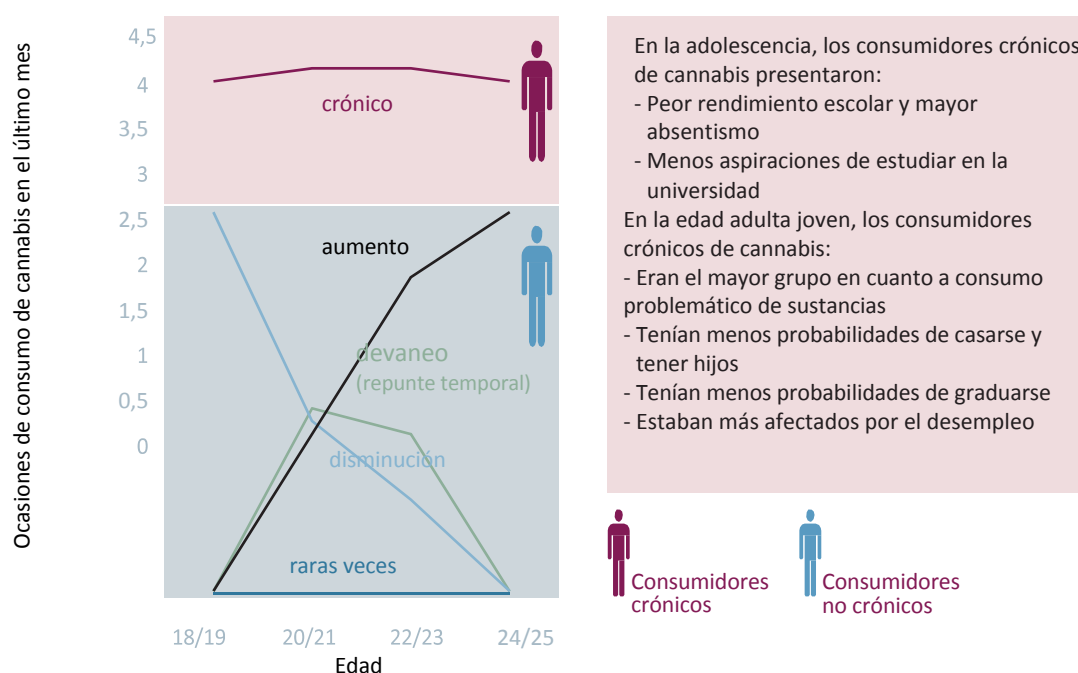
¹⁰³ EMCDDA, "Polydrug use: patterns and responses", Selected issue 2009 (Lisboa, noviembre de 2009).

¹⁰⁴ K. M. Keyes, S. S. Martin y D. S. Hasin, "Past 12-month and lifetime comorbidity and poly-drug use of ecstasy users among young adults in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions", *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 97, núms. 1 y 2 (2008), págs. 139 a 149.

¹⁰⁵ S. Behrendt y otros, "The relevance of age at first alcohol and nicotine use for initiation of cannabis use and progression to cannabis use disorders", *Drug Alcohol Dependence*, vol. 123, núms. 1-3 (2012), págs. 48 a 56.

de manifiesto que los efectos preventivos a largo plazo en el consumo de cannabis, opioides, cocaína, éxtasis, metanfetaminas, medicamentos de venta libre o LSD en la edad adulta temprana pueden ser explicados por el hecho de que los participantes del programa empezaron a consumir una sustancia con menos frecuencia o menor intensidad en la adolescencia^{106, 107}. En el gráfico 17 se muestra un modelo simplificado de efectividad a largo plazo en que los participantes en un programa familiar siguieron una trayectoria de consumo de drogas menos progresiva.

Gráfico 16. Diferentes trayectorias del consumo de cannabis en la adolescencia tardía y la edad adulta joven



Fuente: Schulenberg y otros, "Trajectories of marijuana use" (2005).

Entornos para la prevención de drogas y enfoques que funcionan

Familia

El enfoque de prevención orientado a la familia se centra en el entorno que más influencia tiene en el desarrollo de niños y adolescentes en general. Asimismo, los estudios de observación a largo plazo nos dicen cuán importantes son la conducta y las actitudes parentales con respecto al consumo de drogas, desde el embarazo hasta la edad adulta temprana.

¹⁰⁶ R. L. Spoth y otros, "Universal intervention effects on substance use among young adults mediated by delayed adolescent substance initiation", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 77, núm. 4 (2009), págs. 620 a 632.

¹⁰⁷ R. L. Spoth y otros, "Replication RCT of early universal prevention effects on young adult substance misuse", *Journal of Consulting Clinical Psychology*, vol. 82, núm. 6 (2014), págs. 949 a 963.

Algunos ejemplos de iniciativas efectivas de prevención del consumo de drogas señalan que estas empiezan por facilitar apoyo adecuado a los futuros padres que soportan la carga de su propio trastorno por consumo de drogas, otras enfermedades mentales o una situación vital socioeconómicamente desfavorecida. El embarazo se percibe como un momento de incertidumbre, pero también se ve como un posible cambio decisivo hacia un estilo de vida más saludable. Así, la prevención puede aprovechar esta situación especial y: a) ofrecer ayuda con los diversos problemas que afectan a estos grupos vulnerables; y b) motivarlos para que cambien su conducta de consumo de drogas. Se han observado resultados preventivos positivos en niños cuyas madres fueron tratadas por trastornos por consumo de sustancias y recibieron formación para la crianza de los hijos durante el embarazo¹⁰⁸. Asimismo, las visitas previas al nacimiento y durante la infancia en las cuales una enfermera diplomada o un trabajador social ayuda a los padres que tienen problemas de salud, vivienda, empleo o de índole legal, además de dificultades parentales, han demostrado ser eficaces para mejorar la conducta del niño cuando llega a la adolescencia¹⁰⁹.

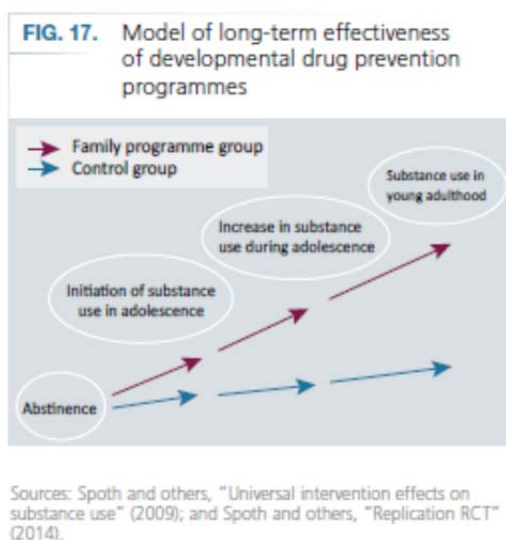


Gráfico 17. Modelo de eficacia a largo plazo de los programas de desarrollo para la prevención del consumo de drogas

Grupo beneficiario de programas para familias

Grupo de control

Abstinencia

Iniciación al consumo de sustancias en la adolescencia

Aumento del consumo de sustancias en la adolescencia

Abuso de sustancias en la edad adulta joven

Fuentes: Spoth y otros, "Universal intervention effects on substance use" (2009); y Spoth y otros, "Replication RCT" (2014).

¹⁰⁸ A. Niccols y otros, "Integrated programs for mothers with substance abuse issues and their children: a systematic review of studies reporting on child outcomes", *Journal of Child Abuse and Neglect*, vol. 36, núm. 4 (2012), págs. 308 a 322.

¹⁰⁹ Richard L. Spoth, Mark Greenberg y Robert Turrise, "Preventive interventions addressing underage drinking: state of the evidence and steps toward public health impact", *Pediatrics*, vol. 121, supl. núm. 4 (2008), págs. S311 a S336.

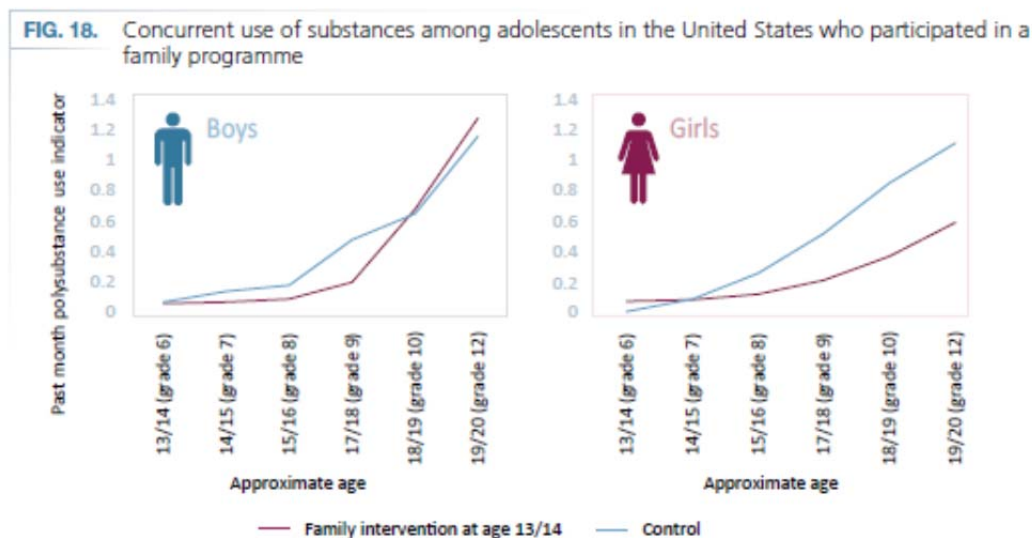


Gráfico 18. Consumo simultáneo de sustancias en adolescentes de los Estados Unidos que participaron en un programa para familias

Indicador de policonsumo en el mes anterior

Chicos

Edad aproximada

13/14 (grado 6)

14/15 (grado 7)

15/16 (grado 8)

17/18 (grado 9)

18/19 (grado 10)

19/20 (grado 12)

Chicas

Intervención en el marco de la familia a la edad de 13 o 14 años

Grupo de control

Fuente: Trudeau y otros, "Longitudinal effects of a universal family-focused intervention" (2007).

Los programas de formación centrados en las aptitudes parentales son una poderosa herramienta, no solo para la población en riesgo sino también para la población general. En estos programas a todos los padres se les anima a criar a sus hijos de manera cálida y receptiva, y a implicarse en su vida, aprender a comunicarse de manera efectiva con ellos y aplicar normas y límites. El contenido específico sobre drogas de estos programas tiene que ver con el propio consumo de sustancias de los padres y, dependiendo de la fase de desarrollo del niño en cuestión, las expectativas que los padres tienen sobre el consumo de sustancias del niño y cómo entablar una comunicación sobre cuestiones de drogas. Estas intervenciones obtienen resultados preventivos positivos a corto y largo plazo en lo que respecta al consumo de drogas y otros comportamientos problemáticos^{110, 111}.

¹¹⁰ Jane Petrie, Frances Bunn y Geraldine Byrne, "Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol or drugs misuse in children <18: a systematic review", *Health Education Research*, vol. 22, núm. 2 (2007), págs. 177 a 191.

Los programas de familia van un paso más allá y añaden un componente infantil y familiar a la formación de los padres. Mientras los padres aprenden a mejorar sus aptitudes parentales, sus hijos pequeños o adolescentes aprenden cómo mejorar sus habilidades sociales y de resistencia, sus estrategias de afrontamiento y sus procesos de solución de problemas y toma de decisiones. En relación con las drogas, se debaten percepciones de los riesgos asociados al consumo de drogas y normas y actitudes sociales que pueden conducir a las drogas. Un elemento único de este tipo de intervención es que después tiene lugar una sesión familiar durante la cual se pide a las familias que hablen de cuestiones polémicas o resuelvan conflictos habituales mientras organizan el tiempo de ocio de la familia. Las actividades para fortalecer los lazos familiares también forman parte de la sesión. Está previsto que estos programas reduzcan notablemente las posibilidades de iniciarse en el consumo de alcohol (en torno al 30%) y disminuyan la frecuencia del consumo de alcohol en los adolescentes que participan en el estudio¹¹². Algunos de los escasos estudios a largo plazo realizados revelan que, transcurridos cuatro años desde una intervención, los participantes tenían un 25% menos de probabilidades de caer en el consumo de alcohol que si no hubieran participado en el programa de familia. En relación con otras drogas, un programa tuvo efectos en el consumo de metanfetaminas de estudiantes en el 12º grado¹¹³. Aunque los efectos de las intervenciones son válidos para chicas y chicos, tal como indica el gráfico 18, los beneficios parecen ser incluso más duraderos en las chicas¹¹⁴.

Es posible que estas intervenciones requieran bastantes recursos para su ejecución, pero según cálculos de costo-eficacia realizados en los Estados Unidos¹¹⁵, valen la pena. Además, algunas iniciativas orientadas a la familia menos intensivas también han producido cambios preventivos, si bien en menor medida. Estas actividades deberían implicar activamente a los padres tanto como sea posible e incluir temas de desarrollo y específicos de drogas¹¹⁶.

Escuela y educación

En la prevención del consumo de drogas, el entorno escolar sirve de vía de acceso para las medidas destinadas a promover los conocimientos y las habilidades personales y sociales con el fin de reducir los factores de riesgo individuales del consumo de drogas (véase el gráfico 15). No obstante, actuar sobre el propio sistema escolar también ofrece posibilidades de prevención, si se consigue fomentar la vinculación con la escuela y las normas que excluyan el uso de drogas.

Los programas preescolares de desarrollo no solo mejoran las habilidades cognitivas y la preparación para la escuela de niños procedentes de medios desfavorecidos, sino que también tienen repercusión sobre el consumo de tabaco y cannabis durante los años posteriores de la adolescencia. Se ha conseguido reducir el consumo de cannabis entre un 7% y un 23% al aplicar este tipo de

¹¹¹ E. Smit y otros, "Family interventions and their effect on adolescent alcohol use in general populations: a meta-analysis of randomized controlled trials", *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 97, núm. 3 (2008), págs. 195 a 206.

¹¹² *Ibid.*

¹¹³ R. L. Spoth y otros, "Long-term effects of universal preventive interventions on methamphetamine use among adolescents", *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, vol. 160, núm. 9 (2006), págs. 876 a 882.

¹¹⁴ L. Trudeau y otros, "Longitudinal effects of a universal family-focused intervention on growth patterns of adolescent internalizing symptoms and polysubstance use: gender comparisons", *Journal of Youth Adolescence*, vol. 36, núm. 6 (2007), págs. 725 a 740.

¹¹⁵ T. Miller y D. Hendrie, *Substance Abuse Prevention Dollars and Cents: A Cost-Benefit Analysis*, DHHS publication No. (SMA) 07-4298 (Rockville, Maryland, Center for Substance Abuse Prevention, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2008).

¹¹⁶ Petrie, Bunn y Byrne, "Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol or drugs misuse in children <18" (véase la nota 110).

intervenciones a niños en situación de riesgo mediante programas de guardería o preescolares¹¹⁷. En el gráfico 19 se muestran los resultados de un estudio realizado en los Estados Unidos¹¹⁸, en el que, a la edad de 21 años, la tasa de consumo actual de cannabis era más baja en adultos jóvenes que habían participado en un programa de desarrollo preescolar que en un grupo de adultos jóvenes que habían tenido una niñez similar pero no tomaban parte en el programa.

En la escuela primaria, los niños se benefician de una serie de sesiones en las que aprenden y practican una amplia gama de habilidades personales y sociales para mejorar el bienestar mental y emocional, así como para ayudarles a afrontar situaciones difíciles^{119, 120}. Debido a la corta edad de esta población universal que no consume, las drogas todavía no se mencionan, aunque se pueden observar efectos preventivos en la conducta agresiva y en la iniciación precoz a fumar, que son indicadores importantes de un posterior consumo de drogas. La participación en sesiones de formación personal y social durante la escuela primaria conduce a una reducción notable en estas dos dimensiones de la conducta problemática infantil¹²¹, en comparación con los estudiantes del grupo de control.

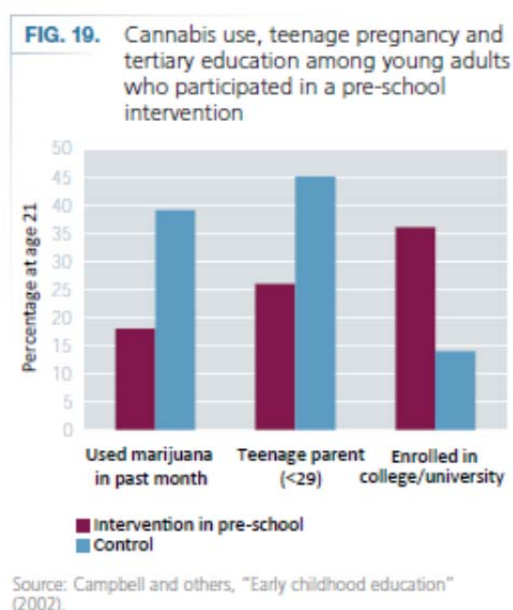


Gráfico 19. Consumo de cannabis, embarazo adolescente y educación terciaria en adultos jóvenes que participaron en una intervención preescolar

Porcentaje a los 21 años

Consumieron marihuana en el mes anterior

Padres adolescentes

Matriculados en la universidad

Intervención preescolar

¹¹⁷ K. D'Onise, R. A. McDermott y J. W. Lynch, "Does attendance at preschool affect adult health? A systematic review", *Public Health*, vol. 124, núm. 9 (2010), págs. 500 a 511.

¹¹⁸ F. A. Campbell y otros, "Early childhood education: young adult outcomes from the abecedarian project", *Applied Developmental Science*, vol. 6, núm. 1 (2002), págs. 42 a 57.

¹¹⁹ A. R. Piquero y otros, *Effects of Early Family/Parent Training Programs on Antisocial Behavior and Delinquency: A Systematic Review*, Campbell Systematic Reviews (Oslo, The Campbell Collaboration, (2008)).

¹²⁰ Spoth, Greenberg y Turrise, "Preventive interventions addressing underage drinking" (véase la nota 109).

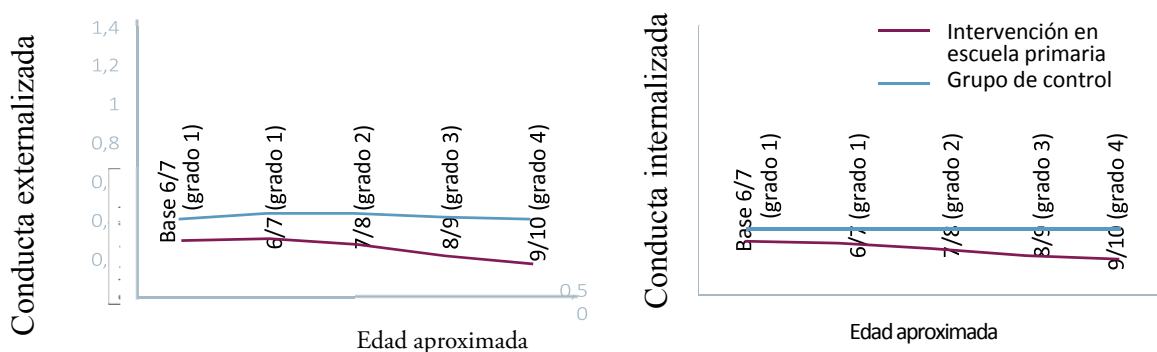
¹²¹ K. Maruska y otros, "Influencing antecedents of adolescent risk-taking behaviour in elementary school: results of a 4-year quasi-experimental controlled trial", *Health Education Research*, vol. 25, núm. 6 (2010), págs. 1021 a 1030.

Grupo de control

Fuente: Campbell y otros, "Early childhood education" (2002).

De igual forma, los programas que se centran en mejorar el ambiente en las aulas producen positivos resultados preventivos específicos por droga, aun cuando el enfoque principal sea el aprendizaje académico y socioemocional y la corrección de las malas conductas. Los docentes han de aplicar en el aula procedimientos para enseñar normas de convivencia en la práctica diaria con todos los alumnos, quienes a su vez son recompensados por tener la conducta adecuada en clase¹²². En el gráfico 21 se puede constatar que en adultos jóvenes varones de los Estados Unidos, la probabilidad de sufrir trastornos relacionados con el consumo de sustancias en los primeros años de la edad adulta se había reducido significativamente al participar en un programa de gestión de la conducta en clase aplicado en el primer grado, especialmente si se comportaban de manera agresiva en aquel tiempo¹²³. En el caso de las mujeres no se observó este efecto.

Gráfico 20. Trayectorias de internalización y externalización de la conducta problemática en alumnos



Fuente: Maruska y otros, "Influencing antecedents of adolescent risk-taking behaviour in elementary school" (2011).

¹²² David R. Foxcroft y Alexander Tsertsvadze, "Universal school-based prevention programs for alcohol misuse in young people", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, núm. 5, 2011.

¹²³ S. G. Kellam y otros, "Effects of a universal classroom behavior management program in first and second grades on young adult behavioral, psychiatric, and social outcomes", *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 95, supl. núm. 1 (2008), págs. S5 a S28.

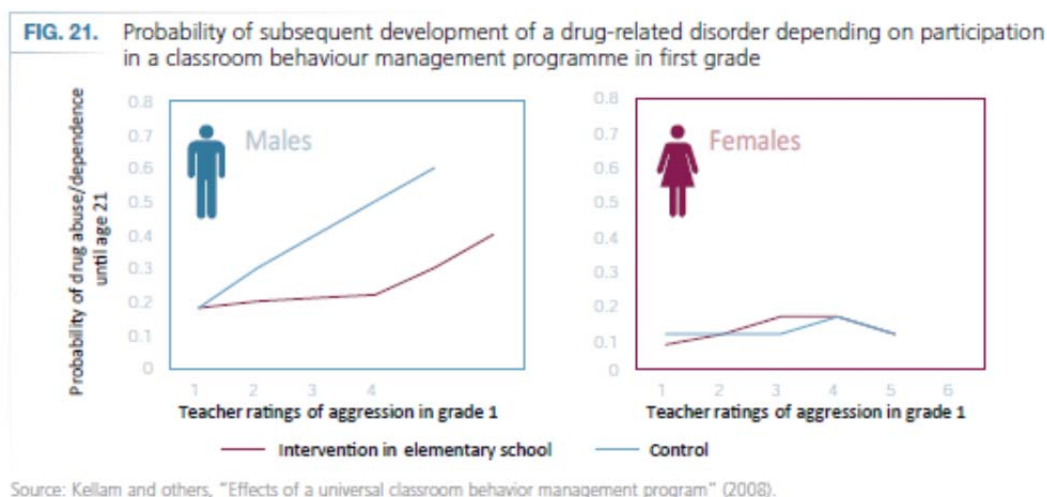


Gráfico 21. Probabilidad de desarrollar un posterior trastorno relacionado con la droga dependiendo de la participación en un programa de gestión de conducta en el aula en el primer grado

Probabilidad de consumo/dependencia de drogas hasta los 21 años

Hombres

Mujeres

Puntuación del profesor de la agresividad en el grado 1

Puntuación del profesor de la agresividad en el grado 1

Intervención en escuela primaria

Grupo de control

Fuente: Kellam y otros, "Effects of a universal classroom behavior management program" (2008).

La educación psicosocial para la vida cotidiana durante las etapas inicial e intermedia de la adolescencia es un enfoque de prevención de una amplia variedad de conductas problemáticas iniciadas en la adolescencia, incluido el consumo de drogas^{124, 125, 126}. La mayoría de programas incluye ejercicios interactivos para mejorar varias habilidades personales o sociales, como la autoconciencia, el pensamiento creativo, las habilidades de relación, la resolución de problemas, la toma de decisiones y cómo sobrellevar el estrés y las emociones. Concretamente, en lo que concierne a las sustancias, se pueden hacer ejercicios de pensamiento crítico para aumentar la conciencia sobre las influencias sociales en el consumo de droga. El pensamiento creativo se emplea para hallar alternativas funcionales al consumo de droga y se desarrollan habilidades de comunicación para aumentar la firmeza al rechazar los ofrecimientos de droga. La información sobre las drogas se centra en las consecuencias negativas a corto plazo y en la educación normativa (es decir, tratar la percepción a menudo exagerada que tienen los adolescentes con respecto a la prevalencia del consumo de droga en sus compañeros). El análisis de los resultados de varios estudios (cálculos de meta-análisis) sobre los efectos de programas de prevención del consumo de drogas ilícitas en la escuela estimó que los

¹²⁴ F. Faggiano y otros, "School-based prevention for illicit drugs use: a systematic review", *Preventive Medicine*, vol. 46, núm. 5 (2008), págs. 385 a 396.

¹²⁵ Amy J. Porath-Waller, Erin Basley y Douglas J. Beirnes, "A meta-analytic review of school-based prevention for cannabis use", *Health Education and Behavior*, vol. 37, núm. 5 (2010), págs. 709 a 723.

¹²⁶ Foxcroft y Tsertsivadze, "Universal School-Based Prevention Programs for Alcohol Misuse in Young People" (véase la nota 122).

programas de prevención habían reducido en un 28% el consumo de cannabis¹²⁷. Se obtuvieron mayores efectos cuando los programas dirigidos a adolescentes mayores de 14 años incluían elementos de diversos modelos de prevención que incorporaban aprendizaje social, información y clarificación de valores, utilizaban métodos interactivos, ofrecían más sesiones, tenían una duración más larga y contaban con la mediación de personas diferentes a los docentes. El enfoque de preparación para la vida cotidiana también sirve de eficaz herramienta de prevención contra la droga para adolescentes de más edad que presenten una mayor vulnerabilidad al consumo de sustancias, como los alumnos que se considera corren el riesgo de no graduarse a un ritmo normal¹²⁸.

Estos resultados corroboran la conclusión cualitativa de un estudio sistemático que indica que los programas que desarrollan las habilidades sociales individuales son la forma más eficaz de intervenir a nivel escolar para prevenir el consumo precoz de drogas (cannabis y otras drogas)¹²⁹. En cambio, transmitir a los niños información para infundirles temor es ineficaz en este grupo de edad particular, como también lo es centrarse solo en desarrollar la autoestima o la educación emocional¹³⁰. Se ha calculado que si los adolescentes de entre 10 y 15 años reciben un programa integral, al mes beben alcohol 12 días menos y consumen cannabis 7 días menos que si únicamente se les proporciona información sobre las drogas¹³¹. En el gráfico 22 se muestra cómo un programa integral de desarrollo positivo configuró el consumo de drogas ilegales en participantes de Hong Kong (China)¹³².

Los programas de prevención universal informáticos sin participación de docentes también se han llevado a cabo en el entorno escolar y han producido resultados en forma de menos consumo de tabaco y alcohol en los participantes¹³³. El *software* totalmente automatizado conduce a los alumnos a través de una serie de sesiones en las que aprenden a distinguir las influencias sociales y se les anima a corregir sus percepciones falsas de las normas sociales. Los programas de Internet de este tipo también pueden funcionar fuera del entorno escolar pero llegar al grupo destinatario puede ser difícil.

En un estudio realizado en el Reino Unido, estudiantes de enseñanza media con un nivel de riesgo elevado debido a ciertos factores de personalidad recibieron formación en habilidades personales y sociales adaptadas a los problemas de desarrollo concretos causados por sus tendencias de comportamiento¹³⁴. El gráfico 23 muestra cómo se originó el consumo de sustancias en nueve alumnos de noveno grado con altas puntuaciones en sensibilidad a la ansiedad, desesperación, impulsividad y búsqueda de sensaciones, y por tanto con un elevado riesgo de consumo de droga, dependiendo de si se les ofrecía una intervención adaptada o no. El programa de dos sesiones incluía ejercicios de establecimiento de objetivos, aprendizaje sobre estrategias de afrontamiento indicadas para los rasgos de personalidad mencionados y alternativas saludables, la gestión de conducta y las creencias disfuncionales cambiantes que a menudo acompañan tales rasgos. Aunque el consumo de alcohol y drogas solo fue un enfoque menor de la intervención, después de ésta se redujeron las probabilidades de que el problema del alcohol apareciera en los participantes.

¹²⁷ Porath-Waller, Basley y Beirnes, "A meta-analytic review of school-based prevention for cannabis use" (véase la nota 125).

¹²⁸ Spoth, Greenberg y Turrise, "Preventive interventions addressing underage drinking" (véase la nota 109).

¹²⁹ Faggiano y otros, "School-based prevention for illicit drugs use: a systematic review" (véase la nota 124).

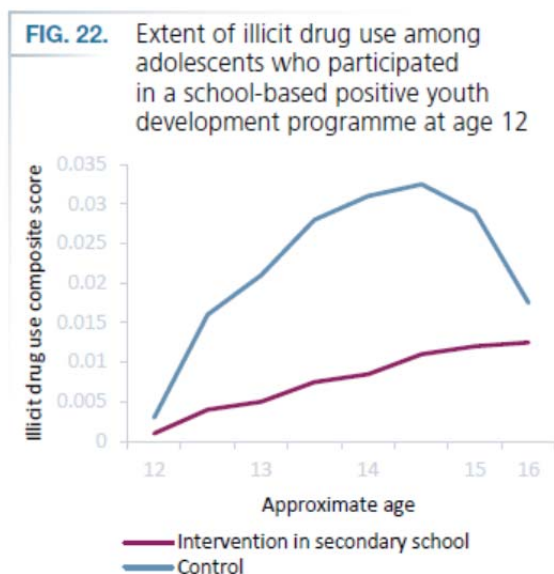
¹³⁰ *Ibid.*

¹³¹ M. Lemstra y otros, "A systematic review of school-based marijuana and alcohol prevention programs targeting adolescents aged 10-15", *Addiction Research and Theory*, vol. 18, núm. 1 (2010), págs. 84 a 96.

¹³² Daniel T. L. Shek y Lu Yu, "Longitudinal impact of the project PATHS on adolescent risk behavior: what happened after five years?", *The Scientific World Journal*, vol. 2012 (2012).

¹³³ K. E. Champion y otros, "A systematic review of school-based alcohol and other drug prevention programs facilitated by computers or the Internet", *Drug and Alcohol Review*, vol. 32, núm. 2 (2012), págs. 115 a 123.

¹³⁴ P. J. Conrod y otros, "Effectiveness of a selective, personality-targeted prevention program for adolescent alcohol use and misuse", *JAMA Psychiatry*, vol. 70, núm. 3 (2013), págs. 334 a 342.



Source: Shek and Yu, "Longitudinal impact of the project PATHS on adolescent risk behavior" (2012).

Note: Graph shows the extent of illicit drug use among adolescents in Hong Kong, China, who participated at age 12 in a school-based positive youth development programme compared with the extent of illicit drug use among those who did not participate.

Gráfico 22. Alcance del consumo ilícito de drogas en adolescentes que participaron en un programa escolar de desarrollo positivo a los 12 años

Indicador compuesto del consumo de drogas

Edad aproximada

Intervención en la escuela secundaria

Grupo de control

Fuente: Shek y Yu, "Longitudinal impact of the project PATHS on adolescent risk behavior" (2012).

Nota: El gráfico muestra el alcance del consumo de droga en adolescentes de Hong Kong (China) que participaron a los 12 años en un programa escolar de desarrollo, comparado con el alcance del consumo de droga en adolescentes que no participaron.

Aparte de llevar a cabo intervenciones orientadas a la persona, también se pueden obtener efectos preventivos al abordar el clima general y las normas sobre drogas de las escuelas. Sentirse rechazado motiva a las personas a actuar contra las normas convencionales. El sistema escolar es un importante agente socializador que tiene el potencial de integrar a alumnos marginados y facilitar el desarrollo positivo. Con los niños en situación de riesgo, las actividades de vinculación con la escuela para mejorar la asistencia escolar y el apego al colegio, además de promover el aprendizaje de habilidades lingüísticas y aritméticas apropiadas para la edad, pueden tener una influencia positiva en cuanto a desarrollar importantes factores protectores para alumnos de secundaria^{135, 136}. En general, las intervenciones que fomentan una ética escolar positiva y aumentan la participación del alumno y el compromiso con la escuela, junto con normas que desalientan encarecidamente el consumo de droga,

¹³⁵ P. Lucas y otros, "Financial benefits for child health and well-being in low income or socially disadvantaged families in developed world countries", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, núm. 2 (2008).

¹³⁶ A. Petrosino y otros, *Interventions in Developing Nations for Improving Primary and Secondary School Enrollment of Children: A Systematic Review*, *Campbell Systematic Reviews*, núm. 19 (2012).

pueden ser un complemento eficaz de las intervenciones de prevención de la droga que tratan los conocimientos, las actitudes y las destrezas individuales. Los pocos estudios que existen indican que esto parece funcionar, especialmente en el caso de los chicos y los adolescentes de menor edad^{137, 138}. La aplicación coherente de normas de conducta elaboradas conjuntamente con respecto al consumo de drogas para todos los grupos que intervienen en la vida escolar, ayuda a que los alumnos adopten las normas sociales. Por el contrario, no existen indicios de que las pruebas de drogas aleatorias practicadas en escuelas produzcan efectos preventivos^{139, 140}.

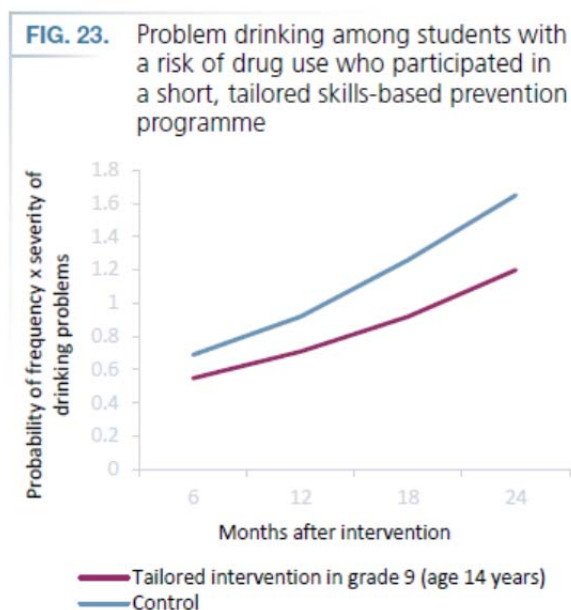


Gráfico 23. Consumo problemático de alcohol en estudiantes con riesgo de consumir drogas que participaron en un programa de prevención breve adaptado y basado en habilidades

Probabilidad de frecuencia x gravedad de problemas con alcohol

Meses tras intervención

Intervención adaptada en el noveno grado (14 años) Grupo de control

Fuente: Conrod y otros, "Effectiveness of a selective, personality-targeted prevention program" (2013).

¹³⁷ C. Bonell y A. Fletcher, "Improving school ethos may reduce substance misuse and teenage pregnancy", *BMJ*, núm. 334 (2007), págs. 614 a 616.

¹³⁸ A. Fletcher, C. Bonell y J. Hargreaves, "School effects on young people's drug use: a systematic review of intervention and observational studies", *Journal of Adolescent Health*, vol. 42, núm. 3 (2008), págs. 209 a 220.

¹³⁹ A. M. Roche y otros, "Drug testing in Australian schools: policy implications and considerations of punitive, deterrence and/or prevention measures", *International Journal of Drug Policy*, vol. 20, núm. 6 (2009), págs. 521 a 528.

¹⁴⁰ Daniel T. L. Shek, "School drug testing: a critical review of the literature", *Scientific World Journal*, vol. 10 (2010), págs. 356 a 365.

En los entornos de educación terciaria es posible llegar a un número considerable de adultos jóvenes (el grupo de edad con las tasas más altas de consumo de droga en países de ingresos altos). Dejar el hogar para ir a la universidad suele ir acompañado de un aumento del consumo de sustancias (véase el gráfico 15). Las medidas de prevención del consumo de alcohol, que resultan eficaces con este grupo de personas jóvenes en situación de riesgo, son intervenciones breves que consisten en animar a una persona a documentarse y reflexionar sobre sus propios hábitos de consumo y aportar información relativa al estado de la persona en comparación con el consumo de sustancias observado en sus compañeros. Las intervenciones breves son eficaces cuando se llevan a cabo en un formato presencial o asistido por computadora, así como en formatos individuales o grupales^{141, 142, 143, 144}. Las intervenciones que cuestionan las expectativas del consumo de alcohol son eficaces, sobre todo con grupos de estudiantes universitarios homogéneos en cuanto al género¹⁴⁵.

Lugar de trabajo

Los programas de prevención en el lugar de trabajo suelen constar de múltiples componentes, entre ellos elementos y políticas de prevención de drogas, además de asesoramiento y remisión a tratamiento. En este entorno son escasos los estudios rigurosos sobre la efectividad de la prevención; algunos han analizado intervenciones individuales, pero ninguno de ellos ha evaluado enfoques integrales destinados a cambiar todo el sistema¹⁴⁶. Existen datos de estudios individuales sobre el consumo de alcohol que indican que la educación sobre el alcohol y las intervenciones para gestionar el estrés, así como intervenciones breves personales o asistidas por computadora, afectan al consumo de alcohol o a los problemas relacionados con el alcohol de los empleados. La disponibilidad de bebidas alcohólicas en el lugar de trabajo se asocia con su consumo, de modo que restringir su acceso y establecer políticas claras e inequívocas sobre el alcohol puede prevenir su consumo antes de ir al trabajo, en el lugar de trabajo y durante los descansos.

Comunidad

La comunidad puede proporcionar un contexto de desarrollo preventivo estableciendo normas claras con respecto al consumo de drogas, además de ofrecer oportunidades a los adolescentes de adquirir habilidades y contribuir a la vida comunitaria y ser reconocidos por su aportación. Las oportunidades, las habilidades y el reconocimiento refuerzan los vínculos con la familia, la escuela y la comunidad. Y los vínculos estrechos motivan a los jóvenes a adoptar normas de conducta saludables.

¹⁴¹ J. M. Crounce y M. E. Larimer, “Individual-focused approaches to the prevention of college student drinking”, *Alcohol Research and Health*, vol. 34, núm. 2 (2011), págs. 210 a 221.

¹⁴² M. T. Moreira, L. A. Smith y D. Foxcroft, “Social norms interventions to reduce alcohol misuse in university or college students”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, núm. 3 (2009).

¹⁴³ K. B. Carey y otros, “Computer-delivered interventions to reduce college student drinking: a meta-analysis”, *Addiction*, vol. 104, núm. 11 (2009), págs. 1807 a 1819.

¹⁴⁴ Robert J. Tait y Helen Christensen, “Internet-based interventions for young people with problematic substance use: a systematic review”, *Medical Journal of Australia*, vol. 192, núm. 11 (2010), págs. S15 a S21.

¹⁴⁵ Allison K. Labbe y Stephen A. Maisto, “Alcohol expectancy challenges for college students: a narrative review”, *Clinical Psychology Review*, vol. 31, núm. 4 (2011), págs. 673 a 683.

¹⁴⁶ G. Webb y otros, “A systematic review of work-place interventions for alcohol-related problems”, *Addiction*, vol. 104, núm. 3 (2009), págs. 365 a 377.

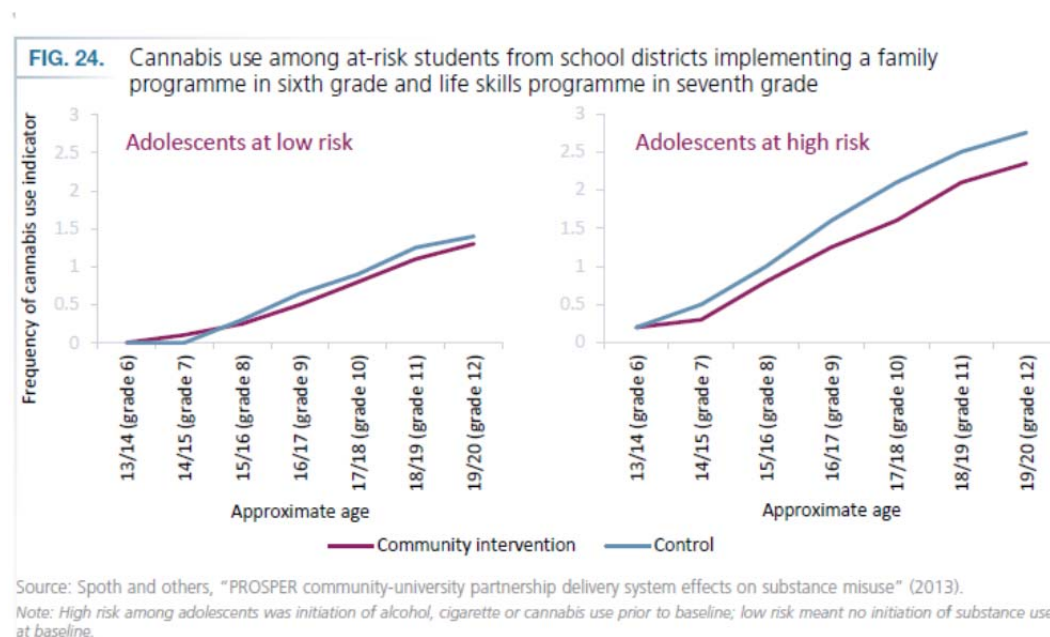


Gráfico 24. Consumo de cannabis en estudiantes en situación de riesgo procedentes de distritos escolares donde se ejecuta un programa de familia en el sexto grado y un programa de preparación para la vida en el séptimo grado

[vertical] Indicador de frecuencia del consumo de cannabis

[left] Adolescentes en riesgo bajo

[right] Adolescentes en riesgo alto

13/14 (grado 6)
 14/15 (grado 7)
 15/16 (grado 8)
 16/17 (grado 9)
 17/18 (grado 10)
 18/19 (grado 11)
 19/20 (grado 12)

Grado

Edad aproximada

Intervención comunitaria

Edad aproximada

Grupo de control

Fuente: Spoth y otros, "PROSPER community-university partnership delivery system effects on substance misuse" (2013).

Nota: Se entiende por "riesgo alto" la iniciación al consumo de alcohol, tabaco o cannabis antes de la edad de referencia; por "riesgo bajo" bajo se entiende la no iniciación al consumo de sustancias antes de la edad de referencia.

Intervenciones en la comunidad para la población general

Se observaron efectos preventivos en programas que incorporaban múltiples componentes en la comunidad, especialmente cuando se trataba del alcohol, aunque de manera menos sistemática en el caso del consumo de tabaco y cannabis^{147, 148, 149}. El esquema básico consiste en un enfoque mixto de

¹⁴⁷ Foxcroft y Tsertsvadze, "Universal School-Based Prevention Programs for Alcohol Misuse in Young People" (véase la nota 122).

intervención en la escuela y la familia insertado en la estructura de una coalición comunitaria organizada. La coalición decide qué programas empíricamente contrastados conviene aplicar en la comunidad. Algunos programas lo hacen partiendo de la valoración de una necesidad que ha sido señalada en una encuesta de alumnos sobre riesgos y factores protectores.

Un modelo universal de prevención comunitaria que se originó en los Estados Unidos y que desde entonces se ha extendido a otros países, presta apoyo e imparte formación a coaliciones locales de interesados para que seleccionen y lleven a cabo programas de prevención contrastados empíricamente para hacer frente a los factores que elevan el riesgo de que los adolescentes de la comunidad adopten conductas problemáticas. Seis años y medio después de iniciado el proyecto, los jóvenes expuestos a esta iniciativa comunitaria presentaron un 31% menos de probabilidades de haber consumido alguna vez alcohol, tabaco o cannabis¹⁵⁰.

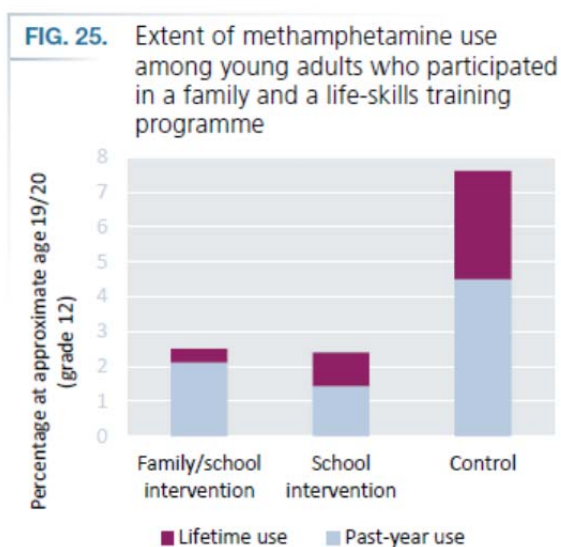
En el gráfico 24 se indica que el consumo de cannabis se extiende menos y más tarde durante la adolescencia en los distritos de Estados Unidos donde existen asociaciones de colaboración entre la universidad, la escuela y la comunidad. Estos distritos aplican un programa de familia en el sexto grado (de 13 a 14 años) y un programa escolar de preparación para la vida cotidiana, influencia social o normativo en el séptimo grado (de 14 a 15 años) que se administra en el marco de una asociación entre la universidad, la comunidad y la escuela¹⁵¹. El gráfico 25 muestra la diferencia en el consumo de metanfetaminas en alumnos de 12º grado entre 19 y 20 años dependiendo de si participaban en los programas de familia y escolares, o solo en programas escolares dentro de la asociación comunitaria, o de si pertenecían a un distrito escolar que formaba parte del grupo de control.

¹⁴⁸ K. V. Carson y otros, “Community interventions for preventing smoking in young people”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, núm. 7 (2011).

¹⁴⁹ S. Gates y otros, “Interventions for prevention of drug use by young people delivered in non-school settings”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, núm. 1. (2009).

¹⁵⁰ J. D. Hawkins y otros, “Youth problem behaviors 8 years after implementing the communities that care prevention system: a community-randomized trial”, *JAMA Pediatrics*, vol. 168, núm. 2 (2014), págs. 122 a 129.

¹⁵¹ R. Spoth, y otros, “PROSPER community-university partnership delivery system effects on substance misuse through 6 1/2 years past baseline from a cluster randomized controlled intervention trial”, *Preventive Medicine*, vol. 56, núms. 3 y 4 (2013), págs. 190 a 196.



Source: Spoth and others, "Long-term effects of universal preventive interventions on methamphetamine use among adolescents" (2006).

Gráfico 25. Alcance del consumo de anfetaminas en adultos jóvenes que participaron en un programa de formación para la familia y preparación para la vida

Porcentaje a los 19/20 años (grado 12)

Intervención en escuela/familia

Intervención en escuela

Grupo de control

Consumo durante la vida

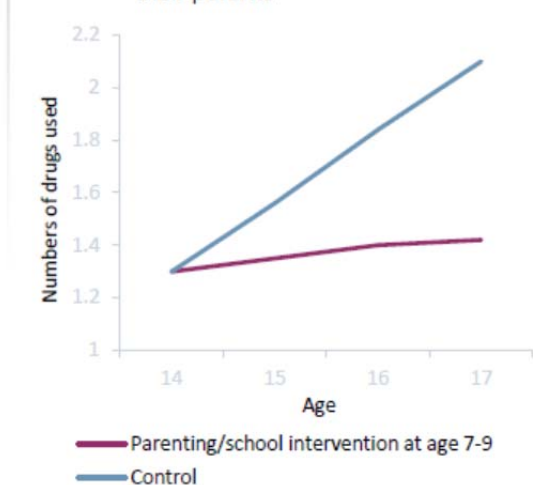
Consumo en el año anterior

Fuente: Spoth y otros, "Long-term effects of universal preventive interventions on methamphetamine use among adolescents" (2006).

Intervenciones multisectoriales para poblaciones vulnerables

Los enfoques que combinan familia y escuela sin un componente comunitario concebidos específicamente para niños en situación de riesgo también son efectivos. El indicador individual de posteriores trastornos por consumo de sustancias en la niñez más destacado es la conducta perjudicial propiciada, entre otras cosas, por un escaso control de los impulsos y la agresividad (véase el gráfico 26). Desde el punto de vista del desarrollo, estas características dificultan las situaciones y las relaciones gratificantes en la escuela, en la familia y con los amigos, y por tanto aumentan el riesgo de alejamiento de contextos convencionales. Los adolescentes marginados pueden tender a buscar compañeros con normas desviadas, lo que a su vez facilita las conductas de inadaptación, incluido el consumo de drogas. Por consiguiente, la externalización selectiva de problemas o trastornos durante la niñez es una estrategia importante de prevención no solo del consumo de drogas sino también de conductas perjudiciales, antisociales y delictivas, así como para tratar problemas relacionados con el rendimiento académico y el abandono escolar. Estos programas de formación o tratamientos permiten la participación efectiva de los padres o incluso la familia. En el gráfico 26 se observa el efecto de la formación en habilidades sociales impartida en las escuelas a niños de 7 a 9 años de edad, complementada con formación impartida a los padres durante visitas a familias en la adolescencia tardía. Otros resultados del estudio indican que los participantes comunicaron un menor consumo de drogas gracias a la ayuda recibida en el marco del programa para reducir su impulsividad y conducta antisocial y fomentar la amistad con compañeros menos problemáticos. Además, el aumento de la supervisión parental contribuyó al efecto preventivo del programa.

FIG. 26. Differences in drug use among vulnerable boys who participated in a skills training programme for students and their parents



Source: N. Castellanos-Ryan and others, "Impact of a 2-year multimodal intervention for disruptive 6-year-olds on substance use in adolescence: randomised controlled trial", *The British Journal of Psychiatry*, vol. 203, No. 3 (2013), pp. 188-195.

Gráfico 26. Diferencias en el consumo de drogas en chicos vulnerables que participaron en un programa de formación para estudiantes y sus padres

Intervención dirigida a los padres y en la escuela a los 7-9 años
Número de drogas consumidas

Grupo de control

Fuente: N. Castellanos-Ryan y otros, "Impact of a 2-year multimodal intervention for disruptive 6-year-olds on substance use in adolescence: randomised controlled trial", *The British Journal of Psychiatry*, vol. 203, núm. 3 (2013), págs. 188 a 195.

Políticas sobre el alcohol y el tabaco

Como se ha mencionado en las secciones precedentes, la iniciación al consumo de alcohol y tabaco a una edad más temprana se ha relacionado con la posterior iniciación al consumo de cannabis; así, la prevención del consumo de alcohol y tabaco es también pertinente para la prevención del consumo de drogas. En este contexto, se ha observado que las políticas que incrementan los precios (y por tanto manipulan la disponibilidad) y restringen el acceso a estas sustancias son muy efectivas. Con un aumento en el precio del tabaco del 10% puede esperarse una reducción del consumo del 4%¹⁵². De manera análoga, un incremento del 10% en el precio se calcula que disminuye el consumo abundante de alcohol en un 5% en adolescentes de más edad e incluso reduce el consumo de alcohol compulsivo en adultos jóvenes en un porcentaje entre el 9% y el 35%¹⁵³. Además, los resultados de estudios efectuados en los Estados Unidos demuestran invariablemente que elevar la edad mínima legal para consumir alcohol e imponer su regulación reduce el consumo de alcohol y los accidentes relacionados con la bebida, mientras que bajar esta edad aumenta el consumo y los problemas conexos¹⁵⁴.

¹⁵² D. P. Hopkins y otros, "Reviews of evidence regarding interventions to reduce tobacco use and exposure to environmental tobacco smoke", *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 20, núm. 2, supl. núm. 1 (2001), págs. 16 a 66.

¹⁵³ R. W. Elder y otros, "The effectiveness of tax policy interventions for reducing excessive alcohol consumption and related harms", *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 38, núm. 2 (2010), págs. 217 a 229.

¹⁵⁴ Alexander C. Wagenaar y Traci L. Toomey, "Effects of minimum drinking age laws: review and analyses of the literature from 1960 to 2000", *Journal of Studies on Alcohol*, supl. núm. 14 (2002), págs. 206 a 225.

Lugares de ocio, deporte y esparcimiento

A diferencia de los entornos de la escuela y la familia, no se pueden formular recomendaciones para intervenciones en otros ámbitos de la vida comunitaria basándose en la misma cantidad de datos. La eficacia de actividades concretas para prevenir las drogas en espacios de ocio, por ejemplo, programas de educación entre pares en festivales o actividades en clubes deportivos, aún no ha sido estudiada en profundidad. Esto puede ser sorprendente, ya que los programas de educación entre pares se emplean ampliamente en prevención de drogas y otros ámbitos de prevención¹⁵⁵. Los clubes deportivos han sido descritos como entornos con un gran potencial para promover la buena salud y como un ambiente de riesgo para el consumo de droga¹⁵⁶, pero no existen estudios sobre su eficacia. Además, facilitar actividades de ocio que no requieran muchos recursos es una intervención de prevención popular no relacionada específicamente con las drogas, pero estas actividades no han sido estudiadas empíricamente con respecto a su efecto en la reducción del consumo de sustancias o los factores de riesgo conexos. En teoría, pueden de hecho ser un elemento de un contexto de desarrollo saludable. Sin embargo, se desconoce si producen efectos preventivos del consumo de drogas. De las investigaciones sobre la eficacia de los programas extraescolares que tienen como finalidad promover las habilidades personales y sociales se desprende que las conductas de riesgo en general, incluido el consumo de droga, se pueden evitar pero solo bajo determinadas condiciones, es decir, si dichos programas emplean un conjunto de actividades conectado y coordinado, así como métodos interactivos, tienen al menos un componente dedicado a desarrollar habilidades personales o sociales y se dirigen explícitamente a la habilidad en cuestión¹⁵⁷. En este escenario, los programas extraescolares tienen más de entorno donde impartir formación para la vida cotidiana que un programa independiente.

Los programas de mentores son otro enfoque entre los programas extraescolares. Un adulto sin formación especializada pasa tiempo de ocio estructurado con un niño o adolescente una vez a la semana. En el caso de adolescentes en situación de riesgo promedio, se observaron efectos preventivos moderados en la conducta de riesgo general, incluido el consumo de drogas¹⁵⁸. Es posible que los programas de mentores para grupos con una elevada proporción de minorías y adolescentes desfavorecidos reduzcan el riesgo de iniciación al consumo de alcohol en los alumnos en un 29%, mientras que los efectos sobre el consumo de otras drogas son escasos¹⁵⁹.

La mayoría de programas de prevención que utilizan lugares de ocio tienen múltiples componentes, que pueden consistir en actividades de formación del personal y los directivos para servir bebidas de manera responsable y tratar a los clientes ebrios; cambios en la legislación y las políticas, por ejemplo en lo que respecta a servir alcohol a menores o a personas ebrias, o beber y conducir; aplicación de las leyes y políticas vigentes de manera muy visible; comunicación para concienciar sobre el programa y promover su aceptación y cambiar actitudes y normas; y ofrecer tratamiento a directivos y personal. La formación de personal, junto con intervenciones de política y la adopción de medidas de cumplimiento, puede reducir la embriaguez^{160, 161}. Aunque el apoyo comunitario mediante la

¹⁵⁵ A. Calafat, J. Montse y M. A. Duch, "Preventive interventions in nightlife: a review", *Adicciones*, vol. 21, núm. 4 (2009), págs. 387 a 414.

¹⁵⁶ S. Geidne, M. Quennerstedt y C. Eriksson, "The youth sports club as a health-promoting setting: an integrative review of research", *Scandinavian Journal of Public Health*, vol. 41, núm. 3 (2013), págs. 269 a 283.

¹⁵⁷ Joseph A. Durlak, Roger P. Weissberg y Molly Pachan, "A meta-analysis of after-school programs that seek to promote personal and social skills in children and adolescents", *American Journal of Community Psychology*, vol. 45, núms. 3 y 4 (2010), págs. 294 a 309.

¹⁵⁸ D. L. DuBois y otros, "Effectiveness of mentoring programs for youth: a meta-analytic review", *American Journal of Community Psychology*, vol. 30, núm. 2 (2002), págs. 157 a 197.

¹⁵⁹ R. E. Thomas, D. Lorenzetti y W. Spragins, "Mentoring adolescents to prevent drug and alcohol use", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, núm. 2 (2011).

¹⁶⁰ L. Bolier y otros, "Alcohol and drug prevention in nightlife settings: a review of experimental studies", *Substance Use and Misuse*, vol. 46, núm. 13 (2011), págs. 1569 a 1591.

formación para camareros que trabajan en ambientes nocturnos o de vendedores de cigarrillos puede resultar eficaz para educar a los proveedores comerciales de alcohol y tabaco, solo puede esperarse que los efectos preventivos a nivel de comunidad sean efectivos si se respetan los reglamentos, es decir, si se controla su cumplimiento y se sancionan las infracciones^{162, 163, 164}.

Sector de la salud

El sector de salud de la comunidad puede evitar la evolución a trastornos derivados del consumo de sustancias (cuando ya está en contacto con individuos que consumen drogas) poniendo en práctica intervenciones breves. Esas intervenciones constan de unas pocas sesiones, breves y estructuradas, en las que los trabajadores sanitarios o sociales debidamente calificados primero determinan si existe un problema de consumo de sustancias y a continuación proporcionan asesoramiento básico o remiten a la persona para que reciba tratamiento adicional. Las intervenciones breves funcionan bien en muchos entornos (la escuela o centros médicos o de tratamiento de carácter comunitario) si tratan el consumo de cannabis y siguen el enfoque de estimulación motivacional^{165, 166}. Este difiere de otras intervenciones de tratamiento en que su propósito no es ofrecer información o habilidades, sino que toma los objetivos generales y relacionados específicamente con la droga del cliente como punto de partida para promover la ambivalencia y la voluntad de cambiar sin dejar de apoyar la autonomía de la persona. En el gráfico 27 se muestra la eficacia después de 12 meses de una intervención breve motivacional que llevaron a cabo en Estados Unidos educadores entre pares durante una visita a una sección de urgencias pediátricas, para negociar la abstinencia o reducciones en el consumo de cannabis y sus consecuencias conexas en jóvenes de 14 a 21 años de edad¹⁶⁷. Los adolescentes y los adultos jóvenes consumían cannabis con menos frecuencia si recibían la breve intervención motivacional.

¹⁶¹ I. Brennan y otros, “Interventions for disorder and severe intoxication in and around licensed premises, 1989-2009”, *Addiction*, vol. 106, núm. 4 (2011), págs. 706 a 713.

¹⁶² Bolier y otros, “Alcohol and drug prevention in nightlife settings” (véase la nota 160)

¹⁶³ Lindsay F. Stead y Tim Lancaster, “Interventions for preventing tobacco sales to minors”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, núm. 1 (2005).

¹⁶⁴ Joseph R. DiFranza, “Which interventions against the sale of tobacco to minors can be expected to reduce smoking?”, *Tobacco Control*, vol. 21, núm. 4 (2012), págs. 436 a 442.

¹⁶⁵ T. Carney y otros, “Brief school-based interventions and behavioural outcomes for substance-using adolescents”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, núm. 2 (2014).

¹⁶⁶ E. Barnett y otros, “Motivational interviewing for adolescent substance use: a review of the literature”, *Addictive Behaviors*, vol. 37, núm. 2 (2012), págs. 1325 a 1334.

¹⁶⁷ E. Bernstein y otros, “Screening and brief intervention to reduce marijuana use among youth and young adults in a pediatric emergency department”, *Academic Emergency Medicine*, vol. 16, núm. 11 (2009), págs. 1174 a 1185.

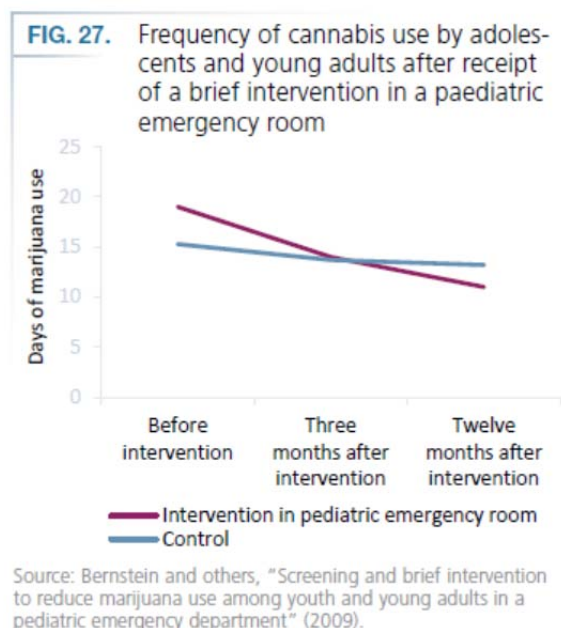


Gráfico 27. Frecuencia del consumo de cannabis por adolescentes y adultos jóvenes tras una intervención breve en urgencias pediátricas

Días de consumo de marihuana

Antes de la intervención	3 meses después de la intervención	12 meses después de la intervención
-----------------------------	---------------------------------------	--

Intervención en urgencias pediátricas
Grupo de control

Fuente: Bernstein y otros, "Screening and brief intervention to reduce marijuana use among youth and young adults in a pediatric emergency department" (2009).

Medios de comunicación

A nivel de la sociedad, además de la disponibilidad y la asequibilidad, las normas favorables al consumo de drogas constituyen un factor de riesgo (véase el gráfico 15). Como ya se ha explicado, la disponibilidad y la asequibilidad pueden verse influidas por el cumplimiento de la legislación y las reglamentaciones, que también pueden ser interpretadas como expresiones formales de normas sociales. Los niños, los adolescentes y los adultos jóvenes se enfrentan a normas de consumo de drogas de manera informal mediante la aprobación o rechazo expresado por compañeros, padres, docentes, vecinos y otros miembros de la comunidad. Las campañas en los medios de comunicación son una manera de influir en estas normas sociales informales. Las campañas de sensibilización o la ampliación de la cobertura en los medios para aumentar la conciencia sobre las cuestiones relativas a las drogas y dedicarles mayor atención suelen ser uno de los componentes de los programas estatales o comunitarios y hay indicios positivos de que pueden ser eficaces en lo que respecta al consumo de tabaco¹⁶⁸. Sin embargo, no se puede esperar que estas campañas influyan directamente en la conducta de consumo de drogas. Aunque los datos de observación indican que las campañas de disuasión del consumo de metanfetaminas en Estados Unidos van unidas a una reducción en el consumo actual de

¹⁶⁸ D. P. Hopkins y otros, "Reviews of evidence regarding interventions to reduce tobacco use and exposure to environmental tobacco smoke", *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 20, núm. 2, supl. núm. 1 (2001), págs. 16 a 66.

drogas en la cohorte de adolescentes, estos resultados no han sido corroborados por estudios rigurosos¹⁶⁹. Los anuncios de servicios públicos contra las drogas ilícitas que aparecieron en medios tradicionales y nuevos no demostraron tener un efecto significativo en el consumo de drogas en estudios sobre efectividad de calidad, e incluso pueden resultar perjudiciales al debilitar las normas contrarias al cannabis en algunos grupos destinatarios jóvenes¹⁷⁰.

El camino a seguir

Las pruebas científicas examinadas y presentadas en esta sección demuestran que existen intervenciones y políticas eficaces y factibles para la prevención del consumo de drogas. No obstante, las lagunas detectadas tanto en las pruebas como en la investigación sobre la eficacia apuntan al hecho de que es necesario evaluar en mayor medida el impacto de estas acciones. Llegar hasta los grupos con mayor vulnerabilidad sigue siendo un reto por cumplir, mientras que la pregunta de cómo adaptar las intervenciones concebidas en condiciones óptimas a los contextos locales de la vida real aún no ha hallado plena respuesta.

Muchas actividades catalogadas como prevención del consumo de drogas no están basadas en pruebas, su cobertura es limitada y su calidad se desconoce en el mejor de los casos. Entre otras organizaciones internacionales, la UNODC ha intentado cubrir esta laguna de datos probatorios a través de sus Normas Internacionales sobre la Prevención del Uso de Drogas, donde se señalan claramente aquellas intervenciones y políticas que son eficaces y las características que están vinculadas a resultados de prevención positivos. Además, las Normas de Calidad Europeas sobre Prevención de las Drogas del EMCDDA ofrecen información para poner en práctica intervenciones de calidad y también se han desarrollado otras herramientas excepcionales.

En resumen, los países deben apartarse de un modelo en que la prevención del consumo de drogas esté a cargo de personas aisladas aunque bienintencionadas que improvisan al llevar a cabo las intervenciones. En función de cada situación, las intervenciones deberían emplear y ampliar sistemáticamente el uso de herramientas empíricamente contrastadas, ayudando a los profesionales y a los encargados de formular políticas a ampliar sus conocimientos, destrezas y competencias, y estableciendo una masa crítica de auténticos especialistas en prevención capaces de fomentar el desarrollo seguro y saludable de niños, jóvenes, familias y comunidades mediante la prevención efectiva del consumo de drogas.

E. TRATAMIENTO DEL CONSUMO DE DROGAS

Tratamiento de los trastornos causados por el consumo de drogas y la drogodependencia

Si se tiene en cuenta que, como promedio mundial estimado, una de cada seis personas que sufre algún trastorno por consumo de drogas o drogodependencia recibe tratamiento cada año, está claro que la accesibilidad y la disponibilidad de servicios para tales trastornos son limitadas en la mayoría de países¹⁷¹. Sin embargo, el hecho de que esta proporción sea aproximadamente 1 de 18 en África, comparado con 1 de 5 en Europa occidental y central, indica que existen grandes desigualdades entre regiones. En estas cifras no se incluye la gran proporción de usuarios de drogas que tal vez no sean

¹⁶⁹ M. Ferri y otros, “Media campaigns for the prevention of illicit drug use in young people”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, núm. 6 (2013).

¹⁷⁰ D. Werb y otros, “The effectiveness of anti-illicit-drug public-service announcements: a systematic review and meta-analysis”, *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 65, núm. 10 (2011), págs. 834 a 840.

¹⁷¹ Basado en las respuestas al cuestionario para los informes anuales sobre disponibilidad y cobertura de los servicios de tratamiento de drogas. Véase también E/CN.7/2015/3.

dependientes, pero requieran de todos modos intervenciones para impedir que aumenten su discapacidad y comorbilidad relacionadas con el consumo de drogas.

Las disparidades entre regiones también se dan en lo que respecta a las drogas principales por las que los usuarios reciben tratamiento, siendo el cannabis la droga principal en África, el cannabis, la cocaína y en menor medida los opioides en América del Norte, y la cocaína y el cannabis en América Latina. En Asia, los opioides siguen siendo el tipo de droga principal por el que los consumidores reciben tratamiento, seguidos por los estimulantes de tipo anfetamínico y el cannabis. En Europa, a los opioides les siguen el cannabis, la cocaína y los estimulantes anfetamínicos, mientras que en Oceanía el cannabis ocupa el primer lugar seguido de los opioides y los estimulantes anfetamínicos. Cabe señalar, sin embargo, que aunque la demanda de tratamiento pone de relieve las principales sustancias preocupantes, también refleja la naturaleza de los servicios de tratamiento de drogas disponibles.

Aunque existen diferencias regionales en cuanto a la disponibilidad de las diferentes intervenciones, a nivel mundial las intervenciones de tipo psicosocial, en particular los servicios de asesoramiento y asistencia social, son más fácilmente accesibles y están más disponibles que otras intervenciones. Ciertamente, más de un tercio de los países notificaron la disponibilidad de servicios psicosociales, de rehabilitación y seguimiento, mientras que menos de una cuarta parte comunicaron la existencia de intervenciones farmacológicas (véanse los gráficos 28 a 30).

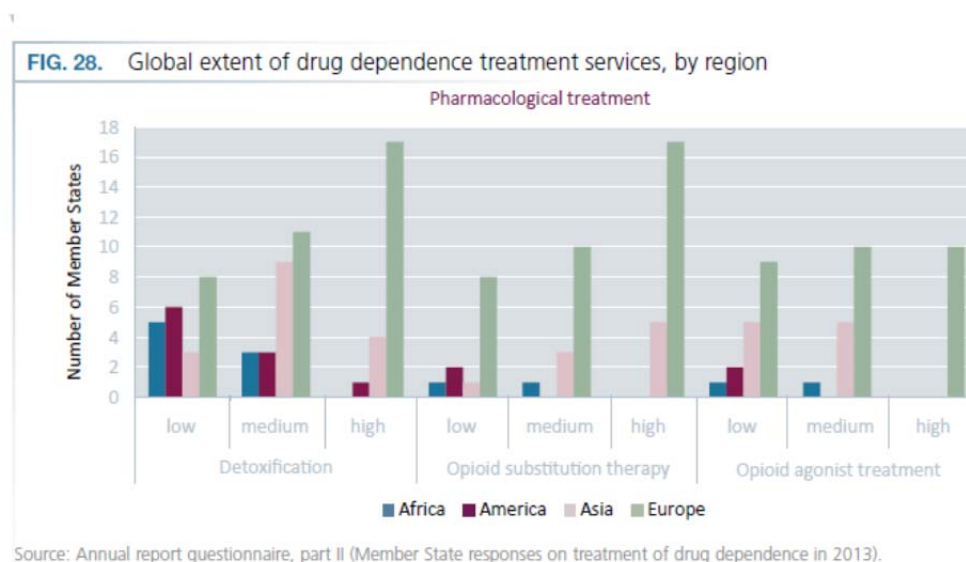


Gráfico 28. Alcance mundial de los servicios de tratamiento de la drogodependencia, por región

[horizontal] Tratamiento farmacológico

[vertical] Número de Estados Miembros

bajo medio alto

Desintoxicación

Terapia de sustitución con opioides

Tratamiento con agonistas opioides

África

América

Asia

Europa

Fuente: respuestas al cuestionario para los informes anuales, parte II (respuestas de los Estados Miembros sobre el tratamiento de la drogodependencia en 2013).

Resulta difícil determinar la calidad de los diferentes tipos de intervención disponibles a nivel mundial, pero existe un mayor nivel de servicios e intervenciones farmacológicas y psicosociales en Europa que en otras regiones, especialmente en Europa occidental y central, donde los niveles más elevados de tratamiento de sustitución con opioides también reflejan el hecho de que los opioides son la sustancia principal por la que los consumidores de drogas reciben tratamiento en la región. Es posible que en otras regiones los gobiernos no estén todavía preparados para tratar la drogodependencia con tratamiento asistido farmacológicamente, lo que da lugar a que tales programas tengan una cobertura limitada.

En África, que se disponga de servicios de asesoramiento más que de otros tipos de intervención podría deberse a que el cannabis es la sustancia más común por la que los consumidores de drogas reciben tratamiento. No obstante, la mayoría de servicios de tratamiento por consumo de drogas de la región se prestan en hospitales psiquiátricos especializados, lo que puede explicar por qué existe un número considerable de intervenciones para el tratamiento de comorbilidades psiquiátricas en África, si bien la falta de otros tipos de intervención también podría indicar que se ofrecen respuestas limitadas a las necesidades de tratamiento en general.

Al hecho de que los servicios disponibles para el tratamiento de trastornos por consumo de drogas y toxicomanía son limitados en la mayoría de países, hay que añadir una falta general de continuidad de la atención en las intervenciones concebidas para abordar adecuadamente los problemas por consumo de drogas y drogodependencia en las personas que necesitan estos servicios. En la presente sección se explica de manera sucinta lo que implica realmente el tratamiento del consumo de drogas, en particular cuando se considera una afección crónica, y se describe cómo debería medirse su efectividad.

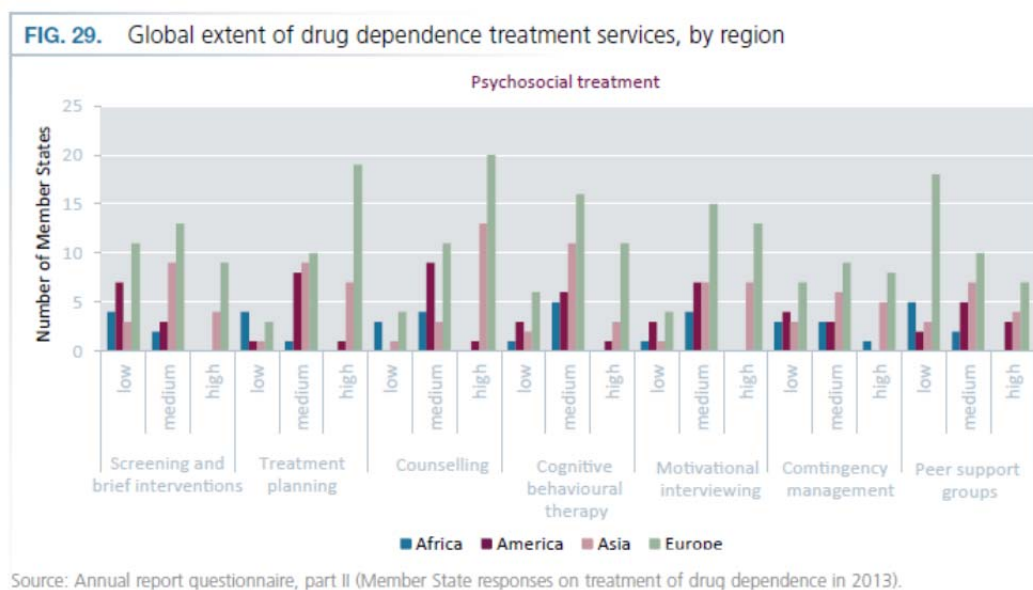


Gráfico 29. Alcance mundial de los servicios de tratamiento de la drogodependencia, por región

[horizontal] Tratamiento psicosocial
[vertical] Número de Estados Miembros

Pruebas de detección e intervenciones breves
Planificación del tratamiento
Asesoramiento
Terapia conductual cognitiva
Entrevista motivacional
Gestión de contingencias

Grupos de apoyo mutuo

bajo medio alto

Fuente: respuestas al cuestionario para los informes anuales, parte II (respuestas de los Estados Miembros sobre el tratamiento de la drogodependencia en 2013).

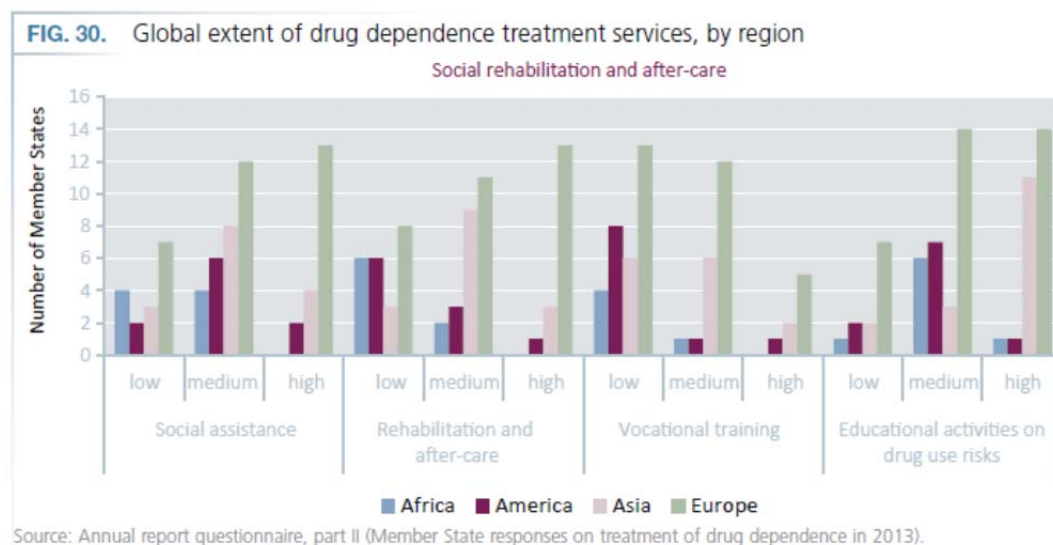


Gráfico 30. Alcance mundial de los servicios de tratamiento de la drogodependencia, por región

[horizontal] Rehabilitación social y atención posterior

[vertical] Número de Estados Miembros

bajo medio alto

Asistencia social
Rehabilitación y atención posterior
Formación profesional
Actividades educativas sobre los riesgos del consumo de drogas

África América Asia Europa

Fuente: respuestas al cuestionario para los informes anuales, parte II (respuestas de los Estados Miembros sobre el tratamiento de la drogodependencia en 2013).

Filosofía de la atención crónica frente a los cuidados intensivos: continuidad de las intervenciones

Las pruebas científicas indican que la aparición de trastornos por consumo de drogas y drogodependencia es consecuencia de una compleja interacción multifactorial entre la exposición reiterada a las drogas y los factores biológicos y ambientales. En los últimos decenios se han realizado importantes adelantos en cuanto al conocimiento de la drogodependencia como una enfermedad crónica compleja, multifacética y recidivante que, por tanto, requiere atención continuada e intervenciones multidisciplinarias¹⁷².

¹⁷² UNODC y OMS, “Principles of drug dependence treatment”, documento de debate, marzo de 2008.

Estos hallazgos han dado lugar a un mayor interés en la elaboración de estrategias de prevención y tratamiento eficaces¹⁷³. Ahora se sabe que el trastorno por consumo de drogas es un problema de salud prevenible y tratable, y existen intervenciones eficaces, integrales y multidisciplinarias para responder a las diferentes necesidades de las personas afectadas¹⁷⁴. Aun así, es de vital importancia apreciar el carácter crónico del trastorno, junto con el hecho de que las afecciones crónicas no pueden, ni deben, ser tratadas como trastornos agudos, para lo cual la ciencia médica contemporánea ha aportado pruebas irrefutables¹⁷⁵.

Hay diferencias fundamentales entre los enfoques del tratamiento de las afecciones agudas y crónicas. Las primeras, como las infecciones bacterianas, el apendicitis o las fracturas óseas, tienden a presentar una causa claramente identificable (por ejemplo, un agente infeccioso, un traumatismo físico, etc.) y pueden ser tratadas en un período de tiempo relativamente corto. Los síntomas de las afecciones agudas pueden ser intensos y dolorosos, pero las personas que son tratadas suelen recuperarse sin un deterioro duradero de las capacidades funcionales. Una persona puede volver a romperse un hueso o contraer otra infección, pero esto se considera un nuevo caso, no una recaída. Los servicios de tratamiento de trastornos agudos suelen prestarse en una serie de actividades aisladas (examen médico, ingreso, evaluación única en un momento determinado, procedimientos de tratamiento, alta médica y breve asistencia posterior seguida de la terminación de la relación con el servicio). Al dar de alta al paciente, éste, la familia o la comunidad tienen la impresión de que “se ha producido la cura”, lo cual suele ser verdad. La recuperación a largo plazo se lleva a cabo de manera autónoma, sin necesidad de asistencia profesional continua^{176, 177}.

En cambio, los problemas de salud crónicos, como la diabetes, el asma y la hipertensión, están influidos por múltiples factores biológicos, psicosociales y sociales, algunos de los cuales no pueden determinarse claramente. El estilo de vida o las elecciones conductuales personales están a menudo estrechamente implicadas en la aparición y desarrollo de estas enfermedades¹⁷⁸. Existen muchos tratamientos eficaces para las enfermedades crónicas, pero tienden a ser más complejos y prolongados que los tratamientos destinados a las afecciones agudas y con frecuencia no producen una “cura” o el mismo resultado que el tratamiento empleado para las afecciones agudas. Sin embargo, se ha demostrado que numerosas intervenciones de tratamiento de las enfermedades crónicas son muy eficaces. El tratamiento de estas afecciones crónicas presenta tres características importantes¹⁷⁹:

- Generalmente es capaz de eliminar o reducir los síntomas sin suprimir necesariamente las causas fundamentales de una enfermedad. Por ejemplo, los betabloqueantes reducen la presión sanguínea y la insulina mejora la capacidad del cuerpo para digerir los azúcares, siempre y cuando el enfermo continúe el tratamiento, es decir, que no deje de tomar el medicamento prescrito;
- El tratamiento de todas las enfermedades crónicas requiere cambios notables en la conducta y estilo de vida del paciente a fin de maximizar sus efectos. De nuevo, incluso si el paciente

¹⁷³ Michael Dennis y Christy K. Scott, “Managing addiction as a chronic condition”, *Addiction Science and Clinical Practice Perspectives*, vol. 4, núm. 1 (2007), págs. 45 a 55.

¹⁷⁴ *Ibid.*

¹⁷⁵ A. Thomas McLellan y otros, “Reconsidering the evaluation of addiction treatment: from retrospective follow-up to concurrent recovery monitoring”, *Addiction*, vol. 100, núm. 4 (2005), págs. 447 a 458.

¹⁷⁶ Y. I. Hser y otros, “Drug treatment careers: a conceptual framework and existing research findings”, *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 14, núm. 6 (1997), págs. 543 a 558.

¹⁷⁷ R. L. Stout y otros, “Optimizing the cost-effectiveness of alcohol treatment: a rationale for extended case monitoring”, *Addictive Behaviors*, vol. 24, núm. 1 (1999), págs. 17 a 35.

¹⁷⁸ Thomas Bien, William R. Miller y J. Scott Tonigan, “Brief intervention for alcohol problems: a review”, *Addiction*, vol. 88, núm. 3 (1993), págs. 315 a 335.

¹⁷⁹ Sondra Burman, “The challenge of sobriety: natural recovery without treatment and self-help programs”, *Journal of Substance Abuse*, vol. 9 (1997), págs. 41 a 61.

con diabetes toma regularmente la insulina recetada, la enfermedad seguirá avanzando si al mismo tiempo no reduce la ingesta de azúcar y aumenta el ejercicio físico;

- Debido a la complejidad de los factores que pueden desembocar en una enfermedad crónica y la necesidad de atención médica continua y cambios en el estilo de vida, no es sorprendente que las recaídas sean habituales en todas las patologías crónicas.

Por estas razones, la mayoría de las estrategias contemporáneas de tratamiento de enfermedades crónicas incluyen un seguimiento regular de la toma de la medicación, junto con estímulos y apoyo para promover cambios de conducta en favor de la salud, así como apoyo prestado por familiares instruidos específicamente, con el fin de ofrecer seguimiento y asistencia continuos que favorezcan los cambios conductuales necesarios para mantener una buena calidad de vida. Por consiguiente, lo que se debe prever o puede resultar efectivo para el tratamiento de la drogodependencia es “nada menos” que un enfoque especializado, sistemático y científico similar al tratamiento de otros problemas de salud crónicos como la diabetes o la hipertensión.

¿Es mejor tratar los trastornos por drogas que no tratarlos?

Efectividad del tratamiento

Durante más de cuatro decenios, las investigaciones científicas han demostrado que el tratamiento efectivo de los trastornos causados por el consumo de drogas ha ayudado a las personas drogodependientes a detener su consumo, evitar las recaídas, reducir su participación en actos delictivos, cambiar otras conductas disfuncionales y hacer una aportación positiva a su familia y comunidad¹⁸⁰. El tratamiento efectivo suele incluir muchos componentes (farmacoterapia, terapia conductual y apoyo social), cada uno dirigido a un aspecto concreto del trastorno y adaptado a los problemas y necesidades particulares de una persona¹⁸¹.

Programas de tratamiento para mujeres

La investigación indica que los actuales programas de tratamiento de la adicción pueden ser eficaces para grupos de edad y género diferentes¹⁸². Los estudios que han examinado programas de tratamiento para mujeres señalan que las mujeres que participan en programas específicos por género, que además de la farmacoterapia y la terapia conductual tratan sus necesidades de tratamiento singulares, obtienen mejores resultados de tratamiento y mejoras en esferas importantes de su vida que las mujeres que participan en programas no específicos por género. Estas intervenciones, entre otras cosas, abordan cuestiones psicosociales que son más prevalentes en mujeres, como apoyo para el cuidado de los hijos y en el empleo, problemas familiares, comorbilidades psiquiátricas y problemas psicológicos como el abuso de menores, traumas y victimización^{183, 184, 185}.

Programas de tratamiento para adolescentes

Los resultados de varios estudios de amplio espectro^{186, 187} muestran claramente que los programas de tratamiento pueden disminuir el consumo de drogas y alcohol, mejorar el rendimiento escolar y

¹⁸⁰ Estados Unidos, Department of Health and Human Services, National Institute on Drug Abuse, *Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-based Guide*, 3ª ed., NIH publication núm. 12-4180 (2012).

¹⁸¹ *Ibid.*

¹⁸² *Ibid.*

¹⁸³ S. F. Greenfield y otros, “Substance abuse treatment entry, retention, and outcome in women: a review of the literature”, *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 86, núm. 1 (2007), págs. 1 a 21.

¹⁸⁴ R. E. Claus y otros, “Does gender-specific substance abuse treatment for women promote continuity of care?”, *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 32, núm. 1 (2007), págs. 27 a 39.

¹⁸⁵ Reino Unido, National Health Services, National Treatment Agency for Substance Misuse, “Women in drug treatment: what the latest figures reveal”, marzo de 2010.

¹⁸⁶ Y. I. Hser y otros, “An evaluation of drug treatments for adolescents in 4 US cities”, *Archives of General Psychiatry*, vol. 58, núm. 7 (2001), págs. 689 a 695.

reducir la naturaleza y el alcance de las conductas problemáticas. Un estudio realizado en el marco de los Estudios sobre los Resultados del Tratamiento para el Abuso de Drogas en Adolescentes (DATOS-A), del Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de los Estados Unidos, examinó 23 programas comunitarios de tratamiento para adolescentes que en esencia abordaban las relaciones con los compañeros, los problemas educativos y algunas cuestiones familiares como las relaciones padres-hijos y el abuso de sustancias de los padres. Estos programas también incluían elementos de programas de tratamiento para adultos, como la participación en terapia de grupo y en un programa de 12 pasos. Los adolescentes que tomaron parte en los programas de tratamiento comunicaron haber mejorado su adaptación psicológica, y al recibir tratamiento durante períodos más largos se lograron resultados más favorables en varios de los criterios. Sin embargo, se necesitan estrategias específicas para adolescentes que permitan aumentar su observancia del tratamiento a fin de maximizar sus beneficios terapéuticos¹⁸⁸.

Costo y beneficio del tratamiento

Un beneficio claramente importante del tratamiento de drogas, aparte de la recuperación del paciente y las posteriores implicaciones sanitarias y sociales, es el elemento del costo, ya que los estudios de investigación señalan que el gasto en tratamiento es rentable^{189, 190, 191}. Como mínimo, la razón entre ahorros e inversión es de 3:1 (por cada dólar invertido se ahorran tres), y al tener en cuenta un cálculo más amplio de los costos relacionados con la delincuencia, la salud y la productividad social, esta razón puede elevarse hasta 13:1¹⁹².

Cuando se pondera el costo de cada opción, se demuestra que el tratamiento es menos costoso que el encarcelamiento o la falta total de tratamiento¹⁹³. Reducir el consumo de drogas y sus costos sanitarios y sociales asociados de manera eficaz en función del costo, y además resulta más económico que las alternativas, como no tratar a los toxicómanos o simplemente encarcelar a los consumidores dependientes. Por ejemplo, en los Estados Unidos el costo medio de un año entero de tratamiento de mantenimiento con metadona ronda los 4.700 dólares por paciente, mientras que un año completo de costos de prisión está en torno a los 18.400 dólares por persona¹⁹⁴. En el Reino Unido, se calcula que, con poco menos de 165.000 personas en tratamiento por dependencia de heroína o *crack*, se evitaron alrededor de 4,9 millones de delitos contra la propiedad como los robos en inmuebles, los robos y los hurtos en comercios durante 2010-2011¹⁹⁵.

Aunque muchas actividades de tratamiento pueden requerir inicialmente el empleo de una buena cantidad de recursos, cada dólar invertido en tratamiento genera hasta 10 dólares al reducir costos en

¹⁸⁷ Kimberly R. Martin, "Adolescent treatment programs reduce drug abuse, produce other improvements", *NIDA Notes*, vol. 17, núm. 1 (2002).

¹⁸⁸ *Ibid.*

¹⁸⁹ Paul G. Barnett y Ralph W. Swindle, "Cost-effectiveness of inpatient substance abuse treatment", *Health Services Research*, vol. 32, núm. 5 (1997), págs. 615 a 629.

¹⁹⁰ Paul G. Barnett y Stanley S. Hui, "The cost-effectiveness of methadone maintenance", *The Mount Sinai Journal of Medicine*, vol. 67, núms. 5 y 6 (2000), págs. 365 a 374.

¹⁹¹ L. W. Gerson y otros, "Medical care use by treated and untreated substance abusing medicaid patients", *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 20, núm. 2 (2001), págs. 115 a 120.

¹⁹² William S. Cartwright, "Economic costs of drug abuse: financial, cost of illness, and services", *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 34, núm. 2 (2008), págs. 224 a 233.

¹⁹³ Estados Unidos, Department of Health and Human Services, National Institute on Drug Abuse, *Principles of Drug Addiction Treatment for Criminal Justice Populations: A Research-based Guide*, 3ª ed., NIH publication núm. 11-5316 (abril de 2014), págs. 26 a 28.

¹⁹⁴ S. L. Ettner y otros, "Benefit-cost in the California treatment outcome project: does substance abuse treatment 'pay for itself'?", *Health Services Research*, vol. 41, núm. 1 (2006), págs. 192 a 213.

¹⁹⁵ Reino Unido, National Health Services, National Treatment Agency for Substance Misuse, "Falling drug use: the impact of treatment", diciembre de 2012.

concepto de pérdida de productividad, uso de servicios sociales y criminalidad¹⁹⁶. Cuando se incluyen los ahorros relacionados con atención de salud, el total de ahorros puede superar a los costos en una proporción de 12 a 1. El individuo y la sociedad también pueden beneficiarse de otros ahorros significativos derivados de una notable reducción en los conflictos interpersonales, la mejora en la productividad laboral y la disminución del número de accidentes relacionados con las drogas.

¿Por qué el tratamiento de drogas se percibe a menudo como ineficaz?

Las pruebas científicas son claras al afirmar que los mejores tratamientos existentes para personas drogodependientes son aquellos que se aplican de manera continua y abordan múltiples problemas en diversos aspectos de la vida (como los síntomas médicos y psiquiátricos y la inestabilidad social) y están bien integrados en la comunidad, al alcance de esas personas.

Una diferencia significativa en la percepción de la ineficacia de los tratamientos de la drogodependencia frente a otros tratamientos es que no se administran ni evalúan siguiendo las asunciones propias de otras enfermedades crónicas. De particular importancia al respecto es que estos tratamientos raras veces se aplican según un modelo de atención continua, como sería adecuado para tratar un problema de salud crónico. De hecho, a excepción del tratamiento con metadona y el enfoque de 12 pasos, la mayoría de los tratamientos de la drogodependencia contemporáneos consisten en episodios de cuidados intensivos.

Es habitual que una persona drogodependiente siga un programa de rehabilitación ambulatoria de 30 a 90 días de duración¹⁹⁷, excepcionalmente acompañado de seguimiento médico o medicación. A este período de tratamiento le suele seguir el alta y, aunque las intenciones y los objetivos generales del tratamiento podrían ser conceptualizados como un proceso continuo por las personas implicadas en el tratamiento, lo cierto es que desde un punto de vista operativo, los tratamientos para la adicción se administran de modo muy parecido a como se trataría un paciente que se ha roto un hueso o tiene una infección aguda.

Las evaluaciones de resultados suelen realizarse entre 6 y 12 meses después del alta del paciente. Una medida importante (y en ocasiones exclusiva) de estas evaluaciones es determinar si el paciente ha mantenido la abstinencia continuamente desde que dejó el tratamiento. En otras palabras, los responsables de formular políticas y la sociedad en general suelen desconocer el hecho de que durante el tratamiento los pacientes tienen más probabilidades de experimentar una disminución importante de los síntomas (consumo de drogas compulsivo) y una mejora del funcionamiento psicosocial, y que la efectividad del tratamiento solo se mide tomando como base los resultados antes y después del tratamiento, un enfoque que es aplicable para el tratamiento de afecciones agudas.

Si estos objetivos y esta estrategia de tratamiento y evaluación se aplicaran a un hipotético tratamiento para la hipertensión, los pacientes que se ajustaran a los criterios de diagnóstico para la hipertensión serían inscritos en un programa de “rehabilitación de la hipertensión” ambulatorio de 30 a 90 días de duración en el que podrían recibir medicación, terapia de cambio de conducta, educación dietética y un programa de ejercicio físico. Debido a algunos límites ideológicos y objetivos de evaluación, la medicación se reduciría durante los últimos días del tratamiento y los pacientes serían remitidos a “fuentes comunitarias”. El equipo de evaluación volvería a contactar con el paciente seis meses después y determinaría si el paciente presentó una presión sanguínea normal durante todo el período posterior al tratamiento. Se consideraría que han sido “tratados satisfactoriamente” solo los pacientes que cumplieran este criterio. Y no hay duda de que esta hipotética estrategia de gestión del tratamiento y el enfoque de evaluación de los resultados asociados sería absurda si se aplicara a una enfermedad crónica, incluida la drogodependencia.

¹⁹⁶ Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2013 (E/INCB/2013/1).

¹⁹⁷ McLellan y otros, “Reconsidering the evaluation of addiction treatment” (véase la nota 175).

Como en el caso de la hipertensión, los síntomas del trastorno por consumo de drogas permanecen bajo control durante el tratamiento. No obstante, dado que la gravedad del problema y los síntomas vuelven a aparecer una vez que los pacientes dejan el tratamiento, la efectividad solo se puede medir durante el transcurso del tratamiento y no cuando ha finalizado.

Cómo medir el éxito del tratamiento

Como se señala en la anterior sección, tradicionalmente el tratamiento para la toxicomanía se ha asociado a un contexto de cuidados intensivos y un modelo sencillo orientado a la recuperación o rehabilitación, con intervenciones y servicios relativamente cortos después de los cuales el paciente se considera tratado con éxito, se le da el alta y se espera que continúe su recuperación¹⁹⁸. Según observan McLellan y otros autores¹⁹⁹, por lo general, el objetivo inmediato de reducir el consumo de alcohol y drogas es necesario pero raras veces suficiente para alcanzar los objetivos a más largo plazo de mejorar la salud personal y la función social y reducir las amenazas a la salud pública y la seguridad, es decir, la recuperación. Además, como señala el Panel de Consenso del Betty Ford Institute sobre lo que se entiende por recuperación, a diferencia de la denominación “superviviente del cáncer”, por ejemplo, la expresión “en proceso de recuperación” no ha sido claramente definida y es posible que el público no la entienda bien²⁰⁰.

Por consiguiente, el método tradicional de evaluar los resultados de tratamiento ha sido contactar a los pacientes después de ciertos intervalos de tiempo y evaluar si la persona ha mantenido los cambios positivos, entre ellos el cese del consumo de drogas, después de recibir el alta. Las investigaciones llevadas a cabo indican que la mayoría de los pacientes sufren recaídas una vez finalizado el tratamiento, lo que da pie a interpretar que el tratamiento disponible para la toxicomanía es ineficaz.

Habida cuenta de que los trastornos por consumo de sustancias son considerados cada vez más como enfermedades crónicas, los servicios de tratamiento de la drogodependencia también han adoptado modelos que tienen por objeto evaluar la efectividad de las intervenciones y la repercusión del problema de salud en el bienestar general de la persona de manera regular durante el transcurso del tratamiento.

Entre los diferentes ámbitos de resultados de tratamiento que se ha determinado son pertinentes para el paciente y la sociedad figuran^{201, 202, 203}:

- La reducción del abuso de sustancias; el aumento o mejora de la salud personal, tanto a nivel físico como psicológico, e incluso espiritual;
- La mejora del funcionamiento social, incluidos el empleo y las relaciones familiares y sociales;
- Reducciones en conductas que son una amenaza para la salud y la seguridad públicas o que están relacionadas con la propagación de enfermedades infecciosas o con delitos a las personas o contra la propiedad.

¹⁹⁸ *Ibid.*

¹⁹⁹ *Ibid.*

²⁰⁰ Betty Ford Institute Consensus Panel, “What is recovery? A working definition from the Betty Ford Institute”, *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 33, núm. 3 (2007), págs. 221 a 228.

²⁰¹ McLellan y otros, “Reconsidering the evaluation of addiction treatment” (véase la nota 175).

²⁰² WHO Quality of Life Assessment Group, “The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization”, *Social Science and Medicine*, vol. 41, núm. 10 (1995), págs. 1403 a 1409.

²⁰³ Alexandre B. Laudent, “The case for considering quality of life in addiction research and clinical practice”, *Addiction Science and Clinical Practice*, vol. 6, núm. 1 (2001), págs. 44 y 45.

Por lo tanto, se ha propuesto que las evaluaciones de los resultados del tratamiento de la adicción empleen indicadores de conducta clínicos y sociales con procedimientos de mediciones repetidas que se utilizan habitualmente con las enfermedades clínicas crónicas como parte de la administración de tratamiento convencional²⁰⁴.

El tratamiento en centros de atención primaria

El consumo de drogas es uno de los 20 factores principales de riesgo para la salud en todo el mundo y uno de los 10 factores principales en los países desarrollados. Los trastornos por consumo de drogas se asocian a un mayor riesgo de contraer otras enfermedades como el VIH/SIDA, la hepatitis, la tuberculosis y las enfermedades cardiovasculares, así como el suicidio y las muertes por sobredosis. El consumo de drogas por inyección es uno de los principales conductos de la transmisión del VIH y la hepatitis en muchas regiones²⁰⁵. Además, las personas que padecen afecciones por consumo de drogas deben sufragar costos de atención de salud que son casi el doble de lo que han de pagar los pacientes sin tales trastornos, lo que contribuye al creciente costo de la atención de salud²⁰⁶.

A pesar de contar con tratamientos eficaces, la mayoría de las personas aquejadas de trastornos por consumo de drogas nunca han sido tratados²⁰⁷. Existe una gran brecha entre el número de personas que necesitan o podrían beneficiarse del tratamiento para los trastornos por consumo de drogas y el número de personas que realmente reciben estos servicios²⁰⁸.

Son muchas las razones que pueden explicar este hecho; uno de los factores clave son las dificultades para acceder al tratamiento debido a una insuficiente integración de los servicios para trastornos por consumo de sustancias en la prestación general de atención sanitaria. Esta falta de integración es un problema porque muchas de las personas que necesitan servicios de tratamiento también precisan de otros servicios de salud. Este problema es especialmente grave en los grupos vulnerables que tienen contacto limitado o inexistente con proveedores de atención de salud.

Sin embargo, los datos demuestran que estas personas raras veces son examinadas por los médicos de atención primaria²⁰⁹ para detectar problemas relacionados con las drogas. La incapacidad de los proveedores para descubrir problemas de consumo de drogas se debe generalmente a la renuencia a tratar estas enfermedades, y sigue siendo uno de los obstáculos más comunes para el diagnóstico y tratamiento precoces²¹⁰. Entre los factores que contribuyen a esto se incluyen una formación médica inadecuada para tratar los problemas derivados del consumo de drogas, la creencia de que no existe un tratamiento eficaz, tiempo insuficiente para la visita médica y una sensación general de inadecuación^{211, 212}.

²⁰⁴ McLellan y otros, "Reconsidering the evaluation of addiction treatment" (véase la nota 175).

²⁰⁵ UNODC y OMS, "The joint UNODC-WHO programme on drug dependence treatment and care" (2009).

²⁰⁶ C. Boyd y otros, "Clarifying multimorbidity to improve targeting and delivery of clinical services for medicaid populations", *Faces of Medicaid Data Series* (Hamilton, New Jersey, Center for Health Care Strategies, diciembre de 2010).

²⁰⁷ W. M. Compton y otros, "Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions", *Archives of General Psychiatry*, vol. 64, núm. 5 (2007), págs. 566 a 576.

²⁰⁸ Estados Unidos, Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, *Results from the 2011 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings*, NSDUH Series H-44, DHHS Publication núm. (SMA) 12-4713 (Rockville, Maryland, 2012).

²⁰⁹ D. Ernst, W. R. Miller y S. Rollnick, "Treating substance abuse in primary care: a demonstration project", *International Journal of Integrated Care*, vol. 7 (2007).

²¹⁰ C. M. Delos Reyes, "Overcoming pessimism about treatment of addiction", *Journal of the American Medical Association*, vol. 287, núm. 14 (2002), pág. 1857.

²¹¹ Bridget M. Kuehn, "Despite benefit, physicians slow to offer brief advice on harmful alcohol use", *Journal of the American Medical Association*, vol. 299, núm. 7 (2008), págs. 751 a 753.

Realizar pruebas de detección y prestar servicios iniciales en los centros de atención sanitaria primaria es factible^{213, 214}, lo que permite atender a muchas más personas que la dependencia exclusiva del tratamiento especializado, promete mejores resultados para los pacientes^{215, 216} y puede reducir los costos generales de la atención sanitaria²¹⁷. La detección precoz de problemas relacionados con las drogas puede facilitar el tratamiento y, en última instancia, una disminución de la considerable discapacidad y comorbilidad que acompañan a estos trastornos. Así pues, es fundamental que los médicos de atención primaria reconozcan y atiendan eficazmente a los pacientes con problemas derivados del consumo de drogas.

El primer paso es el examen y la evaluación que permitirán la integración de los hallazgos clínicos en un posible diagnóstico de trastorno por consumo de drogas. El momento en que se realiza el diagnóstico es crítico, ya que la intervención precoz, antes de que se produzcan complicaciones graves y la relación del paciente con la droga se vuelva más intensa que sus relaciones con la familia y los amigos, es la más efectiva²¹⁸. Una vez establecido el diagnóstico de trastorno por consumo de drogas, el médico de atención primaria puede intervenir o remitir al paciente al especialista adecuado para prescribir el tratamiento a seguir. Aunque el programa de tratamiento indicado por un especialista sigue siendo el método de referencia, varios estudios han demostrado que la influencia de la atención primaria en la intervención precoz es esencial para el éxito de cualquier tratamiento^{219, 220, 221, 222}.

Las intervenciones breves específicas pueden ser modelos efectivos de tratamiento de atención primaria, como demuestran algunos estudios sobre intervenciones breves realizadas en consultorios^{223, 224}. Varios estudios en que se evalúa la efectividad de integrar la atención médica primaria en el tratamiento de la drogadicción han demostrado reducciones de costos y mejores resultados médicos²²⁵. Por ejemplo, se pudo probar que los pacientes que recurrían a la atención

²¹² Brian Vastag, "Addiction poorly understood by clinicians", *Journal of the American Medical Association*, vol. 290, núm. 10 (2003), págs. 1299 a 1303.

²¹³ Ernst, Miller y Rollnick, "Treating substance abuse in primary care" (véase la nota 39).

²¹⁴ B. K. Madras y otros, "Screening, brief interventions, referral to treatment (SBIRT) for illicit drug and alcohol use at multiple healthcare sites: comparison at intake and 6 months later", *Drug Alcohol Dependence*, vol. 99, núms. 1-3 (2009), págs. 280 a 295.

²¹⁵ T. F. Babor y otros, "Screening, brief intervention, and referral to treatment (SBIRT): toward a public health approach to the management of substance abuse", *Substance Abuse*, vol. 28, núm. 3 (2007), págs. 7 a 30.

²¹⁶ R. Saitz y otros, "Screening and brief intervention for unhealthy drug use in primary care settings: randomized clinical trials are needed", *Journal of Addiction Medicine*, vol. 4, núm. 3 (2010), págs. 123 a 130.

²¹⁷ Constance Weisner y otros, "Integrating primary medical care with addiction treatment: a randomized controlled trial", *Journal of the American Medical Association*, vol. 286, núm. 14 (2001), págs. 1715 a 1723.

²¹⁸ S. Butterfield, "Treat addicted patients for the long-term", *American College of Physicians Internist*, junio de 2009.

²¹⁹ J. R. Mertens y otros, "The role of medical conditions and primary care services in 5-year substance use outcomes among chemical dependency treatment patients", *Drug Alcohol Dependence*, vol. 98, núms. 1 y 2 (2008), págs. 45 a 53.

²²⁰ M. L. Willenbring, S. H. Massey y M. B. Gardner, "Helping patients who drink too much: an evidence-based guide for primary care physicians", *American Family Physician*, vol. 80, núm. 1 (2009), págs. 44 a 50.

²²¹ S. Coulton, "Alcohol misuse", *American Family Physician*, vol. 79, núm. 8 (2009), págs. 692 a 694.

²²² William E. Cayley Jr., "Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care", *American Family Physician*, vol. 79, núm. 5 (2009), págs. 370 y 371.

²²³ Willenbring, Massey y Gardner, "Helping patients who drink too much" (véase la nota 220).

²²⁴ Coulton, "Alcohol misuse", (véase la nota 221).

²²⁵ Weisner y otros, "Integrating primary care with addiction treatment" (véase la nota 217).

primaria tenían menos probabilidades de acudir a urgencias y servicios hospitalarios²²⁶, siempre con un costo elevado, mientras que por cada dólar invertido en tratamiento integrado empíricamente contrastado se ahorran hasta seis dólares en costos de salud, seguridad y bienestar.

Los esfuerzos por integrar servicios para tratar trastornos por consumo de sustancias en la atención primaria se topan con importantes obstáculos, muchos de los cuales surgen a nivel político. Integrar el tratamiento de drogas en la prestación de atención sanitaria primaria convencional, ampliar y desarrollar competencias específicas en médicos de atención primaria, crear servicios capaces de atender al paciente en el mismo día y mejorar el acceso a las medicaciones y a la atención especializada deberían ser las prioridades a nivel mundial.

F. ALCANCE DE LA OFERTA DE DROGAS

Las regiones donde se cultivan y producen las drogas no han cambiado. En la mayoría de países del mundo se produce hierba de cannabis, mientras que la producción de resina de cannabis sigue limitada a unos cuantos países del norte de África, el Oriente Medio y Asia sudoccidental²²⁷. En América del Sur, la práctica totalidad del arbusto de coca del mundo se cultiva en tres países andinos, y la mayor parte del cultivo mundial ilícito de adormidera sigue concentrada en dos países asiáticos. La fabricación de drogas sintéticas es difícil de evaluar de manera cuantitativa, pero existen informes sobre la fabricación de estimulantes de tipo anfetamínico en todas las regiones. La aparición en los últimos años de una gran cantidad de NSP²²⁸ ha ampliado la gama de drogas sintéticas disponibles en el mercado, aunque es difícil determinar si estas sustancias están sustituyendo las drogas actuales sometidas a fiscalización internacional.

El cannabis sigue siendo la droga más incautada en todo el mundo, tanto por lo que respecta al número de incautaciones como a las cantidades reales interceptadas. Esto se debe probablemente al hecho de que el mercado del cannabis es el mayor mercado de droga del mundo y presenta una red de flujos de tráfico muy extensa.

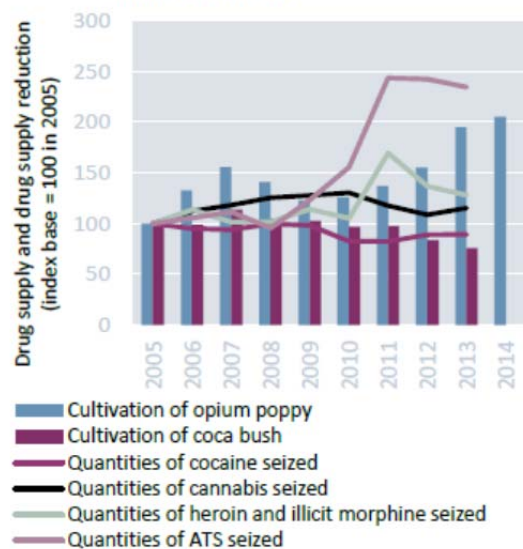
A excepción de la heroína, la morfina ilícita y los estimulantes anfetamínicos, el volumen total de droga incautada en el último decenio se ha mantenido relativamente estable. Las incautaciones de heroína y morfina ilícita comunicadas en 2011 alcanzaron máximos sin precedentes, lo que inició un período de niveles mucho más altos de incautación, impulsado por el aumento en las interceptaciones practicadas en Asia. Entre 2003 y 2013, las interceptaciones de estimulantes anfetamínicos aumentaron continuamente en todas las regiones, con la excepción de Europa, donde permanecieron invariables, lo que puede hacer pensar en la expansión de los estimulantes anfetamínicos a lugares donde antes no había disponibles algunas de estas sustancias.

²²⁶ Peter D. Friedmann y otros, “Do mechanisms that link addiction treatment patients to primary care influence subsequent utilization of emergency and hospital care?”, *Medical Care*, vol. 44, núm. 1 (2006), págs. 8 a 15.

²²⁷ UNODC, *Informe Mundial sobre las Drogas 2014*.

²²⁸ A efectos del presente informe, el análisis de NSP incluye la ketamina, que se diferencia de otras NSP en que es de amplio uso en medicina humana y veterinaria, mientras que la mayoría de NSP tienen escaso o ningún historial de uso médico.

FIG. 31. Global trends in main indicators of drug supply and drug supply reduction, 2005-2014



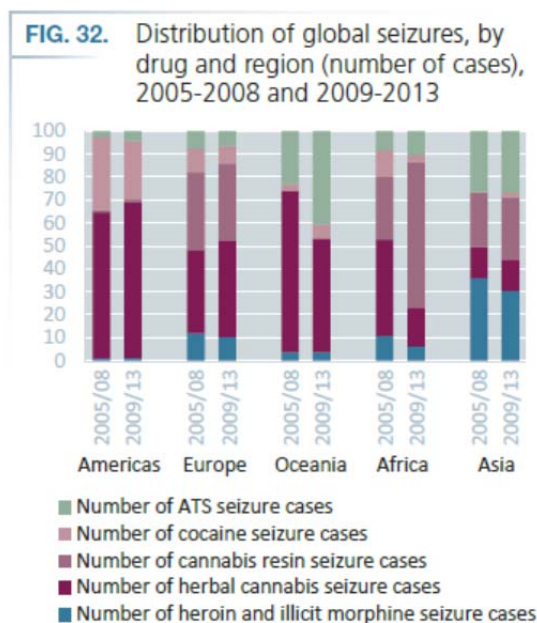
Source: UNODC, responses to annual report questionnaire and other official sources.

Gráfico 31. Tendencias mundiales de los principales indicadores de la oferta de droga y reducción de la oferta de droga, 2005-2014

Oferta de droga y reducción de la oferta de droga
(índice base = 100 en 2005)

Cultivo de adormidera
Cultivo de arbusto de coca
Cantidad de cocaína incautada
Cantidad de cannabis incautada
Cantidad de heroína y morfina ilícita incautada
Cantidad de ETA incautados

Fuente: UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales y otras fuentes oficiales.



Source: UNODC, responses to annual report questionnaire and other official sources.

Gráfico 32. Distribución de las incautaciones mundiales, por droga y región (número de incautaciones), 2005-2008 y 2009-2013

América Europa Oceanía África Asia

Número de incautaciones de ETA
 Número de incautaciones de cocaína
 Número de incautaciones de resina de cannabis
 Número de incautaciones de hierba de cannabis
 Número de incautaciones de heroína y morfina ilícita

Fuente: UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales y otras fuentes oficiales.

BOX 6

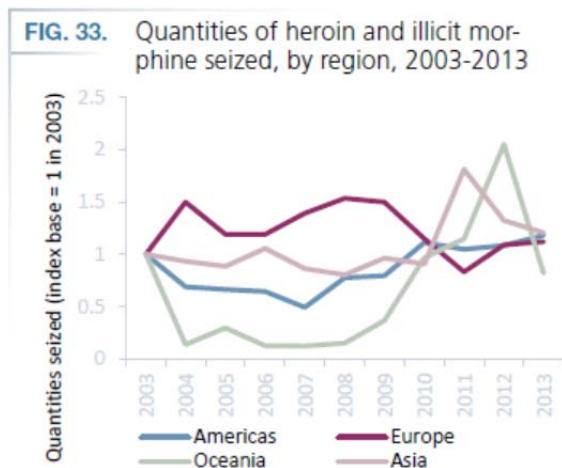
CÓMO INTERPRETAR LAS INCAUTACIONES DE DROGA

Indicador directo de la actividad de lucha contra el narcotráfico, la incautación de droga es el resultado de las operaciones policiales que acaban en interceptaciones de droga y por tanto se ven influidas por los recursos y las prioridades de las autoridades encargadas de hacer cumplir la ley. Al mismo tiempo, las incautaciones son uno de los elementos clave que ayudan a determinar el tamaño de los mercados de droga, la disponibilidad de las sustancias y los perfiles y tendencias del tráfico, especialmente si se tienen en consideración amplias entidades geográficas y se analizan largos períodos de tiempo. Por ejemplo, la expansión del mercado de cocaína en Europa desde mediados de la década de 1990 hasta la primera mitad de los años 2000 quedó reflejada en un aumento de las incautaciones de cocaína. Asimismo, la “sequía de heroína” que se produjo en Australia en 2001 y la acusada reducción del mercado de cocaína de los Estados Unidos acaecida entre 2007 y 2012, también se tradujeron en un descenso de las incautaciones.

La información sobre las incautaciones puede ser un potente indicador del mercado, en particular si se triangula con otros datos como los precios y la pureza de las drogas. La disminución de las incautaciones, combinada con una subida de los precios de la droga y una disminución de los niveles de pureza, pueden indicar una bajada en la oferta de droga general, mientras que un aumento de las incautaciones junto con una caída de los precios de la droga y un incremento de los niveles de pureza, se suelen considerar un buen indicador de que ha aumentado la

oferta de drogas. No obstante, el aumento de las incautaciones de drogas junto con una subida de los precios de las drogas y una disminución de los niveles de pureza pueden revelar una mayor actividad de las autoridades encargadas de hacer cumplir la ley y por ende una posible caída general de la oferta de droga.

Cabe señalar que las incautaciones notificadas corresponden a sucesos que tuvieron lugar en el pasado y en lugares concretos. En un entorno en que los traficantes de drogas se adaptan rápidamente a riesgos y oportunidades cambiantes, las tendencias y flujos del tráfico de drogas derivados de datos sobre incautación no reflejan necesariamente el actual *modus operandi* de los traficantes de manera detallada. Además, la experiencia ha demostrado que algunas de las principales rutas de tráfico de drogas, una vez que han sido establecidas, pueden ser bastante resistentes al cambio.



Source: UNODC, responses to annual report questionnaire and other official sources.

Gráfico 33. Cantidad de heroína y morfina ilícita incautada, por región, 2003-2013

Cantidad incautada (índice base = 1 en 2003)

América Europa Oceanía Asia

Fuente: UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales y otras fuentes oficiales.

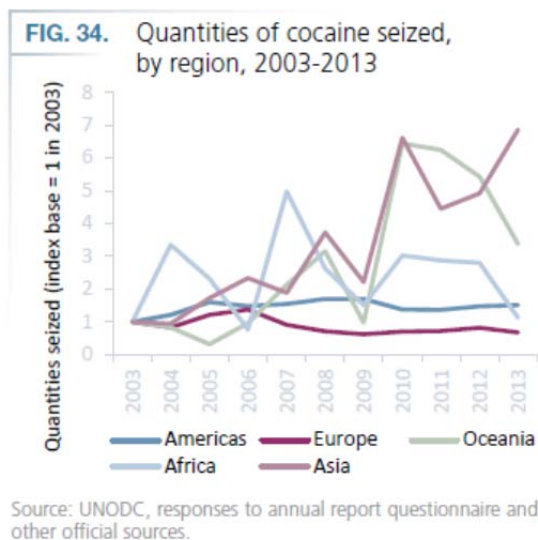


Gráfico 34. Cantidad de cocaína incautada, por región, 2003-2013

Cantidad incautada (índice base = 1 en 2003)

América Europa Oceanía
África Asia

Fuente: UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales y otras fuentes oficiales.

Grandes variaciones en el volumen medio de las incautaciones de droga

Con un volumen medio inferior a 1 kg por caso en los últimos cinco años, las incautaciones de heroína, morfina ilícita y estimulantes anfetamínicos son las más pequeñas de todos los tipos de drogas incautadas a nivel mundial. Las más grandes son las incautaciones de hierba de cannabis (un promedio de aproximadamente 10 kg), mientras que la cantidad media de las incautaciones de cocaína y resina de cannabis es 5 kg y 3 kg, respectivamente. Estas diferencias pueden deberse a las variaciones en el *modus operandi* del tráfico, según el cual los productos de cocaína y cannabis se pasan de contrabando en remesas de mayor volumen que otras drogas. Las actividades de represión del narcotráfico también pueden dirigirse a diferentes niveles de la cadena de suministro, dependiendo de la droga. Sin embargo, antes de sacar conclusiones fundadas sobre este tema, se tendrían que analizar otros elementos como el precio de la droga, el tamaño, el valor y la estructura del mercado, la dinámica y la estructura de las cadenas de suministro de droga, así como las prioridades de los organismos encargados de hacer cumplir la ley.

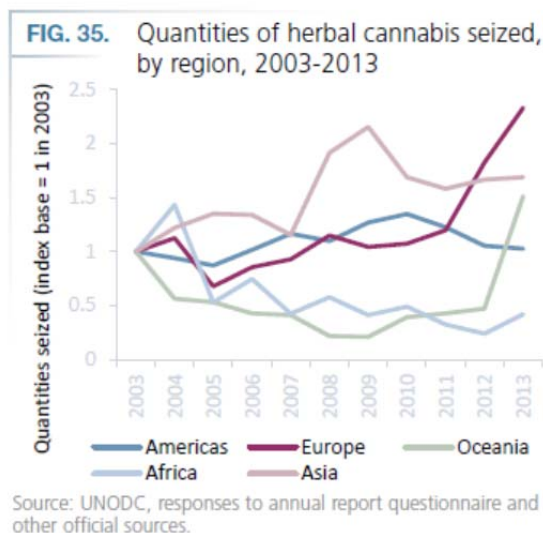


Gráfico 35. Cantidad de hierba de cannabis incautada, por región, 2003-2013

Cantidad incautada (índice base = 1 en 2003)

América Europa Oceanía África Asia

Fuente: UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales y otras fuentes oficiales.

En el último decenio ha disminuido el volumen medio de las incautaciones de todas las drogas, excepto los estimulantes anfetamínicos. Esto puede reflejar cambios en los objetivos de las actividades de represión y en las tendencias del tráfico de drogas a lo largo de la cadena de suministro pero también puede obedecer a la mejora de la comunicación de información sobre pequeñas incautaciones en algunas regiones. Entre 2003 y 2013, el volumen medio de las incautaciones de varios productos se redujo ligeramente: el de heroína y morfina ilícita disminuyó de 0,7 kg a 0,5 kg; el de cocaína bajó de 6,2 kg a 4,6 kg; y el de resina de cannabis disminuyó de 4,3 kg a 3,9 kg. Sin embargo, la reducción fue considerable en el caso de la incautación de hierba de cannabis, que disminuyó de 23 kg a 7,8 kg, mientras que el volumen medio de las incautaciones de estimulantes anfetamínicos se duplicó en este período de 0,3 kg a 0,7 kg.

América es la región donde las incautaciones son más grandes en promedio. En el último lustro, el promedio de las incautaciones de hierba de cannabis practicadas en la región fue de 41 kg, el de las de cocaína 13 kg, estimulantes anfetamínicos, 8 kg, y heroína y morfina ilícita, 3 kg, cifras todas considerablemente mayores que las registradas en todas las demás regiones. Cabe señalar, no obstante, que en el último decenio ha disminuido el tamaño medio de las incautaciones de todas las drogas llevadas a cabo en América, al igual que el número de incautaciones, a excepción de los estimulantes anfetamínicos, lo que indica una posible expansión del mercado de esas sustancias en la región y una actuación comparativamente mayor de las autoridades encargadas de hacer cumplir la ley contra el tráfico de este tipo de sustancias.

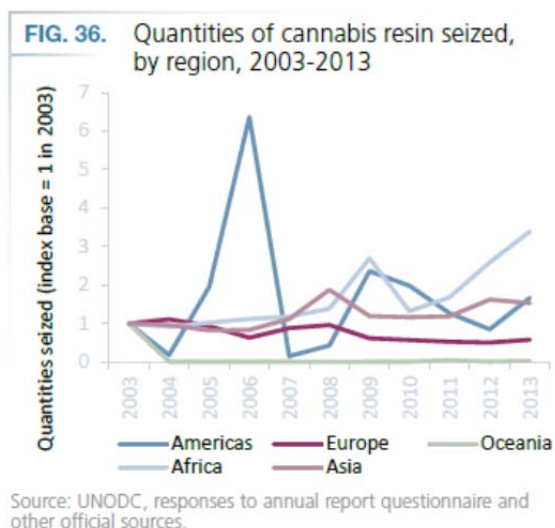


Gráfico 36. Cantidad de resina de cannabis incautada, por región, 2003-2013

América Europa Oceanía África Asia

Cantidad incautada (índice base = 1 en 2003)

Fuente: UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales y otras fuentes oficiales.

En el extremo opuesto se sitúa Europa, donde se han notificado las incautaciones más pequeñas por lo que respecta al volumen medio, independientemente del tipo de droga. En los últimos cinco años, el promedio de las incautaciones de resina de cannabis fue de 1,7 kg por caso en la región, mientras que el de las de cocaína fue de 0,8 kg, hierba de cannabis, 0,6 kg, y heroína y morfina ilícita y estimulantes anfetamínicos, 0,2 kg. El tamaño reducido de las incautaciones efectuadas en Europa puede deberse a que las autoridades centran su acción en los niveles medios e inferiores de las cadenas de suministro de todos los tipos de drogas, más que en los superiores, aunque podría reflejar simplemente una mejor notificación de todas las incautaciones en general, y de las de tamaño pequeño en particular.

Aparición de nuevos centros de tráfico²²⁹

América del Sur sigue siendo el principal punto de partida de la cocaína que es distribuida al resto del mundo. Los países productores de cocaína, como Bolivia (Estado Plurinacional de), Colombia y el Perú, sirven de países de partida y tránsito para la exportación de cocaína al resto de la región. Otros países también hacen de puntos de tránsito del tráfico de cocaína desde América Latina a los principales mercados de consumo de América del Norte y Europa occidental y central, pero el Brasil (particularmente desde 2010) y la Argentina son los países de tránsito de cocaína que más frecuentemente se mencionan en relación con las principales incautaciones.

En el último decenio, los Países Bajos, Marruecos y España han sido señalados en relación con algunas incautaciones como los principales países de origen o tránsito del cannabis y siguen manteniendo esa condición si se tienen en cuenta tendencias más recientes durante el período 2010-2014. Albania y Argentina han surgido como países de origen o tránsito de cannabis

²²⁹ La presente sección utiliza datos extraídos de la base de datos de incautaciones. A los países colaboradores se les pide que faciliten información sobre el país donde se obtuvieron las drogas (o, en el caso de remesas no acompañadas, el país de partida). A efectos de la presente sección, estos lugares se consideran puntos de tránsito de la droga.

respectivamente en el último lustro, lo que confirma que el cultivo y la producción de cannabis son dinámicos y están muy extendidos, y que las rutas de tráfico pueden cambiar constantemente.

La heroína se produce en tres regiones diferentes y, aunque algunos informes mencionan incautaciones en las rutas de tráfico de la heroína procedente del Afganistán, los datos disponibles no permiten en la actualidad identificar los países de tránsito empleados en el tráfico de heroína procedente de Colombia y México o de la República Democrática Popular Lao y Myanmar. El Pakistán es mencionado con más frecuencia que otros países en los informes sobre incautaciones, atribuyéndole la condición de país de tránsito de la heroína que es incautada en otros lugares. Esto confirma que la heroína afgana es transportada desde el Afganistán en dirección sur, a través del Pakistán, pero también puede indicar que esta ruta de tráfico está controlada más eficazmente por las autoridades de los países de destino, o que la comunicación de datos en el último país de partida de la remesa incautada es relativamente mejor en esta ruta que en las demás.

Aunque la adormidera de opio se cultiva en Asia sudoriental, las incautaciones individuales indican que ninguno de los países cultivadores de opio de la región, la República Democrática Popular Lao y Myanmar, parece ser un importante centro de partida del tráfico de heroína. Esto puede deberse a que la heroína afgana domina el mercado mundial, pero también puede reflejar el hecho de que los países que notifican incautaciones no son mercados para la heroína producida en Asia sudoriental.

La mayoría de las incautaciones se llevan a cabo en las carreteras y ferrocarriles, aunque las de mayor tamaño se efectúan en el mar y en los puertos²³⁰

La frecuencia de uso de los diferentes modos de transporte empleados por los traficantes de droga no ha cambiado mucho en el último decenio. El tráfico de drogas por carretera y ferrocarril, que representa cerca de la mitad de las incautaciones individuales notificadas durante el período 2009-2014, es el modo de transporte más comúnmente empleado por los traficantes en todo el mundo, junto con el tráfico por vía aérea. El volumen medio de las remesas de droga interceptadas en la carretera y el ferrocarril aumentó sensiblemente, de 68 kg entre 2006 y 2008 a 107 kg entre 2009 y 2014.

El tráfico de drogas por vía marítima, que representa el 8% de todos los casos notificados en los últimos seis años, se mantiene como el medio de transporte menos habitual por lo que a incautaciones individuales se refiere, aunque las incautaciones marítimas tienden a ser, comparativamente, de gran volumen. Con un peso medio de 365 kg por incautación en el período 2009-2014 (frente a 250 kg durante el período 2006-2008), las incautaciones marítimas son con diferencia las de mayor volumen de los tres medios de transporte. Esto confirma que la interceptación de envíos marítimos es posiblemente la que más impacto tiene en las cantidades totales de droga objeto de tráfico ilícito y en los flujos de tráfico y la disponibilidad de drogas ilícitas a nivel mundial. Por ejemplo, el correo postal fue el método de importación de droga más habitualmente detectado en las fronteras australianas en 2013; no obstante, solo tres incautaciones marítimas representaron el 74% del peso total de la heroína que se interceptó en el país ese año.

²³⁰ La presente sección se basa en información procedente de las bases de datos de incautaciones.

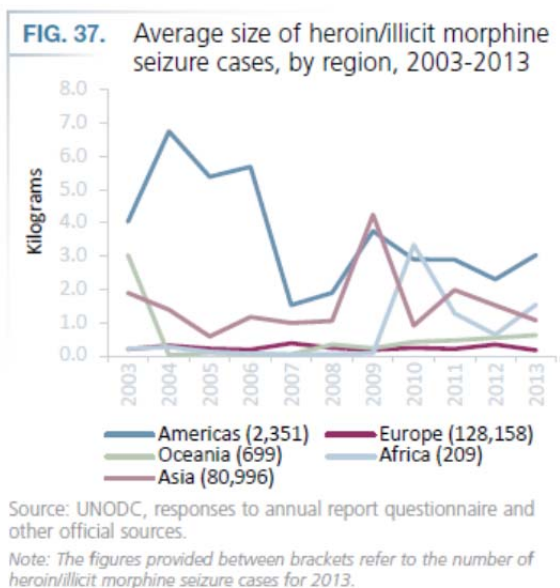


Gráfico 37. Tamaño medio de las incautaciones de heroína y morfina ilícita, por región, 2003-2013

[vertical] Kilogramos

América (2.351) Europa (128.158)
 Oceanía (699) África (209)
 Asia (80.996)

Fuente: UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales y otras fuentes oficiales.

Nota: Las cifras que figuran entre paréntesis se refieren al número de incautaciones de heroína y morfina ilícita para 2013.

El tráfico de drogas por vía aérea se ha vuelto más frecuente, pero las cantidades interceptadas siguen siendo comparativamente pequeñas. La droga transportada por vía aérea que fue incautada entre 2009 y 2014 representó el 46% de las incautaciones mundiales, pero el tamaño de las interceptaciones fue mucho menor, con un promedio de 10 kg. Este dato supone un incremento del promedio de 6 kg por incautación observado en el período 2006-2008 y puede reflejar un aumento de las incautaciones de droga transportada por carga aérea, en lugar de correos aéreos.

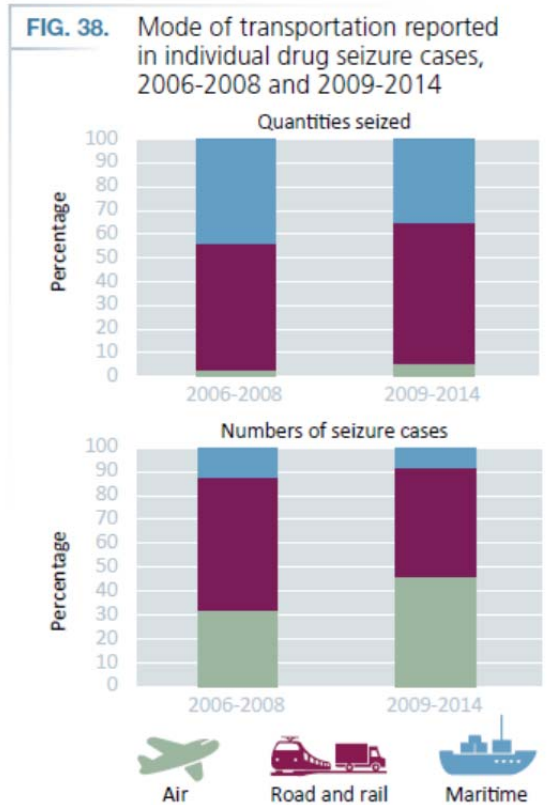


Gráfico 38. Modo de transporte notificado en incautaciones de droga, 2006-2008 y 2009-2014

Cantidades incautadas

Porcentaje

Número de incautaciones

Porcentaje

Aéreo

Carretera y ferrocarril

Marítimo

Fuente: UNODC, base de datos de incautaciones de droga.

Nota: La distribución de los principales modos de transporte excluye casos en que el modo de transporte era desconocido, no aplicable o especificado como "otro". Este análisis se basa en 20.326 casos (1.445 t) en el periodo 2006-2008 y en 47.319 casos (3.945 t) en el periodo 2009-2014.

..

TABLE 5. Main transit countries as reported by recipient countries in major individual drug seizure cases (above 100 g for heroin and cocaine, above 1 kg for cannabis), by drug, 2005-2014

Cocaine (base, salt and crack)			Heroin (base, salt)			Cannabis (herb, resin, oil)		
Transit Countries	Total number of times country mentioned as transit point in individual seizures	Number of recipient countries reporting transit countries	Transit Countries	Total number of times country mentioned as transit point in individual seizures	Number of recipient countries reporting transit countries	Transit Countries	Total number of times country mentioned as transit point in individual seizures	Number of recipient countries reporting transit countries
Argentina	2,101	45	Afghanistan	21	6	Denmark	57	3
Bolivia (Plurinational State of)	530	19	India	44	11	Greece	36	8
Brazil	1,747	56	Kazakhstan	23	1	Morocco	4,308	24
Colombia	1,061	31	Kyrgyzstan	42	3	Netherlands	117	10
Costa Rica	624	34	Netherlands	30	4	Pakistan	76	24
Dominican Republic	1,313	20	Pakistan	3,216	178	Paraguay	117	7
Ecuador	410	22	Spain	29	4	Portugal	28	11
Panama	305	18	Tajikistan	128	4	Saint Vincent and the Grenadines	33	7
Peru	897	25	Turkey	45	7	Spain	846	33
Venezuela (Bolivarian Republic of)	587	27	United Arab Emirates	43	15	Swaziland	32	3

Source: UNODC, major individual drug seizure database. Data presented in the table reflect transit countries as reported by the countries where seizures were made and were not validated by the mentioned transit countries.

Note: Information provided on the main transit countries reported in major individual drug seizure cases is based on 11,441 cases of cannabis, 11,864 cases of cocaine and 4,041 cases of heroin. This table lists the ten countries with the highest number of mentions as transit. The figures provided refer to the total number of mentions of the country as the last departure/transit point in major individual seizure cases reported to the UNODC over the 10-year period 2005-2014, and to the number of different reporting countries responsible for those mentions. It should be noted that some major consuming countries did not report on transit and departure countries.

Cuadro 5. Principales países de tránsito comunicados por los países receptores en relación con importantes incautaciones de drogas (más de 100 g de heroína y cocaína, más de 1 kg de cannabis), por droga, 2005-2014

Cocaína (base, sal y crack) **Heroína** (base, sal) **Cannabis** (hierba, resina, aceite)

Países de tránsito

Argentina
Bolivia (Estado Plurinacional de)
Brasil
Colombia
Costa Rica
República Dominicana
Ecuador
Panamá
Perú
Venezuela (República Bolivariana de)

Total de ocasiones en que se mencionó a un país como punto de tránsito en relación con incautaciones

Número de países receptores que informaron sobre países de tránsito

Países de tránsito

Afganistán
India

Kazajstán
Kirguistán
Países Bajos
Pakistán
España
Tayikistán
Turquía
Emiratos Árabes Unidos

Total de ocasiones en que se mencionó a un país como punto de tránsito en relación con incautaciones

Número de países receptores que informaron sobre países de tránsito

Países de tránsito

Dinamarca
Grecia
Marruecos
Países Bajos
Pakistán
Paraguay
Portugal
San Vicente y las Granadinas
España
Swazilandia

Total de ocasiones en que se mencionó a un país como punto de tránsito en relación con incautaciones

Número de países receptores que informaron sobre países de tránsito

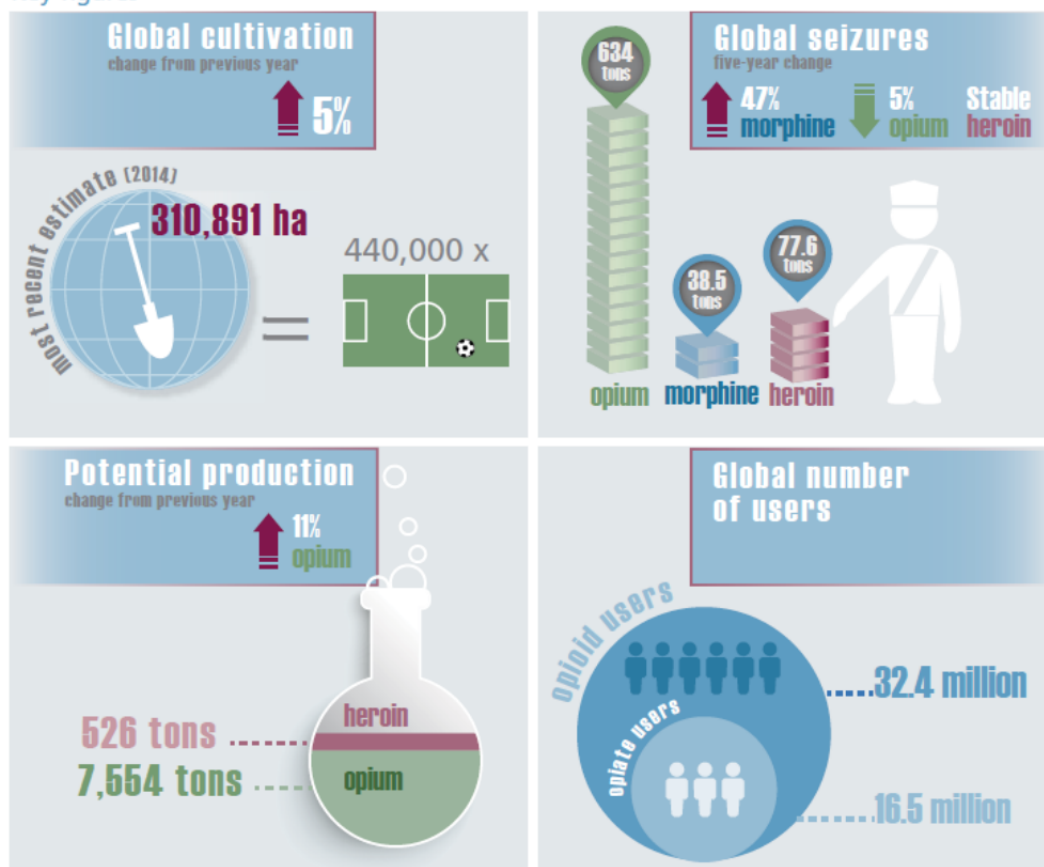
Fuente: UNODC, base de datos de incautaciones importantes. Los datos que figuran en el presente cuadro reflejan los países de tránsito comunicados por los países en que se realizaron incautaciones y no han sido confirmados por los propios países de tránsito.

Nota: La información proporcionada sobre los principales países de tránsito en relación con incautaciones importantes se basa en 11.441 incautaciones de cannabis, 11.864 incautaciones de cocaína y 4.041 incautaciones de heroína. En el presente cuadro se enumeran los diez países más mencionados como países de tránsito. Las cifras que se proporcionan se refieren al número total de menciones del país como último punto de partida/tránsito en relación con incautaciones importantes comunicadas a la UNODC en el decenio 2005-2014, y al número de países que presentaron información y que mencionaron a los países de tránsito. Cabe señalar que algunos de los principales países consumidores no informaron sobre países de tránsito y de partida.

G. ANÁLISIS DEL MERCADO POR TIPO DE DROGA

OPIATES

Key figures



Note: Data for seizures and number of users are from 2013. Data for cultivation and production are from 2014. Opioids include prescription opioids and opiates (opiates include opium and heroin). The global potential heroin production in 2014 is not comparable with previous years because the conversion ratios were updated in 2014.

OPIÁCEOS

Cifras clave

Cifras principales

Cultivo mundial

Evolución desde el año anterior

Estimación más reciente (2014) 310 891 ha = 440 000

Incautaciones mundiales

Evolución en cinco años

634 t opio

38,5 t morfina

77,6 t heroína

Morfina: 47 %

Opio: 5 %

Heroína: estable

Producción potencial

Evolución desde el año anterior

11 % opio

526 t heroína
7 554 t opio

Número de consumidores en todo el mundo
Consumidores de opioides 32,4 millones
Consumidores de opiáceos 16,5 millones

Nota: Los datos correspondientes a las incautaciones y el número de consumidores son de 2013, mientras que los correspondientes al cultivo y la producción son de 2014. Los opioides incluyen los opioides de venta con receta y los opiáceos (los opiáceos incluyen el opio y la heroína). La producción mundial potencial de heroína en 2014 no es comparable con años anteriores porque las tasas de conversión se actualizaron en 2014.

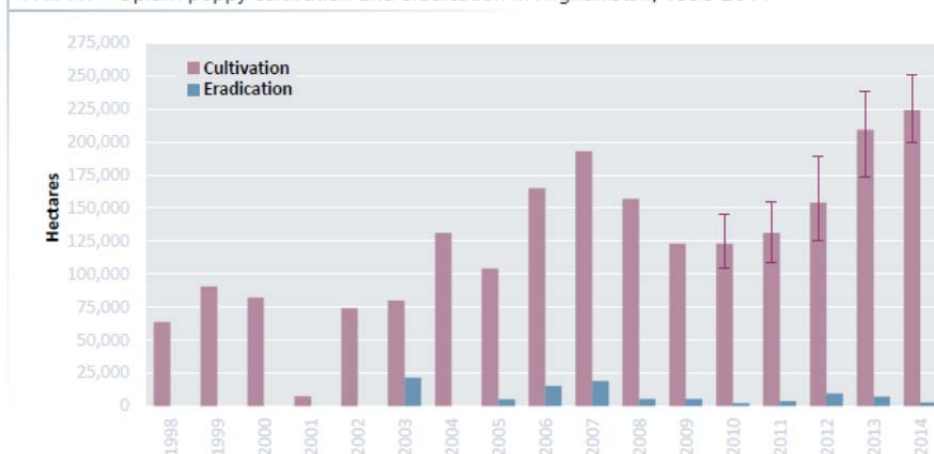
El cultivo de opio está alcanzando niveles históricos pero la prevalencia del uso se mantiene estable

Según la limitada información disponible, en el 0,7% y el 0,4% de la población de 15 a 64 años de edad respectivamente, la prevalencia mundial del consumo de opioides y opiáceos no ha variado y se sitúa en 32,4 millones y 16,5 millones de consumidores. Debido a un incremento del 7% (de 209.000 ha en 2013 a 224.000 ha en 2014), el cultivo de opio en el Afganistán ha alcanzado su nivel más alto desde que existen estimaciones, aunque el aumento fue de hecho mayor de 2012 a 2013 (36%, véase el gráfico 39). La reducción del 63% en la erradicación de adormidera en el Afganistán (de 7.348 ha en 2013 a 2.692 ha en 2014) podría ser uno de los factores determinantes.

Después de haber registrado una tendencia sostenida a la baja entre 2000 y 2006, el cultivo de adormidera en la República Democrática Popular Lao y Myanmar aumentó de manera constante hasta aproximarse a 64.000 ha en 2014, de las cuales unas 57.600 ha fueron cultivadas en Myanmar y 6.200 ha en la República Democrática Popular Lao²³¹.

Únicamente se dispone de información parcial sobre el alcance del cultivo de adormidera y la producción de heroína en América, pero México erradicó 14.662 ha de adormidera en 2013, lo que representa una disminución del 7% con respecto a las cifras registradas en 2012, y Colombia comunicó que la superficie dedicada al cultivo de adormidera en 2013 ascendía a 298 ha, según sus estimaciones. Colombia también notificó la erradicación de 514 ha de adormidera en 2013 y el desmantelamiento de un laboratorio de heroína al año durante el período 2011-2013.

FIG. 39. Opium poppy cultivation and eradication in Afghanistan, 1998-2014



Source: Period 1997-2002: UNODC; since 2003: national illicit crop monitoring system supported by UNODC.

Gráfico 39. Cultivo y erradicación de adormidera en el Afganistán, 1998-2014

²³¹ UNODC, *Southeast Asia Opium Survey: Lao People's Democratic Republic and Myanmar 2014* (Bangkok, 2014).

Hectáreas

Cultivo

Erradicación

Fuente: Período 1997-2002: UNODC; desde 2003: sistema nacional de vigilancia de cultivos ilícitos apoyado por la UNODC.

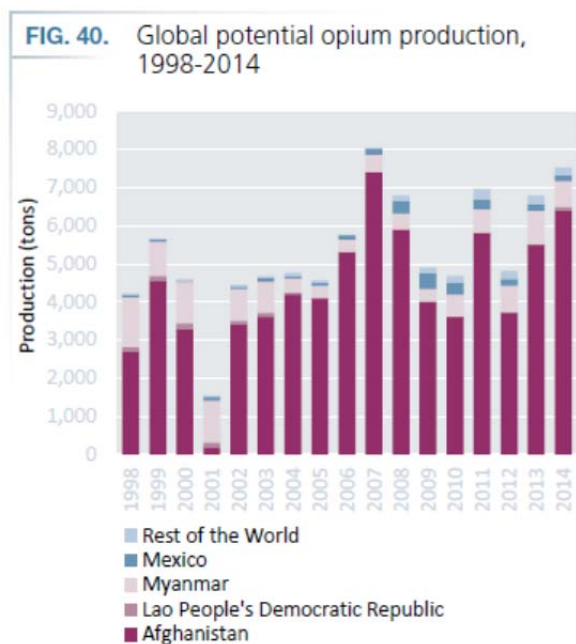
La producción mundial potencial de opio también siguió incrementándose en 2014 hasta alcanzar 7.554 toneladas, la segunda cifra más alta desde finales del decenio de 1930 (véase el gráfico 40). La producción de opio en el Afganistán representó aproximadamente el 85% de ese total (6.400 toneladas) y, con 410 toneladas de heroína de pureza de exportación, el 77% de la producción mundial de heroína (estimada en 526 toneladas)²³². Las 116 toneladas restantes (heroína de pureza desconocida) fueron producidas en el resto del mundo, pero debido a que los coeficientes de transformación se actualizaron en 2014, la producción potencial de heroína en 2014 no es comparable con la producción de años anteriores.

La mayor parte de las incautaciones de opio y morfina ilícita realizadas en 2013 se concentraron alrededor de las áreas de cultivo de adormidera del Afganistán y sus países vecinos, si bien las incautaciones de heroína abarcaron una zona más amplia (véase el gráfico 41). Desde 2002, cada año más del 90% de la incautación mundial de opio se ha registrado en el Afganistán, la República Islámica del Irán y el Pakistán, y esta tendencia se mantuvo en 2013 cuando, con un incremento del 13% respecto del año anterior, la República Islámica del Irán siguió siendo el país con el mayor volumen de incautación de opio (436 toneladas).

A nivel mundial, la incautación de heroína aumentó en un 8% entre 2012 y 2013, mientras que la de morfina ilícita disminuyó en un 26% (véase el gráfico 42). La mayor disminución de la incautación de morfina ilícita se observó en el Afganistán, donde pasó de 44 toneladas incautadas en 2012 a 24 toneladas en 2013. Desde 2005, más del 90% de las incautaciones mundiales de morfina se han practicado cada año en el Afganistán, la República Islámica del Irán y el Pakistán, pero en 2013 se incrementó la cantidad incautada en la República Islámica del Irán (de 7 toneladas en 2012 a 10,4 toneladas en 2013)²³³ y en el Pakistán (de 1,4 toneladas en 2012 a 3,8 toneladas en 2013).

²³² La UNODC actualizó la tasa de conversión de opio a heroína en 2014 y estimó que la calidad de exportación de la heroína tenía una pureza del 52%. La tasa de conversión actualizada es 9,6 kg de opio para la producción de 1 kg de heroína de calidad de exportación (pureza del 52%). Para obtener más información, *Afghanistan Opium Survey 2014: Cultivation and Production*, pág. 35.

²³³ República Islámica del Irán, Jefatura de la Lucha contra las Drogas, *Drug Control in 2013* (marzo de 2014).



Source: Period 1997-2002: UNODC; since 2003: national illicit crop monitoring systems supported by UNODC.

Gráfico 40. Producción mundial potencial de opio, 1998-2014

Producción (toneladas)

Resto del mundo

México

Myanmar

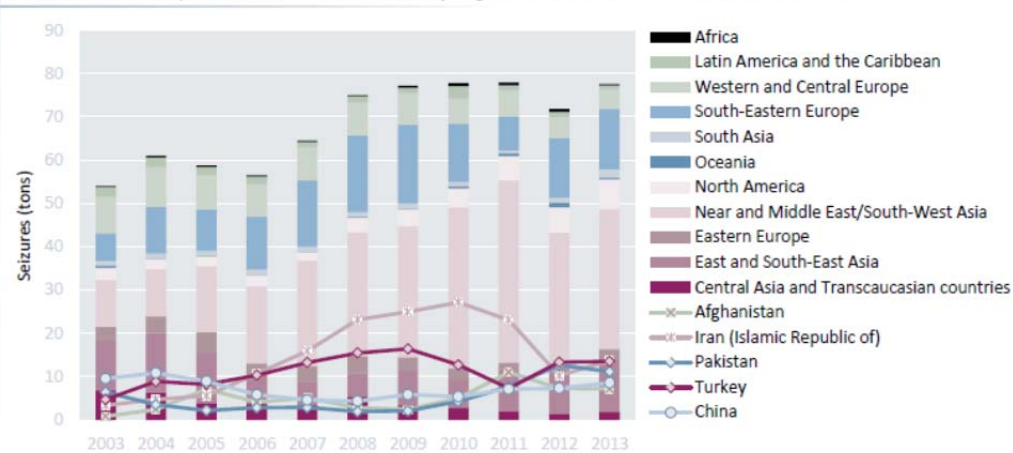
República Democrática Popular Lao

Afganistán

Fuente: Período 1997-2002: UNODC; desde 2003: sistemas nacionales de seguimiento de cultivos ilícitos apoyados por la UNODC.

Solo en unos pocos países se dispuso de información actualizada sobre el consumo de opiáceos, y esta señala que la demanda mundial de heroína se mantuvo estable, aunque el consumo no médico de opioides sujetos a prescripción médica ha seguido aumentando en muchas regiones. Los mercados de opiáceos en África, Asia sudoccidental, partes de Asia oriental, Oriente Medio, Europa y Oceanía son abastecidos principalmente por Asia sudoccidental (el Afganistán), y algunos mercados del Asia sudoriental y Oceanía también reciben suministros del Asia sudoriental (República Democrática Popular Lao y Myanmar). América es abastecida fundamentalmente por América Latina (Colombia y México), con la excepción del Canadá, que en gran medida se abastece de heroína afgana.

FIG. 41. Global quantities of heroin seized, by region and in selected countries, 2003-2013



Source: UNODC, responses to annual report questionnaire and other official sources.

Gráfico 41. Cantidad mundial de heroína incautada, por región y en países seleccionados, 2003-2013

Incautaciones (toneladas)

África
América Latina y el Caribe
Europa occidental y central
Europa sudoriental
Asia meridional
Oceanía
América del Norte
Oriente Próximo y Medio/Asia sudoccidental
Europa oriental
Asia oriental y sudoriental
Asia central y países transcaucásicos
Afganistán
República islámica del Irán
Pakistán
Turquía
China

Fuente: UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales y otras fuentes.



Gráfico 42. Cantidad mundial de morfina ilícita incautada, total y países seleccionados, 2003-2013

Toneladas

Total

República Islámica del Irán

Afganistán

Pakistán

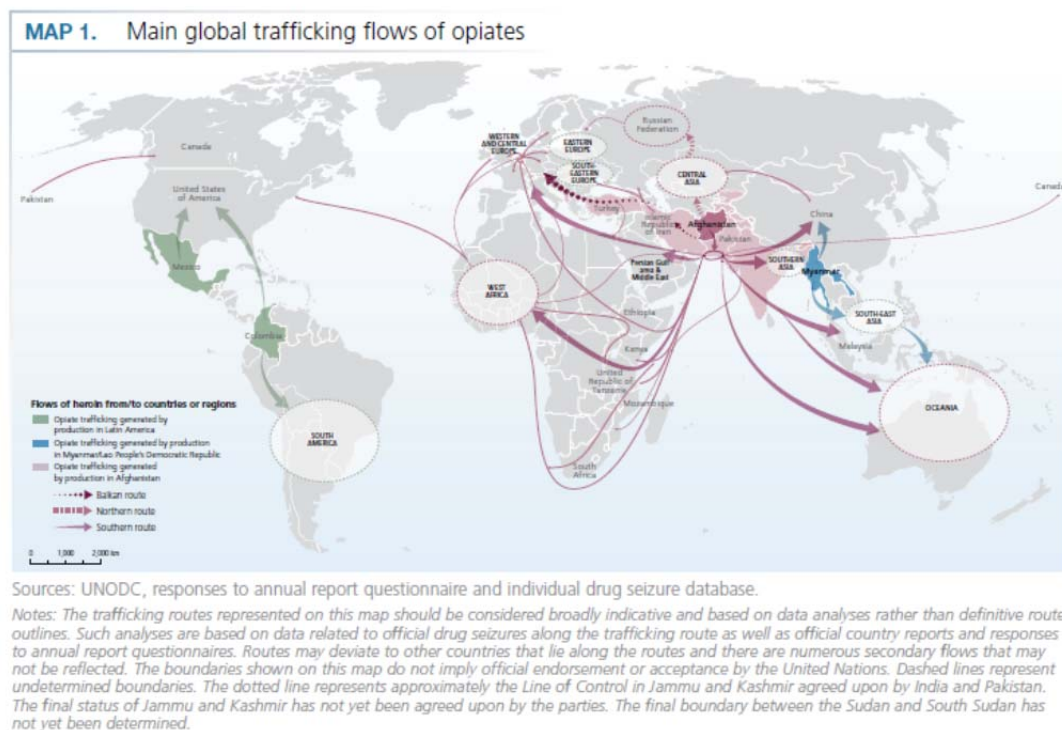
Fuente: UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales y otras fuentes oficiales.

Cambios en las rutas del tráfico de opiáceos

Pese al aumento en las incautaciones de opio y morfina ilícita en los países vecinos del Afganistán, la estabilidad de las incautaciones mundiales de heroína de 2008 a 2013 y de la demanda general de heroína implican que el aumento en la producción mundial estimada de opio y heroína no se ha traducido en una subida ostensible del abastecimiento de heroína en la mayoría de regiones. Sin embargo, hay signos de aumentos en algunos indicadores relacionados con la heroína (como la mortalidad y las urgencias sanitarias) en los Estados Unidos y el Reino Unido, donde también hay indicios de una mayor pureza y precios más bajos. Además, en Asia meridional y sudoriental y África occidental y oriental, existen indicios de un incremento en el tráfico, pero la escasez de datos hace difícil determinar si estas subregiones son mercados en expansión para la heroína.

La denominada “ruta de los Balcanes” (la que discurre por tierra a través de la República Islámica del Irán y Turquía, pasa por Europa sudoriental y se dirige a Europa occidental y central), la llamada “ruta del norte” (a través de Asia central y la Federación de Rusia) y la “ruta del sur” (en dirección sur a través de la República Islámica del Irán o el Pakistán) son las rutas de tráfico mundial de opiáceos afganos establecidas. Sin embargo, estas rutas cambian constantemente: por ejemplo, las dos incautaciones de heroína de gran volumen efectuadas en Armenia (917 kg) y Georgia (588 kg) que se

notificaron en 2014²³⁴, contrastaron claramente con el bajo nivel de las incautaciones realizadas en estos países durante los últimos 15 años. Este hecho hace pensar en que es posible que las redes de tráfico de droga estén experimentando con nuevas rutas, aunque siguen practicándose importantes incautaciones en otras partes de la ruta de los Balcanes.



Mapa 1. Principales corrientes del tráfico mundial de opiáceos

Pakistán
 Canadá
 Estados Unidos de América
 México
 Colombia
 AMÉRICA DEL SUR

EUROPA OCCIDENTAL Y CENTRAL
 ÁFRICA OCCIDENTAL
 EUROPA ORIENTAL
 EUROPA SUDORIENTAL
 TURQUÍA
 Federación de Rusia
 ASIA CENTRAL
 Afganistán
 República Islámica del Irán
 Área Golfo Pérsico y Oriente Medio
 Etiopía
 Kenya
 República Unida de Tanzania

²³⁴ En lo que respecta a Armenia, véase UNODC, *The Illicit Drug Trade through South Eastern Europe*, 2014, nota 12. En lo que respecta a Georgia, véase “Regional report on Eastern Europe and Caucasus” of the Council of the European Union, pág. 7 (17 de diciembre de 2014).

Mozambique
Sudáfrica
China
Paquistán
ASIA MERIDIONAL
Myanmar
ASIA SUDORIENTAL
Malasia
OCEANÍA

Corrientes de heroína procedentes de/destinadas a países o regiones

Tráfico de opiáceos generado por la producción de América Latina

Tráfico de opiáceos generado por la producción de
Myanmar/República Democrática Popular Lao

Tráfico de opiáceos generado por la producción del Afganistán

Ruta de los Balcanes
Ruta septentrional
Ruta meridional

Fuentes: UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales y base de datos de incautaciones de droga individuales.

Notas: Las rutas de tráfico representadas en este mapa deben ser consideradas ampliamente indicativas y basadas en análisis de datos más que rutas definitivas. Estos análisis se basan en datos relativos a las incautaciones oficiales de droga practicadas a lo largo de las rutas de tráfico, así como en informes oficiales de los países y las respuestas al cuestionario para los informes anuales. Es posible que las rutas se desvíen a otros países próximos y hay muchas corrientes secundarias que tal vez no aparezcan. Los límites geográficos que figuran en el mapa no implican la aprobación o aceptación oficial de las Naciones Unidas. Las líneas discontinuas representan límites geográficos indeterminados. La línea punteada representa aproximadamente la Línea de Control en Jammu y Cachemira convenida por la India y el Pakistán. Las partes aún no han acordado la condición definitiva de Jammu y Cachemira. La frontera definitiva entre el Sudán y Sudán del Sur aún no ha sido determinada.

No existen pruebas de que haya decrecido la demanda de heroína en la Federación de Rusia²³⁵, si bien las incautaciones de heroína a lo largo de la ruta del norte han disminuido. A pesar de haberse producido una reducción temporal entre 2011 y 2013, el hecho de que la incautación de heroína en el Afganistán haya aumentado en el pasado decenio puede significar que se está interceptando una cantidad creciente de opiáceos antes de que lleguen a los mercados fuera del Afganistán. Por otro lado, varios países notificaron un aumento en las incautaciones de heroína transportada por la ruta del sur (utilizada por el tráfico de heroína con destino a Asia y Europa que a menudo pasa por países africanos) y por las rutas marítimas, lo que coincide con los informes²³⁶ sobre la posible expansión del tráfico a lo largo de la ruta del sur. En el Pakistán, las incautaciones de opio se incrementaron por tercer año consecutivo hasta alcanzar las 34 toneladas en 2013. El reforzamiento de los controles entre el Afganistán y la República Islámica del Irán, y entre este país y Turquía, pueden haber forzado a los traficantes a desplazarse hacia el sur en dirección a las costas de la República Islámica del Irán y del Pakistán²³⁷.

²³⁵ UNODC, *The Illicit Drug Trade through South-Eastern Europe* (2014).

²³⁶ UNODC, *Informe Mundial sobre las Drogas 2014*.

²³⁷ Respuestas al cuestionario para los informes anuales para 2013 y UNODC, *Afghan Opiate Trafficking through the Southern Route*, 2015 (Viena, 2015).

Cuadro 6. Grandes incautaciones de heroína en Bélgica y los Países Bajos vinculadas a la ruta meridional en 2013 y 2014

Fecha	Cantidad	Método	Ruta	Observaciones
2013	863 kg	Contenedor	Mozambique – Bélgica – Países Bajos	Incautados en el puerto de Amberes
2013	230 kg	Contenedor	Pakistán – Bélgica – Países Bajos	Incautados en el puerto de Amberes
2014	764 kg	Contenedor	República Islámica del Irán – Emiratos Árabes Unidos – Países Bajos	Incautados en el puerto de Rotterdam

Fuentes: UNODC, *The Illicit Drug Trade through South-Eastern Europe* (marzo de 2014) y los Países Bajos, *Fiscalía General*.

La creciente importancia de África como región de tránsito de la heroína afgana con destino a Europa y otras regiones ha quedado reflejada en el aumento en las incautaciones de heroína que han notificado algunos países africanos en los últimos años, particularmente en África oriental, y en las incautaciones de droga procedente de África practicadas en Europa. Desde 2010, se han notificado incautaciones de heroína relacionadas con la ruta meridional en varios países europeos, entre ellos Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, Eslovenia, España, Finlandia, Francia, Grecia, Irlanda, Italia, Lituania, Países Bajos, Portugal, el Reino Unido, la República Checa, Serbia, Suecia, Suiza y Ucrania (véanse el cuadro 6 y el gráfico 43). No está claro si se trata de un alejamiento a largo plazo de la ruta de los Balcanes o simplemente una respuesta a las oportunidades que propician los menores niveles de control observados en la ruta meridional²³⁸.

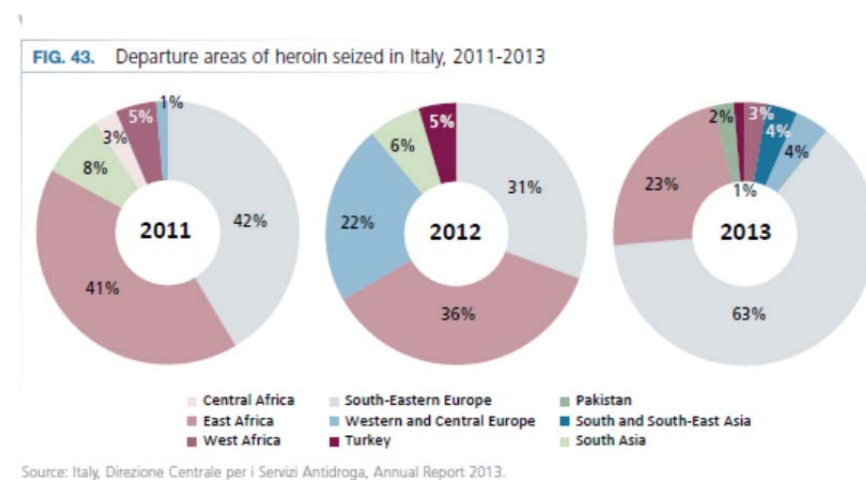


Gráfico 43. Zonas de partida de la heroína incautada en Italia, 2011-2013

África central	Europa sudoriental	Pakistán
África oriental	Europa occidental y central	Asia meridional y sudoriental
África occidental	Turquía	Asia meridional

Fuente: Italia, Direzione Centrale per i Servizi Antidroga, Informe Anual

²³⁸ UNODC, *Afghan Opiate Trafficking through the Southern Route*, 2015 (Viena, 2015).

Aunque se sospechó durante decenios²³⁹, los datos recientes sobre incautaciones indican que es posible que haya aumentado la frecuencia de los movimientos de grandes remesas de heroína procedentes del Afganistán a través del océano Índico con destino a África oriental y meridional. Es sabido que los opiáceos se transportan en *dhow* (barcos de vela tradicionales que se emplean en el mar Rojo y en el océano Índico) desde el Afganistán hasta Kenya y la República Unida de Tanzania²⁴⁰. En 2014, las Fuerzas Marítimas Combinadas²⁴¹ se incautaron de más de 2,200 kg de heroína en el océano Índico, más del total de incautaciones de heroína notificadas en toda África entre 2011 y 2013. En 2014, se incautaron en Kenya 377 kg de heroína y 33.200 litros de heroína líquida de un solo barco que viajaba a través de la República Islámica del Irán con destino a Mombasa (Kenya); en la República Unida de Tanzania, se informó de una incautación récord en la que se aprehendieron 1.032 kg de heroína que se transportaron a través del Pakistán y fueron introducidos de contrabando en el país a bordo de un *dhow*²⁴²; y en África occidental, Nigeria comunicó la incautación en 2013 de 25 kg de heroína con destino a América del Norte y Europa occidental y central. Todo ello hace pensar en que existen crecientes signos de paralelismos con el fenómeno vivido en el decenio de 2000, cuando África empezó a desempeñar un papel estratégico en el tráfico de cocaína.

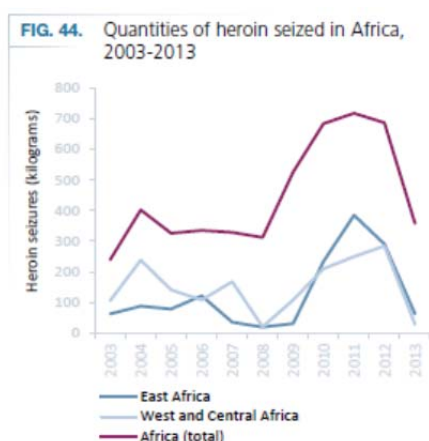


Gráfico 44. Cantidad de heroína incautada en África, 2003-2013

Incautaciones de heroína (kilogramos)

África oriental

África occidental y central

África (total)

Fuente: UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales y otras fuentes oficiales.

²³⁹ Estados Unidos, Administración para el Control de Drogas (DEA), *Drug Trafficking from Southwest Asia: Drug Intelligence Report* (agosto de 1994).

²⁴⁰ UNODC, *Transnational Organized Crime in Eastern Africa: A Threat Assessment* (Viena, septiembre de 2013), pág. 23.

²⁴¹ Las Fuerzas Marítimas Combinadas es una asociación naval multinacional que opera en aguas internacionales y cubre algunas de las rutas de navegación más importantes del mundo situadas en el océano Índico y las masas de aguas adyacentes.

²⁴² UNODC, *Afghan Opiate Trafficking through the Southern Route*, 2015 (Viena, 2015).

Canadá y los Estados Unidos: diferentes fuentes de suministro en el tráfico de heroína

Comparado con la prevalencia media mundial, el consumo de opioides sigue siendo alto en América del Norte (3,8%). En los Estados Unidos, algunos indicios apuntan a que se está produciendo un giro parcial en el mercado de opioides hacia el consumo de heroína debido, en parte, a los cambios en la formulación de OxyContin (uno de los principales opioides de venta con receta que se emplea indebidamente) que ahora presenta una formulación de liberación controlada que no se puede ni esnifar ni inyectar²⁴³, y a un aumento en la disponibilidad de heroína y un descenso en su precio en algunas partes del país. Una encuesta domiciliaria llevada a cabo recientemente en los Estados Unidos reveló que de 2012 a 2013 se produjo una fuerte disminución en el uso indebido de opioides de venta con receta²⁴⁴.

El número de muertes relacionadas con las drogas sigue subiendo en los Estados Unidos, con los casos asociados a la heroína en notable aumento (de 5.925 muertes en 2012 a 8.257 en 2013) hasta alcanzar sus niveles más altos del pasado decenio²⁴⁵. Las sobredosis por analgésicos de venta con receta también siguen aumentando, sobre todo en mujeres. Durante el período 2004-2011, los casos de urgencias hospitalarias a causa del consumo de heroína y otros opioides se incrementaron en un 183% (véase el gráfico 45)²⁴⁶.

La incautación de heroína en los Estados Unidos ha aumentado desde 2008 (hasta 6,2 toneladas en 2013). Las autoridades informaron de un aumento del tráfico de heroína fabricada en México y América del Sur²⁴⁷ y, en 2014, México informó de que era un país de tránsito de la heroína producida en Colombia con destino a los Estados Unidos²⁴⁸. De hecho, se estima que la mayor parte de la heroína de los Estados Unidos es de producción latinoamericana²⁴⁹. No obstante, en 2011 y 2012, las autoridades informaron de que la disponibilidad de heroína afgana estaba creciendo en los Estados Unidos²⁵⁰, si bien la UNODC no ha tenido acceso a las estimaciones actuales de su cuota de los mercados de consumo (las estimaciones pasadas indicaban una cuota de mercado cercana al 4%)²⁵¹. La incautación de opiáceos afganos llevada a cabo en la ruta meridional en África con destino a los Estados Unidos parece confirmar que grupos delictivos organizados están traficando con heroína para abastecer el creciente mercado de los Estados Unidos²⁵².

A diferencia del resto de países de América, el Canadá no se abastece mucho de heroína proveniente de América Latina. Según el Centro Nacional de Coordinación de Inteligencia de la Real Policía

²⁴³ UNODC, *Informe Mundial sobre las Drogas 2014*.

²⁴⁴ Estados Unidos, SAMHSA, Center for Behavioral Health Statistics and Quality, *Results from the 2013 National Survey on Drug Use and Health: Detailed Tables*, NSDUH Series H-46, HHS Publication núm. SMA 13-4795 (Rockville, Maryland, 2014), cuadros 7.20B y 7.30B.

²⁴⁵ Estados Unidos, Oficina Ejecutiva del Presidente, *National Drug Control Strategy: Data Supplement 2014* (Washington, D.C., 2014).

²⁴⁶ Estados Unidos, SAMHSA, *Drug Abuse Warning Network, 2011: National Estimates of Drug-Related Emergency Department Visits*, HHS Publication núm. SMA 13-4760 (Rockville, Maryland, 2013).

²⁴⁷ Estados Unidos, DEA, *National Drug Threat Assessment Summary* (noviembre de 2013).

²⁴⁸ Informe nacional presentado por México a la 24ª Reunión de Jefes de los Organismos Nacionales Encargados de Combatir el Tráfico Ilícito de Drogas, América Latina y el Caribe (octubre de 2014).

²⁴⁹ “En 2012, la heroína procedente de América del Sur representó el 51% (por peso) de la heroína analizada a través del Heroin Signature Program de la DEA, mientras que la heroína de México representó el 45% y la heroína del Asia sudoccidental el 4%”, véase Estados Unidos, DEA, *National Drug Threat Assessment Summary, 2014* (noviembre de 2014), pág. 9.

²⁵⁰ UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales presentadas por los Estados Unidos correspondientes a 2011 y 2012.

²⁵¹ Estados Unidos, DEA, *National Drug Threat Assessment Summary, 2014* (noviembre de 2014).

²⁵² UNODC, *Afghan Opiate Trafficking through the Southern Route, 2015* (Viena, 2015).

Montada del Canadá, entre 2009 y 2012 al menos el 90% de la heroína incautada en Canadá tenía origen afgano²⁵³. Según los informes, la ruta meridional era el principal canal para estas remesas, cerca del 50% de las cuales pasaron por la India, la República Islámica del Irán y el Pakistán^{254, 255}.

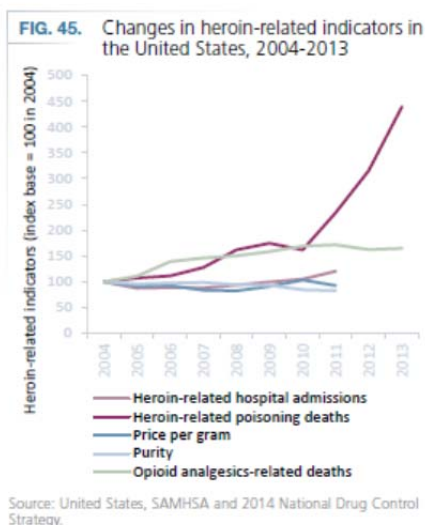


Gráfico 45. Cambios en los indicadores sobre heroína en los Estados Unidos, 2004-2013

Indicadores sobre heroína (índice base = 100 en 2004)

- Ingresos hospitalarios relacionados con la heroína
- Muertes por intoxicación relacionada con la heroína
- Precio por gramo
- Pureza
- Muertes relacionadas con analgésicos opioides

Fuentes: Estados Unidos, SAMHSA y Estrategia Nacional de Fiscalización de Drogas de 2014.

Australia, un mercado mixto con cambios constantes en la fuente de abastecimiento

Los niveles de consumo de opioides en Australia y Nueva Zelandia se mantienen altos (2,9%), principalmente debido a elevados niveles de uso indebido de opioides sujetos a prescripción médica. Según una encuesta reciente realizada en Australia, se ha producido un aumento del uso indebido de estos opioides (del 3,0% en 2010 al 3,3% en 2013), mientras que la prevalencia del consumo de heroína ha descendido, pasando del 0,2% al 0,1%²⁵⁶.

Hay también indicios de cambio en el mercado de heroína de Oceanía. El número de incautaciones de heroína practicadas en la frontera australiana se incrementó en 2013 respecto del año anterior, con 429 kg interceptados, lo que confirma la tendencia al alza desde 2004. La mayor parte de la heroína

²⁵³ “UNODC Vienna southern route study conference: view from Canada”, ponencia presentada por la Real Policía Montada del Canadá, seminarios regionales de la UNODC sobre el tráfico de opiáceos del Afganistán en la ruta meridional (Viena, marzo de 2014).

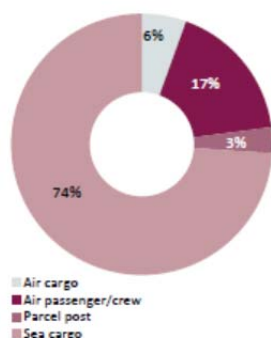
²⁵⁴ Canadá, Real Policía Montada del Canadá, *Report on the Illicit Drug Situation in Canada, 2009* (Ottawa, 2009).

²⁵⁵ UNODC, *Afghan Opiate Trafficking through the Southern Route, 2015* (Viena, 2015).

²⁵⁶ Instituto Australiano de Salud y Bienestar, *2013 National Drug Strategy Household Survey Report, Drug Statistics Series* núm. 28 (Canberra, 2014).

incautada en Australia en 2013 tuvo su origen en el Asia sudoriental, mientras que en años previos el suministro fluctuó entre la heroína procedente de Asia sudoriental y la producida en Asia sudoccidental (véase el gráfico 47). En 2013, los Países Bajos, Viet Nam y Tailandia (en orden descendente) fueron, por número de incautaciones, los principales lugares de embarque de heroína con destino a Australia, y Tailandia, Viet Nam, la provincia china de Taiwán y Malasia (también en orden descendente) fueron los principales puntos de partida por lo que a cantidades incautadas se refiere²⁵⁷.

FIG. 46. Heroin detections at the Australian border, as a proportion of total weight, by method of importation, 2012-2013



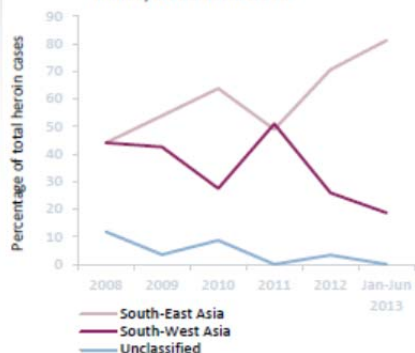
Source: Australia, Customs and Border Protection Service.

Gráfico 46. Detecciones de heroína en la frontera de Australia, como proporción del peso total, por método de importación, 2012-2013

Carga aérea
Pasajeros/tripulación
Servicio de paquetes postales
Carga marítima

Fuente: Australia, Servicio de Aduanas y Protección de Fronteras.

FIG. 47. Geographical origin of heroin samples, as a proportion of analysed border seizures by the Australian Federal Police, 2008-June 2013



Source: Australian Federal Police, Forensic Drug Intelligence, 2013.

Gráfico 47. Origen geográfico de muestras de heroína, como proporción de las incautaciones fronterizas analizadas por la Policía Federal Australiana, 2008-junio 2013

[vertical] Porcentaje del total de casos de heroína

²⁵⁷ Comisión Australiana del Delito, *Illicit Drug Data Report 2012-13*.

Ene-jun 2013

Asia sudoriental
Asia sudoccidental
Sin clasificar

Fuente: Policía Federal Australiana, Servicio de Inteligencia Forense sobre Drogas, 2013.

Europa, un mercado de heroína divergente con nuevas rutas de abastecimiento

El mercado de heroína en Europa se caracteriza por las divergencias de unas subregiones a otras. En Europa occidental y central se observan señales de una tendencia estable o a la baja en el consumo de heroína, pero en Europa oriental y sudoriental la prevalencia de este consumo se mantiene alta.

El volumen de heroína incautada en Europa representó cerca del 30% de toda la heroína que se incautó en el mundo durante 2013. La incautación de heroína en Europa sudoriental aumentó ligeramente en 2013 con respecto al año anterior: Turquía decomisó 13,5 t, algo más de las 13,3 t notificadas en 2012. En un informe publicado recientemente por el Gobierno de Turquía²⁵⁸, se pusieron de relieve varias novedades, entre ellas un aumento en el volumen de la heroína que llegaba a Turquía procedente del Iraq, en lugar de proceder exclusivamente de la República Islámica del Irán, el creciente uso de contenedores marítimos para el tráfico de heroína y la diversificación de las actividades de los grupos delictivos organizados, que ahora se están dedicando al tráfico de resina de cannabis y metanfetamina, además de heroína.

El volumen de heroína incautada en Europa oriental se incrementó ligeramente en 2013, pero se mantuvo estable desde una perspectiva a largo plazo. El consumo de opioides en Europa oriental, particularmente en la Federación de Rusia y Ucrania, sigue siendo elevado, con cerca de 2,37 millones (prevalencia del 2,29%), incluidos 291.500 consumidores de opiáceos (prevalencia del 0,9%). En otros países de la subregión, el consumo de opioides se mantiene por debajo de la media mundial, aunque expertos de Belarús observan un aumento en el consumo de opioides, sobre todo de opio acetilado y opioides farmacéuticos. Además, en la Federación de Rusia se sigue informando de la sustitución de la heroína por alternativas más baratas como el opio acetilado y la desomorfina²⁵⁹. Una importante consecuencia para la salud de las personas que se inyectan opioides en Europa oriental es la alta prevalencia del VIH, que se calcula es del 24,6% en la Federación de Rusia y del 19,7% en Ucrania, y representa una tercera parte del número total estimado de personas que se inyectan drogas y viven con el VIH en la región. La Federación de Rusia también ha informado de que el número de muertes relacionadas con las drogas debidas principalmente a sobredosis de opioides es alto: 80 fallecimientos por cada millón de habitantes.

En Europa occidental y central, la incautación de heroína en la mayoría de los países, bien se mantuvo estable, bien siguió disminuyendo gradualmente, excepto en Bélgica, donde la incautación de heroína aumentó drásticamente, pasando de 112 kg en 2012 a 1,2 t en 2013, como consecuencia de dos grandes incautaciones. Es importante señalar que algunas de las grandes incautaciones marítimas se realizaron en Europa occidental y central, lo que induce a pensar que algunas voluminosas remesas de heroína no se detectaron en los puntos de partida y tránsito, ya sea en países de Asia sudoccidental, el Oriente Medio o el golfo Pérsico. Este hecho también indica que los puertos de Bélgica y los Países Bajos pueden desempeñar un papel clave como puntos de entrada a Europa para la heroína que se importa procedente del Afganistán a través de la ruta meridional²⁶⁰.

²⁵⁸ Policía Nacional Turca, Departamento de Lucha contra el Contrabando y la Delincuencia Organizada, *Turkish Drug Report 2013* (Ankara, 2014).

²⁵⁹ UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales presentadas por la Federación de Rusia en 2012-2013.

²⁶⁰ UNODC, *Afghan Opiate Trafficking through the Southern Route, 2015* (Viena, 2015).

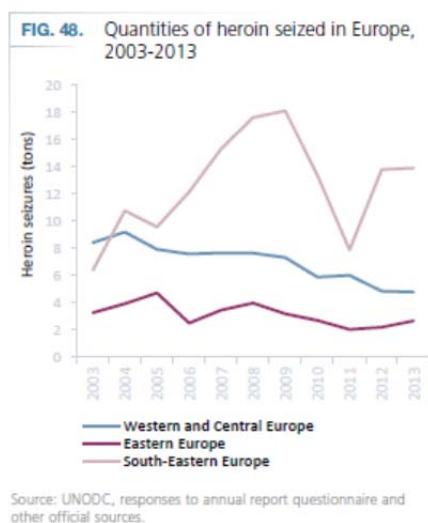


Gráfico 48. Cantidad de heroína incautada en Europa, 2003-2013

Incautaciones de heroína (toneladas)

Europa occidental y central

Europa oriental

Europa sudoriental

Fuente: UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales y otras fuentes oficiales.

En los mercados ilícitos de Europa occidental y central circulan otros opioides, como la buprenorfina, el fentanilo y la metadona. Por ejemplo, el fentanilo y la buprenorfina son los principales opioides consumidos en Estonia y Finlandia, respectivamente. En algunos casos, estas sustancias representan una proporción importante de muertes por sobredosis, como es el caso del fentanilo en Estonia. Por otro lado, el uso de heroína inyectable ha descendido en Europa occidental y central²⁶¹, al igual que el número de usuarios de heroína que se someten a tratamiento por primera vez, lo que ha dado lugar al envejecimiento de la cohorte de consumidores que actualmente están en tratamiento.

En el Reino Unido, después de registrarse un descenso en 2011, se produjo un aumento en el número de muertes relacionadas con la heroína en 2013. Este incremento puede explicarse en parte por la mayor pureza de la heroína que, tras haber sido baja en 2011 y 2012, casi alcanzó su nivel de 2010 en 2013. El precio al por mayor medio de la heroína en el Reino Unido bajó ligeramente desde 30.000 libras por kilogramo en 2012 a 28.000 libras en 2013²⁶², lo que podría indicar un aumento en el abastecimiento de heroína y podría también guardar relación con el incremento en la producción del Afganistán.

²⁶¹ EMCDDA, *Informe Europeo sobre Drogas 2014*.

²⁶² Charlotte Davies y Rosemary Murray, *2013 National Report (2012 Data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point: United Kingdom — New Development and Trends* (Londres, United Kingdom Focal Point on Drugs, 2014).

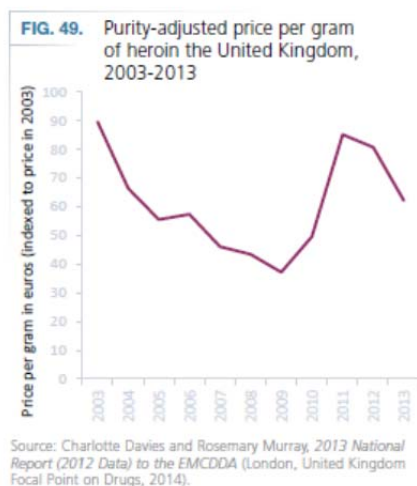


Gráfico 49. Precio por gramo de heroína según la pureza en el Reino Unido, 2003-2013

Precio por gramo en euros (indexado al precio en 2003)

Fuente: Charlotte Davies y Rosemary Murray, 2013 National Report (2012 Data) to the EMCDDA (Londres, United Kingdom Focal Point on Drugs, 2014).

La heroína se introduce en Europa por la ruta de los Balcanes y la ruta septentrional, pero las remesas procedentes de la República Islámica del Irán y el Pakistán también entran en Europa por aire o mar, bien directamente o bien a través de países en África occidental y oriental. La cantidad de heroína incautada en Europa durante el pasado decenio ha variado en gran medida y, desde 2010, los suministros de heroína que llegan al Reino Unido procedentes del Afganistán por la ruta de los Balcanes han disminuido. Bélgica y los Países Bajos se mantienen como importantes puntos de tránsito para el tráfico de heroína con destino el Reino Unido a través de vehículos pesados de mercancías y ferries²⁶³.

Aumento de las incautaciones de heroína en Asia oriental y sudoriental

La falta de datos fiables recientes sobre el alcance del consumo de opioides en la mayoría de partes de Asia hace difícil determinar una tendencia, aunque los expertos consideran que en términos generales se ha mantenido estable. Las percepciones de los expertos sobre las tendencias en el consumo de drogas indican que el uso de opioides (incluida la heroína) parece estar disminuyendo en China, donde, a pesar de que el número total de usuarios de heroína registrados aumentó en un 6% en 2013 hasta alcanzar los 1,32 millones de consumidores, la proporción de usuarios de heroína entre todos los registrados decreció. Esto se debió a una subida en la proporción de usuarios de opioides sintéticos, que también puede incluir a los usuarios de drogas múltiples (véase el gráfico 50).

Históricamente, la ruta meridional ha sido un canal marginal para los opiáceos afganos que se introducían en Asia oriental y sudoriental, dado que los opiáceos producidos en Myanmar tienden a abastecer ese mercado. Sin embargo, se han publicado varios informes en los que se indica que es posible que Myanmar no pueda satisfacer la demanda regional y que se transporte heroína a Asia oriental y sudoriental desde el Afganistán²⁶⁴. Es bastante probable que una parte también viaje hacia el

²⁶³ UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales presentadas por el Reino Unido.

²⁶⁴ UNODC, *Afghan Opiate Trafficking through the Southern Route*, 2015 (Viena 2015).

norte desde el Afganistán, atraviese Asia central y llegue hasta China²⁶⁵, principal consumidor de la región asiática²⁶⁶.

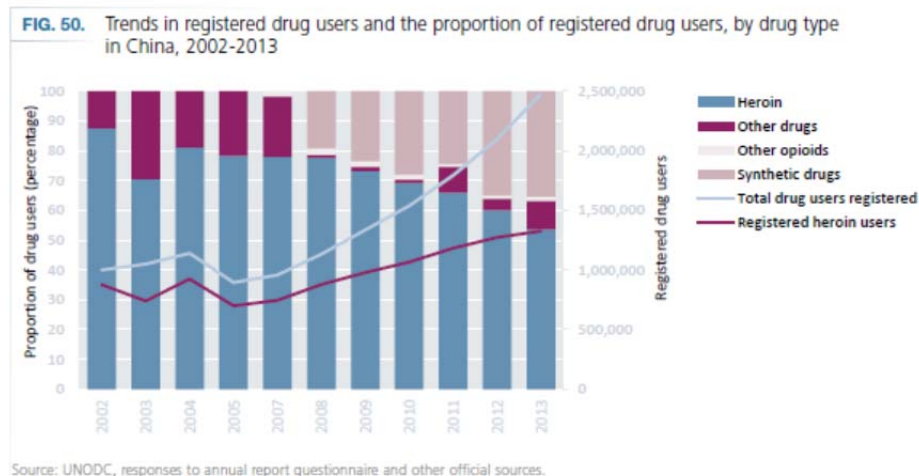


Gráfico 50. Tendencias en los consumidores de droga registrados y la proporción de consumidores de droga registrados, por tipo de droga, en China, 2002-2013

[left] Proporción de consumidores de droga (porcentaje)

[right] Consumidores de droga registrados

Heroína
Otras drogas
Otros opioides
Drogas sintéticas
Total consumidores de droga registrados
Consumidores de heroína registrados

Fuente: UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales y otras fuentes oficiales.

Con un total de 11,8 t en 2013, la incautación de heroína en Asia oriental y sudoriental aumentó por tercer año consecutivo. La mayor parte de la incautación de heroína de la región siguió registrándose en China, con un volumen anual de 8,5 t en 2013, lo que supuso un aumento frente a las 7,3 t de 2012. Las autoridades de China informaron de que el norte de Myanmar seguía siendo la principal fuente de la heroína que llegaba al mercado chino, aunque también señalaron algunos casos de incautación de opiáceos procedentes del Afganistán²⁶⁷.

África, un posible incremento del consumo de heroína

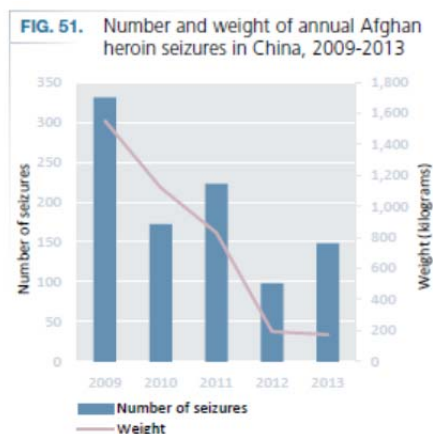
Aunque la información sobre la magnitud del consumo de drogas en África es limitada, según la UNODC la prevalencia del consumo de opiáceos se calcula en un 0,3% de la población de 15 a 64 años de edad (aproximadamente 1,88 millones de consumidores). Además, la creciente importancia

²⁶⁵ UNODC, *Informe Mundial sobre las Drogas 2010* (Publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta. S.10.XI.13).

²⁶⁶ Y lo que confunde aún más es que en ocasiones los traficantes parecen emplear la región occidental de China como zona de tránsito entre el Pakistán y Asia central (basado en datos de incautaciones facilitados por la Organización Mundial de Aduanas).

²⁶⁷ Informe nacional presentado por China a la 38ª Reunión de Jefes de los Organismos Nacionales Encargados de Combatir el Tráfico Ilícito de Drogas, Asia y el Pacífico.

de África como zona de tránsito de la heroína afgana con destino a los mercados de otras regiones puede haber propiciado un aumento del consumo de heroína a nivel local.



Source: "Afghan opiate trafficking on the southern route: statistics, seizures and recent trafficking trends in China", presentation by the National Narcotics Control Commission of China, UNODC regional workshop on Afghan opiate trafficking on the southern route, Vienna, March 2014.

Gráfico 51. Número y peso de las incautaciones anuales de heroína afgana en China, 2009-2013

[left] Número de incautaciones

[right] Peso (kilogramos)

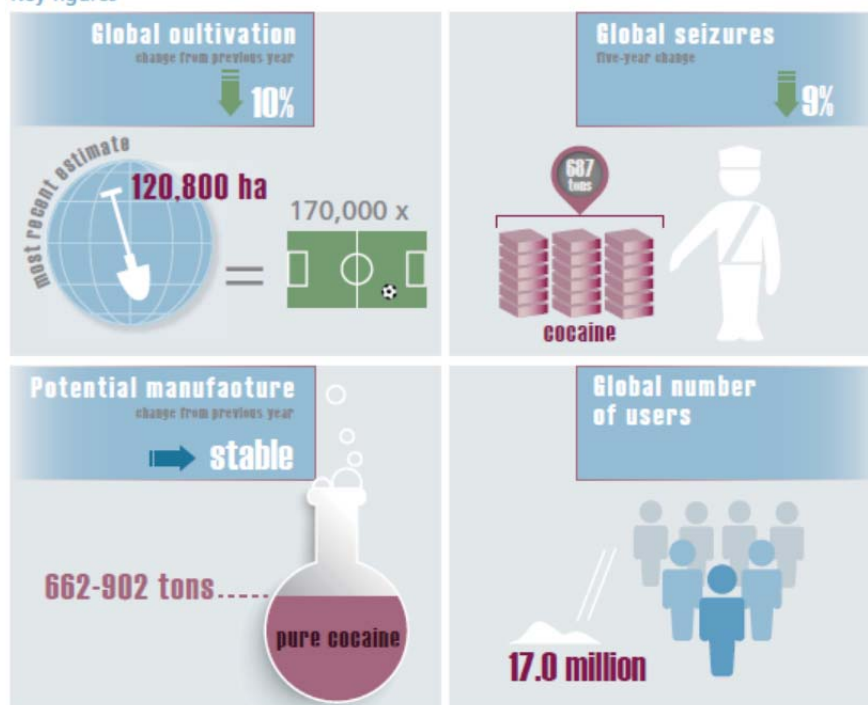
Número de incautaciones

Peso

Fuente: "Afghan opiate trafficking on the southern route: statistics, seizures and recent trafficking trends in China", presentación ofrecida por la Comisión Nacional de Control de Estupefacientes de China, taller regional de la UNODC sobre el tráfico de opiáceos afganos por la ruta meridional, Viena, marzo de 2014.

COCAINE

Key figures



COCAÍNA

Principales cifras

Cultivo mundial

Evolución desde el año anterior

Estimación más reciente 120 800 ha = 170 000

Incautaciones mundiales

Evolución en cinco años

687 t de cocaína

Producción potencial

Evolución desde el año anterior

estable

662 – 902 t de cocaína pura

Número de consumidores en todo el mundo

17 millones

Nota: Todos los datos son de 2013.

Los niveles de cultivo de arbusto de coca alcanzan el nivel más bajo registrado

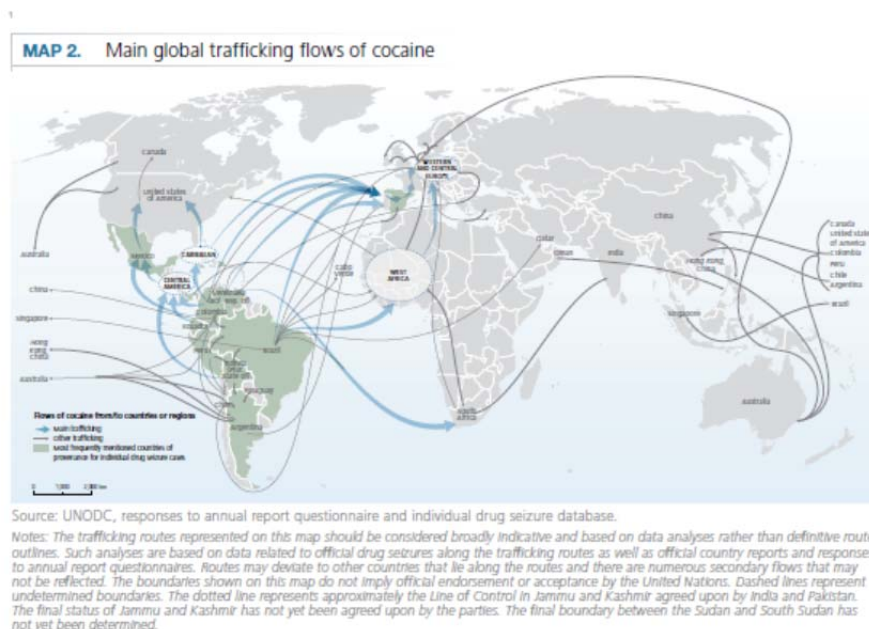
El cultivo de arbusto de coca siguió disminuyendo en 2013 hasta alcanzar su nivel más bajo desde las estimaciones registradas a mediados del decenio de 1980. Este descenso se debió principalmente a una disminución del 18% en el cultivo de arbusto de coca en el Perú (de 60.400 ha en 2012 a 49.800 ha en 2013) y al descenso del 9% en el Estado Plurinacional de Bolivia (de 25.300 ha a 23.000 ha).

Por otro lado, el cultivo de arbusto de coca en Colombia se mantuvo estable en 2013, aunque se mantuvo en niveles históricamente bajos. Además de la cifra registrada el 31 de diciembre de 2012, la

información disponible sobre la presencia del cultivo de arbusto de coca correspondiente a Colombia indica que, antes de la erradicación, en algún momento de 2013 había 89.215 ha dedicadas al cultivo, un 34% menos que en 2012²⁶⁸. La producción potencial de cocaína pura en Colombia se estimó en 290 t²⁶⁹, el nivel más bajo desde 1996. La disminución del cultivo en todos los principales países donde se cultiva arbusto de coca ha producido un descenso en la producción mundial estimada de cocaína. Cabe señalar que la extracción ilícita de alcaloides de la cocaína de las hojas de coca, primer paso en la fabricación de la cocaína, se llevó a cabo casi exclusivamente en esos tres países, donde también se fabrica la mayor parte del clorhidrato de cocaína del mundo.

Mercados de cocaína: efecto de la disminución de la producción

Es posible que el suministro mundial de cocaína tenga su origen en el Estado Plurinacional de Bolivia, Colombia y el Perú, pero los mayores mercados de cocaína y las tasas más elevadas de prevalencia de consumo de esta droga se sitúan en América del Norte y del Sur y Europa occidental y central. La prevalencia anual de consumo de cocaína, que se calcula es del 0,4% de la población adulta mundial de 15 a 64 años de edad, ha mostrado en los últimos años una tendencia descendente en Europa occidental y central y América del Norte, particularmente los Estados Unidos, pero el consumo de cocaína sigue siendo elevado en estas subregiones, mientras que la información correspondiente a la mayor parte de África y Asia es esporádica.



Mapa 2. Principales corrientes del tráfico mundial de cocaína

Australia
China
Singapur
Hong Kong (China)
China
Australia
Canadá

²⁶⁸ UNODC y Colombia, *Colombia: monitoreo de cultivos de coca 2013* (Bogotá, junio de 2014).

²⁶⁹ La metodología empleada para calcular la posible producción de cocaína fue sometida a un ajuste y por tanto no es comparable con el último informe. Para obtener más información sobre este ajuste, véase *Colombia: monitoreo de cultivos de coca 2013* arriba citado.

Estados Unidos de América
México
CARIBE
CENTROAMÉRICA
Venezuela
(República Bolivariana de)
Colombia
Ecuador
Perú
Bolivia (Estado Plurinacional de)
Paraguay
Brasil
Chile
Argentina
EUROPA OCCIDENTAL Y CENTRAL
ÁFRICA OCCIDENTAL
Cabo Verde
Sudáfrica
Qatar
Omán
India
China
Hong Kong (China)
Singapur
Australia
Canadá
Estados Unidos de América
Colombia
Perú
Chile
Argentina
Brasil

Corrientes de cocaína procedentes de/destinadas a países o regiones

Tráfico principal

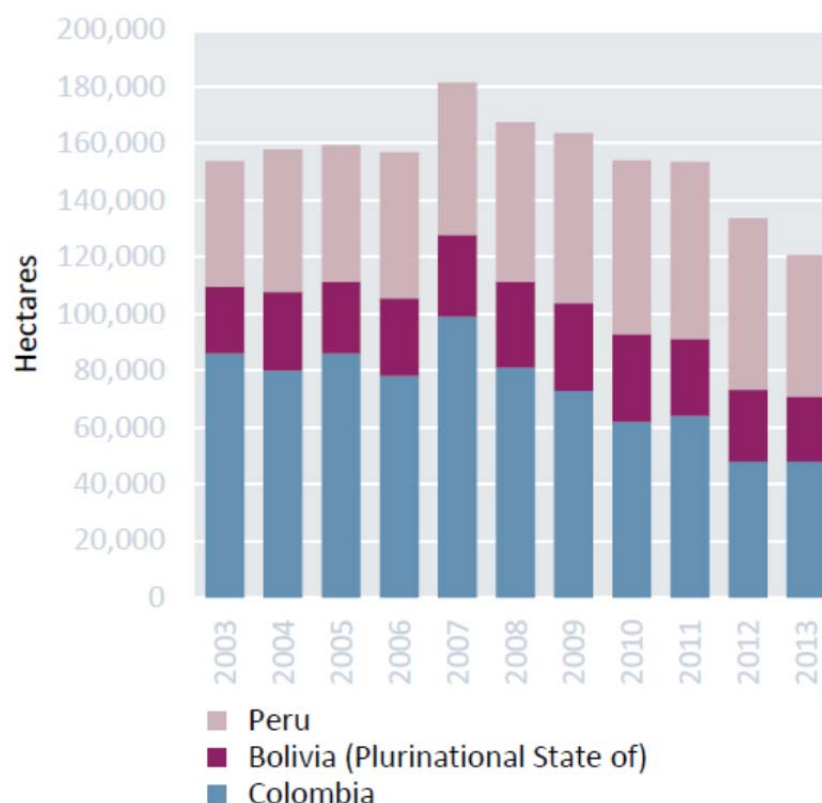
Otras rutas de tráfico

Países de origen más mencionados en relación con las incautaciones de droga

Fuente: UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales y base de datos de incautaciones de droga individuales.

Notas: Las rutas de tráfico representadas en este mapa deben ser consideradas ampliamente indicativas y basadas en análisis de datos más que rutas definitivas. Estos análisis se basan en datos relativos a incautaciones oficiales de droga practicadas a lo largo de las rutas de tráfico, así como en informes oficiales de los países y las respuestas al cuestionario para los informes anuales. Es posible que las rutas se desvíen a otros países próximos y hay muchas corrientes secundarias que tal vez no aparezcan. Los límites geográficos que figuran en el mapa no implican la aprobación o aceptación oficial de las Naciones Unidas. Las líneas discontinuas representan límites geográficos indeterminados. La línea punteada representa aproximadamente la Línea de Control en Jammu y Cachemira convenida por la India y el Pakistán. Las partes aún no han acordado la condición definitiva de Jammu y Cachemira. La frontera definitiva entre el Sudán y Sudán del Sur aún no ha sido determinada.

FIG. 52. Coca bush cultivation, 2003-2013



Source: UNODC, responses to annual report questionnaire and other official sources.

Gráfico 52. Cultivo de arbusto de coca, 2003-2013

Hectáreas

Perú

Bolivia (Estado Plurinacional de)

Colombia

Fuente: UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales y otras fuentes oficiales.

Generalmente, la cocaína se transporta hacia el norte desde los países andinos de América del Sur en dirección a América del Norte y por el Atlántico hacia Europa pasando por el Caribe o África, utilizando diversos medios, incluidos el aéreo y el marítimo. Los casos de incautación de drogas comunicados a la UNODC indican que en los últimos años ha aumentado el tráfico marítimo como medio para transportar grandes cantidades de cocaína, hasta llegar a representar el 60% del volumen total incautado (véase el gráfico 53). El tráfico por aire es muy frecuente y representa más del 50% de las incautaciones efectuadas, pero las cantidades aprehendidas son comparativamente pequeñas (promedio de 6 kg por caso en el período 2009-2014) (véase el gráfico 54).

El hecho de que en 2013 siguiera disminuyendo el cultivo de arbusto de coca hasta alcanzar su nivel más bajo en los últimos tres decenios puede explicar en parte la contracción de algunos mercados de cocaína y la reducción en la disponibilidad de esta droga en, por ejemplo, los Estados Unidos y más recientemente, el Canadá. Los fructíferos esfuerzos de los organismos de represión antidroga, junto

con los conflictos entre grupos delictivos transnacionales, también han influido en la disponibilidad de cocaína²⁷⁰.

Después del aumento observado entre 2011 y 2012, la incautación de cocaína se ha mantenido estable (687 t incautadas en 2013 frente a 684 t en 2012), a pesar de que en los dos principales mercados de cocaína, los Estados Unidos (descenso del 65%, de 104 t a 37 t) y Europa occidental y central (descenso del 18%, de 71 t a 58 t) (véase el gráfico 55), ha disminuido el número de incautaciones. La única región donde aumentó la incautación de cocaína en 2013 fue Centroamérica y el Caribe, pasando de 78 t en 2012 a 162 t en 2013.

En 2013, Colombia volvió a notificar el mayor volumen de incautación anual de cocaína de todos los países del mundo, si bien las incautaciones de cocaína base, pasta de coca y sales de cocaína disminuyeron de 243 t en 2012 a 226 t en 2013. Las autoridades de Colombia informaron que con frecuencia habían encontrado resistencia al llevar a cabo actividades destinadas a reducir la oferta, como el monitoreo del cultivo de arbusto de coca y de la producción de cocaína, lo que podría haber tenido cierta influencia en las incautaciones.

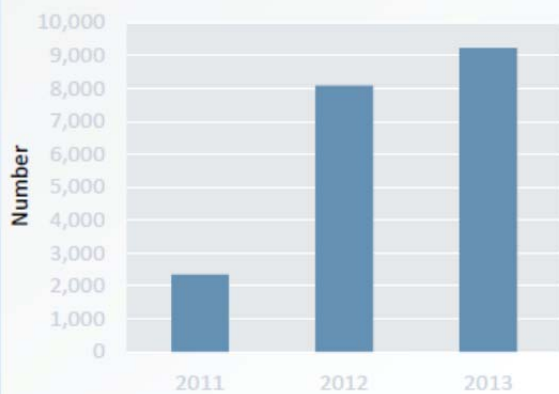
CONTINUO AUMENTO EN LA ERRADICACIÓN DE COCA Y EL DESMANTELAMIENTO DE LABORATORIOS

En 2013 siguió aumentando la erradicación manual del arbusto de coca en el Estado Plurinacional de Bolivia hasta alcanzar las 11.407 ha, mientras que la incautación de hoja de coca disminuyó considerablemente con relación a 2012. Las autoridades peruanas erradicaron en 2013 más de 23.900 ha dedicadas al cultivo de arbusto de coca; la mayoría de los esfuerzos se centraron en la zona de Palcazú-Pichis-Pachitea y el valle del Monzón, que eran las zonas con mayores tasas de crecimiento de la superficie para el cultivo y actuaban como puntos neurálgicos de producción de derivados ilícitos de la coca producidos localmente o provenientes de otros lugares. Debido a los esfuerzos de erradicación y a la subsiguiente disminución del suministro de hoja de coca, el precio medio de la hoja de coca seca en el Perú se incrementó en un 30% en 2013. Las autoridades comunicaron^a que los programas de erradicación ejecutados por el Estado en los últimos años habían hecho que las organizaciones de traficantes de drogas trasladaran el cultivo ilícito a zonas cada vez más dispersas y aisladas. En Colombia, entre las actividades emprendidas en 2013 para reducir la oferta figuraban la aspersión aérea de más de 47.000 ha de arbustos de coca y la erradicación manual de más de 22.000 ha.

Fuera de los principales países productores de cocaína también hay laboratorios clandestinos que procesan cocaína. En 2013, varios países de América del Sur, entre ellos la Argentina, Chile, el Ecuador y la República Bolivariana de Venezuela, notificaron la detección de laboratorios clandestinos donde se procesaban derivados de la hoja de coca, pero el número total de laboratorios desmantelados ha disminuido desde 2011. Dos países europeos también informaron de la detección de laboratorios clandestinos donde se procesaban derivados de la hoja de coca; sin embargo, los laboratorios de cocaína detectados fuera de América del Sur suelen ser laboratorios de extracción secundaria, donde la cocaína se separa de otros materiales, como por ejemplo prendas de vestir o plásticos, empleados para transportar y ocultar la droga. En el Estado Plurinacional de Bolivia, el número de laboratorios de clorhidrato de cocaína destruidos por las autoridades aumentó en un 81% hasta alcanzar la cifra de 67 en 2013. En ese año, las autoridades colombianas destruyeron un total de 2.128 laboratorios dedicados a la extracción de pasta de coca o cocaína base, así como 208 laboratorios de clorhidrato de cocaína.

²⁷⁰ Estados Unidos, DEA, *National Drug Threat Assessment Summary, 2013* (noviembre de 2013).

Cocaine-type laboratories dismantled, 2011-2013



Source: UNODC, responses to annual report questionnaire and other official sources.

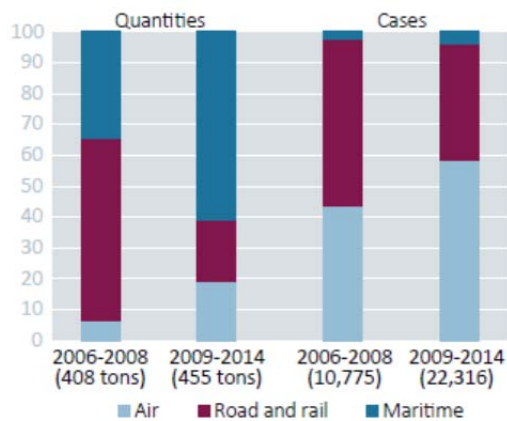
Laboratorios de cocaína desmantelados, 2011-2013

Número

Fuente: UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales y otras fuentes oficiales.

^a Informe nacional presentado por el Perú a la 24ª Reunión de Jefes de los Organismos Nacionales Encargados de Combatir el Tráfico Ilícito de Drogas, América Latina y el Caribe.

FIG. 53. Cocaine seizures, by mode of transportation (number of cases and quantity), 2006-2008 and 2009-2014



Source: UNODC, individual drug seizure database.

Note: Excludes cases in which the mode of transportation was unknown, not applicable or specified as "other".

Gráfico 53. Incautaciones de cocaína, por modo de transporte (número y cantidad de incautaciones), 2006-2008 y 2009-2014

Cantidad

Incautaciones

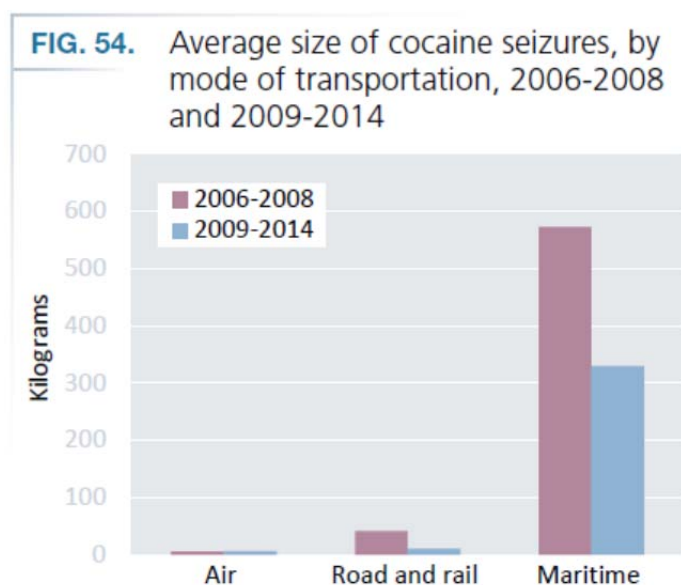
(420 t) (455 t) (10 775 t) (22 316 t)

Aéreo Carretera y tren

Marítimo

Fuente: UNODC, base de datos de incautaciones individuales de droga.

Nota: Se excluyen los casos en que el medio de transporte era desconocido, no aplicable o se especificaba como "otro".



Source: UNODC, individual drug seizure database.

Note: Excludes cases in which the mode of transportation was unknown, not applicable or specified as "other". The values in the figure are based on 4,714 seizure cases by air, 5,817 cases by road and rail and 244 maritime cases, for 2006-2008. For 2009-2014, the figures are based on 13,058 seizure cases by air, 8,415 cases by road and rail and 843 maritime cases.

Gráfico 54. Tamaño medio de las incautaciones de cocaína, por modo de transporte, 2006-2008 y 2009-2014

Kilogramos

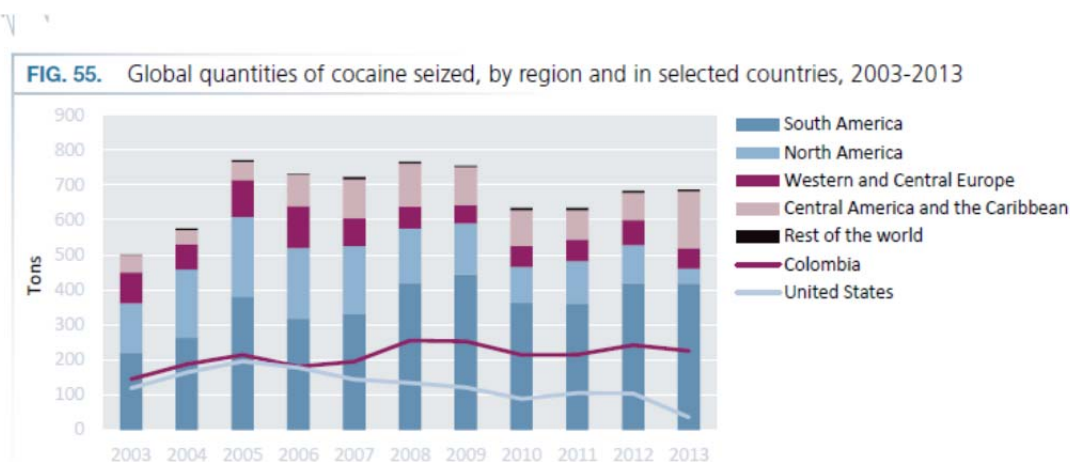
Aéreo

Carretera y tren

Marítimo

Fuente: UNODC, base de datos de incautaciones de droga.

Nota: Se excluyen los casos en que el medio de transporte era desconocido, no aplicable o se especificaba como "otro". Los valores de la figura se basan en 4.714 casos de incautación por aire, 5.817 casos por carretera y tren y 244 casos por mar, para 2006-2008. Para 2009-2014, las cifras se basan en 13.058 casos de incautación por aire, 8.415 casos por carretera y tren y 843 casos por mar.



Source: UNODC, responses to annual report questionnaire and other official sources.

Gráfico 55. Cantidad mundial de cocaína incautada, por región y en países seleccionados, 2003-2013

Toneladas

América del Sur
América del Norte
Europa occidental y central
Centroamérica y el Caribe
Resto del mundo
Colombia
Estados Unidos

Fuente: UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales y otras fuentes.

América del Norte: un mercado de cocaína en retroceso

Es posible que las medidas aplicadas para reducir la oferta hayan dado lugar a una reducción del tamaño del mercado de cocaína en algunas zonas del mundo, hecho que se ha reflejado en el descenso del número de incautaciones practicadas y en la disminución de la prevalencia del consumo de cocaína. En comparación con años anteriores, en 2013 se redujo el volumen de cocaína incautada en las aduanas del Canadá. La mayor parte de la incautación de cocaína correspondió a remesas procedentes del Caribe, Centroamérica y América del Sur y, en menor medida, los Estados Unidos, a través de carga aérea, correo y equipaje de pasajeros, y la mayoría de la cocaína que entra en el Canadá lo hace por los principales puertos marítimos. Algunas de las posibles explicaciones para la reducción del mercado de cocaína en el Canadá son que los consumidores han cambiado sus preferencias y que las organizaciones delictivas han modificado sus tácticas y rutas en un intento por evitar ser detectadas por las autoridades encargadas de hacer cumplir la ley.

En 2013, la prevalencia del consumo de cocaína en los Estados Unidos se estimó en el 1,6% de la población mayor de 12 años, porcentaje que se ha mantenido estable en los últimos años, aunque todavía es considerablemente más bajo que en 2006. El consumo de cocaína en alumnos de educación secundaria ha disminuido, con una prevalencia anual que casi se ha reducido a la mitad desde 2006, cuando se situó en el 3,5%, para bajar hasta el 1,8% en 2013. En los últimos años también ha disminuido la proporción de jóvenes que perciben que la cocaína es fácil de obtener.

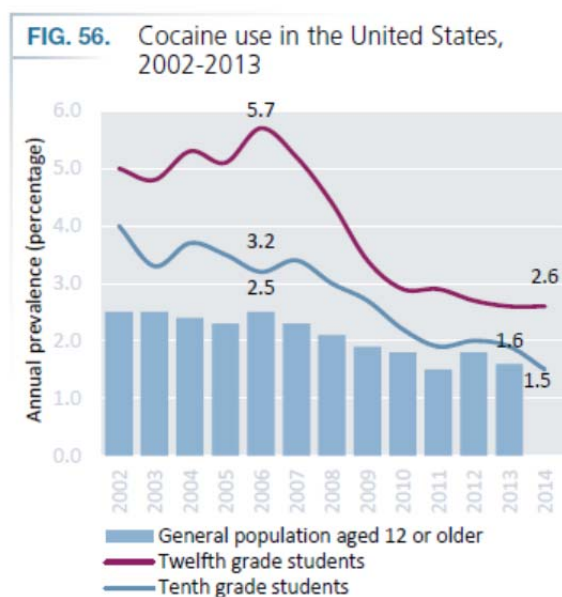


Gráfico 56. Consumo de cocaína en los Estados Unidos, 2002-2013

Prevalencia anual (porcentaje)

Población general mayor de 12 años
Alumnos de grado 12
Alumnos de grado 10

Fuente: Estados Unidos, SAMHSA.

América del Sur: aumento del consumo de cocaína

Las tendencias a largo plazo muestran que la cantidad de cocaína incautada a nivel mundial se mantuvo estable, siendo los países de América del Sur los que siguen registrando el mayor volumen de incautación de cocaína en el mundo. En América del Sur, se estimó que la prevalencia anual del consumo de cocaína había aumentado del 0,7% en 2010 (1,84 millones de consumidores) al 1,2% en 2012 (3,34 millones de consumidores), es decir, tres veces el nivel medio mundial estimado de consumo, y en 2013 siguió al mismo nivel. Expertos de Chile y Costa Rica observaron un aumento del consumo de cocaína en los datos del año anterior, pero el aumento del consumo de cocaína en la subregión obedece al incremento del consumo en el Brasil, que es el mayor mercado de cocaína de América del Sur. Aunque últimamente no se ha realizado ninguna encuesta en el Brasil, extrapolando datos de una encuesta de estudios universitarios, la UNODC estima que existe una prevalencia del consumo de cocaína del 1,75% en la población adulta del país. Debido a su situación geográfica, el Brasil desempeña una función estratégica en el tráfico de cocaína, cuyas incautaciones se duplicaron en el país en 2013 hasta superar las 40 t. La cocaína entra en el Brasil por vía aérea (pequeñas aeronaves), terrestre (automóviles, camiones y autobuses) y fluvial (embarcaciones por el río Amazonas y sus afluentes), y después es enviada al extranjero, sobre todo a Europa, bien directamente o bien a través de África (alrededor del 30% de la cocaína incautada en el país es destinada a mercados externos)²⁷¹, utilizando contenedores y aeronaves.

²⁷¹ Informe nacional presentado por el Brasil a la 24ª Reunión de Jefes de los Organismos Nacionales Encargados de Combatir el Tráfico Ilícito de Drogas, América Latina y el Caribe.

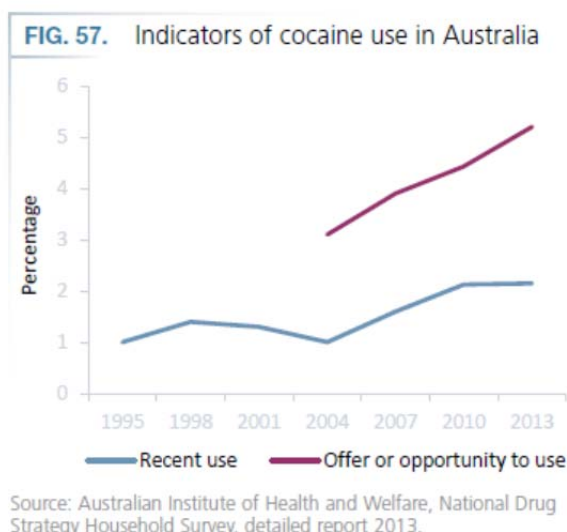


Gráfico 57. Indicadores del consumo de cocaína en Australia

Porcentaje

Consumo reciente

Ofrecimiento u oportunidad para consumir

Fuente: Instituto Australiano de Salud y Bienestar, National Drug Strategy Household Survey Report, informe detallado correspondiente a 2013.

TABLE 7. Cocaine indicators in Brazil, most recent data	
Seizures	42 tons
Treatment	Majority of cases in treatment are polydrug users (all substances) and 20 per cent of drug users in treatment are for cocaine use only

Cuadro 7. Indicadores relativos a la cocaína en el Brasil, datos más recientes

Incautaciones 42 t

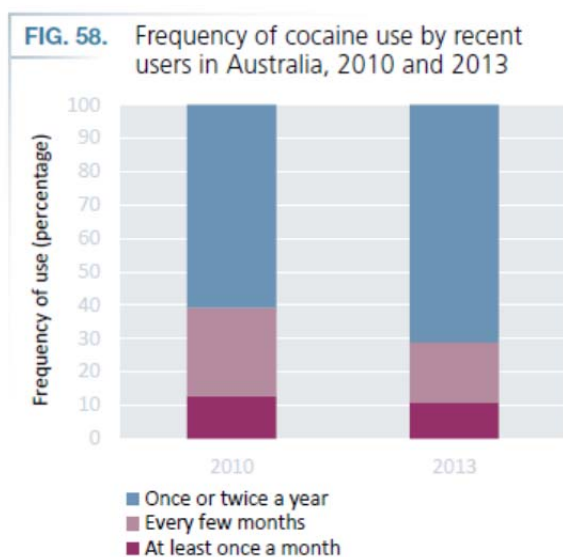
Tratamiento La mayoría de casos en tratamiento son consumidores de varias drogas (todas las sustancias); el 20% de los consumidores de drogas solo reciben tratamiento por consumo de cocaína

En 2013, el volumen de incautación de cocaína (base, pasta y sales) disminuyó en el Estado Plurinacional de Bolivia, el Perú y la República Bolivariana de Venezuela. En el Estado Plurinacional de Bolivia, la incautación de cocaína alcanzó su nivel más bajo desde 2007. La incautación de pasta de coca en el Perú llegó a su máximo en 2012, pero descendió a 10,8 t en 2013, mientras que la incautación de sal de cocaína aumentó ligeramente hasta 13,3 t en 2013. En la República Bolivariana de Venezuela, la incautación de cocaína disminuyó a 20,5 t en 2013 (frente a las 27,6 t de 2012). Según las autoridades de la República Bolivariana de Venezuela, el país sigue siendo un punto de tránsito de la cocaína, especialmente la que se transporta por vía aérea en aeronaves privadas, pero las nuevas reformas legislativas introducidas recientemente en materia de control de tráfico aéreo han permitido reducir la entrada y salida de aeronaves no controladas, lo que ha propiciado una reducción

del tráfico de drogas por aire²⁷². Tres países europeos²⁷³ incluyeron a la República Bolivariana de Venezuela entre los principales países de origen o tránsito de la cocaína incautada en 2013.

Australia: más personas consumen cocaína, pero con menos frecuencia

En Australia, aunque el consumo de drogas como el cannabis, el éxtasis, la metanfetamina y la anfetamina, ha descendido en términos generales desde 2004, el número de personas que consumen cocaína ha ido en aumento desde entonces (véase el gráfico 57). Sin embargo, la frecuencia de consumo de cocaína por usuarios recientes ha disminuido, con una proporción más baja de personas que han consumido en el último mes (18%) y una proporción más alta que la toman solo una o dos veces al año (71%). En 2013, aumentó la proporción de personas a las que se les ofreció cocaína o tuvieron la oportunidad de consumirla (del 4,4% en 2010 al 5,2%), a pesar de que el precio de venta al por menor se ha incrementado en los últimos años. Las percepciones de los consumidores sobre la nocividad de la sustancia han descendido hasta situarse en el 3,6% de las personas que consideran que la cocaína es la droga más preocupante, lo que puede explicar en parte el aumento del número de personas que han probado la cocaína²⁷⁴.



Source: Australian Institute of Health and Welfare, National Drug Strategy Household Survey, detailed report 2013.

Gráfico 58. Frecuencia de consumo de cocaína por consumidores recientes en Australia, 2010 y 2013

Frecuencia de consumo (porcentaje)

Una o dos veces al año

Cada pocos meses

Al menos una vez al mes

Fuente: Instituto Australiano de Salud y Bienestar, National Drug Strategy Household Survey, informe detallado correspondiente a 2013.

²⁷² UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales presentadas por la República Bolivariana de Venezuela para 2013, e informe nacional presentado por la República Bolivariana de Venezuela a la 24ª Reunión de Jefes de los Organismos Nacionales Encargados de Combatir el Tráfico Ilícito de Drogas, América Latina y el Caribe.

²⁷³ Francia, Polonia y España.

²⁷⁴ Australian Institute of Health and Welfare, 2013 *National Drug Strategy Household Survey Report* (véase la nota 256).

El mercado de la cocaína de Nueva Zelanda sigue siendo muy limitado, con poco más de 228 g de cocaína incautados en 2013, y su consumo raras veces llama la atención de los organismos de salud.

Europa: un mercado de cocaína estable

El consumo de cocaína sigue siendo elevado en los principales mercados de Europa occidental y central (en torno al 1,0% de la población de edad comprendida entre los 15 y los 64 años). No obstante, hay indicios de una tendencia descendente en los países con altos niveles de consumo, como Dinamarca, España e Italia, mientras que el Reino Unido notificó una tendencia ascendente en el consumo de cocaína durante el último año (véase el gráfico 59) y la mayoría de los demás países comunicaron tendencias estables o descendentes de este consumo. También se observa una tendencia a la baja en la demanda de tratamiento por consumo de cocaína, lo que puede indicar una reducción del mercado europeo de cocaína.

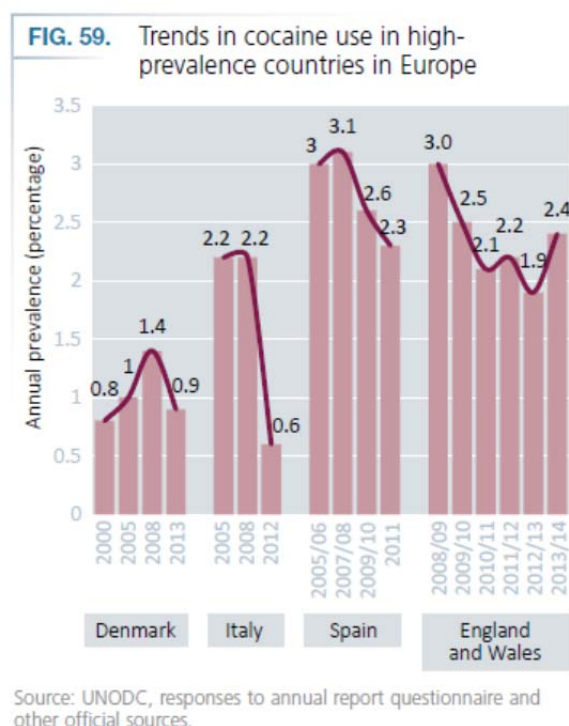


Gráfico 59. Tendencias en el consumo de droga en países europeos con alta prevalencia

Prevalencia anual (porcentaje)

Dinamarca Italia España Inglaterra y Gales

Fuente: UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales y otras fuentes oficiales.

Según los datos sobre las incautaciones, la cocaína es la tercera droga con la que más se trafica en Europa, por detrás de la hierba de cannabis y la resina de cannabis. En los últimos decenios, debido a la apertura de nuevas rutas, el tráfico (y el consumo) de cocaína en Europa ha evolucionado y se ha vuelto más complejo. Las cantidades de cocaína interceptadas en Europa comenzaron a aumentar a mediados del decenio de 1990 hasta alcanzar un volumen total de 121 t en 2006, que posteriormente disminuyó a un promedio de 62 t entre 2008 y 2013. La incautación en la península Ibérica, uno de los principales puntos de entrada de cocaína en Europa, alcanzó un máximo en 2006 para luego descender hasta 2012. Sin embargo, las incautaciones aumentaron en 2013, posiblemente como reflejo de un cambio en las prioridades de los organismos encargados de hacer cumplir la ley o un cambio en el *modus operandi* de los traficantes. Dado que la cocaína es considerada a menudo una droga de élite, el

clima económico puede ser la razón del descenso en el número de incautaciones y una posible bajada relacionada en el consumo de cocaína.

En los últimos años, Europa oriental ha registrado un aumento en el número de interceptaciones de cocaína, aunque las cantidades incautadas fueron pequeñas, lo que hace pensar en que el mercado de cocaína se está desplazando hacia el este²⁷⁵. Los expertos en tendencias del consumo de cocaína en la Federación de Rusia informan de un incremento, mientras que en otros países de la subregión se observa que el consumo se ha estabilizado.

Centroamérica y el Caribe: puntos de tránsito del tráfico de cocaína

En 2013, la prevalencia del consumo de cocaína se mantuvo alta en Centroamérica y el Caribe, y la subregión siguió considerada área de tránsito para la cocaína transportada en dirección a Europa. Las características del tráfico de drogas en Centroamérica parecen ser relativamente estables, siendo Panamá (41 t) y Costa Rica (20 t) los países donde se incautó la mayor parte de la cocaína de la región en 2013. Costa Rica informó de que había dejado de ser un país principalmente de tránsito, para convertirse en un país de tránsito y almacenamiento temporal. Trinidad y Tabago se incautó de 2,3 t de cocaína en 2013, superando el nivel máximo alcanzado previamente en 2005, de 1,9 t. Las autoridades han observado un cambio en las tácticas utilizadas en el tráfico de drogas, dado que ahora los traficantes y los contrabandistas cancelan vuelos confirmados en el último minuto para volver a hacer otra reserva apresuradamente y de ese modo tratar de evitar ser detectados durante el control de pasajeros.

África: sigue siendo un centro de tránsito de la cocaína con destino a Europa

Aunque la información sobre el alcance del consumo y el tráfico de cocaína en África es limitada, las estimaciones sobre la prevalencia del consumo correspondientes a África meridional y África occidental y central indican una elevada prevalencia anual del 0,7% en 2013. Se sigue utilizando el continente africano como región de reexpedición del tráfico de cocaína hacia Europa, y los países de África occidental actúan de zonas de tránsito. Nigeria notificó la incautación de 209 kg de cocaína en 2013, mientras que Ghana comunicó un máximo sin precedentes de 901 kg. Côte d'Ivoire también notificó la incautación de 20 kg de cocaína en 2013, lo que supone una disminución con respecto a los 27 kg de 2012. Entre 2010 y 2012, el volumen de incautación de cocaína notificado en África oriental aumentó considerablemente, especialmente en la República Unida de Tanzania. Las autoridades de este país informan de que, desde 2013, han observado que los traficantes han cambiado su *modus operandi* y transportan cocaína en cantidades más pequeñas para evitar que sea detectada²⁷⁶.

²⁷⁵ UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales presentadas por la Federación de Rusia, 2013; EMCDDA y Europol, *EU Drug Markets Report: a Strategic Analysis* (Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2013).

²⁷⁶ Informe nacional presentado por la República Unida de Tanzania a la 24ª Reunión de Jefes de los Organismos Nacionales Encargados de Combatir el Tráfico Ilícito de Drogas, África.

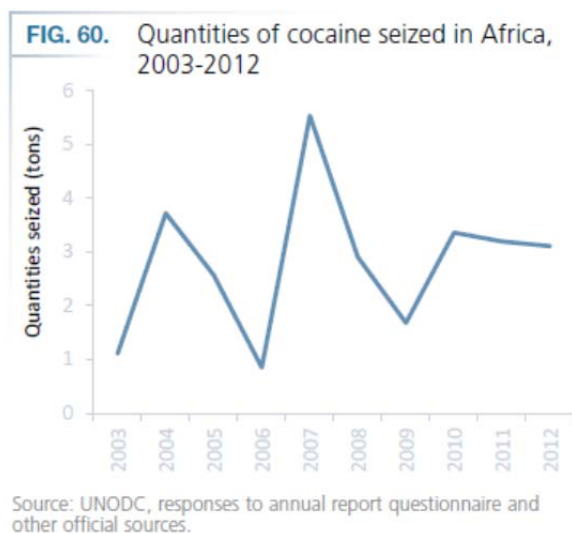


Gráfico 60. Cantidad de cocaína incautada en África, 2003-2012

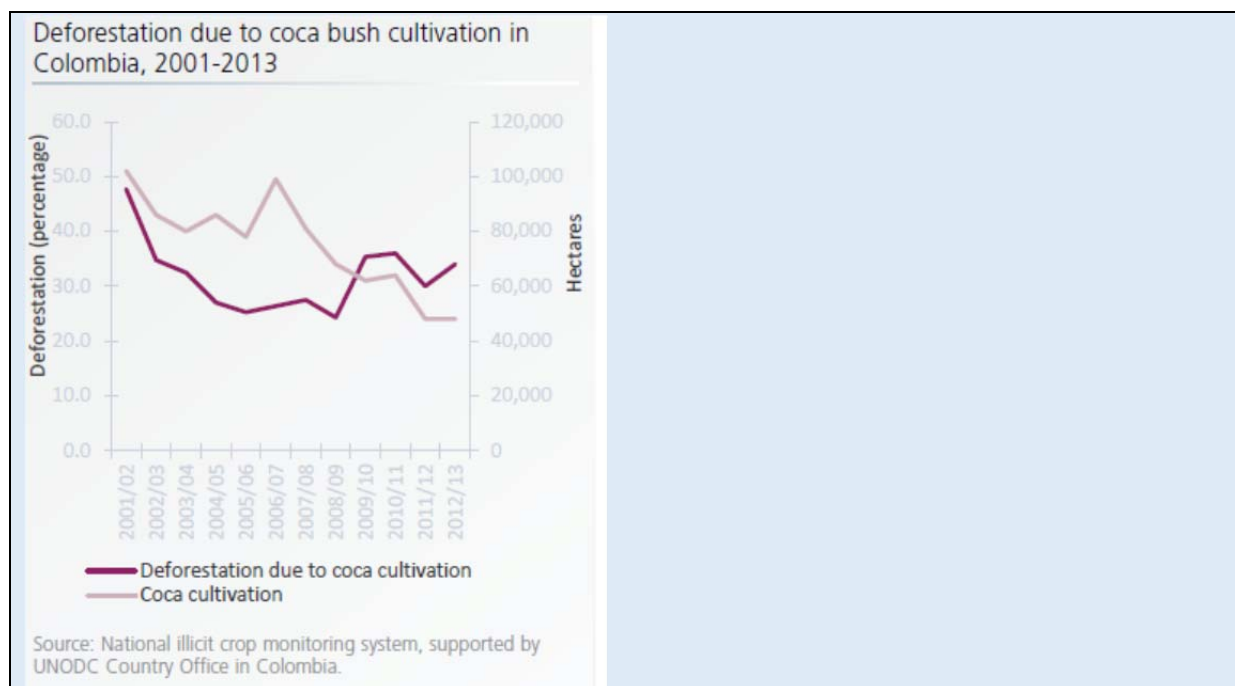
Cantidades incautadas (toneladas)

Fuente: UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales y otras fuentes oficiales.

LA CARGA AMBIENTAL DE LA PRODUCCIÓN DE COCAÍNA

El cultivo ilícito de arbusto de coca y la transformación de hoja de coca en cocaína provocan graves daños ambientales. El cultivo de arbusto de coca se realiza en el ecosistema de los Andes septentrionales, foco de biodiversidad^a y región más rica en especies de la Tierra^b, donde el cultivo del arbusto de coca tiene efectos devastadores. La deforestación es el aspecto más investigado del impacto en el medio ambiente^c. Recientes estudios en los que se emplearon imágenes por satélite^d han proporcionado una imagen más clara del daño causado a la vegetación. Solo en Colombia, entre 2001 y 2013^e, cerca de 290.000 ha de bosque se perdieron directamente por cultivos de arbusto de coca. La técnica de tala y quema se emplea para despejar nuevos terrenos mediante el fuego^f, lo que acaba eliminando el manto vegetal que protege el suelo. Además de la pérdida de bosque, también aumenta la erosión. Los agricultores se desplazan a zonas sin desarrollar y necesitan desbrozar terrenos adyacentes para establecer cultivos de subsistencia. Así, aunque el cultivo de arbusto de coca ha disminuido, el porcentaje de deforestación causada por este cultivo ha aumentado. Estudios recientes han puesto de manifiesto que la proximidad a cultivos de arbusto de coca aumenta la probabilidad de pérdida de bosque, y que la deforestación es “contagiosa” en zonas donde se cultiva el arbusto de coca^g. Además, la presencia de cultivos de arbusto de coca en parques naturales^h incrementa el impacto negativo en la biodiversidad.

Los herbicidas y fertilizantes que se emplean en estos cultivos y los productos químicos utilizados en la transformación de hoja de coca en cocaína también causan daños ambientales, aunque existen muchas menos pruebas sobre esta cuestión. Lo que sí se sabe, sin embargo, es que solo en 2005, 81.000 t y 83.000 barriles de fertilizantes, pesticidas y herbicidas, muchos de ellos considerados de elevada toxicidad, se utilizaron para cultivar arbusto de coca en Colombia. Estos productos, junto con gasolina, bases alcalinas, ácido sulfúrico, amoníaco y permanganato potásico necesarios para transformar la hoja de coca en cocaína, acaban cayendo a la tierra y a la capa freática.



Deforestación debida al cultivo de arbusto de coca en Colombia, 2001-2013

Deforestación (porcentaje)

Hectáreas

Deforestación debida al cultivo de coca

Cultivo de coca

Fuente: Sistema nacional de vigilancia de cultivos ilícitos, apoyado por la Oficina de la UNODC en Colombia.

^a Andrew V. Bradley y Andrew C. Millington, “Coca and colonists: quantifying and explaining forest clearance under coca and anti-narcotics policy regimes”, *Ecology and Society*, vol. 13, núm. 1 (2008).

^b UNODC, *Coca Cultivation in the Andean Region: a Survey of Bolivia, Colombia and Peru* (junio de 2006), parte 2.

^c Liliana M. Dávalos y otros, “Forests and drugs: coca-driven deforestation in tropical biodiversity hotspots”, *Environmental Science and Technology*, vol. 45, núm. 4 (2011), págs. 1219 a 1227; UNODC, *Colombia: Coca Cultivation Survey 2014*; *Coca Cultivation in the Andean Region: a Survey of Bolivia, Colombia and Peru* y Bradley y Millington, “Coca and colonists: quantifying and explaining forest clearance under coca and anti-narcotics policy regimes”.

^d *Ibid.*

^e *Colombia: monitoreo de cultivos de coca 2013*.

^f A. Gomez y otros, “Examining the potential of using information on fire detected by MODIS and socio-economic variables to highlight potential coca cultivations in forest areas in Colombia”, *The Open Geography Journal*, vol. 6 (2014), págs. 18 a 29.

^g Ricardo Rocha y Hermes Martínez, “Coca y deforestación en Colombia”, Serie Archivos de Economía, documento núm. 375, (Bogotá, 2011); Dávalos y otros, “Forests and drugs: coca-driven deforestation in tropical biodiversity hotspots”.

^h *Coca Cultivation in the Andean Region: a Survey of Bolivia, Colombia and Peru, parte 2; Colombia: monitoreo de cultivos de coca 2014 y Bolivia: monitoreo de cultivos de coca 2014.*

Asia: el consumo de cocaína es estable pero limitado

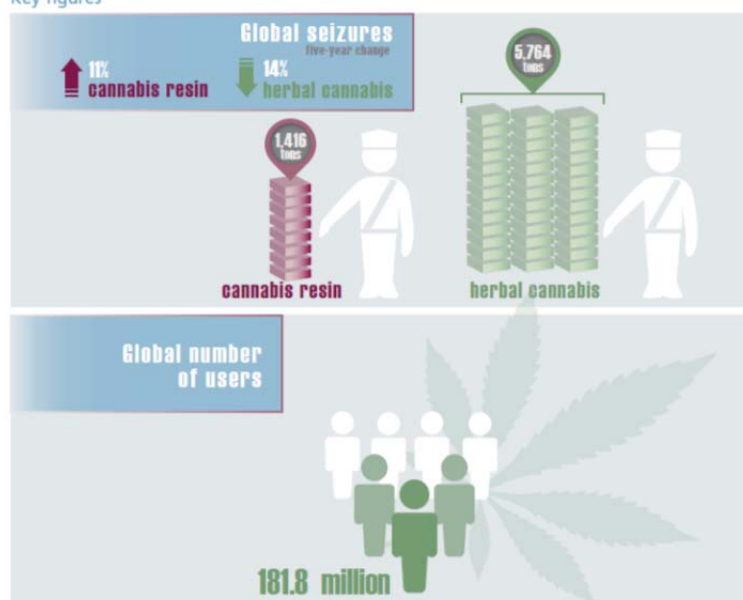
Limitado en su mayor parte a los países del Asia oriental y sudoriental y el Cercano Oriente y el Oriente Medio, el consumo de cocaína en Asia se mantiene relativamente bajo, con una prevalencia del 0,05% en la población de 15 a 64 años de edad (aproximadamente 1,3 millones de consumidores). En los últimos tres años, el volumen de cocaína incautada no ha variado y en 2013 se interceptaron 2 toneladas en la región. No obstante, algunos países notifican cada año la incautación de cantidades excepcionalmente grandes de cocaína; por ejemplo, en 2013 en el Pakistán se incautó alrededor de 1 tonelada. Se trata de cantidades mayores que las incautadas en el pasado, lo que lleva a pensar que en la región existe tráfico de cocaína y que en algunas partes de Asia pueden estar apareciendo focos de consumo.

CANNABIS

Datos fundamentales

CANNABIS

Key figures



Note: Data for seizures and number of users are from 2013.

Incautaciones mundiales

Evolución en cinco años

11% resina de cannabis

14% hierba de cannabis

1.416 t de resina de cannabis

5.764 t de hierba de cannabis

Número de consumidores en todo el mundo 181,8 millones

Nota: Los datos sobre las incautaciones y el número de consumidores son de 2013.

El cultivo de cannabis, un fenómeno mundial

Las plantas de cannabis se cultivan prácticamente en cualquier parte del mundo, lo que hace difícil calcular los niveles mundiales de cultivo y producción de cannabis. La hierba de cannabis se produce en casi todos los países, mientras que la producción de resina de cannabis se circunscribe a unos cuantos países del norte de África, el Oriente Medio y Asia sudoccidental. Marruecos informó de que en 2013 había 47.196 ha de cultivo de cannabis, un ligero descenso comparado con las 52.000 ha comunicadas en 2012, y Mongolia notificó la existencia de 15.000 ha de tierra cubiertas por el cannabis. Con 10.000 ha dedicadas al cultivo comercial de la planta de cannabis en 2012, y una producción cercana a las 1.400 toneladas de resina de cannabis, el Afganistán es uno de los mayores productores de resina de cannabis, donde el cultivo de cannabis está vinculado al cultivo de adormidera: en el 38% de las aldeas donde se cultiva adormidera también existen cultivos de planta de cannabis, frente al 5% de las aldeas que no se dedican al cultivo de adormidera²⁷⁷.

La incautación de cannabis ha aumentado, aunque existen diferencias regionales

Los lugares donde se cultiva planta de cannabis varían desde domicilios donde se produce a pequeña escala hasta plantaciones industriales con producción a gran escala. Las técnicas y el equipo para el cultivo de planta de cannabis han ganado en profesionalidad e innovación, lo que ha redundado en un aumento de la capacidad de los cultivadores de planta de cannabis para evitar ser detectados por las autoridades; con todo, los datos de 2013 muestran un incremento en el volumen de incautación de hierba de cannabis y de resina de cannabis en todo el mundo (véanse los gráficos 61 y 62), lo que contrasta con la tendencia descendente en la incautación de hierba de cannabis iniciada en 2011 y puede obedecer a un aumento de las actividades de las autoridades o a un incremento de la producción y tráfico de cannabis, si bien con variaciones geográficas.

Los casos de incautación de droga comunicados a la UNODC indican que el tráfico por tierra representaba más del 60% del volumen total incautado y el número de casos, con un promedio de 190 kg por incautación durante el período 2009-2014. El tráfico por mar es el segundo método más empleado para transportar la droga, pero las cantidades interceptadas son relativamente mayores, con un promedio de 387 kg por incautación en el mismo período (véase el gráfico 63).

Cuadro 8. Erradicación de plantas de cannabis notificada, 2013

Erradicación (exterior)			Erradicación (interior)		
	Plantas (núm.)	Lugares (núm.)		Plantas (núm.)	Lugares (núm.)
Estados Unidos	4.024.605	6.376	Estados Unidos	361.183	2.747
Filipinas	2.013.678	451	Alemania	93.771	n.d.
Guatemala	2.000.000	n.d.	República Checa	66.279	276
Costa Rica	1.461.747	199	Irlanda	28.851	391
Brasil	900.744	n.d.	Nueva Zelandia	21.202	783
Italia	884.612	1.100	Letonia	14.220	14
Trinidad y Tabago	597.100	117	Italia	10.262	622
Ucrania	483.000	n.d.	Islandia	6.652	323
Bélgica	393.888	1.107	Bélgica	2.870	105
Nueva Zelandia	105.321	n.d.			

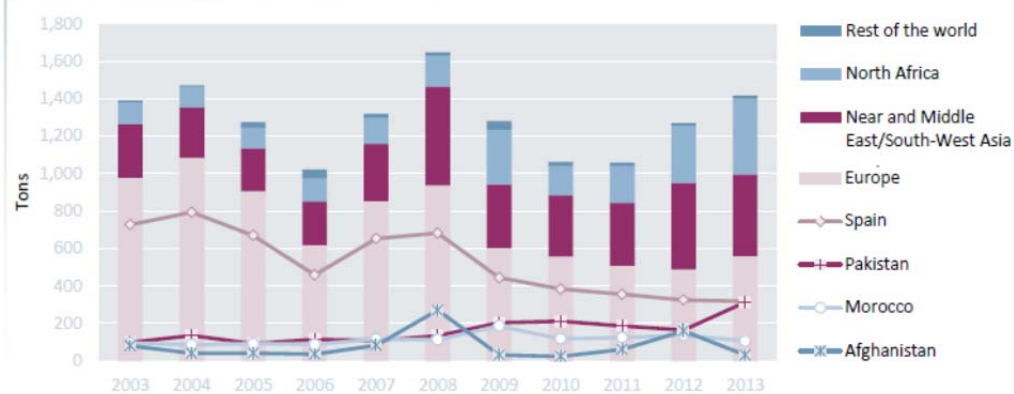
Fuente: UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales y otras fuentes oficiales.

Nota: n.d. = no disponible.

²⁷⁷ UNODC y Ministerio de Lucha contra los Estupefacientes del Afganistán, *Afghanistan Opium Survey 2013* (diciembre de 2013).

Note: n.a. = not available.

FIG. 61. Global quantities of cannabis resin seized, by region and in selected countries, 2003-2013



Source: UNODC, responses to annual report questionnaire and other official sources.

Gráfico 61. Cantidad mundial de resina de cannabis incautada, por región y en países seleccionados, 2003-2013

Toneladas

[please replace commas with blank spaces]

Resto del mundo

Norte de África

Oriente Próximo y Medio/Asia sudoccidental

Europa

España

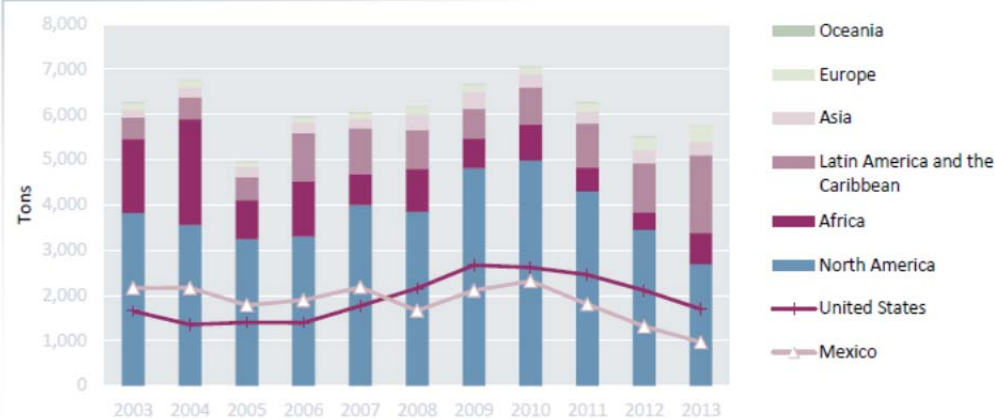
Pakistán

Marruecos

Afganistán

Fuente: UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales y otras fuentes oficiales.

FIG. 62. Global quantities of herbal cannabis seized, by region and in selected countries, 2003-2013



Source: UNODC, responses to annual report questionnaire and other official sources.

Gráfico 62. Cantidad mundial de hierba de cannabis incautada, por región y en países seleccionados, 2003-2013

Toneladas

Oceanía

Europa

Asia

América Latina y el Caribe

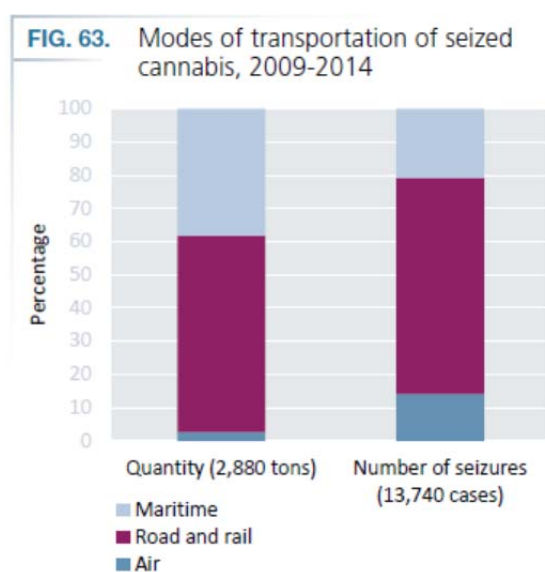
África

América del Norte

Estados Unidos

México

Fuente: UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales y otras fuentes oficiales.



Source: UNODC individual drug seizure database

Gráfico 63. Modos de transporte de cannabis incautado, 2009-2014

Porcentaje

Cantidad (2.880 t)

Núm. incautaciones (13.740)

Marítimo

Carretera y tren

Aéreo

Fuente: UNODC, base de datos de incautaciones de droga individuales.

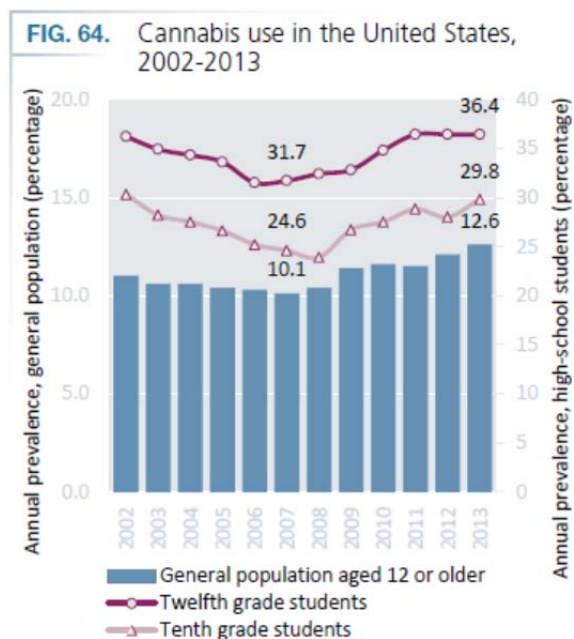


Gráfico 64. Consumo de cannabis en los Estados Unidos, 2002-2013

[left] Prevalencia anual, población general (porcentaje)
 [right] Prevalencia anual, alumnos de secundaria (porcentaje)
 Población general mayor de 12 años
 Alumnos de grado 12
 Alumnos de grado 10

Fuente: Estados Unidos, SAMHSA.

La tendencia en Europa y América Latina y el Caribe nunca ha llegado a experimentar un descenso. La contribución de América Latina y el Caribe al volumen total de hierba de cannabis incautada en todo el mundo aumentó del 20% al 30% en 2013, aunque las mayores incautaciones de hierba de cannabis se produjeron en América del Norte (47%). El incremento mundial en las cantidades de resina de cannabis que se incautaron en 2013 se debió principalmente al aumento registrado en el Pakistán, donde se pasó de 166 t en 2012 a 314 t en 2013, lo que contrarrestó la acusada disminución del volumen de resina de cannabis incautada en el Afganistán. Las cantidades decomisadas en el norte de África aumentaron en un 31%, a causa sobre todo de los incrementos registrados en Argelia (de 157 t en 2012 a 212 t en 2013) y Egipto (de 12 t a 84 t), y ello a pesar de la reducción observada en Marruecos, donde se pasó de 137 t en 2012 a 107 t en 2013. España representó el 23% del volumen mundial de resina de cannabis incautado en 2013.

América: aumento del consumo de cannabis y de los problemas conexos en los Estados Unidos

Con una prevalencia anual de consumo del 8,4% de las personas entre 15 y 64 años, el cannabis es la sustancia ilícita más comúnmente consumida en América, debido en gran medida al elevado nivel de consumo existente en América del Norte (11,6%). Los datos más recientes señalan que ha aumentado la prevalencia del consumo de cannabis en los Estados Unidos, hecho que ha merecido especial atención por los cambios que algunos estados están aplicando en sus legislaciones.

En 2013 se incrementó el consumo de cannabis por estudiantes de educación secundaria en los Estados Unidos (pasando de una prevalencia anual del 24,7% en 2012 al 25,8% en 2013), pero se ha

producido una considerable disminución del consumo de cannabis sintético hasta alcanzar una prevalencia anual del 6,4% en 2013, frente al 8% registrado en 2012, cuando se incluyó esta sustancia por primera vez en una encuesta escolar²⁷⁸. Los datos disponibles revelan una tendencia ascendente en los tratamientos relacionados con el cannabis en el último decenio, junto con un aumento de los ingresos hospitalarios por consumo de cannabis²⁷⁹.

Aunque América del Norte siguió siendo la región donde se incautaron las mayores cantidades de hierba de cannabis (47%), los Estados Unidos notificaron descensos en las incautaciones efectuadas entre 2009 y 2013 (véase el gráfico 65). La incautación en México mostró una tendencia similar y disminuyó entre 2010 y 2013. Pese a los recientes descensos, en los Estados Unidos y México se sigue concentrando la mayoría de las incautaciones mundiales de hierba de cannabis²⁸⁰. Las autoridades mexicanas informaron de la producción de hierba de cannabis, tanto para consumo local como destinada a los Estados Unidos, donde se introducía principalmente por tierra en vehículos particulares o en autobuses de pasajeros, utilizándose distintos métodos para su ocultamiento²⁸¹.

Datos recientes ponen de relieve que se ha incrementado el consumo de cannabis en América del Sur, especialmente en Chile (prevalencia anual de consumo del 7,5%) y Colombia (3,3%), y que se ha producido un acusado aumento de la incautación de hierba de cannabis, de 821 t en 2012 a 1.308 t en 2013, debido al considerable número de incautaciones en el Paraguay (462 t)²⁸², Colombia (408 t) y el Brasil (222 t). Cabe señalar que, en el contexto de la cooperación policial internacional que se lleva a cabo en esta región, el Brasil y el Paraguay efectúan operaciones conjuntas para erradicar la marihuana en el Paraguay. La Policía Federal Brasileña también realiza operaciones de erradicación en el noreste del Brasil²⁸³.

²⁷⁸ L. D. Johnston, y otros, *Monitoring the Future National Survey Results on Drug Use: 1975-2014: Overview, Key Findings on Adolescent Drug Use* (Institute for Social Research, University of Michigan, 2015).

²⁷⁹ Z. Mehmedic y otros, "Potency trends of Δ^9 -THC and other cannabinoids in confiscated cannabis preparations from 1993 to 2008", *Journal of Forensic Sciences*, vol. 55, núm. 5, págs. 1209 a 1217.

²⁸⁰ UNODC, *Informe Mundial sobre las Drogas 2014*.

²⁸¹ Informe nacional presentado por México a la 24ª Reunión de Jefes de los Organismos Nacionales Encargados de Combatir el Tráfico Ilícito de Drogas, América Latina y el Caribe.

²⁸² Informe nacional presentado por el Paraguay a la 24ª Reunión de Jefes de los Organismos Nacionales Encargados de Combatir el Tráfico Ilícito de Drogas, América Latina y el Caribe.

²⁸³ UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales presentadas por el Brasil, 2012-2013.

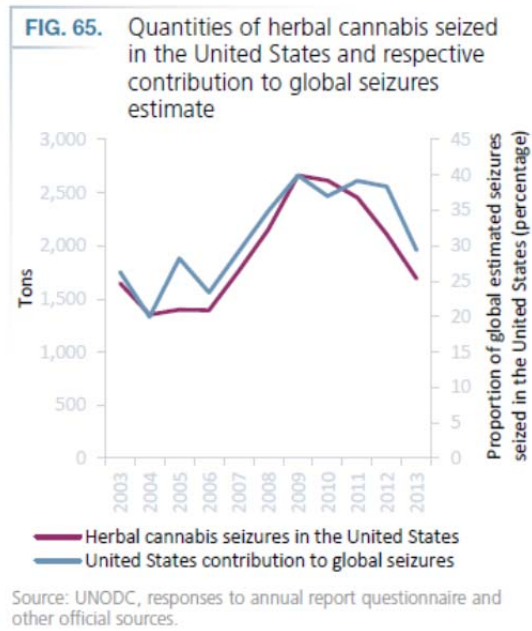


Gráfico 65. Cantidad de hierba de cannabis incautada en los Estados Unidos y contribución al cálculo de incautaciones mundiales

Toneladas

[right] Proporción de incautaciones mundiales estimadas en los Estados Unidos (porcentaje)

Incautaciones de hierba de cannabis en los Estados Unidos

Contribución de los Estados Unidos a las incautaciones mundiales

Fuente: UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales y otras fuentes oficiales.

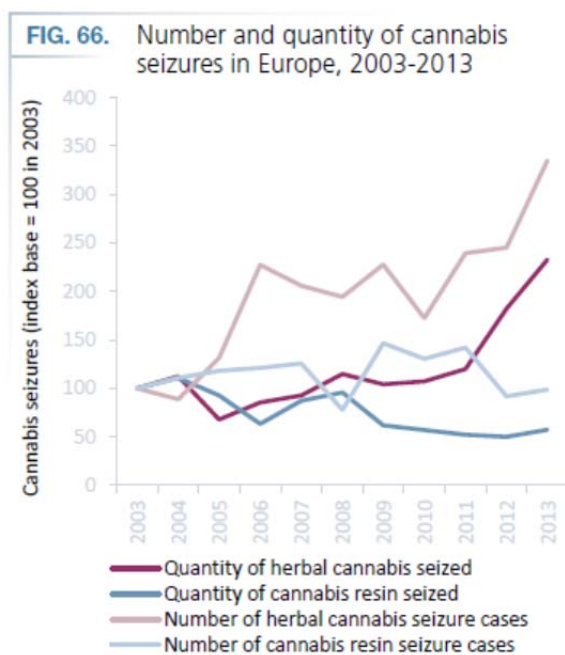


Gráfico 66. Número y volumen de las incautaciones de cannabis en Europa, 2003-2013

Incautaciones de cannabis (índice base = 100 en 2003)

Volumen de hierba de cannabis incautada

Volumen de resina de cannabis incautada

Número de incautaciones de hierba de cannabis

Número de incautaciones de resina de cannabis

Fuente: UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales y otras fuentes oficiales.

Europa: pese al aumento observado en los indicadores del mercado de cannabis, la prevalencia del consumo se mantiene estable

Europa es uno de los mayores mercados de consumo de resina de cannabis del mundo, si bien el mercado de Europa occidental parece estar ahora dominado por la hierba de cannabis. De las 2.050 t de cannabis que se calcula se consumieron en la Unión Europea y Noruega en 2012, el EMCDDA estima que 1.280 t correspondieron a hierba de cannabis, cuyo consumo está extendido más uniformemente por todos los países europeos que el consumo de resina de cannabis, que se concentra en unos pocos países²⁸⁴.

La cantidad de hierba de cannabis incautada en Europa aumentó de 284 t en 2012 a cerca de 362 t en 2013, debido en gran parte a las incautaciones registradas en Europa sudoriental. Las incautaciones de resina de cannabis también se incrementaron en Europa (de 480 t en 2012 a 560 t en 2013), de nuevo como consecuencia fundamentalmente de las incautaciones en Europa sudoriental, concretamente en Turquía, donde la incautación de resina de cannabis aumentó de 27 t en 2012 a 94 t en 2013. Sin embargo, el volumen de incautación de resina de cannabis ha disminuido por quinto año consecutivo en España, país donde se registran las mayores incautaciones de cannabis de Europa; casi toda la resina de cannabis que entra en el país sigue siendo de origen marroquí y el principal modo de transporte es por mar, en lanchas rápidas, veleros y barcos pesqueros.

En los últimos años ha aumentado el precio y la potencia de los productos de cannabis en Europa²⁸⁵. En los países donde existe información disponible, se ha registrado un aumento en el cultivo de plantas de cannabis y en la erradicación de estas plantas y de lugares de producción. El mercado de cannabis en Europa se caracteriza por la alta demanda y una variedad de productos, cuya producción en ocasiones está vinculada a violencia y otras actividades delictivas²⁸⁶, dado que diferentes grupos delictivos organizados están ahora implicados en el tráfico de cannabis.

Pese a que la producción nacional de cannabis está extendida, todavía existen indicios de que quizás no sea suficiente para cubrir la demanda del mercado europeo. Por ejemplo, en el Reino Unido está aumentando la incautación de hierba de cannabis y resina de cannabis en las fronteras, mientras que está disminuyendo la incautación de plantas de cannabis cultivadas localmente (sin semilla). Por un lado, estas tendencias podrían indicar que la producción nacional no basta para satisfacer la demanda, que es posible que dependa cada vez más de productos importados. Por otro lado, la detección de lugares donde se cultivan plantas de cannabis, generalmente en interiores, puede haberse convertido en un problema creciente para las autoridades encargadas de hacer cumplir la ley, ya que los grupos delictivos tienden más a gestionar numerosos lugares de cultivo a pequeña escala, en lugar de pocas plantaciones a gran escala, a fin de reducir el riesgo de detección²⁸⁷.

²⁸⁴ EMCDDA, “Perspectives on drugs: new developments in Europe’s cannabis market”, 27 de mayo de 2014.

²⁸⁵ EMCDDA, *Informe Europeo sobre Drogas 2014*.

²⁸⁶ EMCDDA y Europol, *EU Drug Markets Report: a Strategic Analysis* (Luxemburgo, 2013).

²⁸⁷ *Ibid.*

Aunque la prevalencia del consumo de cannabis sigue siendo elevada en Europa occidental y central (5,7%), existen pruebas de una tendencia a la estabilización o disminución, especialmente en los países en que el consumo de esa sustancia estaba arraigado desde hacía tiempo. La información disponible sobre el consumo de nuevas sustancias psicoactivas (NSP) en Europa no es completa y no establece si el descenso en el consumo de cannabis guarda relación con el incipiente consumo de cannabinoides sintéticos u otras NSP.

Asia: el consumo de cannabis se mantiene por debajo de los niveles mundiales

El consumo de cannabis en Asia parece mantenerse por debajo de los niveles mundiales, si bien solo se dispone de estimaciones fiables sobre la prevalencia del consumo en unos pocos países. El cannabis es la sustancia que se consume ilícitamente con más frecuencia en la región, con una prevalencia anual del 1,9% en las personas de 15 a 64 años de edad. Los expertos observan un aumento del consumo, pero el volumen de incautación de hierba de cannabis se mantuvo por lo general estable en la mayor parte de Asia durante 2013 hasta alcanzar un total de 292 t. La mayoría de las incautaciones de resina de cannabis en la subregión se concentraron en Asia meridional, aunque varios países del Cercano Oriente y el Oriente Medio y de Asia sudoccidental informaron de un aumento en la incautación de resina de cannabis procedente del Afganistán. Esta tendencia se mantuvo en 2013, lo que reveló la creciente importancia del Afganistán en la oferta mundial de resina de cannabis y puso de relieve el hecho de que se están empleando las mismas rutas de tráfico para el contrabando de diferentes sustancias. En 2013, el Pakistán notificó que la incautación practicada ese año casi duplicó la de 2012, y señaló al Afganistán como el país de origen de toda la resina de cannabis incautada.

Oceanía: elevados niveles de consumo propiciados por el cultivo interno

La información sobre el consumo de drogas en Oceanía se limita a Australia y Nueva Zelanda, donde existen elevados niveles de consumo de cannabis (prevalencia anual de consumo del 10,7%). El cannabis es la droga ilícita cuyo consumo estaba más extendido en Nueva Zelanda y es la causa de la mayoría de los ingresos hospitalarios relacionados con drogas ilícitas, siendo muy frecuentes la experimentación con cannabis y su consumo entre la población en general. El cultivo de cannabis sigue siendo una cuestión predominantemente interna en Nueva Zelanda, y no hay pruebas de que se lleven a cabo importaciones o exportaciones a gran escala de cannabis o alguno de sus derivados.

El cannabis es también la droga más consumida (tanto en el año anterior como durante la vida) en Australia, con una prevalencia y frecuencia de consumo que se ha mantenido estable entre 2010 y 2013. La edad media de los consumidores de cannabis se elevó de 27 años en 2001 a 30 años en 2013, lo que induce a pensar que en Australia existe una cohorte de usuarios de drogas de más edad, y las percepciones sobre la oferta de cannabis indican que ha aumentado la tolerancia general al consumo de cannabis²⁸⁸.

La hierba de cannabis sigue siendo la droga ilícita que se incauta con más frecuencia en Oceanía. El volumen de hierba de cannabis incautado en Australia durante 2013 fue el más elevado de los notificados en el último decenio²⁸⁹, mientras que en Nueva Zelanda se mantuvo relativamente estable. En Australia, el precio al por menor del cannabis no ha variado y se cree que el contenido de THC ha aumentado en la última década²⁹⁰, lo que indica un posible incremento de la disponibilidad de la droga.

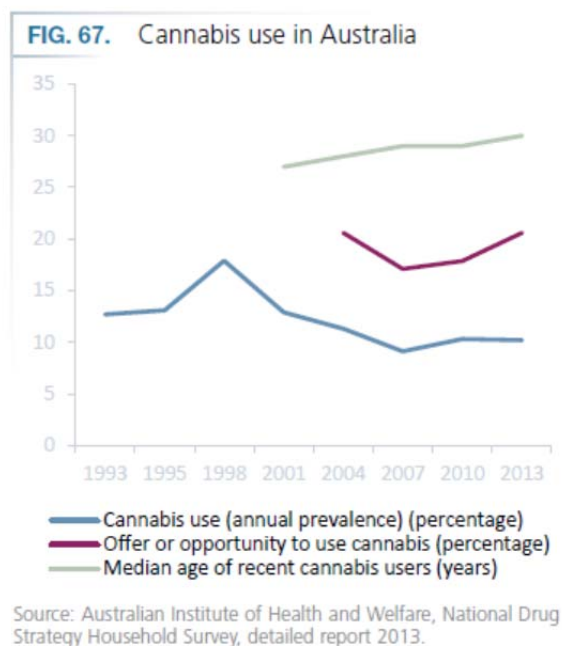


Gráfico 67. Consumo de cannabis en Australia

Consumo de cannabis (prevalencia anual) (porcentaje)

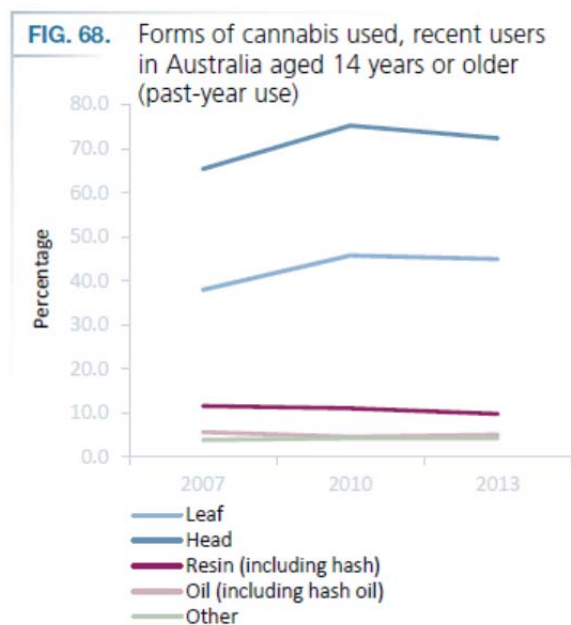
²⁸⁸ Australian National Drugs Strategy Household Surveys (NDSHS), <http://www.aihw.gov.au/alcohol-and-other-drugs/ndshs/>.

²⁸⁹ Australian Crime Commission, *Illicit Drug Data Report 2012-13*.

²⁹⁰ W. Swift y otros, "Analysis of cannabis seizures in NSW, Australia: cannabis potency and cannabinoid profile", *PLOS ONE*, vol. 8, núm. 7 (2013).

Ofrecimiento u oportunidad para consumir cannabis (porcentaje)
Edad media de consumidores de cannabis recientes (años)

Fuente: Instituto Australiano de Salud y Bienestar, National Drug Strategy Household Survey, informe detallado correspondiente a 2013.



Source: Australian Institute of Health and Welfare, National Drug Strategy Household Survey, detailed report 2013.

Gráfico 68. Formas de cannabis consumido, consumidores recientes en Australia mayores de 14 años (consumo año anterior)

Porcentaje

Hojas
Flores
Resina (incluido hachís)
Aceite (incluido aceite de hachís)
Otro

Fuente: Instituto Australiano de Salud y Bienestar, National Drug Strategy Household Survey, informe detallado correspondiente a 2013.

África: aumento del cultivo y la producción de cannabis

El cannabis se cultiva, produce, trafica y consume en toda África²⁹¹. Aunque solo se dispone de información limitada sobre la situación del consumo de drogas en África, se estima que la prevalencia del consumo de cannabis en la región es elevada (7,5% de las personas de 15 a 64 años de edad) comparada con la media mundial (3,9%) y es especialmente alta en África occidental y central (12,4%). En 2013, Egipto, Marruecos y Nigeria notificaron que se habían incautado de más de 200 t de hierba de cannabis. Entre 1990 y 2011, Marruecos notificó el mayor volumen de incautación anual

²⁹¹ Informe de la 24ª Reunión de Jefes de los Organismos Nacionales Encargados de Combatir el Tráfico Ilícito de Drogas, África (UNODC/HONLAF/24/5).

de resina de cannabis del norte de África y, en 2012 y 2013, siguió incautando importantes cantidades de resina de cannabis (137 t y 107 t, respectivamente). Sin embargo, desde 2012 Argelia notifica el mayor volumen de incautación anual de resina de cannabis del norte de África, con incautaciones que ascendieron a 157 t en 2012 y a 212 t en 2013, hecho que el país atribuye a las actividades de represión antidroga²⁹².

¿SE ESTÁ VOLVIENDO MÁS NOCIVO EL CANNABIS?

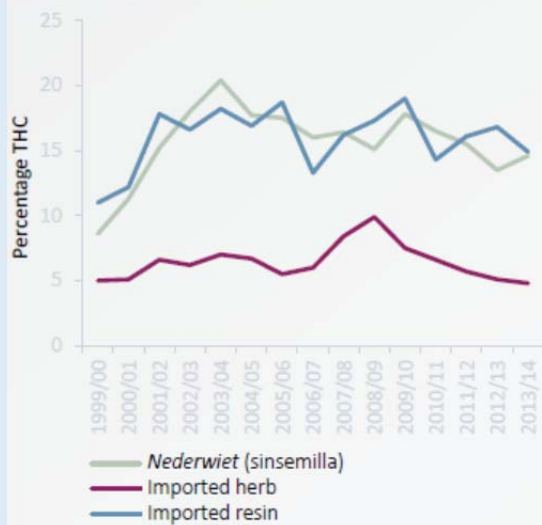
Medida por su contenido en THC (Δ^9 -tetrahidrocannabinol), la potencia del cannabis suele relacionarse con lo perjudicial que este pueda ser. Se ha asociado el contenido más elevado de THC a ansiedad, depresión, mayor riesgo de dependencia, síntomas psicóticos y efectos en los sistemas respiratorio y cardiovascular, particularmente en los consumidores habituales, si bien la ansiedad o los síntomas psicóticos también pueden presentarse en usuarios recientes y sin experiencia^a. Un estudio reciente llevado a cabo en el sur de Londres señala que el riesgo de psicosis es tres veces mayor en consumidores de hierba de cannabis de alta potencia (*skunk*) que en los no consumidores^{b, c}.

La presencia en el cannabis de cannabidiol, un cannabinoide con propiedades antipsicóticas^{d, e}, puede contrarrestar en parte el daño causado por el THC. Esta interacción debería tenerse en cuenta a la hora de analizar la potencia del cannabis, aunque lo cierto es que el cannabidiol no suele ser objeto de control, lo que hace difícil evaluar el daño provocado por el cannabis y las implicaciones de salud pública. A nivel mundial, los datos sobre la potencia del cannabis son muy escasos, pero en aquellos países donde se dispone de información existen indicios de un aumento del contenido de THC, sobre todo en la última década, y de los problemas de salud relacionados con el cannabis. Un examen sistemático del contenido de THC en la hierba de cannabis indica que está aumentando, aunque el incremento no es constante y no supera el 5% en términos mundiales^f.

La mayoría de los países europeos registraron un aumento del contenido de THC entre 2006 y 2012, año en que notificaron una potencia media superior al 10%^g. En los dos últimos decenios, se ha producido asimismo un cambio en las preferencias de los consumidores europeos, muy especialmente en la parte central y occidental de la región, donde se encuentran los mayores mercados de cannabis. Los datos disponibles parecen indicar la sustitución de la resina de cannabis por la hierba de cannabis, con un creciente consumo de productos nacionales, en lugar de importados, en particular de sin semilla (plantas hembras sin fertilizar), que se caracteriza por contener elevados niveles de THC y niveles muy bajos de cannabidiol^h.

²⁹² Informe nacional presentado por Argelia a la 24ª Reunión de Jefes de los Organismos Nacionales Encargados de Combatir el Tráfico Ilícito de Drogas, África.

Trends in mean potency (percentage of THC) of cannabis products sold in "coffee shops" in the Netherlands, 1999-2014



Source: Trimbos Institute.

Tendencias en la potencia media (porcentaje de THC) de productos de cannabis que se venden en "coffee shops" de los Países Bajos, 1999-2014

Porcentaje de THC

Nederwiet (sinsemilla)

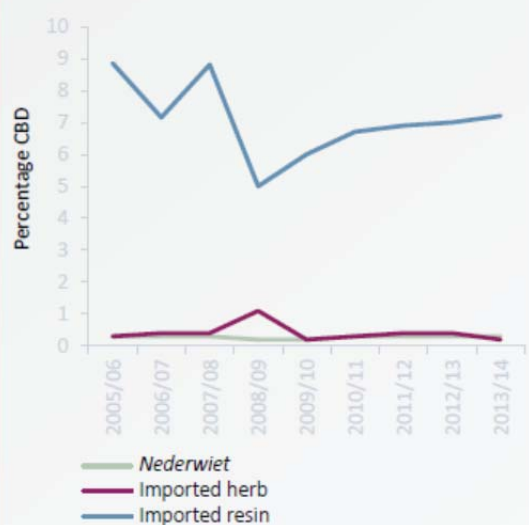
Hierba importada

Resina importada

Fuente: Trimbos Instituut.

En la última década, las técnicas de cultivo de planta de cannabis han avanzado rápidamente en algunos países europeos, lo que ha dado lugar a la expansión del cultivo nacional en interiores y la consiguiente menor dependencia de productos de cannabis importados¹. El cultivo de la planta de cannabis en interiores empleando condiciones de crecimiento controlado y variedades genéticamente seleccionadas, ha provocado un aumento en el número de cosechas, el rendimiento y la potencia. El cultivo selectivo, que se centran fundamentalmente en conseguir un elevado contenido de THC, también han favorecido la selección de variedades que contienen menos cannabidiol¹.

Trends in median CBD content of cannabis products sold in "coffee shops" in the Netherlands, 2005-2014



Source: Trimbos Institute.

Tendencias en el contenido medio de CBD en productos de cannabis que se venden en "coffee shops" de los Países Bajos, 2005-2014

Porcentaje de CBD

Nederwiet

Hierba importada

Resina importada

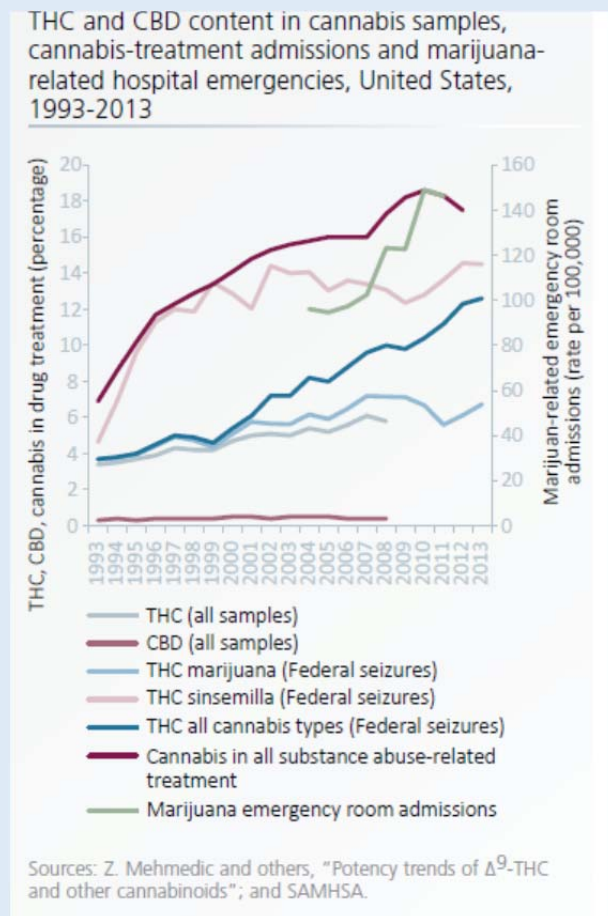
Fuente: Trimbos Instituut.

Los datos sobre muestras del cannabis que se vende en "coffee shops" en los Países Bajos muestran que en los últimos años el contenido de THC de los dos productos de cannabis más consumidos --resina de cannabis importada y hierba de cannabis de producción holandesa o *nederwiet* (en su mayor parte sin semilla)— se ha estabilizado en niveles altos (en torno al 15%), mientras que el contenido de cannabidiol se ha mantenido bajo (inferior al 1%) en lo que respecta a la *nederwiet*, pero comparativamente alto en la resina importada (7%)^k.

Es posible que incluso dentro de una variedad de cannabis concreta existan grandes variaciones por lo que al contenido se refiere, de lo que se desprende que los consumidores pueden estar expuestos involuntariamente a niveles muy diferentes de THC y cannabidiol^l. Además, el cambio en las preferencias de los consumidores, que han pasado de la hierba de cannabis tradicional (con semilla) a la variedad sin semilla, indica un mayor nivel de exposición al riesgo en Europa.

A pesar de que existen pruebas de tendencias estables o a la baja en la prevalencia del consumo de cannabis en Europa, especialmente en los países con niveles de consumo de cannabis establecidos, existen indicios de aumentos en los problemas de salud relacionados con el cannabis. Entre 2006 y 2012, el número de personas (primeros ingresos para recibir tratamiento de drogas) que solicitaron ayuda por consumo de cannabis en Europa aumentó de 45.000 a 59.000, casi la mitad de las cuales (49%) eran consumidores diarios; el cannabis se ha

convertido en la droga que con más frecuencia se menciona como la principal razón para iniciar tratamiento^m. Por otro lado, en Europa se observó un incremento de los episodios de urgencias relacionadas con el cannabis, sobre todo en los países con la mayor prevalencia de consumo.



Contenido de THC y CBD en muestras de cannabis, ingresos para tratamiento del consumo de cannabis y urgencias hospitalarias relacionadas con la marihuana, Estados Unidos, 1993-2013

THC, CBD, cannabis en tratamiento de drogas (porcentaje)

Urgencias relacionadas con la marihuana (tasa por 100.000)

THC (todas las muestras)

CBD (todas las muestras)

THC marihuana (incautaciones federales)

THC sinsemilla (incautaciones federales)

THC todos los tipos de cannabis (incautaciones federales)

Cannabis en todos los tratamientos relacionado con el consumo de sustancias

Urgencias relacionadas con la marihuana

Fuentes: Z. Mehmedic y otros, "Potency trends of Δ^9 -THC and other cannabinoids"; y SAMHSA.

En Oceanía, datos recientes también parecen indicar que el contenido de THC del cannabis puede estar aumentando. En 2013 se llevó a cabo en Australia un primer análisis sistemático de la potencia del cannabis a pie de calle que mostró niveles elevados de contenido en THC. El análisis de muestras extraídas de personas que hacían un uso recreativo del cannabis y estaban en posesión de hasta 15 g reveló un contenido medio de THC justo por debajo del 15% y un contenido de cannabidiol del 0,14%. El creciente consumo de cannabis con alto contenido de THC y bajo contenido de cannabidiol también ha sido asociado a un aumento en la demanda de tratamiento por drogas y en el riesgo de dependencia del cannabis y vulnerabilidad a la psicosis, pero hay pocas pruebas del efecto directo de la potenciaⁿ. En Nueva Zelanda también se ha informado de un incremento en el contenido de THC de la hierba de cannabis en los dos últimos decenios^o.

En los Estados Unidos, se observó un aumento del contenido de THC del cannabis que pasó de menos del 3,4% en 1993 al 8,8% en 2008, mientras que el contenido de cannabidiol se ha mantenido bajo e invariable a lo largo del tiempo (0,4% en 2008)^p. Los datos federales sobre incautaciones señalan que el contenido de THC de la marihuana ha aumentado en las dos últimas décadas, del 3,7% en 1993 al 12,6% en 2013, con una proporción mayor de sin semilla en el mercado (con un contenido de THC del 14,5% en 2013). Los datos disponibles en los Estados Unidos ponen de manifiesto una tendencia creciente en los tratamientos relacionados con el cannabis durante los dos últimos decenios, del 6,9% en 1993 al 17,5% en 2012, junto con un mayor número de ingresos hospitalarios^q.

a W. Hall, “What has research over the past two decades revealed about the adverse health effects of recreational cannabis use?”, *Addiction*, vol. 110, núm. 1 (2015), págs. 19 a 35.

b Marta Di Forti y otros, “Proportion of patients in south London with first-episode psychosis attributable to use of high potency cannabis: a case-control study”, *The Lancet Psychiatry*, vol. 2, núm. 3 (2015), págs. 233 a 238.

c Debe señalarse que esto es específico del *skunk*, ya que los demás productos de cannabis pueden producir riesgos diferentes.

d A. W. Zuardi y otros, “Cannabidiol, a *Cannabis sativa* constituent, as an antipsychotic drug”, *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, vol. 39, núm. 4 (2006), págs. 421 a 429.

e A. Englund y otros, “Cannabidiol inhibits THC-elicited paranoid symptoms and hippocampal-dependent memory impairment”, *Journal of Psychopharmacology*, vol. 27, núm. 1 (2013), págs. 19 a 27.

f F. Cascini, F. C. Aiello y G. L. Di Tanna, “Increasing delta-9-tetrahydrocannabinol (Δ -9-THC) content in herbal cannabis over time: systematic review and meta-analysis”, *Current Drug Abuse Reviews*, núm. 5, vol. 1 (2012), págs. 32 a 40.

g EMCDDA, *Statistical Bulletin 2014*.

h EMCDDA, *Cannabis Production and Markets in Europe*, EMCDDA Insights Series núm. 12 (Luxemburgo, Oficina de Publicaciones Oficiales de la Unión Europea, 2012).

i Phenomenon of “import substitution” referred by Jansen A. M. (2002), “The economics of cannabis cultivation in Europe”, paper presented at the 2nd European Conference on Drug Trafficking and Law Enforcement, Paris 26-27 Sept. 2002. Disponible en: www.cedro-uva.org/lib/jansen.economics.html.

j EMCDDA (2012), *Cannabis Production and Markets in Europe*. EMCDDA Insights Series, núm.12 (Luxemburgo, Oficina de Publicaciones Oficiales de la Unión Europea, 2012).

k S. Rigter y R. Niesink, *THC-concentraties in wiet, nederwiet en hasj in Nederlandsecoffeeshop*, 2013-2014 (Utrecht, Netherlands Institute of Mental Health and Addiction (Trimbos Instituut), 2014).

l D. J. Potter, P. Clark y M. B. Brown, “Potency of Δ 9-THC and other cannabinoids in cannabis in England in 2005: implications for psychoactivity and pharmacology”, *Journal of Forensic Sciences*, vol. 53, núm. 1 (2008), págs. 90 a 94.

m EMCDDA, *Informe Europeo sobre Drogas 2014*.

n Swift y otros, “Analysis of Cannabis Seizures in New South Wales, Australia: cannabinoid profile and implications”, *PLOS ONE* (2013).

o G. Knight y otros, “The results of an experimental indoor hydroponic Cannabis growing study, using the ‘Screen of Green’ (ScrOG) method-Yield, tetrahydrocannabinol (THC) and DNA analysis”, *Forensic Science International*, vol. 202, núms. 1-3 (2010), págs. 36 a 44.

p Mehmedic y otros, “Potency trends of Δ^9 -THC and other cannabinoids in confiscated cannabis preparations from 1993 to 2008” (véase la nota a pie de página 279).

q *Ibid.*

MERCADOS DE CANNABIS^a COMERCIALES Y REGULADOS: ¿QUÉ PODEMOS APRENDER DEL ESTADO DE COLORADO?

Cambios recientes en la política sobre el cannabis

En los Estados Unidos, después de la reciente implantación de mercados comerciales de marihuana en los estados de Colorado^b y Washington^c, los estados de Alaska^d y Oregón^e aprobaron leyes en 2014 para legalizar la producción, venta y consumo de marihuana para personas mayores de 21 años de edad, y el Distrito de Columbia votó a favor de eliminar las sanciones civiles y penales por la posesión y el cultivo personal de marihuana^f. Fuera de los Estados Unidos, el Parlamento de Jamaica^g aprobó recientemente una ley que permite a los rastafaris la posesión de 2 onzas o menos, el cultivo personal de cinco plantas o menos y el consumo legal de marihuana para fines religiosos^h. El Uruguay está en proceso de aplicar la reglamentación comercial del cannabis después de modificar la legislación al respecto en 2012.

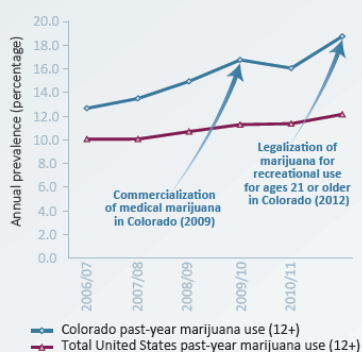
Estados Unidos, estado de Colorado: el primer año del mercado de marihuana comercial y regulado

El derecho a adquirir marihuana legalmente en el estado de Colorado se materializó progresivamente. En 2000, los votantes aprobaron una medida a fin de legalizar la marihuana médica para el tratamiento de determinadas enfermedadesⁱ, pero la comercialización de la marihuana médica no se generalizó hasta 2009^j. Tres años más tarde, en 2012, la Enmienda 64 reguló la marihuana de forma similar a las bebidas alcohólicas y, el 1 de enero de 2014, Colorado se convirtió en el primer estado en autorizar la venta al por menor de marihuana para uso recreativo a adultos mayores de 21 años de edad^k. Al cabo de un año, había en todo el estado 502 dispensarios autorizados de marihuana médica y 322 comercios de venta de marihuana al por menor^l.

Según estimaciones recientes sobre la prevalencia de la marihuana en el estado de Colorado (ajustadas para tener en cuenta el crecimiento de la población y el consumo no declarado^m), en 2014 había en torno a 686.000 residentes adultos que consumían marihuana al menos una vez al año. Un informe de 2014ⁿ calculó que la demanda total de esta población y de los no residentes se situaba en torno a las 130,3 t (margen de variación: 104,2-157,9)^o. Si se compara esta cifra con la oferta actual estimada de 77 t^p (42% de las cuales se consumen con fines médicos), está claro que la demanda de cannabis supera con creces la oferta lícita. Así pues, es probable que la producción doméstica personal y los productores no autorizados de otros estados tengan que proveer unas 53 t.

Además de las formas de hierba y resina de cannabis para inhalar o fumar, el mercado comercial ofrece una amplia variedad de productos comestibles que contienen THC y que pueden aumentar el riesgo de ingestión accidental, intoxicación aguda, psicosis, envenenamiento y lesiones o muerte relacionadas con la intoxicación^q. A diferencia de los productos inhalables con THC que surten efecto transcurridos unos segundos o minutos, el consumo oral tiene un efecto retardado de entre 30 y 90 minutos y dura de 4 a 12 horas, mucho más que los efectos psicotrópicos provocados por la inhalación, que duran de 2 a 3 horas. Esto puede llevar a ingerir mayores cantidades de THC de lo deseado^r.

Prevalence of past-year marijuana use (aged 12 or older) in the United States, 2006-2013



Source: United States, National Survey on Drug Use and Health, SAMHSA.

Prevalencia del consumo de marihuana en el año anterior (mayores de 12 años) en los Estados Unidos, 2006-2013

Prevalencia anual (porcentaje)

Comercialización de marihuana médica en Colorado (2009)

Legalización de la marihuana para uso recreativo en Colorado (mayores de 21 años) (2012)

Consumo de marihuana en el año anterior en Colorado (+12)

Consumo total de marihuana en el año anterior en los Estados Unidos (+12)

Fuente: Estados Unidos, National Survey on Drug Use and Health, SAMHSA.

Repercusión en la salud

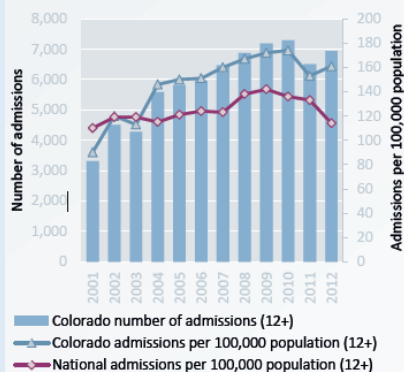
Según la Encuesta Nacional sobre el Uso de Drogas y la Salud de los Estados Unidos, la prevalencia del consumo de marihuana en Colorado es mayor, y está aumentando más rápido que la media nacional. No existen pruebas que permitan establecer una relación causal entre la legislación y la prevalencia del consumo, pero las cifras récord de prevalencia en el año anterior parecen coincidir con que la legislación ha relajado las restricciones sobre el consumo personal.

Como reflejo de las tendencias de la prevalencia del consumo de marihuana en Colorado, el número de personas que inician tratamiento primario por cada 100.000 personas mayores de 12 años es elevado y va en aumento, y ha superado la media nacional desde 2003.

Con un promedio del 18,7% según el laboratorio responsable de llevar a cabo pruebas por mandato estatal, la concentración de THC del cannabis vendido legalmente en Colorado es relativamente alta^s. Las llamadas al Centro de Toxicología Montañas Rocosas relacionadas con la marihuana se duplicaron entre 2013 y 2014, lo que tal vez sea un indicador inicial de los marcados efectos de un mayor acceso a marihuana y productos con THC de alta potencia. Además, los datos de los servicios de urgencias indican que se han producido quemaduras graves al intentar extraer el THC de las plantas de cannabis y vómitos cíclicos causados por la ingesta de productos con elevado contenido de THC (los casos se duplicaron después de la legalización de la marihuana

medicinal) e ingesta involuntaria de marihuana en niños (de cero en los cinco años previos a la liberalización para uso médico a 14 entre 2009 y 2011, entre los ingresos en el Hospital Infantil de Colorado)[†].

Drug treatment admissions for marijuana, by number of admissions and per 100,000 of the population aged 12 or older in the state of Colorado and in the United States as a whole, 2001-2012



Source: United States, Treatment Episode Data Set (2001-2012), SAMHSA.

Ingresos para tratamiento por consumo de marihuana, por número de ingresos y por cada 100.000 personas de la población general mayores de 12 años en el estado de Colorado y en los Estados Unidos en su conjunto, 2001-2012

Número de ingresos

Ingresos por cada 100.000 personas

Número de ingresos en Colorado (+12)

Ingresos en Colorado por cada 100.000 personas (+12)

Ingresos nacionales por cada 100.000 personas (+12)

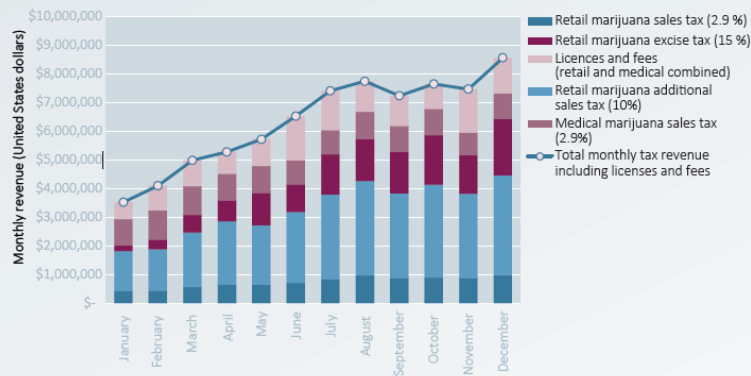
Fuente: Estados Unidos, Treatment Episode Data Set (2001-2012), SAMHSA.

Por otro lado, según la Patrulla del Estado de Colorado, la marihuana estuvo relacionada con el 12,2% de todas las sanciones por conducir bajo los efectos de una sustancia en 2014, mientras que entre los accidentes de carretera con víctimas mortales, el número de conductores que dieron positivo por marihuana se duplicó, de 37 en 2006 a 78 en 2012. Sin embargo, deberán pasar varios años para que cualquier cambio específicamente atribuible a las ventas minoristas de marihuana y las muertes por accidentes de tráfico sea evidente.

Justicia penal

Como era de esperar, las detenciones por posesión (2 onzas o menos) y los casos juzgados en tribunales estatales disminuyeron significativamente entre 2012 y 2013 en todo el estado de Colorado, liberando recursos dedicados a hacer cumplir la ley que de otro modo se emplearían en practicar detenciones relacionadas con la marihuana, mientras que las detenciones por marihuana en los condados fronterizos del estado vecino de Nebraska se han incrementado considerablemente^u. Las detenciones en centros escolares de Colorado^v relacionadas con la marihuana también han aumentado, aunque solo ligeramente, de 273 en 2012-2013 a 289 en 2013-2014, pero harán falta varios años de datos antes de poder interpretar adecuadamente la repercusión de la marihuana comercial en el comportamiento de los jóvenes.

Monthly revenue (United States dollars) from sales tax, excise tax, licences and fees for retail and medical marijuana, and total monthly tax revenue, United States, state of Colorado, 2014



Source: United States, Colorado Department of Revenue.

Ingresos mensuales (dólares de los Estados Unidos) procedentes del impuesto sobre las ventas, impuestos especiales, licencias y tasas para la marihuana de venta al por menor y con fines médicos, e ingresos fiscales mensuales, Estados Unidos, estado de Colorado, 2014

Ingresos mensuales (dólares de los Estados Unidos)

Enero

Febrero

Marzo

Abril

Mayo

Junio

Julio

Agosto

Septiembre

Octubre

Noviembre

Diciembre

Impuesto sobre la venta al por menor de marihuana (2,9%)

Impuesto especiales sobre la venta al por menor de marihuana (15%)

Licencias y tasas (al por menor y con fines médicos)

Impuesto adicional sobre la venta al por menor de marihuana (10%)

Impuesto sobre la venta de marihuana con fines médicos (2,9%)

Ingresos fiscales mensuales totales, incluidas licencias y tasas

Fuente: Estados Unidos, Departamento de Impuestos Internos de Colorado.

Ingresos estatales

Tras el fuerte crecimiento experimentado en 2014, los ingresos tributarios mensuales procedentes de los mercados de la marihuana al por menor y para uso médico del estado de Colorado casi terminaron triplicando los ingresos obtenidos en enero, alcanzando la cifra de 8,5 millones de dólares en diciembre de ese mismo año. Durante el año fiscal de 2014, el estado recaudó en concepto de venta, licencias y tasas para los mercados minorista y de marihuana médica una cifra cercana a los 76 millones de dólares^w.

a A fin de ser coherentes con el lenguaje jurídico empleado en las leyes donde se hace referencia al cannabis como “marihuana” en toda América, el término “marihuana” empleado en la presente sección del informe se refiere a todos los productos de cannabis y en algunos casos a los productos que contienen tetrahidrocannabinol (THC).

b Datos de la Enmienda 64: Uso y Regulación de la Marihuana (Estados Unidos, Constitución del Estado de Colorado, art. XVIII, secc. 16).

c Estados Unidos, Estado de Washington, Propuesta Legislativa núm. 502.

d Estados Unidos, Estado de Alaska, Propuesta Legislativa núm. 2: 13PSUM Ley que Regularía y Tasaría la Producción, la Venta y el Uso de la Marihuana.

e Estados Unidos, Estado de Oregón, Propuesta Legislativa 91: Ley de Control, Reglamentación y Tasación de la Marihuana y el Cáñamo Industrial.

f Estados Unidos, Distrito de Columbia, la Iniciativa Legislativa Popular núm. 71, que entró en vigor en julio de 2014, permite la posesión de hasta 2 onzas de marihuana y el cultivo de hasta seis plantas. Dado que el Distrito de Columbia carece de condición de estado y por tanto está sujeto al Gobierno Federal, es posible que esta iniciativa no deba regirse por la misma disposición que las de los estados.

g Jamaica, Ley por la que se modifica la Ley de Sustancias Peligrosas, 2015.

h “Jamaica poised to relax cannabis laws”, The Guardian (Londres), 22 de enero de 2015.

i Estados Unidos, Constitución del Estado de Colorado, 0-4-287, art. XVIII, Asuntos varios.

j Véase Estados Unidos, Departamento de Justicia, “Memorandum for selected United States attorneys on investigations and prosecutions in states authorizing the medical use of marijuana”, 19 de octubre de 2009.

k En noviembre de 2012, los votantes de Colorado aprobaron la Enmienda Constitucional 64 mediante la cual se legalizaba la marihuana para fines recreativos para mayores de 21 años de edad. Los comercios minoristas iniciaron sus actividades el 1 de enero de 2014.

l Estados Unidos, Estado de Colorado, Departamento de Ingresos, División de Cumplimiento, establecimientos autorizados (dispensarios de marihuana con fines médicos, establecimientos de venta de marihuana al por menor).

m Las estimaciones de la demanda para 2014 se basaron en la prevalencia de consumidores en el año anterior calculada por la Encuesta Nacional sobre el Uso de Drogas y Salud (NSDUH) 2010 y los resultados de la encuesta de 2011, estratificados por frecuencia de consumo y ajustados por crecimiento de población (5,3%) y consumo no declarado (ajuste del 22,2% para los usuarios que consumen 20 días o menos al mes y del 11,1% para los que consumen con más frecuencia), véase Miles K. Light y otros, “Market size and demand for marijuana in Colorado” (julio de 2015), preparado para el Departamento de Ingresos de Colorado, pág. 15.

n Light y otros, “Market size and demand for marijuana in Colorado” (julio de 2015), preparado para el Departamento de Ingresos de Colorado.

o La cantidad total estimada de consumo (130,3 t) incluye unas 121,4 t para los residentes y 8,9 t para los visitantes. No se incluyó la cantidad de marihuana solicitada para los 184.000 residentes menores de 21 años de edad que dijeron haber consumido en el último año.

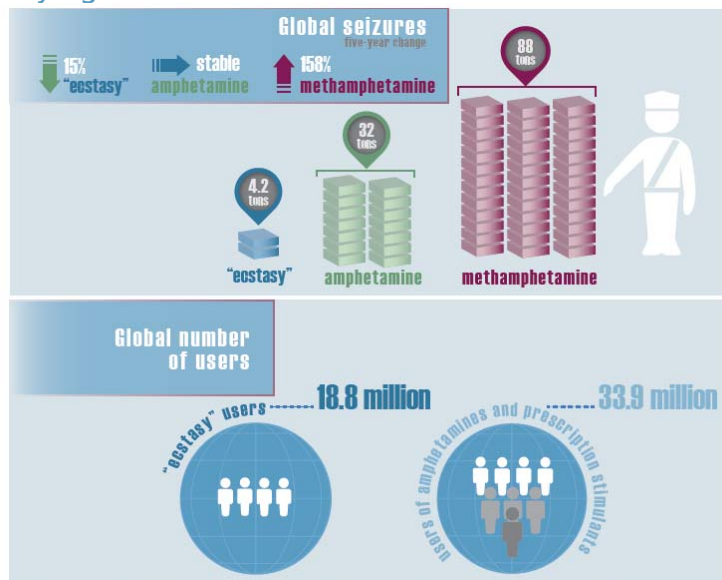
p Light y otros, “Market size and demand for marijuana in Colorado” (véase la nota 210).

q	T. S. Ghosh y otros, "Medical marijuana's public health lessons: implications for retail marijuana in Colorado", New England Journal of Medicine, vol. 372, núm. 11 (2015), págs. 991 a 993.
r	F. Grotenhermen, "Pharmacokinetics and pharmacodynamics of cannabinoids", Clinical Pharmacokinetics, vol. 42, núm. 4 (2003), págs. 327 a 360.
s	"State mandated testing of retail marijuana in Colorado", conferencia ofrecida por Andy LaFrate de Charas Scientific ante el 249º Congreso Nacional de la Sociedad Química Americana, Denver, Colorado, marzo de 2015.
t	A. A. Monte y otros, "The implications of marijuana legalization in Colorado", Journal of the American Medical Association, vol. 313, núm. 3 (2015), págs. 241 y 242.
u	J. M. Ellison y R. Spohn, "Colorado's legalization of medicinal marijuana: the effects on Nebraska's law enforcement and local jail system" (Nebraska Center for Justice Research, University of Nebraska at Omaha, 2015).
v	Estados Unidos, Denver Police Department Versadex y base de datos OSI.
w	Estados Unidos, Departamento de Ingresos de Colorado.

DROGAS SINTÉTICAS²⁹³: estimulantes de tipo anfetamínico y nuevas sustancias psicoactivas

Datos fundamentales

Key figures



Note: Data for seizures and number of users are from 2013. Amphetamines include both amphetamine and methamphetamine.

Incautaciones mundiales (evolución en cinco años)

15 % éxtasis; anfetamina estable; 158 % metanfetamina

4,2 t éxtasis; 32 t anfetamina; 88 t metanfetamina

Número de consumidores en todo el mundo

Consumidores de éxtasis 18,8 millones

Consumidores de anfetaminas y de estimulantes de venta con receta 33,9 millones

Nota: Los datos sobre las incautaciones y el número de consumidores son de 2013. En las anfetaminas se incluyen la anfetamina y la metanfetamina.

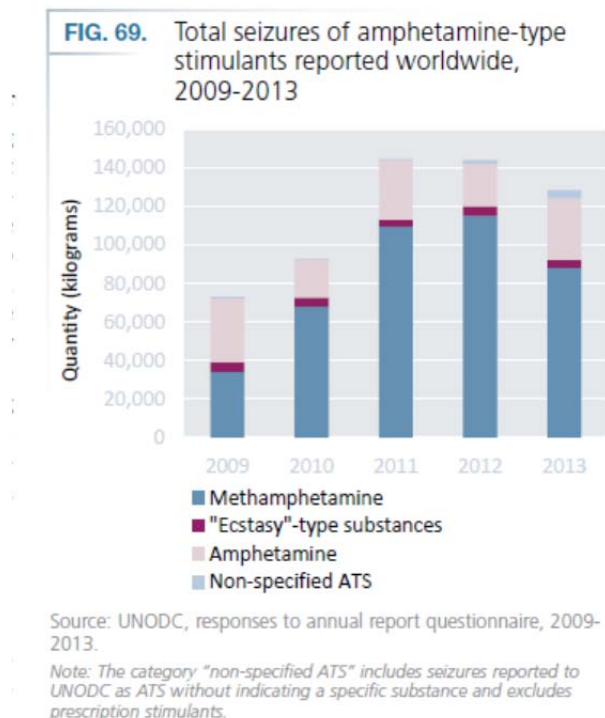
El mercado mundial de drogas sintéticas, que a los efectos del presente informe incluye los estimulantes de tipo anfetamínico y las NSP, sigue estando dominado por la metanfetamina, y Asia oriental y sudoriental representan el mayor volumen de incautación notificado en todo el mundo. El mercado de metanfetamina se está diversificando cada vez más. Además del mercado establecido y creciente de anfetamina en Asia oriental y sudoriental, hay también indicaciones de un aumento en el consumo en partes de América del Norte y Europa. Los datos sobre incautación para el éxtasis y sus precursores apuntan a la creciente disponibilidad de éxtasis en Asia oriental y sudoriental.

²⁹³ A los efectos del presente informe, el término “drogas sintéticas” incluye los estimulantes de tipo anfetamínico, principalmente la anfetamina, la metanfetamina y las sustancias tipo éxtasis.

Respecto al elevado número de NSP²⁹⁴ que han aparecido en los últimos años, sigue sin estar claro si están desplazando a las drogas actualmente sometidas a fiscalización internacional, a corto o largo plazo, o si están diversificando la gama de drogas sintéticas disponibles en el mercado. Aunque las cifras de prevalencia correspondientes a los cannabinoides sintéticos en los Estados Unidos y la metedrona en el Reino Unido hacen pensar en una disminución del consumo de estas sustancias, cada vez son más los países que comunican la existencia de una variedad más amplia de nuevas NSP y novedades preocupantes como el consumo por inyección de NSP. Hasta diciembre de 2014, un total de 541 NSP fueron notificadas al sistema de alerta temprana de la UNODC por 95 países y territorios, a través de los datos presentados por los Estados Miembros y los laboratorios nacionales de ensayos de estupefacientes que participaban en el programa de ejercicios internacionales de colaboración²⁹⁵. Aunque en el mercado mundial de drogas sintéticas hay disponibles grandes cantidades de NSP, la aparición y la persistencia de estas sustancias difiere notablemente de unos países y regiones a otros.

La metanfetamina está impulsando el aumento de las incautaciones de estimulantes anfetamínicos

Las mayores incautaciones llevadas a cabo desde 2009 indican que el mercado mundial de estimulantes anfetamínicos ha crecido rápidamente, y la incautación de estas sustancias se ha duplicado hasta alcanzar 144 t en 2011 y 2012 (el mayor volumen de incautación de estimulantes anfetamínicos desde que la UNODC inició el seguimiento sistemático) para después descender ligeramente en 2013 (véase el gráfico 69). El aumento registrado a partir de 2009 se atribuye principalmente al aumento del volumen total de incautaciones de metanfetamina, que aumentó de 34 t en 2009 a 88 t en 2013. La creciente importancia de la metanfetamina es una característica más bien reciente del mercado mundial de estas sustancias. A lo largo de los años, la incautación mundial de metanfetamina ha fluctuado entre las 20 t y las 33 t anuales desde 2009. Las incautaciones mundiales de éxtasis fueron bajas en comparación con las de anfetamina y metanfetamina y se mantuvieron por debajo de las 5 t anuales entre 2009 y 2013.



²⁹⁴ En el presente informe, el análisis de NSP incluye la ketamina, que se diferencia de otras NSP en que es ampliamente utilizada en medicina humana y veterinaria, mientras que la mayoría de NSP presenta un historial de uso médico escaso o inexistente.

²⁹⁵ UNODC, sistema de alerta temprana sobre NSP.

Gráfico 69. Incautaciones totales de estimulantes de tipo anfetamínico notificadas en todo el mundo, 2009-2013

Cantidad (kilogramos)

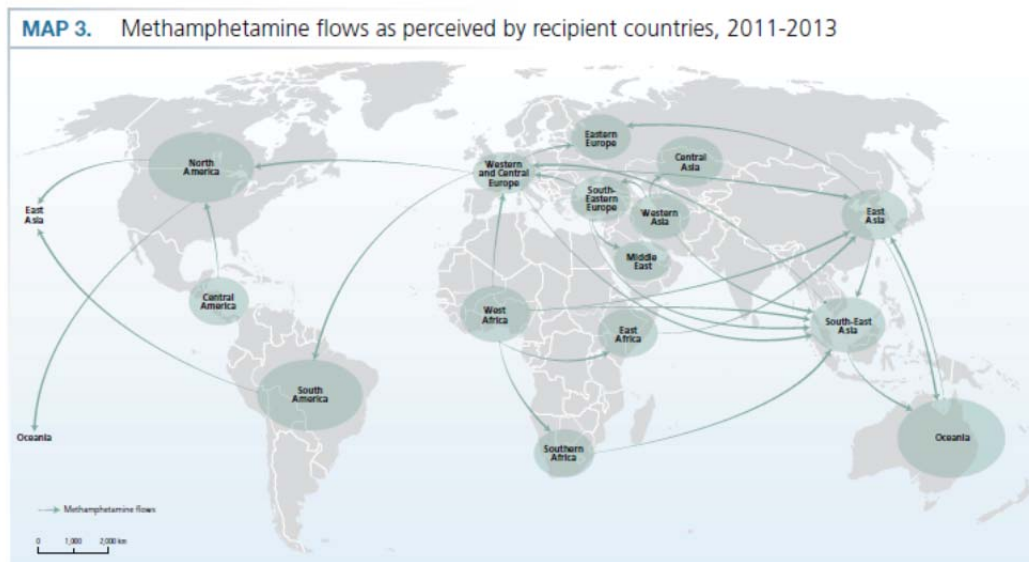
Metanfetamina
Sustancias tipo éxtasis
Anfetamina
ETA no especificados

Fuente: UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales, 2009-2013.

Nota: En la categoría "ETA no especificados" se incluyen las incautaciones notificadas a la UNODC como ETA sin indicar una sustancia específica y se excluyen los estimulantes de venta con receta.

Aumentan las interconexiones en el mercado de la metanfetamina

Aunque el tráfico de metanfetamina sigue llevándose a cabo principalmente dentro de las regiones, los importantes aumentos de las incautaciones de esta sustancia que se han observado en los últimos cinco años parecen indicar el establecimiento de nuevas rutas de tráfico que conectan mercados regionales de metanfetamina previamente desvinculados (véase el mapa 3). Se han detectado nuevos canales internacionales de suministro que conectan los principales mercados de metanfetamina de América del Norte y Asia oriental y sudoriental. A ello se une la aparición de rutas de tráfico de metanfetamina en varias partes de África y América con destino a estas zonas de Asia. África occidental, en particular, parece haberse convertido en un punto de origen de la metanfetamina que llega a Asia oriental y sudoriental, pasando por Sudáfrica o Europa. Turquía puede haber surgido como punto de tránsito de la metanfetamina que se transporta desde Asia occidental hasta Europa occidental y central. Recientes informes señalan asimismo que se ha observado tráfico de metanfetamina desde Europa occidental y central a América del Norte, América del Sur y Asia oriental y sudoriental.



Source: UNODC, responses to annual report questionnaire, 2011-2013.

Note: The origins of the flow arrows do not necessarily indicate the source/manufacture of methamphetamine. These arrows represent the flows as perceived by recipient countries. Flow arrows represent the direction of methamphetamine trafficking and are not an indication of the quantity trafficked. The boundaries shown on this map do not imply official endorsement or acceptance by the United Nations. Dashed lines represent undetermined boundaries. The dotted line represents approximately the Line of Control in Jammu and Kashmir agreed upon by India and Pakistan. The final status of Jammu and Kashmir has not yet been agreed upon by the parties. The final boundary between the Sudan and South Sudan has not yet been determined.

Mapa 3. Corrientes de metanfetamina tal como son percibidas por los países, 2011-2013

Asia oriental
Oceanía
América del Norte
Centroamérica
América del Sur
Europa occidental y central
África occidental
África meridional
Europa oriental
Asia central
Asia occidental
Oriente Medio
Asia sudoriental

Fuente: UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales, 2011-2013.

Nota: Los orígenes de las flechas de corriente no indican necesariamente la fuente o fabricación de metanfetamina. Estas flechas representan las corrientes tal como las perciben los países receptores. Las flechas de corriente representan la dirección del tráfico de metanfetamina y no indican el volumen transportado. Los límites geográficos que figuran en el mapa no implican la aprobación o aceptación oficial de las Naciones Unidas. Las líneas discontinuas representan límites geográficos indeterminados. La línea punteada representa aproximadamente la Línea de Control en Jammu y Cachemira convenida por la India y el Pakistán. Las partes aún no han acordado la condición definitiva de Jammu y Cachemira. La frontera definitiva entre el Sudán y Sudán del Sur aún no ha sido determinada.

Nuevas tendencias en el consumo de metanfetamina

El consumo de metanfetamina sigue siendo un problema importante en amplias zonas de Asia oriental y sudoriental; en varios países de la subregión, una gran parte de las personas que reciben tratamiento por consumo drogas lo hacen por consumo de esta sustancia. En 2013, la mayoría de las personas que seguían tratamiento por consumo de drogas en muchos países lo hacían debido a la metanfetamina^{296, 297}.

El consumo de metanfetamina en los Estados Unidos muestra una tendencia estable, con una prevalencia anual en la población general de 15 a 64 años que se ha mantenido en el margen de 0,5% a 0,6% entre 2010 y 2013. Sin embargo, existen indicios recientes del aumento del consumo de metanfetaminas en algunas partes de los Estados Unidos. En Minneapolis/Saint Paul se informó de un incremento del 19% en el número de personas tratadas por consumo de metanfetamina entre 2011 y 2012²⁹⁸. En el estado de Ohio se registró una subida del 34% en el número de personas que recibieron tratamiento por consumo de metanfetamina durante el período 2009-2012²⁹⁹. En San Diego, las muertes relacionadas con el consumo de metanfetaminas se han incrementado en más del 70% entre 2008 y 2012³⁰⁰.

En Europa, si bien las anfetaminas y el éxtasis siguen siendo los estimulantes anfetamínicos más incautados, parece haber aumentado la disponibilidad de metanfetamina cristalina, incluso en países donde los informes sobre el consumo de metanfetamina no han sido habituales en el pasado. Según la Oficina Federal de Policía Penal de Alemania, el número de consumidores primerizos de

²⁹⁶ Basado en los datos reunidos por la Red de Información sobre el Uso Indebido de Drogas para Asia y el Pacífico.

²⁹⁷ *Ibid.*

²⁹⁸ Estados Unidos, DEA, *National Drug Threat Assessment Summary*, noviembre de 2014.

²⁹⁹ *Ibid.*

³⁰⁰ *Ibid.*

metanfetamina cristalina aumentó en casi un 7% hasta alcanzar los 2.746 consumidores en 2013, la incautación de metanfetamina cristalina se incrementó en torno al 10% hasta 3.847 casos y la cantidad de droga decomisada aumentó un 88% y llegó a los 75,2 kg en ese mismo año³⁰¹. Los resultados de una encuesta llevada a cabo en Frankfurt (Alemania) revelaron un elevado consumo de metanfetaminas entre los jóvenes que frecuentaban ambientes de música tecno en 2012³⁰². Según el EMCDDA, tanto Grecia como Turquía han informado del consumo de metanfetamina fumada³⁰³. En Grecia, el volumen de metanfetamina cristalina incautada pasó de solo 1 kg en 2012 a 15 kg en 2013 y, de acuerdo con la Policía Nacional de Turquía, la metanfetamina cristalina constituyó la mayor parte de la metanfetamina incautada en el país³⁰⁴. El EMCDDA ha informado asimismo de que las personas que se inyectan opioides en países de Europa meridional también han empezado a fumar metanfetamina³⁰⁵.

Durante algunos años, la metanfetamina ha dominado el mercado en la República Checa y Eslovaquia. Sin embargo, en 2013 las incautaciones de metanfetamina no solo constituyeron la mayor parte del volumen de estimulantes de tipo anfetamínico incautados notificado en la República Checa y Eslovaquia sino también en algunos países bálticos y de Europa oriental, como Belarús, Letonia, Lituania, y la República de Moldova, así como en Chipre, Grecia y Portugal.

Un mercado diversificado para las metanfetamina en Asia oriental y sudoriental

La metanfetamina que se vende en Asia oriental y sudoriental se presenta en dos formas principales: pastillas de metanfetamina y metanfetamina cristalina. En ambos casos, la metanfetamina está disponible en forma de sal, con mayor frecuencia como clorhidrato de metanfetamina que, en principio, se puede fumar, esnifar, ingerir por vía oral e inyectar. Las pastillas de metanfetamina, más conocidas como “yaba” en la subregión, son píldoras pequeñas, por lo general de baja pureza, que adoptan muchas formas y colores diferentes. Además de metanfetamina, estas pastillas contienen a menudo una elevada proporción de cafeína más una variedad de adulterantes. Lo habitual es ingerirlas o fumarlas después de aplastarlas. La metanfetamina cristalina, también llamada “cristal”, “hielo” o “shabu”, suele presentar una pureza mucho mayor que la forma en pastilla. Se encuentra en el mercado de drogas ilícitas en forma de cristales incoloros triturados de distintos tamaños, que se suelen fumar, esnifar o inyectar³⁰⁶.

La información disponible sobre las incautaciones y el consumo indica que se está ampliando el mercado de ambas formas de metanfetamina. Entre 2008 y 2013 (véase el gráfico 70) aumentó en general la incautación de pastillas de metanfetamina y metanfetamina cristalina. Las incautaciones de esta última que se llevaron a cabo en la región casi se duplicaron durante ese período, mientras que la incautación de pastillas de metanfetamina ha aumentado a un ritmo más rápido, llegando a multiplicarse por ocho.

³⁰¹ UNODC, *Global SMART Update 2014*, vol. 12, (septiembre de 2014).

³⁰² C. Bernard, B. Werse y C. Schell-Mack, *MoSyD Jahresbericht 2012: Drogentrends in Frankfurt am Main* (Frankfurt, Centre for Drug Research, Goethe University, 2013).

³⁰³ EMCDDA, *Informe Europeo sobre Drogas 2014*.

³⁰⁴ Policía Nacional de Turquía, *Turkish Report of Anti-Smuggling and Organised Crime 2013* (Ankara, junio de 2014).

³⁰⁵ EMCDDA, *Informe Europeo sobre Drogas 2014*.

³⁰⁶ *Terminology and Information on Drugs* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta E.03.XI.14); *Recommended Methods for the Identification and Analysis of Amphetamine, Methamphetamine and Their Ring-Substituted Analogues in Seized Materials: Manual for Use by National Drug Testing Laboratories* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta E.06.XI.1).

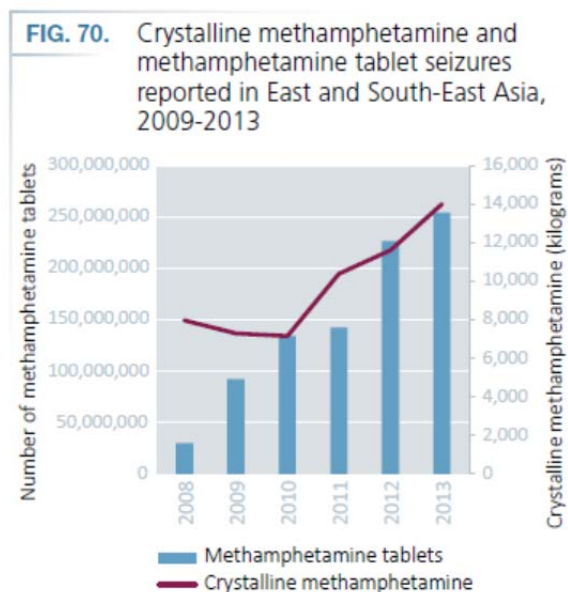


Gráfico 70. Incautaciones de metanfetamina cristalina y pastillas de metanfetamina notificadas en Asia oriental y sudoriental, 2009-2013

Número de pastillas de metanfetamina
Metanfetamina cristalina (kilogramos)

Pastillas de metanfetamina
Metanfetamina cristalina

Fuente: Red de Información sobre el Uso Indebido de Drogas para Asia y el Pacífico.

A diferencia de las pastillas de metanfetamina que, en general, siguen siendo una característica de la región del Mekong, la metanfetamina cristalina se ha extendido geográficamente por Asia oriental y sudoriental³⁰⁷.

Las pastillas de metanfetamina se fabrican principalmente en la región del Mekong de Asia oriental y sudoriental, y los informes sobre las incautaciones realizadas indican que estas se destinan en su mayor parte a los mercados de esa subregión. Se considera que Myanmar es el principal país de origen de las pastillas de metanfetamina que se incautan en toda la región del Mekong y en otras partes de Asia oriental y sudoriental. De los informes sobre pastillas de metanfetamina que parten de Myanmar y son incautadas en China y Tailandia se desprende que el tráfico desde Myanmar a través de las fronteras con ambos países es cada vez mayor³⁰⁸.

³⁰⁷ Basado en observaciones de expertos sobre el consumo de las principales drogas problemáticas mencionadas en la Red de Información sobre el Uso Indebido de Drogas para Asia y el Pacífico.

³⁰⁸ China, Comisión Nacional de Fiscalización de Estupefacientes, *Annual Report on Drug Control in China 2014* (Beijing, 2014); comunicación oficial con la Comisión Nacional de Fiscalización de Estupefacientes de China, Ministerio de Seguridad Pública, noviembre de 2014; Oficina de la Junta de Fiscalización de Estupefacientes de Tailandia, “La situación de las drogas en Tailandia y tendencias”, presentado en la 38ª Reunión de Jefes de los Organismos Nacionales Encargados de Combatir el Tráfico Ilícito de Drogas, Asia y el Pacífico (octubre de 2014).

Metanfetamina cristalina: mayores interconexiones

Aunque la metanfetamina cristalina se sigue fabricando a gran escala en Asia oriental y sudoriental, en los últimos años se ha desarrollado un complejo entramado internacional de tráfico de metanfetamina cristalina con origen en otras partes del mundo. Durante algunos años, el tráfico de metanfetamina cristalina partía de África con destino a países del este y sureste asiático, como Camboya, China, Indonesia, Japón, Malasia, Tailandia, Viet Nam y, más recientemente, Filipinas³⁰⁹. Algunos países de Asia oriental y sudoriental también han informado recientemente de que parte de la metanfetamina cristalina incautada procedía de Asia occidental³¹⁰. Desde 2013 se observa que algunas remesas de metanfetamina cristalina incautadas en Asia oriental y sudoriental y Oceanía tienen su origen en México. Concretamente, en 2013 y 2014 se incautaron en el Japón grandes remesas de metanfetamina cristalina de 0,4 t y 0,2 t, respectivamente, que se consideraba que procedían de México³¹¹. En 2013, Australia, Filipinas y la República de Corea también notificaron la incautación de metanfetamina cristalina que se consideraba que tenía su origen en México³¹².

En América del Norte, es posible que esté aumentando el tráfico de metanfetamina cristalina desde México a los Estados Unidos. Según la DEA, entre 2012 y 2013, el volumen de metanfetamina incautada en forma de polvo y cristal en la frontera sudoccidental de los Estados Unidos se incrementó en un 18,5%³¹³. Además, se informó del aumento del tráfico de metanfetamina en forma líquida a este país para su posterior transformación en metanfetamina cristalina³¹⁴. En 2013, México también informó de la incautación de más de 3,3 t de metanfetamina líquida. No obstante, no toda la metanfetamina cristalina fabricada en América del Norte iba destinada a esa región. Por ejemplo, en 2013 se registró un incremento en el volumen del tráfico de metanfetamina de México al Japón, un indicio más de que el mercado de metanfetamina cristalina está ahora más globalizado.

¿Se ha producido un cambio regional en el mercado del éxtasis?

En 2012, la incautación de éxtasis en Asia oriental y sudoriental y Oceanía ascendió a casi 2 t, ligeramente por debajo de las 2,3 t decomisadas en Europa, pero muy por encima de las 0,7 t incautadas en América. La región de Asia oriental y sudoriental y Oceanía podría estar convirtiéndose en un nuevo impulsor del mercado mundial del éxtasis, mientras que la incautación en América ha disminuido en un 81% entre 2009 y 2012. Si bien la incautación de éxtasis en Asia oriental y sudoriental y Oceanía bajó hasta 1 t en 2013, se mantuvo a un nivel superior que en el período

³⁰⁹ UNODC, *Patterns and Trends of Amphetamine-type Stimulants and other Drugs: Challenges for Asia and the Pacific* (November 2013); UNODC, *Global Synthetic Drugs Assessment: Amphetamine-type Stimulants and New Psychoactive Substances* (Viena, 2014).

³¹⁰ “Informe nacional de Indonesia”, presentado por el Consejo Nacional de Estupefacientes de Indonesia a la reunión regional del Programa Mundial SMART, Yangon, 20 y 21 de agosto de 2014; Agencia Nacional de Policía de Japón, octubre de 2014; informe sobre la situación de las drogas en Malasia, presentado por la Policía Real de Malasia en la 24ª Reunión para la cooperación internacional de oficiales de enlace antidroga, Jeju (República de Corea), 1 a 3 de octubre de 2014; e “Informe nacional de Tailandia”, presentado por la Oficina de la Junta de Fiscalización de Estupefacientes de Tailandia en la 19ª Conferencia sobre los Servicios Operacionales de Lucha contra la Droga en Asia y el Pacífico, celebrada en Tokio del 18 al 20 de febrero de 2014.

³¹¹ Información facilitada por la División de Cooperación Internacional para la Seguridad, Ministerio de Asuntos Exteriores, Japón, agosto de 2014; Policía Nacional del Japón, octubre de 2014.

³¹² Presentación del Organismo de Represión en Materia de Drogas de Filipinas en la 19ª Conferencia sobre los Servicios Operacionales de Lucha contra la Droga en Asia y el Pacífico, celebrada en Tokio del 18 al 20 de febrero de 2014; presentación de la Oficina del Fiscal Supremo de la República de Corea en la reunión regional del Programa Mundial SMART, Yangon, 20 y 21 de agosto de 2014; presentación de la Policía Federal Australiana en la 19ª Conferencia sobre los Servicios Operacionales de Lucha contra la Droga en Asia y el Pacífico, celebrada en Tokio del 18 al 20 de febrero de 2014.

³¹³ Estados Unidos, DEA, *National Drug Threat Assessment Summary, 2014* (noviembre de 2014).

³¹⁴ *Ibid.*

2008-2011, y en 2014 las autoridades encargadas de hacer cumplir la ley de Australia³¹⁵ y Myanmar³¹⁶ notificaron haber llevado a cabo incautaciones de varias toneladas.

No existen datos suficientes para determinar el tamaño del mercado del éxtasis basándose en las cifras de consumo correspondientes a Asia oriental y sudoriental y Oceanía. Sin embargo, los datos disponibles sobre grupos de población concretos inducen a pensar que el consumo se ha extendido en varios países. En Indonesia, una encuesta nacional efectuada en 2013 entre trabajadores del transporte reveló que, con una prevalencia de consumo anual del 1,4%, el éxtasis era la segunda droga más consumida después del cannabis, con un 4,9%³¹⁷. Indonesia comunicó incautaciones por un total de 1,3 t, la mayor cantidad de éxtasis incautada en el mundo en 2012, cuya totalidad se cree iba destinada a abastecer el mercado interno. Este hecho pone de manifiesto que en ese año había en el país una gran cantidad de éxtasis.

Hay asimismo indicaciones de que apuntan al consumo de éxtasis en la región del Mekong. Según señalaron varios expertos en 2012, el consumo de éxtasis había aumentado en Camboya, Tailandia y Viet Nam. Y aunque en Camboya y Tailandia se registraron niveles bajos de incautación de éxtasis, en Viet Nam esta ascendió a casi 0,2 t en 2012.

La gran cantidad de precursores de MDMA que se han incautado recientemente en Asia oriental y sudoriental y Oceanía implica la posibilidad de que en estas subregiones se esté fabricando éxtasis a escala considerable. Tomando como base los métodos de fabricación de MDMA habitualmente empleados descritos por la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, los casi 66.000 litros de safrol y 3,4-MDP-2-P incautados en la región en 2011 y 2012, en teoría, podrían haber sido suficientes para producir cerca de 44 t de éxtasis³¹⁸. Esta cantidad supera con creces el volumen total de éxtasis incautado en todo el mundo en 2011 y 2012, que ascendió a 9 t. Aunque el éxtasis se fabrica en Asia oriental y sudoriental y Oceanía, el número de remesas de éxtasis procedentes de estos países interceptadas en otras partes del mundo está disminuyendo (véase el gráfico 71).

³¹⁵ Policía Federal Australiana, “Media release: drugs worth \$1.5 billion seized by Joint Organized Crime Group”, 29 de noviembre de 2014.

³¹⁶ Comunicación oficial del Gobierno ofrecida por el Comité central para la lucha contra el abuso de drogas (CCDAC) de Myanmar, marzo de 2015.

³¹⁷ Indonesia, Consejo Nacional de Estupefacientes, *Journal of Data on the Prevention and Eradication of Drug Abuse and Illicit Trafficking: Year 2013* (Yakarta, junio de 2014).

³¹⁸ El cálculo correspondiente Asia oriental y sudoriental se basa en las tasas de conversión facilitadas por la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes; *Precursores y sustancias químicas frecuentemente utilizados para la fabricación ilícita de estupefacientes y sustancias sicotrópicas: Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2012 sobre la aplicación del artículo 12 de la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988* (E/INCB/2013/4).



Gráfico 71. Número de veces que países de Asia oriental y sudoriental y Oceanía han sido identificados como países de origen del éxtasis incautado en otras regiones del mundo, 2007-2013

Número de países

Fuente: UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales, 2007-2013.

Vínculos e interacción entre las nuevas sustancias psicoactivas y otras drogas

En los últimos años, en los mercados ilícitos de drogas se ha vendido un número cada vez mayor de NSP. Las NSP que se encuentran en el mercado pueden o no tener efectos y características similares a las sustancias bajo fiscalización internacional a las que imitan³¹⁹.

Solo se dispone de datos limitados para comparar las tendencias de la prevalencia del consumo de NSP y otras drogas. La prevalencia anual del consumo de cannabis en los estudiantes del último curso de educación secundaria de los Estados Unidos se mantuvo estable en el 36,4% entre 2011 y 2013 y descendió ligeramente en 2014 hasta el 35,1%, mientras que el consumo de cannabinoides sintéticos (*spice*) casi se redujo a la mitad pasando del 11,4% en 2011 al 5,8% en 2014 (véase el gráfico 72). La percepción de la nocividad de los cannabinoides sintéticos en los estudiantes de secundaria (último curso) aumentó entre 2012, primer año de la medición, y 2014, lo que puede haber contribuido al descenso en el consumo³²⁰. Los datos extraídos de un estudio cualitativo reciente señalan que el consumo de hierba de cannabis y cannabinoides sintéticos tal vez no sea infrecuente. Los consumidores pueden escoger una u otra sustancia según la situación y prefieren, por ejemplo, los cannabinoides sintéticos al intentar evitar un resultado negativo en la prueba de drogas³²¹.

³¹⁹ Para obtener más información, véase UNODC, *The Challenge of New Psychoactive Substances* (Viena, marzo de 2013).

³²⁰ Estados Unidos, Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, *Monitoring the Future: National Survey Results on Drug Use 1975-2014*.

³²¹ D. Perrone, R. D. Helgesen y R. G. Fischer, "United States drug prohibition and legal highs: how drug testing may lead cannabis users to spice", *Drugs: Education, Prevention, and Policy*, vol. 20, núm. 3 (2013), págs. 216 a 224.

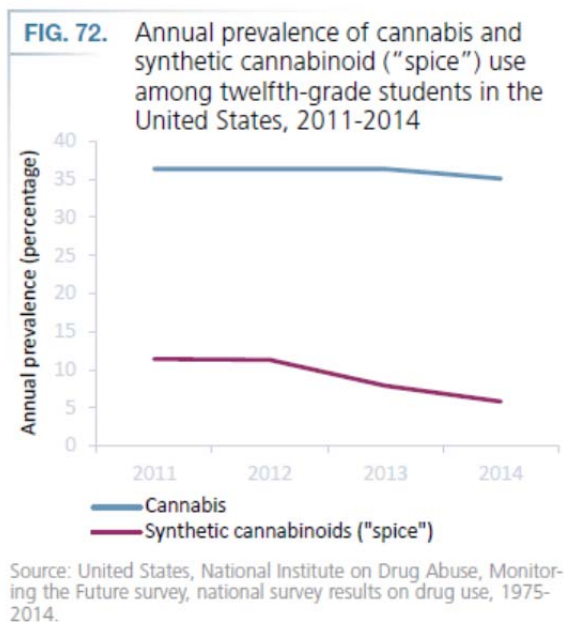


Gráfico 72. Prevalencia anual del consumo de cannabis y cannabinoides sintéticos (*spice*) en alumnos de grado 12 en los Estados Unidos, 2011-2014

Prevalencia anual (porcentaje)

Cannabis

Cannabinoides sintéticos (*spice*)

Fuente: Estados Unidos, Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, estudio "Monitoring the Future", resultados del estudio nacional sobre el consumo de drogas, 1975-2014.

Durante algún tiempo, el mercado de éxtasis ha estado disminuyendo en varios países europeos y es posible que la mefedrona y otras NSP puedan haber servido de sustitutos del éxtasis. No obstante, los datos sobre la prevalencia anual en el Reino Unido muestran que en los últimos años el consumo de mefedrona puede haberse situado por debajo del de éxtasis (véase el gráfico 73)³²². Entre 2010 y 2013, en el Reino Unido han descendido la prevalencia anual del consumo tanto del éxtasis como de la mefedrona en personas de 16 a 24 años de edad. El consumo de mefedrona en este sector de la población se redujo en casi dos tercios, pasando del 4,4% en 2010-2011 al 1,6% en 2012-2013, mientras que el consumo de éxtasis solo disminuyó del 3,8% al 2,9% en ese mismo período. Aunque la prevalencia del consumo de mefedrona en las personas de entre 16 y 24 años en 2010-2011 fue 0,6 puntos porcentuales más alta que la del éxtasis, en el período 2012-2013 el consumo de éxtasis casi había duplicado el de mefedrona.

³²² Aunque todavía no se ha establecido una clara vinculación, se llevaron a cabo de manera simultánea actividades gubernamentales destinadas a crear conciencia sobre los riesgos de salud asociados al consumo de NSP y la introducción de medidas nacionales de fiscalización de la mefedrona, clasificada como droga de clase B en la Ley sobre el Uso Indebido de Drogas de 2010.

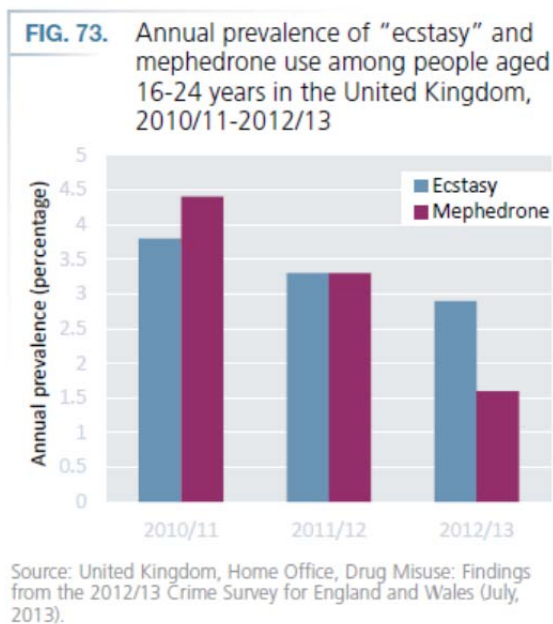


Gráfico 73. Prevalencia anual del consumo de éxtasis y mefedrona en personas de 16 a 24 años en el Reino Unido, 2010-2011 y 2012-2013

Prevalencia anual (porcentaje)

Éxtasis

Mefedrona

Fuente: Reino Unido, Ministerio del Interior, *Drug Misuse: Findings from the 2012/13 Crime Survey for England and Wales* (julio de 2013).

A pesar de haberse producido una posible reducción en la demanda general de mefedrona en el Reino Unido, se observaron niveles elevados de consumo en algunos sectores de la población. Al parecer, la mefedrona se consume sobre todo en las discotecas de Londres. Efectivamente, en la Encuesta sobre Delitos en Inglaterra y Gales realizada en 2012-2013 se halló que la tasa de consumo de mefedrona más alta (4,4%) era la correspondiente a los adultos que habían estado en una discoteca cuatro o más veces en el último mes³²³. Asimismo, otra encuesta de asistentes a discotecas efectuada en Roma en 2013 reveló que estas personas tomaban NSP además de drogas como la cocaína³²⁴. El policonsumo puede acarrear efectos imprevisibles y plantea un grave problema a los proveedores de atención sanitaria.

Según el EMCDDA, se ha producido una disminución en el consumo de drogas inyectables ilícitas en Europa, pero se dispone de información reciente que habla del consumo de NSP por inyección, especialmente las catinonas sintéticas³²⁵. Por ejemplo, de los informes sobre los programas de agujas y jeringuillas de Hungría se desprende que el consumo por inyección de catinonas sintéticas ha aumentado desde 2010 y el de heroína ha descendido. En 2012, el número de personas en Hungría tratadas por inyectarse catinonas sintéticas representaba en torno al 34% de las personas que

³²³ Reino Unido, Home Office, *Drug Misuse Declared: Findings from the 2012/13 Crime Survey for England and Wales* (julio de 2013).

³²⁴ A. E. Vento y otros, "Substance use in the club scene of Rome: a pilot study", *BioMed Research International*, vol. 2014, (2014), págs. 1 a 5.

³²⁵ EMCDDA, "Perspectives on drugs: injection of synthetic cathinones", *Perspectives on Drugs Series*, 27 de mayo de 2014.

participaban en ese programa³²⁶. Por otro lado, un programa de distribución de agujas y jeringuillas de Bucarest informó en 2012 que el 51% de las personas registradas en el programa se inyectaban NSP (principalmente catinonas sintéticas), el 44% se inyectaban heroína y el 5% tanto NSP como heroína³²⁷. En Austria, una encuesta de personas que recibían tratamiento por consumo de drogas realizada en Graz en 2010 reveló que casi el 60% de esas personas se inyectaban mefedrona³²⁸; y en 2012³²⁹ se informó en París del consumo de la catinona sintética 4-MEC³³⁰ por personas que se inyectaban drogas. El EMCDDA también ha informado de la aparición del consumo por inyección de catinonas sintéticas en sectores concretos de la población en Alemania, Austria, Bélgica, España, Francia, Irlanda, Polonia, el Reino Unido, la República Checa y Rumania³³¹.

Los datos sobre el consumo de NSP por sustancia son todavía limitados debido, entre otras razones, a que en el mercado hay disponible una gran cantidad de NSP diferentes, y algunos de ellos se venden bajo nombres que podrían implicar la presencia de diversas sustancias. Por ejemplo, el término “spice”, usado a menudo para referirse al consumo de cannabinoides sintéticos, no hace referencia a una sustancia concreta y podría incluir una amplia variedad de sustancias. Dado que los usuarios a menudo no pueden identificar la sustancia real que están consumiendo, otras fuentes de información cobran mayor importancia. La información proporcionada por los sistemas de alerta temprana sobre las NSP ha ayudado a detectar en una etapa inicial el consumo de NSP y los riesgos de salud asociados a este³³². En Suecia, por ejemplo, un sistema de toxicovigilancia dejó constancia del consumo generalizado de muchas NSP diferentes, principalmente por adolescentes y adultos jóvenes varones³³³. Basándose en su sistema europeo de alerta temprana sobre las NSP, el EMCDDA ha llevado a cabo un número creciente de evaluaciones de riesgos asociados al consumo de NSP (ocho en 2014, frente a solo dos en el período 2009-2013), y ha dejado constancia de la relación existente entre la presencia de NSP y las graves consecuencias de salud aparecidas en la región³³⁴. En otros países también se han implantado sistemas de alerta temprana sobre las NSP para informar sobre la aparición de estas sustancias, los riesgos que conlleva su consumo y las mejores prácticas para responder a estos riesgos.

Número de nuevas sustancias psicoactivas notificadas

Hasta diciembre de 2014, 95 Estados Miembros y territorios habían notificado la aparición de NSP al sistema de alerta temprana de la UNODC en el marco del Programa Mundial de Vigilancia de las Drogas Sintéticas: Análisis, Informes y Tendencias (SMART), con notables variaciones en el número

³²⁶ A. Péterfi y otros, “Changes in patterns of injecting drug use in Hungary: a shift to synthetic cathinones”, *Drug Testing and Analysis*, vol. 6, núms. 7 y 8 (2014), págs. 825 a 831.

³²⁷ Véase la nota 325.

³²⁸ Marion Weigl y otros, *2012 National Report (2011 Data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point: Austria — New Development, Trends and In-Depth Information on Selected Issues* (Viena, Gesundheit Österreich GmbH, 2012).

³²⁹ 4-MEC es la abreviatura química de la 4-metilecatinona, una catinona sintética no sujeta a fiscalización internacional.

³³⁰ T. Néfau y otros, “Drug analysis of residual content of used syringes: a new approach for improving knowledge of injected drugs and drug user practices”, *International Journal of Drug Policy*, vol. 26, núm. 4, págs. 412 a 419.

³³¹ EMCDDA, “Perspectives on drugs: injection of synthetic cathinones”, *Perspectives on Drugs Series*, 27 de mayo de 2014.

³³² D. M. Wood y otros, “Using poisons information service data to assess the acute harms associated with novel psychoactive substances”, *Drug Testing and Analysis*, vol. 6, núms. 7 y 8 (2014), págs. 850 a 860.

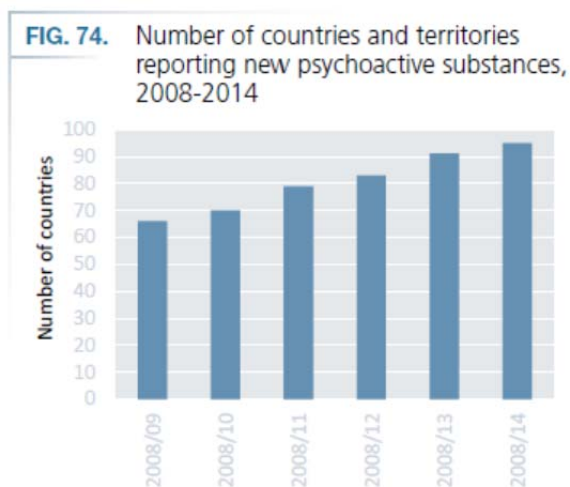
³³³ A. Helander y otros, “Detection of new psychoactive substance use among emergency room patients: results from the Swedish STRIDA project”, *Forensic Science International*, vol. 243 (2014), págs. 23 a 29.

³³⁴ Sitio web del EMCDDA, búsqueda de publicaciones.

y tipo de NSP halladas (véase el gráfico 74)³³⁵. Los cuatro países o territorios que comunicaron datos por primera vez en 2014 fueron las Islas Caimán (América), Montenegro (Europa), el Perú (América) y Seychelles (África). La mayoría de países y territorios que informaron de la aparición de NSP hasta diciembre de 2014 eran de Europa (39), Asia (27), África (14), América (13) y Oceanía (2).

Hasta diciembre de 2014, el sistema de alerta temprana de la UNODC había recibido comunicaciones en relación con un total de 541 NSP (véase el gráfico 75). En 2014, se informó de 450 sustancias, lo que supuso un aumento con respecto a las 430 registradas en 2013. Aunque no se trata de un incremento importante, cabe destacar que, de las 450 sustancias que se notificaron en 2014, 69 fueron comunicadas al sistema de alerta temprana por primera vez. El gran aumento en el número de NSP notificadas al sistema entre 2012 y 2013 se debió a la ampliación de fuentes de datos y la exhaustividad de los datos en el sistema, además de una mayor capacidad de los laboratorios para detectar las NSP.

En 2014, los cannabinoides sintéticos siguieron representando la mayoría de las NSP notificadas (39%), seguidos de las fenetilaminas (18%) y las catinonas sintéticas (15%) (véase el gráfico 76). En 2014 se informó de más cannabinoides sintéticos y, en menor medida, catinonas sintéticas que en 2013, mientras que la mayoría de los demás grupos de sustancias NSP se mantuvieron estables. Se han observado descensos en las NSP pertenecientes a sustancias del grupo de la ketamina y las sustancias del tipo de la fenciclidina, ya que en 2014 se notificó solo la mitad de las cifras registradas en 2013, y una ligera reducción en el número de comunicaciones sobre triptaminas. De todas las sustancias registradas en 2014, 69 fueron comunicadas al sistema de alerta temprana de la UNODC por primera vez, entre ellas 25 cannabinoides sintéticos, 16 fenetilaminas y catinonas sintéticas, 8 sustancias de otro tipo y 2 aminoindanos y triptaminas.



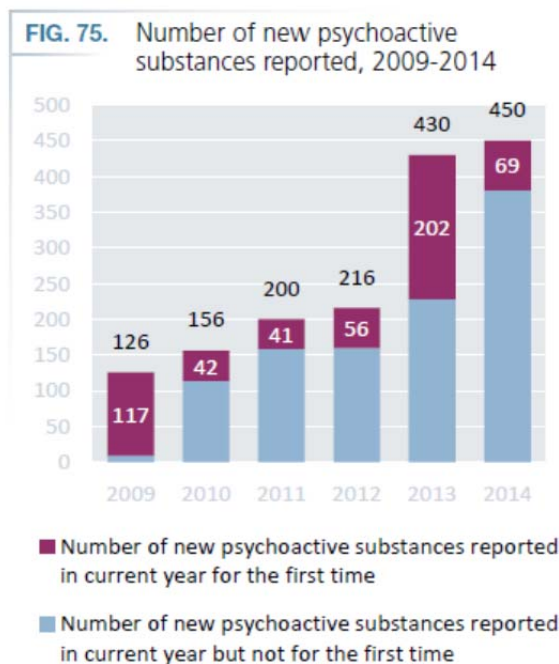
Source: UNODC, early warning advisory on NPS, 2008-2014.

Gráfico 74. Número de países y territorios que notifican nuevas sustancias psicoactivas, 2008-2014

Número de países

Fuente: UNODC, sistema de alerta temprana sobre nuevas sustancias psicoactivas, 2008-2014.

³³⁵ Salvo que se indique lo contrario, todos los datos empleados en la presente sección del informe se extrajeron del sistema de alerta temprana sobre nuevas sustancias psicoactivas de la UNODC, disponible en: www.unodc.org/nps.



Source: UNODC, early warning advisory on NPS, 2009-2014.

Note: This graph represents only the number of different NPS reported during the respective reporting year. Not all NPS reported in one year were necessarily reported in the following year(s).

Gráfico 75. Número de nuevas sustancias psicoactivas notificadas, 2009-2014

Número de nuevas sustancias psicoactivas notificadas en año actual por primera vez

Número de nuevas sustancias psicoactivas notificadas en año actual, pero no por primera vez

Fuente: UNODC, sistema de alerta temprana sobre nuevas sustancias psicoactivas, 2009-2014.

Nota: Este gráfico representa solo el número de NSP diferentes notificadas durante el respectivo año de notificación. No todas las NSP comunicadas en un año fueron notificadas necesariamente en los años siguientes.

Gracias al sistema de alerta temprana sobre NSP, se han podido observar las diferentes tendencias en la aparición y persistencia de estas sustancias. Las NSP suelen surgir de manera heterogénea a nivel de países, incluso dentro de cada región; es decir, puede haber poca coincidencia entre las NSP que se encuentran en un país y otro país vecino en un determinado período. Algunas NSP tienen una presencia consolidada en el mercado y han sido comunicadas por un gran número de países durante varios años: ketamina (58 países), *khat* (51 países), mefedrona (46 países) y JWH-018 (44 países). Más de una cuarta parte de todos los países que han notificado la aparición de NSP en todo el mundo han informado de una sola sustancia, la mayoría sustancias de origen vegetal y ketamina. Cerca del 47% de los países que han informado sobre las NSP han identificado 10 sustancias o menos, mientras que aproximadamente el 18% han detectado más de 100 sustancias diferentes desde 2008.

Cannabinoides sintéticos: el desafío de la diversidad

Los agonistas sintéticos de los receptores cannabinoides, conocidos comúnmente como cannabinoides sintéticos, constituyen el grupo de NSP más grande, más diversificado y de más rápido crecimiento del mercado. Desde 2004 se han detectado numerosos cannabinoides sintéticos en las mezclas de hierba para fumar que se venden en Internet y en tiendas especializadas bajo diversas marcas. Estos productos suelen contener material vegetal desecado y triturado sin propiedades psicoactivas intrínsecas, pero al que se añade uno o varios cannabinoides sintéticos.

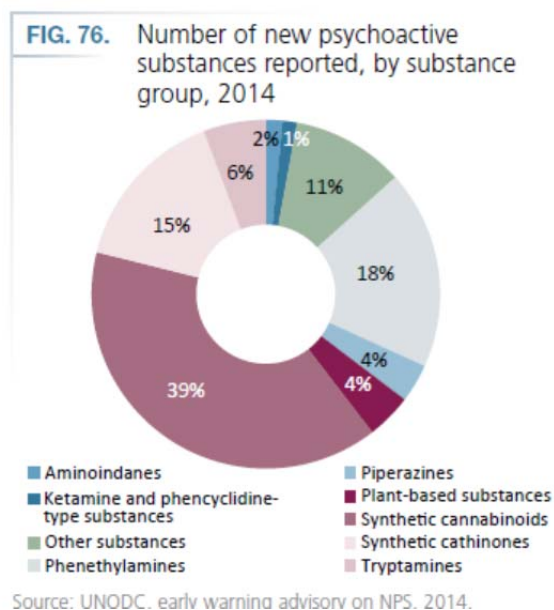


Gráfico 76. Número de nuevas sustancias psicoactivas notificadas, por grupo de sustancias, 2014

Aminoindanos	Piperazinas
Ketamina y sustancias tipo fenciclidina	Sustancias de origen vegetal
Otras sustancias	Cannabinoides sintéticos
Fenetilaminas	Catinonas sintéticas
	Triptaminas

Fuente: UNODC, sistema de alerta temprana sobre nuevas sustancias psicoactivas, 2014.

En 2014, el sistema de alerta temprana de la UNODC recibió comunicaciones de 177 cannabinoides sintéticos. La aparición en el mercado de productos que contienen cannabinoides sintéticos no es un fenómeno nuevo. Sin embargo, solo a partir de 2008 su consumo como “sustitutos legales del cannabis” se ha hecho cada vez más popular. Desde entonces, 58 países y territorios han informado al sistema de alerta temprana sobre la aparición de cientos de productos que contienen diferentes cannabinoides sintéticos, y la comunidad internacional ha centrado la atención en su fabricación clandestina, los riesgos graves que suponen para la salud pública y la sociedad, así como los retos que plantean a la fiscalización de estupefacientes.

Desde el descubrimiento de los receptores cannabinoides CB₁ y CB₂ en la década de 1980, una serie de familias químicas de cannabinoides sintéticos ha crecido y evolucionado de manera continua. Su aparición en el mercado de NSP se ha caracterizado por la introducción de sucesivas modificaciones estructurales, al parecer para mantener ambigua su condición jurídica. Esto puede ilustrarse por la aparición de los naftoilindoles (por ejemplo, JWH-018) y la más reciente de naftoilindazoles (por ejemplo, THJ-018) y carboxamidas de indazol (por ejemplo, AKB-48)³³⁶.

La diversidad estructural y la rápida aparición de nuevos derivados de cannabinoides sintéticos plantean importantes desafíos a la fiscalización de drogas en los planos nacional e internacional. En

³³⁶ Para obtener más información, véase UNODC, “Synthetic cannabinoids in herbal products” (Viena, 2011).

respuesta a estos retos, algunos países han adoptado en el ámbito nacional planteamientos jurídicos innovadores para complementar las medidas de fiscalización tradicionales con el fin de proteger a la población de los riesgos para la salud causados por la venta libre de cannabinoides sintéticos. Un ejemplo de este enfoque es el control de cannabinoides sintéticos basándose en su efecto en el cerebro, que recientemente han empleado algunos países, como los Estados Unidos y Luxemburgo. Los Estados Unidos introdujeron el enfoque neuroquímico para controlar los cannabinoides sintéticos o “agentes cannabimiméticos” en el marco de la Ley de Prevención del Abuso de Drogas Sintéticas de 2012, y los definieron como “cualquier sustancia que sea un agonista receptor cannabinoide de tipo 1 (receptor CB₁) como demuestren estudios de enlaces y ensayos funcionales” dentro de categorías estructurales definidas. Esta definición incluye un grupo de sustancias con posibles variaciones químicas, pero que tienen un efecto concreto al unirse al receptor CB₁.

Durante su 58º período de sesiones, en marzo de 2015, la Comisión de Estupefacientes decidió someter diez NSP a fiscalización internacional, entre ellas dos cannabinoides sintéticos, JWH-018 y AM-2201, que se añadieron a la Lista II del Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971.

La naturaleza transitoria de las nuevas sustancias psicoactivas

Aunque son más los países que cada año informan sobre un número creciente de NSP, se ha observado que algunas de estas sustancias son transitorias. A modo de ejemplo, de las 541 NSP notificadas hasta diciembre de 2014, 16 sustancias no habían sido comunicadas desde 2012 y 49 desde 2013. Varias NSP solo han sido notificadas por un reducido número de países en un año concreto y algunas sustancias parecen haber desaparecido del mercado por completo. Por ejemplo, entre 2009 y 2012, ocho países informaron de la triptamina 5-MeO-DPT³³⁷, pero desde entonces los países que emplean el sistema de alerta temprana de la UNODC no han vuelto a referirse a su disponibilidad en sus comunicaciones. Otras sustancias, como los cannabinoides sintéticos de serie CP, han mostrado grandes variaciones en cuanto a su disponibilidad en el mercado desde 2009. Por ejemplo, la serie CP-47497 fue notificada primero por cuatro países europeos en 2009, pero en 2012 solo dos países europeos informaron de su presencia al sistema de alerta temprana, mientras que 10 países refirieron su existencia en 2013 y seis lo hicieron en 2014. En comparación con otros cannabinoides sintéticos (por ejemplo, los aminoalkilindoles), la síntesis de cannabinoides no clásicos como la serie CP es un proceso elaborado y complicado, hecho que puede haber influido en esta tendencia³³⁸.

Intensificación de los esfuerzos para conseguir una respuesta integrada

El mercado de las drogas sintéticas se está expandiendo y su interconexión es cada vez mayor. Además, este mercado se ha diversificado enormemente debido al creciente número de NSP disponibles en todo el mundo y a la expansión del mercado de la metanfetamina cristalina en los Estados Unidos y Europa. Sin embargo, se necesita más información para mejorar el análisis de la relación entre las NSP y las sustancias sujetas a fiscalización internacional, mientras se siguen vigilando las novedades que vayan apareciendo en el mercado de NSP. Los datos sobre los recientes cambios en el policonsumo y en el consumo de drogas inyectables con NSP también continúan siendo limitados. Habida cuenta de que estas formas particulares de consumo de drogas constituyen un grave problema para los proveedores de atención sanitaria y tratamiento, el intercambio de información y una mejor cooperación a nivel nacional y regional son esenciales para ofrecer una respuesta eficaz. Dada la naturaleza rápidamente cambiante del mercado de drogas sintéticas, existe una necesidad continua de analizar el alcance y la magnitud del problema de estas drogas basándose en datos forenses y científicos e información cualitativa.

³³⁷ La 5-Metoxi-N,N-dipropiltriptamina (5-MeO-DPT) es una triptamina no sometida a fiscalización internacional.

³³⁸ Véase *Recommended Methods for the Identification and Analysis of Synthetic Cannabinoid Receptor Agonists in Seized Material: Manual for Use by National Drug Analysis Laboratories* (ST/NAR/48).

H. CONCLUSIONES

Prevención y tratamiento del consumo de drogas: un cambio de perspectiva

Los nuevos datos disponibles siguen siendo insuficientes para determinar si se han producido cambios importantes en la magnitud del consumo de drogas a nivel mundial. La información disponible se limita a los países occidentales y no refleja la situación en las regiones densamente pobladas de Asia y África. Sin embargo, el hecho de que aproximadamente 27 millones de personas en el mundo sufran trastornos relacionados con el consumo de drogas demuestra que un gran número de personas necesita intervenciones de salud, aunque solo una de cada seis de ellas tiene acceso a tratamiento. Un creciente corpus de investigaciones ha puesto de relieve que las intervenciones de salud relacionadas con las drogas pueden ser eficaces, y los agentes estatales y no estatales ahora cuentan con la base científica necesaria para planificar intervenciones adecuadas.

Las investigaciones llevadas a cabo muestran la necesidad de replantear las estrategias de prevención del consumo de drogas y sustituir los mensajes contraproducentes que despiertan temor por un enfoque más positivo que reconozca que los niños y los jóvenes empiezan a consumir drogas en el contexto de vulnerabilidades personales o ambientales que están en gran medida fuera de su control. La prevención eficaz puede dotar a los niños y jóvenes de las habilidades y oportunidades que les permitan adquirir conductas seguras y saludables en sus familias, escuelas y comunidades.

No existe un remedio mágico para el consumo problemático de drogas. Se trata de un problema de salud crónico de múltiples facetas que exige atención continua a largo plazo. Es necesario asimismo reconsiderar cómo se miden los buenos resultados del tratamiento del consumo de drogas, ya que el efecto de un tratamiento sobre el bienestar general de una persona solo puede evaluarse cuando el tratamiento está en curso, ni antes ni después.

¿Cuál es el destino de las mayores cantidades de opiáceos?

El cultivo y la producción de opiáceos han aumentado constantemente desde 2009 hasta alcanzar niveles sin precedentes en 2014. No obstante, los datos disponibles sobre incautación y consumo de opiáceos no indican que se haya producido un gran cambio en el mercado mundial de opiáceos, con excepción de los Estados Unidos, donde actualmente se observa un resurgimiento del mercado de la heroína. La supuesta estabilización del tráfico y la demanda de opiáceos puede explicarse por el hecho de que los opiáceos pueden tardar algunos años en llegar a los países de destino, o porque no se están detectando los cambios en la demanda de estas sustancias. Por ejemplo, los traficantes utilizan cada vez más África como centro de tránsito para la heroína procedente del Afganistán, y es posible que este continente se esté convirtiendo en un mercado de consumo no desdeñable.

El Afganistán suministra el 90% de la heroína que se consume en el Canadá, y cabe la posibilidad de que esté abasteciendo cada vez más el mercado de los Estados Unidos. Las cifras de incautación indican que la heroína del Afganistán tiene en la actualidad escasa presencia en los Estados Unidos, pero esta situación puede estar cambiando. El radio de acción de las redes delictivas organizadas se está globalizando a grandes pasos y los grupos que las operan han ganado en complejidad y versatilidad, lo que plantea nuevos desafíos a los organismos nacionales encargados de hacer cumplir la ley, cuyas estrategias e intervenciones deben ser revisadas constantemente. Un ejemplo claro es la denominada “red oscura”, un mercado en línea anónimo usado para la venta ilícita de una amplia variedad de productos, incluidas drogas. La cooperación internacional y la colaboración interinstitucional han demostrado ser cruciales para hacer frente al tráfico de drogas en la red oscura pero, dado que la tecnología de esta red se está desarrollando y se vuelve cada vez más accesible, y el tráfico de drogas aumenta su actividad en los mercados oscuros, es posible que se haga necesario replantear tales intervenciones.

Cambiar la percepción del cannabis

Ante el debate cada vez más intenso sobre las ventajas y desventajas de la legalización del cannabis, y en el contexto de su legalización en algunos Estados, aumentan las pruebas que indican que es hora de cambiar la extendida percepción del cannabis como droga ilícita sin graves consecuencias para la salud. El mercado actual del cannabis es mucho más complejo y sofisticado que en el pasado y existe más variedad de productos de cannabis que nunca, algunos de los cuales parecen ser más nocivos que sus predecesores. En algunos mercados son cada vez más populares las variedades de hierba de cannabis de gran potencia (como la sin semilla) que tienen un elevado contenido en THC (principal ingrediente psicoactivo) y un bajo contenido en CBD (cannabinoide con propiedades antipsicóticas). Teniendo en cuenta que cada vez existen más pruebas de la relación entre el consumo de cannabis y algunas formas de enfermedad mental, esta evolución puede dar lugar a una morbilidad incluso mayor, problema que merece la pena seguir de cerca.

Nuevas sustancias psicoactivas: plantear el problema desde una perspectiva pragmática

Diferentes países informan de que las NSP siguen proliferando en el mercado, tanto por la cantidad como por la diversidad, si bien algunas de estas sustancias son de carácter efímero y desaparecen al poco tiempo. Sin embargo, la escasez de datos sobre la nocividad y prevalencia del consumo de NSP dificulta la evaluación de riesgos en el plano internacional. El reto más importante, que exigirá a algunos países redoblar sus esfuerzos, consiste en averiguar si determinadas NSP están o no sustituyendo a otras drogas “tradicionales”, tanto a largo como a corto plazo, o si simplemente están complementando la gama de las drogas sujetas a fiscalización internacional. Es necesario asimismo identificar las sustancias más prevalentes, más persistentes y más peligrosas de las casi 500 NSP potencialmente nocivas que requieren acción a nivel internacional. Se sabe poco sobre el tamaño y la naturaleza del mercado de NSP, cada vez más diversificado, pero habida cuenta que el consumo de NSP por inyección plantea una particular amenaza para la salud de los consumidores, este fenómeno dinámico que evoluciona rápidamente exige una respuesta adecuada.

La salud en los centros penitenciarios debe considerarse parte integral de la salud pública

Es un hecho que en las cárceles se consumen drogas, también por inyección. En algunos países existen pruebas claras de que el consumo de drogas es más elevado en la población penitenciaria que en la comunidad exterior. Las cárceles son un entorno controlado de alto riesgo donde las drogas están prohibidas, pero algunos reclusos las consumen y a menudo lo hacen en condiciones inseguras. Los entornos penitenciarios se caracterizan por presentar altos niveles de enfermedades infecciosas (en particular, VIH, pero también hepatitis C y tuberculosis) y acceso limitado a la prevención y el tratamiento, lo que aumenta el riesgo de contraer virus que se transmiten por la sangre. La rápida rotación de un gran número de personas entre el entorno carcelario y las comunidades más amplias del exterior requiere adoptar estrategias que consideren la salud en los centros penitenciarios parte integral de la salud pública y garanticen la debida continuidad de la atención. La igualdad de acceso a la atención sanitaria de los reclusos es un derecho básico garantizado por el derecho internacional.

El número de muertes prematuras sigue siendo inaceptablemente elevado en las personas que se inyectan drogas

De todas las personas que consumen drogas, las personas que se inyectan drogas son las que se enfrentan a algunas de las consecuencias más negativas para la salud. A pesar de que existen intervenciones de eficacia comprobada para prevenir la muerte por sobredosis y ofrecer servicios de prevención, tratamiento y atención a las personas que consumen drogas por inyección y viven con el VIH, la muerte prematura es un problema común en este grupo de población. Habida cuenta de que la muerte por sobredosis puede evitarse, esta cuestión podría abordarse mediante la aplicación

continúa de una serie de intervenciones, entre las que destaca la administración de naloxona, capaz de neutralizar inmediatamente los efectos de la sobredosis de opiáceos. Conseguir que la naloxona esté disponible y sea fácilmente accesible y dotar a los trabajadores de primeros auxilios y los compañeros y familiares de los consumidores de drogas de las habilidades necesarias para administrar naloxona, es una intervención capaz de salvar vidas. Las consecuencias para la salud del consumo de drogas por inyección van más allá del riesgo de sobredosis, y en muchas regiones y países las personas que se inyectan drogas padecen altos niveles de infección por VIH. Existe, por tanto, la urgente necesidad de prestar más servicios de reducción del daño integrales y empíricamente contrastados para alcanzar el objetivo de acabar con el sida en 2030.

CAPÍTULO II

DESARROLLO ALTERNATIVO

A. INTRODUCCIÓN

Origen del desarrollo alternativo

Uno de los tres pilares del “enfoque equilibrado” de la fiscalización de drogas adoptado por la comunidad internacional, el desarrollo alternativo ha sido, junto con la erradicación de cultivos y la represión, una estrategia fundamental para la reducción de la oferta de drogas durante varias décadas. En su vigésimo período extraordinario de sesiones, dedicado a la acción común para contrarrestar el problema mundial de las drogas, la Asamblea General definió el desarrollo alternativo como “un proceso destinado a impedir y eliminar el cultivo ilícito de plantas que contengan estupefacientes y sustancias sicotrópicas mediante la adopción de medidas de desarrollo rural expresamente concebidas con tal fin, y que se lleva a cabo en el contexto de un crecimiento económico nacional sostenido y de los esfuerzos por alcanzar un desarrollo sostenible de los países que están tomando medidas contra las drogas, teniendo presentes las características socioculturales especiales de las comunidades y grupos destinatarios, y en el marco de una solución permanente y global de la problemática de las drogas ilícitas”¹.

Aunque esta definición se emplea a nivel internacional, una amplia variedad de países que ejecutan programas, donantes y profesionales médicos han elaborado definiciones diferentes para dar cabida a nuevas estrategias y enfoques del desarrollo alternativo, un concepto en constante transformación, como atestigua la cantidad de conferencias internacionales, grupos de trabajo expertos y seminarios en los que se han analizado y debatido formas de precisar el concepto y los planteamientos del desarrollo alternativo en los últimos años². En estos actos se han analizado e intercambiado mejores prácticas y lecciones derivadas de la aplicación de programas de desarrollo alternativo, al tiempo que se mejoraban las actuales políticas y enfoques sobre esta cuestión. En estas iniciativas también se ha intentado ampliar la participación de los Estados Miembros de las Naciones Unidas en debates sobre desarrollo alternativo, satisfaciendo así el interés creciente en este tema surgido en los últimos años. La aprobación por la Asamblea General de la resolución 68/196 sobre los Principios Rectores de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Alternativo fue un paso importante en este proceso. El número de países que apoyan o ejecutan directamente intervenciones de desarrollo alternativo va en aumento, y la importancia de esta cuestión se confirma cada año con las resoluciones que aprueba la Comisión de Estupefacientes. Durante la presidencia de Alemania del Grupo de los Siete en 2015, el desarrollo alternativo será una de las tres prioridades del capítulo dedicado a la lucha contra la delincuencia organizada y el terrorismo, junto con el control del tráfico de fauna y flora silvestres y la lucha contra la financiación del terrorismo.

Como se ha mencionado con anterioridad, los otros elementos que se refuerzan mutuamente en el “enfoque equilibrado” para la reducción de la oferta de droga son los programas de erradicación de cultivos y de medidas de represión para combatir el cultivo, la producción, la fabricación y el tráfico ilícitos³. El desarrollo alternativo debería aplicarse junto con estrategias generales de fiscalización de drogas de esa índole, teniendo presentes los factores demográficos, culturales, sociales y geográficos.

¹ Plan de Acción sobre Cooperación Internacional para la Erradicación de los Cultivos Ilícitos para la Producción de Drogas y Desarrollo Alternativo (resolución S-20/4 E de la Asamblea General).

² El anexo II (véase la versión en línea de este informe) contiene un resumen de las acciones más importantes que han tenido lugar desde 2001.

³ Véase la Declaración Política aprobada por la Asamblea General en su vigésimo período extraordinario de sesiones (resolución S-20/2 de la Asamblea General, anexo), párr. 18.

Ahora bien, mientras tales estrategias se llevan a cabo en los planos nacional, regional o subregional, el desarrollo alternativo está destinado principalmente a los pequeños agricultores. Este tiene como finalidad determinar y ayudar a abordar no solo los factores impulsores sino también las causas profundas que subyacen a la producción de cultivos ilícitos (falta de desarrollo, marginación, pobreza y, en consecuencia, inseguridad humana general) y hacerlo de manera sostenible.

El desarrollo alternativo seguirá teniendo razón de ser mientras existan cultivos ilícitos para la producción de drogas y persistan los desafíos en materia de desarrollo y seguridad específicos de las zonas donde existan estos cultivos. Sin embargo, como estrategia independiente, no ofrece una solución rápida a la oferta de la economía de las drogas ilícitas. Evaluaciones anteriores del desarrollo alternativo ya han demostrado que los buenos resultados dependen en gran medida de cada situación y que existen pocas prácticas, si es que las hay, que puedan ser plasmadas en una plantilla. Como se señaló en el *Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2005*, “no existe un manual ni directrices definidas sobre el desarrollo alternativo”⁴. No obstante, con la aprobación de los Principios Rectores de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Alternativo, ahora se cuenta con un conjunto de directrices generales que incluyen buenas prácticas para planificar y poner en práctica el desarrollo alternativo.

Finalidad del desarrollo alternativo

En ocasiones, el desarrollo alternativo se describe como “desarrollo rural convencional aplicado a una zona donde se produce droga”, “desarrollo en un entorno de drogas”, o “fiscalización de las drogas orientada al desarrollo”⁵. Esto no quiere decir que la finalidad del desarrollo alternativo se limite a perseguir objetivos meramente relacionados con la lucha contra los estupefacientes. Las estrategias nacionales pueden variar, pero el propósito concreto del desarrollo alternativo en su sentido actual más amplio es contribuir al desarrollo económico (especialmente en zonas rurales) con el fin de dirigir la atención a los factores subyacentes y las causas profundas de las economías ilícitas de las drogas.

A diferencia del desarrollo en general, los objetivos del desarrollo alternativo de reforzar el desarrollo económico y social de las zonas donde se va a actuar no son, en general, un fin en sí mismos, sino que constituyen una manera de abordar los objetivos de reducir la oferta de materia prima para producir drogas y restablecer una economía legal en las zonas productoras de drogas. La forma en que se enfoca el doble propósito del desarrollo alternativo difiere de un contexto a otro. En algunas regiones sin cultivos ilícitos, pero con un riesgo importante de que surjan, podría ser necesario hacer hincapié en el desarrollo rural tradicional. Estas intervenciones han sido incluidas en programas de desarrollo alternativo bajo el epígrafe de “desarrollo alternativo preventivo”, lo que pone de manifiesto lo cerca que pueden estar el desarrollo alternativo y el desarrollo rural tradicional. El desarrollo alternativo tiene por objeto contribuir a crear un entorno favorable para el desarrollo rural a largo plazo sin cultivos ilícitos. Mediante su enfoque global, actúa como catalizador fomentando el desarrollo en áreas que plantean desafíos particulares relacionados con la economía de las drogas ilícitas (tráfico de drogas, violencia, debilidad del estado de derecho, etc.) y donde operan pocos organismos internacionales de desarrollo.

El presente capítulo se centra en la estrategia del desarrollo alternativo y su relación con el cultivo ilícito y la reducción de la oferta. Empieza analizando cómo han evolucionado desde la década de 1970 el enfoque y la terminología que rodean al desarrollo alternativo, junto con las implicaciones de estos cambios, y se ponen de relieve y examinan los elementos estratégicos que han contribuido al éxito de las intervenciones de desarrollo alternativo. Se dedica especial atención a analizar los indicadores empleados para evaluar los programas de desarrollo alternativo y las conclusiones de esas evaluaciones, y se trata de determinar cómo un programa puede contribuir efectivamente a crear un entorno propicio en el que el cultivo ilícito desaparezca con el tiempo, el desarrollo humano prospere

⁴ E/INCB/2005/1, párr. 23.

⁵ Véase David Mansfield, “Development in a drugs environment: a strategic approach to ‘alternative development’”, a discussion paper by the Development-oriented Drug Control Programme (DDC)” (Eschborn, Alemania, 2006).

y el desarrollo económico general beneficie a las personas y a la comunidad. Por último, en este capítulo se hace hincapié en cómo el enfoque del desarrollo alternativo guarda relación con el estado de derecho, cómo actúa sobre la economía más amplia vinculada a mercados ilícitos y cuál es su relación con la agenda de desarrollo general. Se pretende que estos análisis ofrezcan una sólida contribución al debate sobre cómo impulsar el desarrollo alternativo en los próximos años.

B. ANTECEDENTES

Surgido a finales de la década de 1980 a partir de las iniciativas para la sustitución de cultivos más concretas de la década de 1970 y el enfoque integrado sobre el desarrollo alternativo vigente durante la década de 1980, el concepto de desarrollo alternativo se ha aplicado en todo el mundo durante más de 40 años. Su evolución se inició realmente en Tailandia en la década de 1960, pero también se ha aplicado en la región andina desde principios de la década de 1980, en la República Democrática Popular Lao, el Líbano, Marruecos, Myanmar y el Pakistán desde comienzos de la década de 1990 y en el Afganistán desde finales de esa misma década.

Los conceptos “sustitución de cultivos”, seguido de “desarrollo rural integrado” y posteriormente “desarrollo alternativo”, fueron promovidos por el Fondo de las Naciones Unidas para la Fiscalización del Uso Indebido de Drogas (FNUFUID)⁶, una de las organizaciones predecesoras del Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas (PNUFID) y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC)⁷, que precisó más el concepto de desarrollo alternativo. En la actualidad, las iniciativas de desarrollo alternativo se aplican en la mayoría de los países productores de opio o coca ilícitos y, en menor medida, en áreas donde se cultiva cannabis.

No existe consenso universal sobre el significado preciso de los diferentes conceptos relativos al desarrollo alternativo. Los significados se solapan entre sí, las definiciones oficiales son escasas y cada autor pone el acento sobre elementos diferentes. En la primera década del nuevo milenio, a algunos proyectos sobre desarrollo alternativo se los denominó proyectos de “medios de subsistencia alternativos”⁸, destacando la dimensión humana de estas intervenciones. A otros se los clasificó de “fiscalización de drogas orientada al desarrollo”⁹, “desarrollo rural en áreas productoras de drogas”¹⁰, “desarrollo regional”¹¹ o proyectos de “seguridad alimentaria”¹². Pese a la variedad de nombres empleados, en el presente capítulo utilizamos la denominación “desarrollo alternativo”, que es el término generalmente aceptado por los Estados Miembros de las Naciones Unidas. Es el término empleado en la definición que se presenta en la introducción y en el análisis siguiente del concepto amplio, que ha evolucionado hasta incorporar varios elementos nuevos.

⁶ Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas, “Alternative Development as an instrument of drug abuse control”, Technical Information Paper, núm. 5 (1993).

⁷ En 1997, el PNUFID y el Centro para la Prevención Internacional del Delito (CPIDP) se unieron para formar la Oficina de Fiscalización de Drogas y de Prevención del Delito (OFDPD), que en octubre de 2002 pasó a denominarse UNODC.

⁸ Por ejemplo, el Programa de Medios de Subsistencia Alternativos patrocinado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), lanzado en diciembre de 2004, y el Fondo de Investigación en Medios de Subsistencia Alternativos (para el Afganistán durante el período 2004-2008), financiado por el Departamento de Desarrollo Internacional del Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte.

⁹ Resolución 68/196 de la Asamblea General, párrafo 18 u).

¹⁰ Agencia Alemana de Cooperación Internacional (GIZ), “Rethinking the approach of alternative development: principles and standards of rural development in drug producing areas”, 2ª ed. (2013).

¹¹ Por ejemplo, el proyecto de desarrollo regional Chapare en el Estado Plurinacional de Bolivia, que pusieron en marcha en 1983 USAID y el Gobierno del Estado Plurinacional de Bolivia.

¹² Por ejemplo, el programa de seguridad alimentaria de la UNODC para Myanmar, patrocinado por la Unión Europea, que se inició en enero de 2009, y el proyecto Phongsaly de seguridad alimentaria y medios de subsistencia alternativos de la UNODC que fue inaugurado en enero de 2011.

Sustitución de cultivos

El concepto de sustitución de cultivos tiene su origen en los países productores de adormidera de Asia sudoriental y, más tarde, Asia sudoccidental. Surgió básicamente como una reacción a las consecuencias imprevistas de la erradicación forzada¹³. Un resultado no deseado de la erradicación forzada fue que en algunas zonas los agricultores que no recibieron ninguna asistencia se opusieron al Gobierno y cayeron bajo la mayor influencia de los traficantes de drogas y los grupos insurgentes, convirtiéndose en un riesgo potencial para la seguridad nacional¹⁴.

En este contexto, los países que se enfrentaban al problema del cultivo ilícito de adormidera empezaron a experimentar con programas de indemnización directa, es decir, subsidios directos a los agricultores para que mantuvieran los cultivos lícitos o para animarlos a abandonar el cultivo de adormidera. Este programa fracasó en gran parte, ya que los agricultores migraron a otras zonas donde empezaron a cultivar adormidera¹⁵. Los gobiernos también empezaron a implantar programas de sustitución de cultivos. Por ejemplo, Tailandia empezó a adoptar esta iniciativa a finales de la década de 1960 e introdujo cultivos alternativos al tiempo que concedió períodos de transición entre seis y ocho años antes de proceder a la erradicación de cultivos¹⁶. El primer programa de sustitución de cultivos en el que intervinieron las Naciones Unidas se inició en Tailandia en 1971, en línea con el Plan Nacional de Desarrollo Socioeconómico del país, al que siguieron otros proyectos similares en Bolivia (Estado Plurinacional de), la República Democrática Popular Lao, Myanmar y el Pakistán. En la década de 1980, Colombia y el Perú introdujeron programas de indemnización.

La metodología inicial promovió cultivos que generarían un nivel de ingresos para los agricultores similar al obtenido con los cultivos ilícitos, pero ese enfoque inicial era muy restrictivo. Las zonas de actuación eran principalmente zonas de cultivo tradicionales donde prevalecían las economías de subsistencia. No se hizo lo necesario para conectar la cadena de producción con actividades de valor añadido y los mercados. A medida que fueron apareciendo nuevas zonas de producción de cultivos ilícitos, varias de las hipótesis subyacentes perdieron su validez o se las consideró solo parcialmente válidas. Además, los éxitos iniciales del enfoque restrictivo de “sustitución de cultivos” a menudo resultaron ser de duración limitada¹⁷. También quedó claro que, sin asistencia adicional para que los agricultores pudieran aumentar su participación en la cadena de valor añadido, los productos alternativos, en el mejor de los casos, no eran lo bastante competitivos para crear medios de subsistencia alternativos sostenibles.

Desarrollo rural integrado

El enfoque inicial fue ampliado en Asia durante el decenio de 1980, adoptando la forma del concepto de “desarrollo rural integrado”. A nivel internacional, el FNUFUID podría considerarse pionero en aplicar el concepto de “enfoque integrado”. Reconociendo la necesidad de un enfoque amplio y equilibrado, a finales del decenio de 1980, el FNUFUID fue el primer organismo en emplear el concepto de planes maestro para los países productores de droga¹⁸. En aquella época, los países podían aprovechar las lecciones ya aprendidas para superar algunas de las limitaciones de la sustitución de cultivos. Por ejemplo, en Colombia, las primeras intervenciones en la parte sur del departamento de Cauca (1985) y la parte norte del departamento de Nariño (1989) intentaron incorporar un doble

¹³ PNUFID, “Alternative development as an instrument of drug abuse control”.

¹⁴ *Ibid.*

¹⁵ *Ibid.*, pág. 18.

¹⁶ Ronald D. Renard, *Opium Reduction in Thailand 1970-2000: A Thirty-year Journey* (Chiang Mai, Thailand, Silksworm Books, 2001), págs. 69 a 80.

¹⁷ David Mansfield, “Alternative development: the modern thrust of supply-side policy”, in *Bulletin on Narcotics*, vol. LI, núms. 1 y 2 (1999), págs. 19 a 43.

¹⁸ The concept of “integrated rural development” was also referred to in the United Nations Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances of 1988, artículo 14, párrafo 3.

enfoque en la sustitución de cultivos y el desarrollo rural integrado¹⁹. Las primeras intervenciones en el Perú, a partir de 1985, tampoco se limitaron a la sustitución de cultivos, ya que los países andinos, con el apoyo del PNUFID, pudieron beneficiarse de las lecciones aprendidas en otros países. El Estado Plurinacional de Bolivia abandonó gradualmente el enfoque basado en la sustitución de cultivos en favor de un enfoque más amplio de desarrollo rural integrado a partir de 1983, complementando intervenciones centradas en la calidad de vida y las inversiones en infraestructura social y vial²⁰.

En el enfoque integrado del desarrollo rural se reveló la necesidad de capacitar a los agricultores de regiones con cultivos ilícitos para que pudieran competir, con sus productos lícitos, con redes de producción, distribución y comercialización consolidadas. Así, se hizo necesario establecer disposiciones económicas y técnicas para asegurar la comercialización, el almacenamiento y el transporte de nuevos productos. El nuevo concepto de desarrollo rural integrado también pretendía mejorar la calidad de vida general de la población destinataria abordando otros temas además de los ingresos, como la educación, la salud, las infraestructuras y los servicios sociales²¹.

Este concepto también tenía como objeto corregir el limitado énfasis que se había puesto en la sustitución de cultivos y promover en su lugar la integración general de zonas tradicionales de cultivo en las tendencias económicas y sociales dominantes. El concepto conjugaba inversiones en infraestructura relativamente importantes, como la construcción de carreteras, para superar la inaccesibilidad de determinadas áreas, con una amplia gama de otros insumos destinados a abrir zonas remotas y subdesarrolladas dedicadas a cultivos tradicionales²². De ese modo, la sustitución de cultivos se consolidó al combinarse con otras iniciativas, como los planes de alimentos por trabajo, otras nuevas oportunidades generadoras de ingresos, iniciativas de desarrollo social concebidas para mejorar la educación, la salud, el acceso a agua potable y saneamiento, y proyectos de infraestructuras que mejorasen el acceso a los mercados²³. Un ejemplo interesante es el Programa de Desarrollo de las Tierras Altas germano-tailandés ejecutado entre 1981 y 1998, que en general se consideró un éxito²⁴.

Desarrollo alternativo

A nivel local, el desarrollo rural integrado demostró ser eficaz hasta cierto punto, no solo en Asia sino también en varias zonas productoras de coca de los países andinos. Sin embargo, desde una perspectiva más amplia, a finales del decenio de 1980 pudo observarse que el cultivo de plantas destinadas a la producción de drogas se estaba desplazando de zonas típicamente afectadas por el cultivo ilícito a muchas nuevas zonas de cultivo, lo que provocó la revisión y el perfeccionamiento del enfoque adoptado. Se hizo evidente que cualquier planteamiento exclusivamente microeconómico sería insuficiente²⁵. En su lugar, era necesario aplicar un enfoque más amplio del desarrollo rural para tratar los factores que incitaban al cultivo en las economías basadas en las drogas ilícitas, la falta de infraestructura de comercialización, servicios públicos y conocimientos agrícolas y la relativa rentabilidad que en estas circunstancias podían ofrecer los cultivos ilícitos frente a los lícitos.

¹⁹ Carlos Zorro Sánchez, “Algunos desafíos del desarrollo alternativo en Colombia”, *Pensamiento y Cultura*, vol. 8, núm. 1 (2005), pág. 112; Colombia, Departamento de Planificación Nacional, “Programa de desarrollo alternativo”, documento CONPES núm. 2734 (Bogotá, 1994), secc. B.

²⁰ Véase, por ejemplo, el *Proyecto de Desarrollo Regional Chapare* (1983-1992); Fernando B. Salazar Ortuño, “Límites de los programas de desarrollo alternativo” en *De la coca al poder: políticas públicas de sustitución de la economía de la coca y pobreza en Bolivia, 1975-2004* (Buenos Aires, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales-CLACSO, 2008), pág. 245.

²¹ PNUFID, “Alternative development as an instrument of drug abuse control”.

²² *Ibid.*

²³ Mansfield, “Alternative development: the modern thrust of supply-side policy”.

²⁴ Renard, *Opium Reduction in Thailand 1970-2000*, págs. 95 a 97 y 109 a 111.

²⁵ PNUFID, “Alternative development as an instrument of drug abuse control”.

Este hecho dio lugar a una estrategia aún más amplia de “desarrollo alternativo”, elaborada a nivel internacional por el FNUFID durante la segunda mitad de la década de 1980, cuya finalidad era mejorar la integración de la asistencia para el desarrollo regional con las iniciativas de represión²⁶, propiciando al mismo tiempo la coordinación y secuenciación adecuadas de tales intervenciones. La aplicación flexible de la ley al combatir los cultivos ilícitos —con intervenciones de aplicación de la ley cuidadosamente programadas para favorecer a las iniciativas de desarrollo y emprendidas una vez que se alcanzaban las condiciones básicas para un nivel de vida alternativo aceptable— se consideró una parte integral y fundamental del desarrollo alternativo. Las intervenciones en pro del desarrollo alternativo pretendían tener una repercusión más duradera y para ello se crearon organizaciones locales y asociaciones de agricultores con el objetivo de facilitar la producción, distribución y comercialización de productos.

El enfoque del desarrollo alternativo también subrayó la necesidad de integrar las actividades locales de desarrollo alternativo en las iniciativas regionales y nacionales de desarrollo, habida cuenta de que el cultivo de droga estaba estrechamente vinculado con diversas cuestiones relacionadas con el desarrollo, la seguridad y la gobernanza que iban mucho más allá de la microeconomía y la agronomía del cultivo de coca, adormidera y cannabis²⁷. En este contexto, se crearon diversas iniciativas para intentar integrar la fiscalización de las drogas, incluido el desarrollo alternativo, en planes nacionales de desarrollo más amplios, reactivar y desarrollar los sectores legales de la economía y proporcionar un marco en el que aplicar políticas económicas eficaces capaces de generar demanda de crecimiento económico diversificado y creación de empleo.

Algunos programas de desarrollo alternativo, en Tailandia por ejemplo, ya habían puesto en práctica con éxito esos enfoques más amplios a partir de la década de 1970 mediante proyectos iniciados por la monarquía y otros programas. En Colombia se puso en marcha un plan de desarrollo alternativo en 1990 en los departamentos de Guaviare, Caquetá y Putumayo bajo los auspicios del PNUFID²⁸. En el Perú se empezó a utilizar el enfoque de desarrollo alternativo en 1995, basándose en los diez años de lecciones aprendidas desde los primeros proyectos de sustitución de cultivos ejecutados en 1985²⁹. A principios de la década de 1990, el Estado Plurinacional de Bolivia había elaborado proyectos de desarrollo alternativo aprovechando las lecciones extraídas en la región de Chapare³⁰.

Medios de subsistencia alternativos

En la primera década del nuevo milenio, los proyectos de desarrollo alternativo también se denominaban en ocasiones proyectos de “medios de subsistencia alternativos” en un intento por cambiar el enfoque y enfatizar la dimensión humana en el proceso de desarrollo alternativo. Este concepto se hizo especialmente popular en el Afganistán después del fin de régimen talibán (2001-2002) y fue adoptado oficialmente en la Estrategia Nacional Afgana para el Control de las Drogas de 2006. El objetivo del enfoque de medios de subsistencia alternativos, como se señalaba en la Estrategia, era reforzar y diversificar los medios de vida alternativos que liberaran a los agricultores y otros trabajadores rurales de la dependencia del cultivo de adormidera y fomentar el crecimiento de la economía lícita³¹. En 2012, la Política Nacional sobre Medios de Vida Alternativos elaborada por el Ministerio de Lucha contra los Estupefacientes en colaboración con la UNODC, fue aprobada por el Gobierno del Afganistán y la comunidad internacional. En otros lugares, como la región andina, la

²⁶ Mansfield, “Alternative development: the modern thrust of supply-side policy”.

²⁷ PNUFID, *Alternative Development in the Andean Area: The UNDCP Experience*, revised edition (United Nations publication, Sales núm. E.01.XI.4).

²⁸ Colombia, Departamento Nacional de Planeación, “Programa de desarrollo alternativo”.

²⁹ *Alternative Development in the Andean Area: The UNDCP Experience*, edición revisada.

³⁰ Por ejemplo, los proyectos financiados por la USAID en el marco de la estrategia de desarrollo alternativo de 1991 en zonas como Chapare y los asociados Valles Altos; y “USAID/ Bolivia Alternative Development Strategy” (1991), págs. 2 y 3.

³¹ Afganistán, Ministerio de Lucha contra los Estupefacientes, “National drug control strategy: an updated five-year strategy for tackling the illicit drug problem”, (Kabul, enero de 2006), pág. 21.

denominación “medio de vida alternativo” no ha sido ampliamente adoptada y “desarrollo alternativo” es el término más comúnmente empleado para describir el enfoque adoptado, lo cual no quiere decir que la filosofía indicada por el término “medio de vida alternativo” nunca haya sido introducida en América Latina.

Aunque muy similar a “desarrollo alternativo”, se podría considerar que el concepto de “medios de vida alternativos” pone especial énfasis en determinar las motivaciones y los factores que influyen en las decisiones domésticas antes de diseñar intervenciones. El desarrollo rural de amplia base es necesario, pero por sí solo no aborda de manera suficiente los factores que impulsan el cultivo de adormidera³². Aunque la generación de ingresos es importante, el enfoque de medios de vida alternativos también contempla otros “valores de medios de vida”, como la salud y la educación, el acceso a la tierra y el agua, los recursos ganaderos y forestales, el acceso al crédito, las herramientas, el equipo, la infraestructura y el apoyo de la comunidad. Al igual que el enfoque de desarrollo alternativo, tal como se empleó en la pasada década, el enfoque de medios de vida alternativos insiste en la integración de las actividades de desarrollo local y los objetivos de lucha contra los estupefacientes en estrategias y programas nacionales de desarrollo más amplios a fin de intentar ofrecer una mejor respuesta a las causas subyacentes del cultivo de drogas y establecer vínculos con la agenda de construcción del Estado.

Un concepto cambiante

En la práctica, no siempre está clara la distinción entre el desarrollo alternativo y el enfoque de medios de vida alternativos. Varias de las nuevas ideas recogidas en este último enfoque han sido incorporadas en proyectos que siguen denominándose “desarrollo alternativo”. Al mismo tiempo, muchas de las intervenciones calificadas oficialmente de intervenciones sobre “medios de vida alternativos” han empleado, en la práctica, enfoques similares a las intervenciones de desarrollo alternativo³³, ya que consistían en iniciativas de desarrollo en un único sector. La Estrategia Nacional Afgana para el Control de las Drogas de 2006 hizo una referencia concreta a los medios de vida alternativos como el principal planteamiento para abordar los cultivos ilícitos³⁴. Mientras tanto, otras estrategias como los enfoques adoptados por la Unión Europea, Colombia y el Perú, siguen empleando el concepto de desarrollo alternativo para analizar los factores subyacentes del cultivo ilícito (por ejemplo, marginación y pobreza) de manera muy similar a como lo hace el enfoque de medios de vida alternativos³⁵. Esto confirma que en la práctica la distinción entre los dos conceptos es cada vez menos clara.

Localización geográfica del desarrollo alternativo

Un total de 23 países comunicaron a la UNODC que habían ejecutado programas de desarrollo alternativo durante el período 2010-2013³⁶. Entre estos países figuran todos los principales productores de coca (Bolivia (Estado Plurinacional de), Colombia y Perú), los dos principales productores de opio (Afganistán y Myanmar) y un conjunto de otros países con producción ilícita de opio (Egipto, República Democrática Popular Lao, Pakistán, Tailandia y Viet Nam). También se

³² David Mansfield y Adam Pain, “Alternative livelihoods: substance or slogan?” Briefing Paper Series (Kabul, Unidad de Investigación y Evaluación de Afganistán, octubre de 2005), pág. 10.

³³ *Ibid.*

³⁴ Afganistán, Ministerio de Lucha contra los Estupefacientes, “National drug control strategy: an updated five-year strategy for tackling the illicit drug problem”, pág. 40.

³⁵ Consejo de la Unión Europea, “The EU approach on alternative development”, Cordroque núm. 44 (18 de mayo de 2006); Perú, Oficina del Presidente del Consejo de Ministros y la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA), *Estrategia Nacional de Lucha contra las Drogas 2012-2016* (febrero de 2012); Colombia, Departamento Nacional de Planeación, *Política Nacional de Erradicación Manual de Cultivos Ilícitos y Desarrollo Alternativo para la Consolidación Territorial*, documento CONPES núm. 3669 (Bogotá, 2010), pág. 8.

³⁶ Véase la sección sobre metodología en la versión en línea de este informe.

llevaron a cabo iniciativas de desarrollo alternativo en algunos de los países productores de cannabis (especialmente Marruecos y, en menor medida, Indonesia y Filipinas).

En esa cifra también se incluían otros países de América del Sur (Ecuador y Venezuela (República Bolivariana de)), que comunicaron en su mayoría haber realizado actividades de “desarrollo alternativo preventivo”), Centroamérica (El Salvador y Guatemala), el Caribe (Trinidad y Tabago), Asia (Malasia) y algunos países africanos. Además, Albania, Côte d’Ivoire, India, México y Nigeria tienen previsto realizar actividades de desarrollo alternativo. En el mapa 1 se muestran los países que aplicaron proyectos nacionales durante el período 2010-2013.

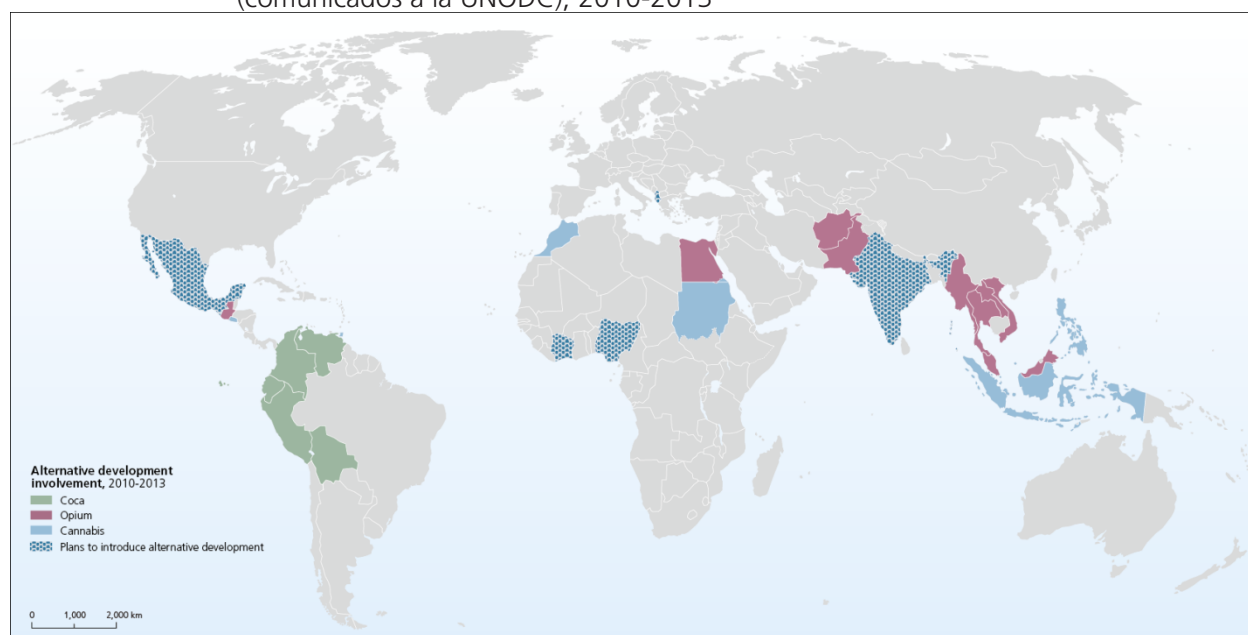
Recursos asignados al desarrollo alternativo

Beneficiarios del desarrollo alternativo

Existen muchas dificultades para identificar los presupuestos asignados a las intervenciones de desarrollo alternativo y calcular el número de sus beneficiarios. Un problema añadido es que, al comparar los datos a nivel internacional, la definición del desarrollo alternativo difiere de un país a otro. Además, en varios casos, los proyectos de desarrollo alternativo forman parte de programas de desarrollo rural de mayor alcance o son ejecutados por diversas organizaciones nacionales e internacionales. En consecuencia, suele ocurrir que los datos de este tipo no se recopilan de manera exhaustiva a nivel nacional. Aunque hoy en día los programas de desarrollo alternativo son apoyados cada vez más por las estrategias y los presupuestos nacionales, son escasos los datos que cuantifican la magnitud de las intervenciones de desarrollo alternativo.

En el cuadro 1 figura la limitada información disponible sobre los presupuestos nacionales que se asignaron al desarrollo alternativo en 2013 y sobre sus beneficiarios. Por término medio, los beneficiarios previstos recibieron beneficios directos y principalmente indirectos, en especie, por un valor anual de unos cientos de dólares por cada familia que se dedicaba al cultivo ilícito. El porcentaje de los presupuestos nacionales asignado al desarrollo alternativo en los principales países productores de coca variaba del equivalente al 5% a casi el 30% de los ingresos derivados del cultivo ilícito.

Mapa 1. Estados Miembros con proyectos nacionales de desarrollo alternativo (comunicados a la UNODC), 2010-2013



Implantación del desarrollo alternativo, 2010-2013

Coca

Opio

Cannabis

Proyectos para introducir el desarrollo alternativo

Fuentes: Cuestionario para los informes anuales de la UNODC y proyectos de desarrollo alternativo de la UNODC. Solo se incluyen los países que han proporcionado información suficiente sobre la ejecución de proyectos de desarrollo alternativo.

Nota: Los límites geográficos que figuran en el mapa no implican la aprobación o aceptación oficial de las Naciones Unidas. Las líneas discontinuas representan límites geográficos indeterminados. La línea punteada representa aproximadamente la Línea de Control en Jammu y Cachemira convenida por la India y el Pakistán. Las partes aún no han acordado la condición definitiva de Jammu y Cachemira. La frontera definitiva entre el Sudán y Sudán del Sur aún no ha sido determinada.

Cuadro 1. Beneficiarios de programas de desarrollo alternativo, número estimado de hogares que se dedican al cultivo ilícito de droga, ingresos de agricultores procedentes de cultivos ilícitos y presupuestos nacionales para desarrollo alternativo, 2013 (a menos que se indique otro período)

País	Número estimado de hogares dedicados al cultivo ilícito ^a	Ingresos totales de agricultores obtenidos del cultivo de coca u opio (millones de dólares)	Beneficiarios del desarrollo alternativo (número de hogares) ^a	Presupuesto nacional para desarrollo alternativo (millones de dólares)	Desarrollo alternativo nacional, como porcentaje de ingresos por cultivos ilícitos
A. Asia (producción ilícita de opio)					
Afganistán	b	950	–	–	–
Myanmar	–	540	–	–	–
República Democrática Popular Lao	–	42	–	–	–
B. América Latina (producción ilícita de coca)					
Perú	121.000 (2013)	496	72.000 (2013)	48	10
Colombia	61.700 (2013)	313	156.000 ^c (2003-2013)	92	29
Bolivia (Estado Plurinacional de)	–	283	60.000 ^d (2009-2014)	14	5

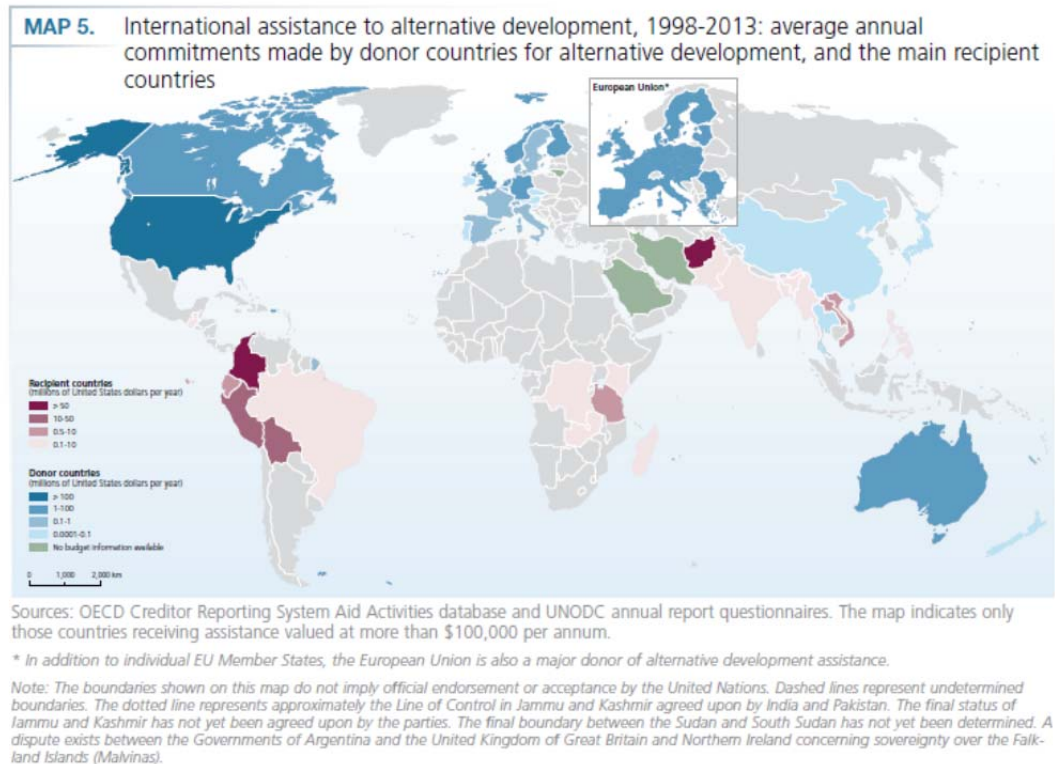
Fuentes: UNODC, *Afghanistan Opium Survey 2013* (Viena, diciembre de 2013); UNODC, *South East Asia Opium Survey 2013*; UNODC; Perú: *Monitoreo de Cultivos de Coca 2013* (junio de 2014); UNODC, *Colombia, Monitoreo de Cultivos de Coca 2013* (junio de 2014); UNODC, *Estado Plurinacional de Bolivia, Monitoreo de Cultivos de Coca 2013* (junio de 2014).

a El año al que corresponde la estimación se indica entre paréntesis.

b No se dispone de datos sobre 2013; los datos más recientes corresponden a 2010 (248.700 hogares); no obstante, entre 2010 y 2013 aumentaron las zonas dedicadas al cultivo de opio en un 70%, y en más del 80% en 2014.

c El total incluye a los beneficiarios de proyectos de desarrollo alternativo preventivo (hogares no implicados directamente en el cultivo de coca) durante el período 2003-2012.

d Información proporcionada por el Viceministerio de Coca y Desarrollo Integral; habida cuenta del número de hogares que se encuentran en regiones productoras de coca, esta cifra indica que la práctica totalidad de los agricultores que viven en las zonas en que se cultiva coca se beneficiaron de intervenciones de desarrollo alternativo.



Mapa 2. Asistencia internacional para el desarrollo alternativo, 1998-2013: compromisos medios anuales contraídos por los países donantes para desarrollo alternativo, y principales países receptores

Unión Europea*

Países receptores

(millones de dólares de los Estados Unidos por año)

Países donantes

(millones de dólares de los Estados Unidos por año)

No hay disponible información presupuestaria

Fuentes: OCDE, base de datos sobre las actividades de asistencia del Sistema de Notificación por parte de los Países Acreedores y cuestionarios para los informes anuales de la UNODC. El mapa solo muestra los países que reciben asistencia valorada en más de 100.000 dólares de los Estados Unidos por año.

* Además de algunos Estados miembros de la UE a título individual, la Unión Europea es también un importante donante de asistencia para el desarrollo alternativo.

Nota: Los límites geográficos que figuran en el mapa no implican la aprobación o aceptación oficial de las Naciones Unidas. Las líneas discontinuas representan límites geográficos indeterminados. La línea punteada representa aproximadamente la Línea de Control en Jammu y Cachemira convenida por la India y el Pakistán. Las partes aún no han acordado la condición definitiva de Jammu y Cachemira. La frontera definitiva entre el Sudán y Sudán del Sur aún no ha sido determinada. Existe una disputa entre los gobiernos de Argentina y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte sobre la soberanía de las islas Malvinas (Falkland).

Descripción general de las contribuciones de donantes al desarrollo alternativo

Durante las últimas cuatro décadas, el desarrollo alternativo ha sido financiado en gran parte por donantes externos, entre ellos países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) de América del Norte, Europa y Oceanía, y países no miembros de la OCDE como la Arabia Saudita, China, Irán (República Islámica del) y Tailandia (véase el mapa 2). En los últimos años, se ha observado un número creciente de proyectos que son financiados por países que tradicionalmente eran receptores de tal ayuda, como el Estado Plurinacional de Bolivia, Colombia, el Perú y Tailandia.

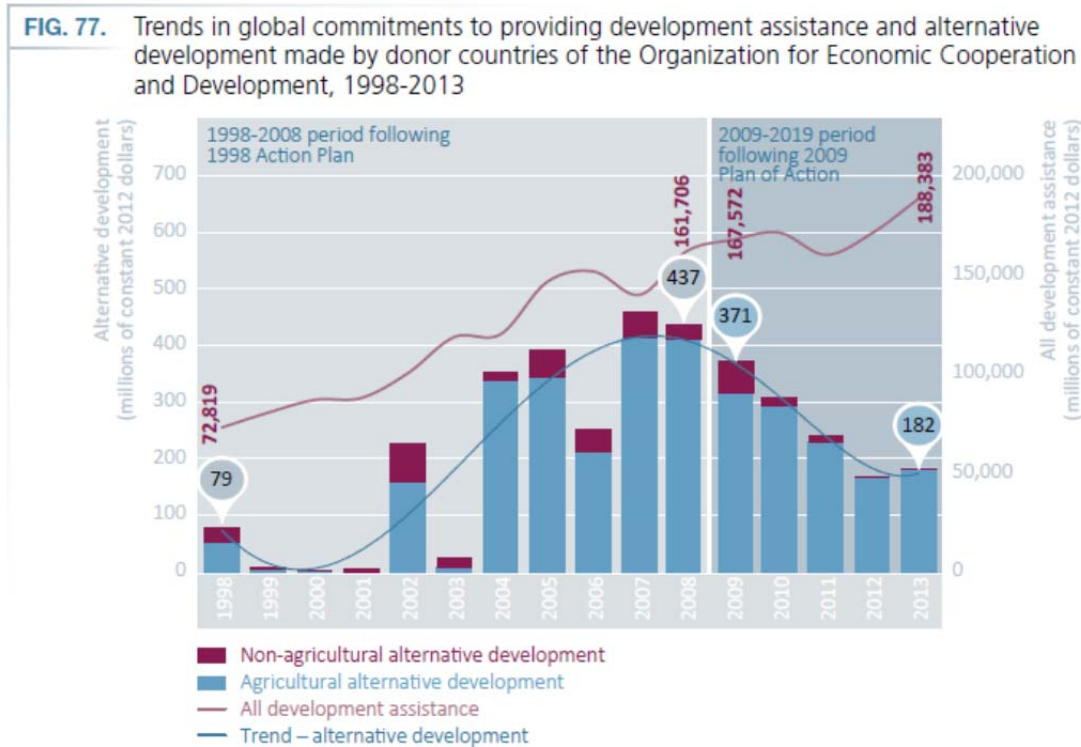
Volumen de fondos asignados por donantes al desarrollo alternativo

El nivel de fondos asignados por donantes al desarrollo alternativo puede considerarse una indicación de la importancia que la comunidad internacional ha atribuido a esta estrategia.

En la actualidad, la mayor parte de los datos financieros disponibles sobre desarrollo alternativo los proporcionan países donantes de la OCDE. Sin embargo, estos datos solo reflejan parcialmente los esfuerzos generales desplegados en este ámbito, ya que hay otros donantes entre países no miembros de la OCDE y las actividades nacionales llevadas a cabo por los países receptores no se incluyen en estas estadísticas. Este último factor no supone un gran problema a la hora de analizar las actividades de desarrollo alternativo en países de ingresos bajos, pero en los países de ingresos medianos las discrepancias entre las actividades de desarrollo alternativo financiadas por donantes y las generales pueden ser considerables.

Según las Estadísticas sobre Desarrollo Internacional de la OCDE³⁷, en el período desde 1998, cuando la Asamblea General aprobó la Declaración Política y su Plan de Acción sobre Cooperación Internacional para la Erradicación de los Cultivos Ilícitos para la Producción de Drogas y Desarrollo Alternativo asociado, hasta 2013, los compromisos globales de los países de la OCDE para fomentar el desarrollo alternativo en países en desarrollo ascendieron en total a un promedio de 219 millones de dólares por año (expresado en dólares de 2012), de los cuales el 89% se destinaron al desarrollo alternativo relacionado con la agricultura y el 11% a actividades de desarrollo alternativo no relacionadas con la agricultura, como oportunidades de ingresos en otros sectores, infraestructura social y física y formación y creación de capacidad en ámbitos no agrícolas. Las estadísticas antes citadas no incluyen los proyectos de desarrollo alternativo financiados por países no miembros de la OCDE como China, Tailandia y algunos países del Golfo.

³⁷ Un primer análisis de estas estadísticas y un resumen histórico de la participación del Comité de Asistencia para el Desarrollo de la OCDE en actividades de fiscalización de estupefacientes y desarrollo alternativo pueden consultarse en William Hynes y Deborah Alimi, “Why illicit drugs cannot be ignored in the post-2015 development agenda”, documento DCD/DAC/GOVNET (2014) 7, edición revisada (noviembre de 2014).



Source: OECD, International Development Statistics online database (data extracted on 19 December 2014).

Gráfico 1. Tendencias de los compromisos mundiales de asistencia para el desarrollo y para el desarrollo alternativo contraídos por países donantes de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, 1998-2013

Período 1998-2008 siguiente al
Plan de Acción de 1998

Período 2009-2019 siguiente al Plan de Acción
Plan de Acción de 2009

Desarrollo alternativo (millones de dólares constantes de 2012)

Total de asistencia para el desarrollo (millones de dólares constantes de 2012)

Desarrollo alternativo no agrícola
Desarrollo alternativo agrícola
Total de asistencia para el desarrollo
Tendencia – desarrollo alternativo

Fuente: OCDE, base de datos en línea sobre estadísticas de desarrollo internacional (datos extraídos el 19 de diciembre de 2014).

Pese a las décadas de debates en torno al desarrollo alternativo como pilar clave de la fiscalización de estupefacientes a nivel nacional e internacional, las cantidades totales comprometidas por los países de la OCDE para proyectos de desarrollo alternativo en el período 1998-2013 fueron muy bajas en comparación con las asignadas como parte de la cooperación para el desarrollo en general. Los compromisos para el desarrollo alternativo representaron solo el 0,2% de toda la asistencia para el desarrollo mundial (133.000 millones de dólares por año), o el 3,6% de la ayuda destinada a la agricultura, y equivalían al 12,3% de la cantidad asignada al desarrollo rural.

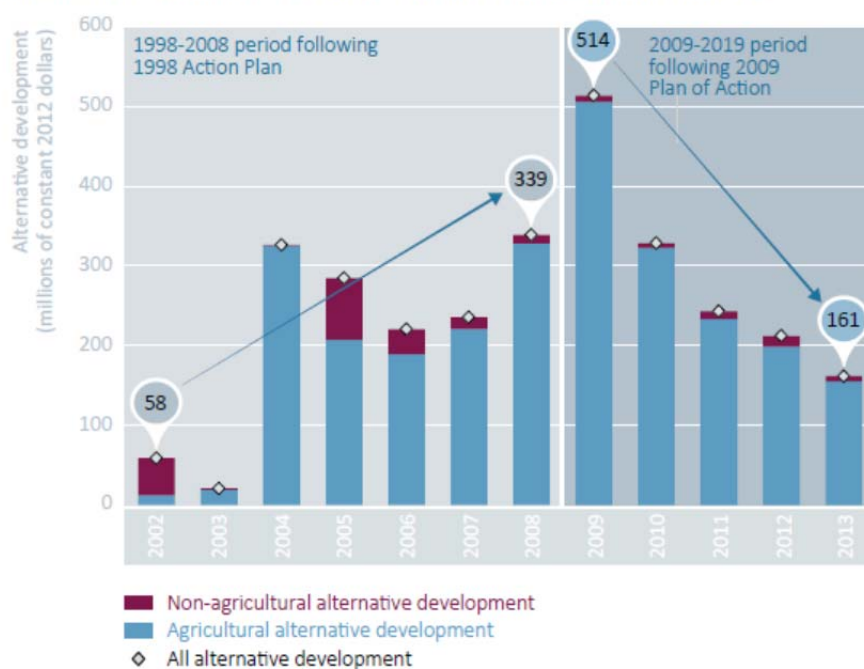
Los fondos que efectivamente se gastaron fueron de una magnitud similar a los compromisos. Sin embargo, los datos disponibles a este respecto correspondían a un período más limitado: los donantes

de la OCDE habían gastado 245 millones de dólares por año durante el período 2002-2013, el equivalente al 0,2% de todos los desembolsos relativos a la asistencia para el desarrollo.

Los datos sobre compromisos de donantes muestran que el acuerdo alcanzado por los países en la Declaración Política que aprobó la Asamblea General en su vigésimo período extraordinario de sesiones y el Plan de Acción sobre Cooperación Internacional para la Erradicación de los Cultivos Ilícitos para la Producción de Drogas y Desarrollo Alternativo contribuyó de manera tangible a promover la asignación de recursos de donantes para desarrollo alternativo. Entre 1998 y 2008, el total de los compromisos para desarrollo alternativo procedentes de países de la OCDE se quintuplicó con creces. No obstante, la aprobación 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 por la Asamblea General en 2009 no dio lugar a un incremento similar: los compromisos financieros disminuyeron en un 51% entre 2009 y 2013 (véase el gráfico 1). Este descenso no puede atribuirse a ninguna disminución general de los recursos aportados por los donantes de la OCDE porque, en general, los compromisos de los donantes de la OCDE siguieron aumentando durante ese período. En consecuencia, la proporción de asistencia para el desarrollo general que correspondía al desarrollo alternativo, que se había incrementado del 0,1% en 1998 al 0,3% en 2008, volvió a retroceder hasta el 0,1% de toda la asistencia para el desarrollo en 2013.

Los datos sobre el desembolso real de fondos muestran una tendencia similar a la de los compromisos (véase el gráfico 2). Dos posibles explicaciones para esa tendencia son: a) que el impulso inicial en pro del desarrollo alternativo generado en 1998 no se mantuvo después de 2009; y b) que la asistencia para el desarrollo alternativo fue (como de hecho se solicitaba en la Declaración Política de 2009) parcialmente incorporada e integrada en planes de desarrollo regional más amplios y así algunas intervenciones podrían haber dejado de ser clasificadas como “desarrollo alternativo”. Los compromisos anuales asignados a la categoría de “desarrollo rural” en el período 2009-2013 fueron un 50% mayores que en el período 1998-2008. Este incremento puede haber compensado el descenso en los recursos dedicados a la categoría “desarrollo alternativo” entre 2009 y 2013.

FIG. 78. Trends in gross disbursements of alternative development provided by donor count Organization for Economic Cooperation and Development, 2002-2013



Source: OECD, International Development Statistics online database (data extracted on 19 December 2014).

Gráfico 2. Tendencias de los desembolsos brutos en concepto de desarrollo alternativo aportados por países donantes de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, 2002-

2013

Desarrollo alternativo (millones de dólares constantes de 2012)

Período 1998-2008 siguiente al
Plan de Acción de 1998

Período 2009-2019 siguiente al
Plan de Acción de 2009

Desarrollo alternativo no agrícola
Desarrollo alternativo agrícola
Total de desarrollo alternativo

Fuente: OCDE, base de datos en línea sobre estadísticas de desarrollo internacional (datos extraídos el 19 de diciembre de 2014).

Una disminución en la ayuda de donantes externos no se traduce necesariamente en una disminución de los recursos financieros totales para desarrollo alternativo de un país. Por ejemplo, Bolivia (Estado Plurinacional de), Colombia y el Perú aumentaron sustancialmente su asignación de recursos nacionales al desarrollo alternativo y, mediante ese incremento en la financiación nacional, pudieron contrarrestar la reducción de los recursos de los donantes y mantuvieron un importante apoyo financiero para el desarrollo alternativo en su propio territorio.

El promedio anual de asistencia para el desarrollo notificada por los países donantes de la OCDE en lo que respecta a la “fiscalización de estupefacientes”³⁸ (excluido el desarrollo alternativo), fue mucho más bajo en el período 2009-2013 que durante 1998-2008 (89% más baja) (véase el gráfico 3), lo que puso de manifiesto una tendencia al alza que comenzó en 2007.

Principales donantes del desarrollo alternativo

Identificar a los principales donantes de asistencia para el desarrollo alternativo es complicado, ya que las estadísticas pueden estar afectadas por las distintas categorías que los países utilizan para la asignación de fondos. Por consiguiente, las estadísticas sobre este tipo de ayuda deben emplearse solo para averiguar quiénes son los mayores donantes en este ámbito y no han de tomarse como una medición exacta.

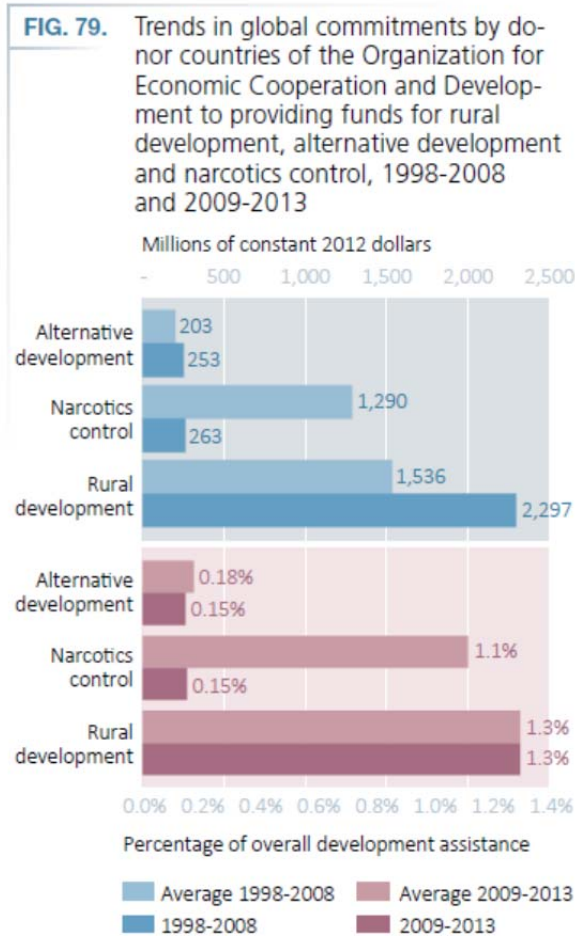
De acuerdo con las estadísticas de ayuda internacional de la OCDE (Sistema de Notificación por parte de los Países Acreedores), de los 28 países que pertenecen al Comité de Asistencia para el Desarrollo de la OCDE³⁹, 19 países proporcionaron asistencia para el “desarrollo alternativo agrícola” durante el período 1998-2013 hasta alcanzar un total, por término medio, de 195 millones de dólares por año correspondiente a los donantes de la OCDE, mientras que la asistencia facilitada por 14 países de la OCDE durante el período 1998-2008 fue de 176 millones de dólares por año. Los principales

³⁸ Las cifras correspondientes a la categoría “fiscalización de estupefacientes” incluyen actividades de lucha contra los estupefacientes “relacionadas con el desarrollo”, como programas educativos y campañas de sensibilización destinadas a reducir la distribución de drogas ilícitas, y formación de agentes de policía y aduanas. No se incluyen las actividades de donantes para destruir cultivos, interceptar suministros de drogas o formar y financiar a personal militar en actividades de lucha contra los estupefacientes. Véanse los códigos-objeto de la base de datos sobre las actividades de asistencia del Sistema de Notificación por parte de los Países Acreedores de la OCDE (válidos para la notificación de flujos, incluidos los de 2014), disponible en: www.oecd.org.

³⁹ Los 28 países del Comité de Asistencia para el Desarrollo de la OCDE son Alemania, Australia, Austria, Bélgica, el Canadá, Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, España, los Estados Unidos, Finlandia, Francia, Grecia, Irlanda, Islandia, Italia, el Japón, Luxemburgo, Noruega, Nueva Zelandia, los Países Bajos, Polonia, Portugal, el Reino Unido, la República Checa, la República de Corea, Suecia y Suiza. La Unión Europea es también miembro del Comité.

donantes parecen haber sido los Estados Unidos, seguidos de las instituciones de la Unión Europea, el Canadá y varios países europeos, en particular los Países Bajos y Alemania. Algo parecido puede afirmarse con respecto a los fondos efectivamente desembolsados.

Las cantidades gastadas en asistencia para el desarrollo alternativo “no agrícola”⁴⁰ durante el período 1998-2013 ascendieron a 23,2 millones de dólares por año, una cifra notablemente menor que las cantidades dedicadas a “desarrollo alternativo agrícola”. Las cantidades anuales asignadas a “desarrollo alternativo no agrícola” durante el período 2009-2013 fueron casi un 40% inferiores que las empleadas en el período 1998-2008. Los mayores contribuyentes fueron el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte y los Estados Unidos, seguidos por las instituciones de la Unión Europea, Finlandia y Australia.



Source: OECD, International Development Statistics online database (data extracted on 19 December 2014).

⁴⁰ La categoría “desarrollo alternativo no agrícola” de los códigos-objeto del Sistema de Notificación por parte de los Países Acreedores de la OCDE (válidos para la notificación de los flujos de asistencia, incluidos los de 2014, disponibles en www.oecd.org) se aplica a los “proyectos para reducir los cultivos ilícitos para la producción de drogas mediante, por ejemplo, oportunidades de ingresos no agrícolas e infraestructura social y física”.

Gráfico 3 Tendencias de los compromisos de los países donantes de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos para proveer fondos destinados al desarrollo rural, el desarrollo alternativo y la fiscalización de estupefacientes, 1998-2008 y 2009-2013

Millones de dólares constantes de 2012

Desarrollo alternativo
Fiscalización de estupefacientes
Desarrollo rural
Desarrollo alternativo
Fiscalización de estupefacientes
Desarrollo rural

Porcentaje de asistencia para el desarrollo total

Media 1998-2008
1998-2008

Promedio 2009-2013
Promedio 2009-2013

Fuente: OCDE, base de datos en línea sobre estadísticas de desarrollo internacional (datos extraídos el 19 de diciembre de 2014).

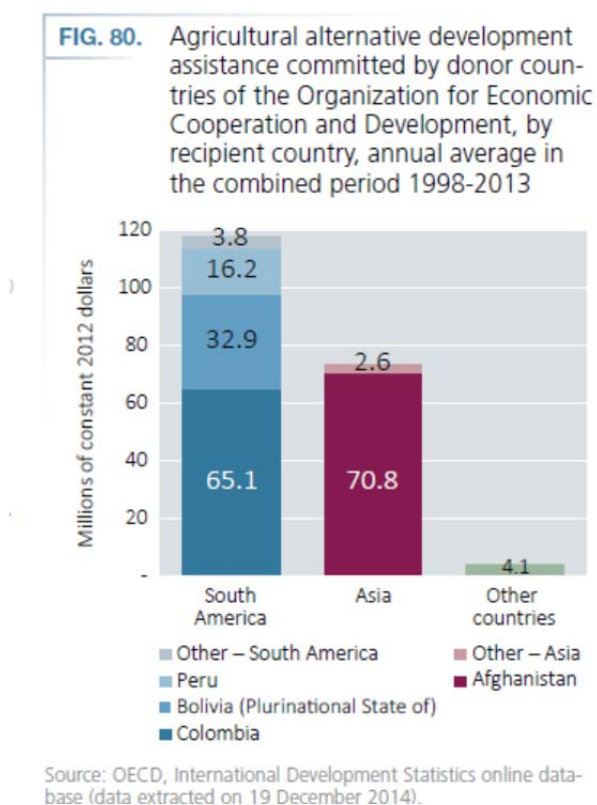


Gráfico 4 Asistencia al desarrollo alternativo agrícola comprometida por países donantes de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, por país receptor, promedio anual en el período 1998-2013

Millones de dólares constantes de 2012

Otros – América del Sur

Perú
Bolivia (Estado Plurinacional de)
Colombia

Otros – Asia
Afganistán

Fuente: OCDE, base de datos en línea sobre estadísticas de desarrollo internacional (datos extraídos el 19 de diciembre de 2014).

Principales receptores de fondos para el desarrollo alternativo agrícola

Según indican estadísticas sobre asistencia para el desarrollo de la OCDE en lo concerniente a fondos asignados a la asistencia para el desarrollo alternativo agrícola durante el período 1998-2013, las mayores proporciones de la asistencia de donantes, tal como muestra el gráfico 80, se destinaron a países de América del Sur (118 millones de dólares de forma constante hasta 2012 o el 60,4% del total), especialmente Colombia (33,3%), el Perú (16,8%) y el Estado Plurinacional de Bolivia (8,3%), seguidos de países de Asia (37,6%), muy en particular el Afganistán (36,2%). Las estadísticas sobre desembolsos (es decir, los fondos realmente gastados) muestran una tónica similar. La República Democrática Popular Lao, Myanmar y Tailandia recibieron cantidades muy inferiores. Aunque la República Democrática Popular Lao y Myanmar dependen en gran medida de la ayuda exterior, Tailandia ha sido capaz de financiar la mayor parte de sus necesidades de desarrollo alternativo con recursos locales, y algunos de sus proyectos de desarrollo alternativo incluso han llegado a ser económicamente autosuficientes.

Si se compara el período 2009-2013 (posterior a la Declaración Política y el Plan de Acción de 2009) con el período 1998-2008 (posterior al vigésimo período extraordinario de sesiones de la Asamblea General), los fondos comprometidos por donantes internacionales al desarrollo alternativo agrícola aumentaron en el Afganistán (de 64 millones de dólares anuales en 1998-2008 a 85 millones de dólares anuales en 2009-2013) y en Colombia (de 52 millones de dólares a 94 millones de dólares), mientras que disminuyeron en el Perú (de 35 millones de dólares a 28 millones de dólares) y en el Estado Plurinacional de Bolivia (de 17 millones de dólares a 14 millones de dólares).

Los desembolsos brutos para desarrollo alternativo agrícola descendieron en dos tercios entre 2009 y 2013 en los cuatro principales países receptores (véase el cuadro 2), con el mayor descenso en el Estado Plurinacional de Bolivia (98%). Sin embargo, en algunos países los recursos asignados a proyectos de desarrollo alternativo no disminuyeron, ya que los fondos nacionales adicionales (sobre todo en la región andina) compensaron en parte la disminución de los fondos aportados por donantes externos.

Cuadro 2. Desembolsos brutos en concepto de asistencia para el desarrollo alternativo agrícola por países donantes de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, 2009-2013, y de asistencia para el desarrollo alternativo por autoridades nacionales en 2013

	Desembolsos para desarrollo alternativo agrícola de fuentes externas (millones de dólares constantes de 2012)							Desarrollo alternativo notificado por autoridades nacionales (2013) (millones de dólares constantes de 2012)
	2009	2010	2011	2012	2013	Promedio 1999-2013	Porcentaje del total	
Afganistán	266,4	161,2	104,6	86,8	43,1	132,4	46,8	–
Colombia	118,2	73,1	51,1	58,0	77,8	75,7	26,7	92
Perú	28,1	29,6	28,6	27,8	25,6	27,9	9,9	48

Bolivia (Estado Plurinacional de)	37,8	36,7	21,3	8,3	0,6	21,0	7,4	14
Subtotal	450,6	300,6	205,7	180,9	147,0	257,0	90,8	
Otros países en desarrollo	55,4	21,7	27,7	17,9	7,9	26,1	9,2	
Todos los países en desarrollo	506,0	322,3	233,4	198,7	155,0	283,1	100,0	

Fuentes: OCDE, base de datos en línea sobre estadísticas de desarrollo internacional (datos extraídos el 19 de diciembre de 2014); UNODC, cuestionario para los informes anuales; Colombia, Ministerio de Justicia y del Derecho, Dirección de Programas contra Cultivos Ilícitos, Unidad Administrativa para la Consolidación Territorial, octubre de 2014.

Cuadro 3.

Desembolsos brutos en concepto de asistencia para el desarrollo alternativo agrícola efectuados por países donantes de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, expresados como proporción del producto interno bruto, período 2009-2013, y desarrollo alternativo de fuentes nacionales, expresado como proporción del producto interno bruto, 2013

	Asistencia para el desarrollo alternativo agrícola						Asistencia para el desarrollo alternativo
	De fuentes externas (porcentaje del producto interno bruto de los receptores)						De fuentes nacionales (porcentaje de producto interno bruto de los receptores)
	2009	2010	2011	2012	2013	Media 1999-2013	2013
Afganistán	2,10	1,17	0,72	0,52	0,25	0,88	-
Colombia	0,05	0,03	0,02	0,02	0,03	0,03	0,03
Perú	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,03
Bolivia (Estado Plurinacional de)	0,25	0,23	0,13	0,05	0,00	0,12	0,08
Subtotal	0,12	0,07	0,05	0,04	0,03	0,06	-
Otros países en desarrollo	0,0004	0,0002	0,0002	0,0001	0	0,0002	-
Todos los países en desarrollo	0,004	0,002	0,002	0,001	0,001	0,002	-

Fuentes: OCDE, base de datos en línea sobre estadísticas de desarrollo internacional (datos extraídos el 19 de diciembre de 2014) y Banco Mundial, Indicadores del Desarrollo Mundial (datos extraídos el 30 de diciembre de 2014) e informes presentados por autoridades nacionales a la UNODC.

Poner en perspectiva la asistencia de donantes

Las cantidades recibidas de fuentes externas y asignadas a fines de desarrollo alternativo han sido hasta ahora bastante modestas si se las compara con el producto interno bruto (PIB) de los países receptores y el total de la asistencia para el desarrollo alternativo aportada por las autoridades nacionales en los países productores de drogas. Expresados como una proporción de la actividad económica general, los desembolsos brutos de donantes para proyectos de desarrollo alternativo agrícola ascendieron, por término medio, a solo el 0,06% del PIB en los cuatro principales países receptores durante el período 2009-2013, con la mayor proporción comunicada en el Afganistán (0,9% del PIB). Además, la proporción en estos cuatro países descendió de un promedio ligeramente superior al 0,1% del PIB en 2009 al 0,03% en 2013 (véase el cuadro 3).

Expresado como una proporción de toda la asistencia al desarrollo, el “desarrollo alternativo agrícola” representó un promedio del 3% de toda la asistencia para el desarrollo en los cuatro principales países productores de coca y opio durante el período 2009-2013 (véase el cuadro 4).

El desembolso bruto de fondos para el desarrollo alternativo en los seis principales países productores de coca y opio se acercó a 150 millones de dólares en 2013, una cifra equivalente al 6% de los ingresos totales que los agricultores obtuvieron de la producción de opio y coca (2.600 millones de dólares) en esos seis países en 2013 (varió del 0,1% en Myanmar al 25% en Colombia). En algunos casos, la asistencia facilitada a los beneficiarios de intervenciones de desarrollo alternativo fue suficiente para marcar la diferencia, si bien los datos también indican que cuando el valor de las intervenciones se situó por debajo de determinados umbrales, su repercusión fue insuficiente.

Cuadro 4. Desembolsos brutos en concepto de asistencia para el desarrollo alternativo agrícola efectuados por países donantes de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos como proporción de la asistencia total para el desarrollo, 2009-2013, como porcentaje de la asistencia total para el desarrollo

	Desembolsos brutos (porcentaje de asistencia total para el desarrollo del país receptor)					Media 2009-2013
	2009	2010	2011	2012	2013	
Afganistán	4,6	2,4	1,6	1,3	0,8	2,1
Colombia	11,8	7,4	4,9	7,2	8,9	8,0
Perú	4,1	3,7	3,6	4,9	4,8	4,1
Bolivia (Estado Plurinacional de)	5,2	4,1	3,0	1,2	0,1	2,8
Subtotal	5,5	3,2	2,3	2,1	2,0	3,0
Otros países	0,04	0,02	0,02	0,01	0,00	0,02
Total	0,4	0,2	0,2	0,1	0,1	0,2

Fuente: OCDE, base de datos en línea sobre estadísticas de desarrollo internacional (datos extraídos el 19 de diciembre de 2014).

C. ANÁLISIS DE ESTRATEGIAS NACIONALES DE DESARROLLO ALTERNATIVO

Estrategias nacionales de desarrollo alternativo

El análisis de las estrategias nacionales de desarrollo alternativo revela que la evolución del desarrollo alternativo a nivel nacional es dinámica y versátil. Sin embargo, no todos los países que aplican o apoyan el desarrollo alternativo tienen estrategias o planes de acción independientes en este ámbito. De hecho, la mayoría de los países hacen del desarrollo alternativo uno de los pilares de una estrategia más amplia para la fiscalización de estupefacientes. Tomando como base información por países facilitada por la UNODC a través de los cuestionarios para los informes anuales correspondientes al período 2010-2013, y otras comunicaciones, en el cuadro 5 se muestran, por categoría, los países que apoyan, tienen previsto apoyar o ejecutan proyectos de desarrollo alternativo de un modo u otro. En el anexo de la versión en línea del presente informe se pueden consultar cuadros resumen de estrategias nacionales.

Con respecto a las estrategias nacionales, casi todos los países manifiestan que la repercusión de los programas se evalúa teniendo en cuenta la erradicación de la pobreza extrema, la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de la mujer y la sostenibilidad del medio ambiente (como se informa en los cuestionarios para los informes anuales, 2010-2013). Todas las estrategias nacionales,

caracterizadas por la participación interministerial, están integradas o vinculadas a estrategias nacionales de desarrollo de mayor alcance, si bien de maneras diferentes. Por ejemplo, en el Afganistán, la estrategia está vinculada a la Estrategia Nacional de Desarrollo pero está integrada en la estrategia de lucha contra los estupefacientes. En Colombia, la estrategia de desarrollo alternativo forma parte de la Política Nacional de Consolidación y Reconstrucción Territorial que ejecuta la Unidad Administrativa para la Consolidación Territorial. La actual estrategia nacional de Colombia tiene un enfoque transversal que combina la reducción de la oferta (reducción de cultivos ilícitos), el desarrollo alternativo y la gestión del medio ambiente⁴¹. Esto permite incorporar nuevos elementos de políticas (y por tanto más instituciones gubernamentales se unen a los esfuerzos por reducir el cultivo ilícito) al tratar de formular una política de fiscalización de drogas cada vez más integral⁴².

En Ecuador, el desarrollo alternativo está integrado en la estrategia nacional de igualdad y solidaridad. En la República Democrática Popular Lao, la estrategia de fiscalización de estupefacientes está estrechamente relacionada con el objetivo general de reducir la pobreza. En Marruecos, donde el desarrollo alternativo es un elemento de la estrategia nacional de lucha contra las drogas, l'Initiative Nationale de Développement Humain contribuye a la mejora de los indicadores de desarrollo en las zonas afectadas. En el Estado Plurinacional de Bolivia, la estrategia de desarrollo alternativo forma parte de planes más amplios de desarrollo rural, pero con el objetivo específico de limitar a las zonas designadas el cultivo de coca destinado al consumo legal de hoja de coca. En Alemania, la estrategia de apoyo al desarrollo alternativo está completamente incorporada a una estrategia amplia de desarrollo socioeconómico en zonas rurales.

Cuadro 5. Países con programas de desarrollo alternativo, 2010-2013^a

Países con programas o proyectos de desarrollo alternativo en su territorio	Afganistán, Bolivia (Estado Plurinacional de), Colombia, Filipinas, Indonesia, Myanmar, Marruecos, Perú, República Democrática Popular Lao y Tailandia
Países con una estrategia o un plan nacional para apoyar el desarrollo alternativo en otro país ^b	Bolivia (Estado Plurinacional de), Canadá, China, Dinamarca, Ecuador, Finlandia, Alemania, Irán (República Islámica del), Italia, Japón, Lituania, Países Bajos ^c , Nueva Zelandia, Perú ^d , Arabia Saudí, Tailandia, Reino Unido y Estados Unidos
Países que ejecutan o apoyan programas de desarrollo alternativo	Afganistán, Canadá, China, Colombia, Dinamarca, Ecuador, Estados Unidos, Finlandia, Francia, Italia, Indonesia, Japón, Marruecos, Perú, , Reino Unido, Tailandia, Trinidad y Tabago, Túnez, Uruguay, Venezuela (República Bolivariana de) y Viet Nam
Países con una estrategia nacional de desarrollo alternativo independiente	Alemania, Bolivia (Estado Plurinacional de), China, Ecuador, Filipinas, Guatemala, Indonesia, Marruecos, Pakistán, Perú y Tailandia
Países con una estrategia de desarrollo alternativo integrada en un plan de desarrollo económico nacional más amplio	Colombia, México, Myanmar, Trinidad y Tabago y Viet Nam
Países que tienen previsto ejecutar o apoyar intervenciones de desarrollo alternativo	Albania, Côte d'Ivoire, Guatemala, Federación de Rusia, India, México y Nigeria

a Solo se han incluido los países que proporcionaron detalles sobre sus estrategias, programas, planes o actividades de desarrollo alternativo.

b El Canadá, Dinamarca, Finlandia, Irán (República Islámica del), Lituania y el Reino Unido comunican que al menos parte de este apoyo se destina a combatir el cultivo ilícito de opio en el Afganistán.

c Los Países Bajos no cuentan con una estrategia de desarrollo alternativo específica, pero contribuyen a varios proyectos que son parte de programas de desarrollo económico más amplios a fin de mejorar la seguridad y estabilidad en las regiones con cultivos ilícitos.

d El Perú presta apoyo a otros países en el marco de cooperación regional de la Comunidad Andina.

⁴¹ Colombia, Departamento Nacional de Planeación, *Política Nacional de Erradicación Manual de Cultivos Ilícitos y Desarrollo Alternativo para la Consolidación Territorial*, pág. 9.

⁴² *Ibid.*

En consonancia con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, todas las estrategias nacionales abordan la seguridad alimentaria y la calidad de vida teniendo en cuenta indicadores socioeconómicos más amplios. De un modo u otro, todas se centran en establecer organizaciones de agricultores e incluir a las comunidades locales en el diseño, la planificación, la puesta en práctica y la evaluación de programas, y a menudo prestan especial atención a las minorías étnicas o los pueblos indígenas.

En un plano más general, todas las estrategias o planes nacionales analizados en esta sección tienen claramente un enfoque equilibrado mediante el cual se complementa el desarrollo alternativo con otras estrategias de reducción de la oferta (en particular, el cumplimiento de la ley y la represión), pero también con estrategias de reducción de la demanda de drogas (prevención, tratamiento y rehabilitación). Otras estrategias habitualmente integradas, en ocasiones como tema transversal o política independiente, están fomentando la buena gobernanza y reforzando las instituciones estatales o el estado de derecho, tal como se observó en las estrategias de 12 países.

Los objetivos de las estrategias nacionales están en sintonía con los documentos internacionales. En ocasiones están relacionados con la sustitución de cultivos u otros elementos vinculados a la producción agrícola como la comercialización (observado al menos en siete países), o con políticas para la erradicación y prevención de cultivos y la lucha contra las causas del cultivo ilícito (en nueve países). Algunas estrategias también introducen nuevos enfoques y relacionan el desarrollo alternativo con la calidad de vida, los derechos humanos, el estado de derecho o la protección del medio ambiente (siete países).

En general, las estrategias nacionales son acordes con la definición de desarrollo alternativo que figura en el Plan de Acción sobre Cooperación Internacional para la Erradicación de los Cultivos Ilícitos para la Producción de Drogas y Desarrollo Alternativo, aprobado por la Asamblea General en su vigésimo período extraordinario de sesiones. Sin embargo, los países establecen prioridades muy diferentes y emplean enfoques muy distintos tanto dentro como más allá de sus componentes de fiscalización de drogas. Esto conduce a la elaboración de proyectos de muy diversa índole e intervenciones adaptadas a los actuales y nuevos desafíos que requieren respuestas multidimensionales y multifacéticas.

La amplia gama de estrategias nacionales y la variedad de formas en que son puestas en práctica confirman que la evolución del desarrollo alternativo tiene lugar a nivel nacional o incluso a nivel local. En el plano internacional se está desarrollando un proceso de conexión “local con mundial” en el que se intercambian mejores prácticas y lecciones aprendidas de experiencias locales en el marco de estrategias nacionales, que probablemente seguirán siendo muy diferentes en los próximos años. Este proceso refuerza las acciones emprendidas por la UNODC, la Comisión de Estupefacientes y otras entidades para fomentar la cooperación Sur-Sur, tal como también se recomienda en los Principios Rectores de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Alternativo⁴³.

Desarrollo alternativo preventivo

Algunos países prestan especial atención al desarrollo alternativo preventivo. No obstante, la política de desarrollo rural del Ecuador es, por ejemplo, muy diferente a las políticas preventivas de Trinidad y Tabago dirigidas a jóvenes urbanos que se integran en la estrategia de prevención relacionada con el tráfico de drogas y otros delitos. En otros casos, como el de Indonesia, la relación entre desarrollo alternativo y tráfico de drogas es interesante, ya que el énfasis de la estrategia de desarrollo alternativo no recae en los agricultores de las zonas rurales. Otro ejemplo de una intervención de desarrollo alternativo que no se centra en los agricultores que cultivan coca, sino que adopta estrategias de desarrollo alternativo preventivo es la ayuda facilitada a comunidades de Ciénaga Grande de Santa Marta en Colombia. Muy dependientes de la pesca y la piscicultura⁴⁴ y situadas en rutas estratégicas

⁴³ Véase el párrafo 14.

⁴⁴ Colombia, Departamento para la Prosperidad Social y Unidad Administrativa para la Consolidación Territorial, “Pescadores de los palafitos de la ciénaga grande pasaron de víctimas a productores”, agosto de 2013. Disponible en: www.consolidacion.gov.co.

para el tráfico de la cocaína colombiana a través del Caribe, estas comunidades han sido las víctimas del conflicto entre las fuerzas paramilitares y la guerrilla, y varios miembros de las comunidades han sido reclutados, a veces por la fuerza, por los traficantes de droga o grupos armados ilegales. El objetivo de las intervenciones de desarrollo alternativo preventivo es evitar estas situaciones, además de potenciar el desarrollo socioeconómico.

DESARROLLO ALTERNATIVO PREVENTIVO EN EL ECUADOR

En el Ecuador, el desarrollo alternativo preventivo consiste en una serie de medidas para mejorar la inclusión de la comunidad local en proyectos productivos, socioeconómicos y de protección del medio ambiente, con el fin de reducir las vulnerabilidades que conducen a su participación en actividades ilícitas. En la actualidad, el Ecuador tiene en marcha proyectos de desarrollo alternativo preventivo en seis regiones. Por ejemplo, en Engunga, en la provincia de Santa Elena, el desarrollo alternativo preventivo se centra en reactivar la cría de camarones en seis criaderos (con una superficie de 29 ha). Los ingresos generados para 840 familias también han permitido invertir en tres microproyectos (una tienda comunitaria, un centro recreacional y una farmacia) y en turismo (recorridos en pequeñas embarcaciones). Los pasos siguientes consistirán en la ampliación de los criaderos de camarones, la creación de una marca propia y la obtención del sello de “desarrollo alternativo preventivo” con miras a entrar en el mercados nacional y de exportación de camarón congelado.

Otro proyecto consiste en establecer una planta de procesamiento del cacao en la zona de 18 de Noviembre, en la provincia de Sucumbíos. El primer paso fue crear una asociación de agricultores compuesta por 100 miembros fundadores y colocar 1 ha de terreno a nombre de la asociación para construir la planta, que ahora se encuentra en fase de financiación. También se va a montar un centro de acopio para que el cacao procesado pueda venderse directamente a las empresas sin tener que pasar por intermediarios en la cadena de comercialización. Se espera que 1.800 familias se beneficiarán de este proyecto y que el cacao, que está certificado como producto de “desarrollo alternativo preventivo”, llegará a los mercados nacional e internacional.

En 2012, Ecuador presentó a la Comisión de Estupefacientes la idea de introducir un sello mundial para productos de desarrollo alternativo que aumentaría las oportunidades de comercialización internacional de estos productos con el sello acreditativo. Los productos comercializados con el sello mundial podrían beneficiarse de regímenes de comercialización especiales, similares a los productos de comercio justo y orgánicos, destacando el origen del producto y su relación con estrategias para abordar el cultivo ilícito o la protección del medio ambiente.

D. EL COMPLEJO CONTEXTO DEL DESARROLLO ALTERNATIVO

Las expectativas sobre el impacto de los programas de desarrollo alternativo deberían tener en cuenta las limitaciones de tales programas, que se caracterizan por tener una financiación relativamente modesta y un alcance limitado y por tener que hacer frente a dificultades que los programas generales de desarrollo rural normalmente no encuentran. Una de estas dificultades es la naturaleza de los lugares donde se llevan a cabo los programas de desarrollo alternativo: zonas marginadas, aisladas, con escaso control gubernamental, derechos sobre la tierra poco claros y falta de infraestructura. Otro problema son las malas condiciones de los beneficiarios (condiciones de pobreza y comunidades marginadas con indicadores socioeconómicos bajos, cuyos miembros en ocasiones viven con miedo a la violencia y otras tensiones) y la falta de entendimiento o confianza entre los beneficiarios y otras partes implicadas, como los organismos gubernamentales. Estas condiciones son de gran pertinencia, pues generalmente descalificarían a estas áreas como objetivo de iniciativas de desarrollo rural tradicional.

MYANMAR: REDUCIR LA IMPORTANCIA DEL OPIO COMO FUENTE DE INGRESOS CONCILIANDO LAS NECESIDADES DE SEGURIDAD ALIMENTARIA A CORTO PLAZO CON LA SOSTENIBILIDAD A LARGO PLAZO

En Myanmar, la superficie media de cultivos de adormidera por hogar dedicado a la producción de opio aumentó más del doble, pasando de 0,17 ha en el período 2002-2003 a 0,43 ha en 2013, lo que implica una mayor dependencia del cultivo de opio. Las encuestas socioeconómicas de aldeas realizadas en relación con la encuesta anual sobre la adormidera muestran que hay un número bastante mayor de hogares endeudados y expuestos a la inseguridad alimentaria en las aldeas dedicadas al cultivo de adormidera que en las aldeas donde no se cultiva esta planta. El cultivo de opio proporciona un medio de obtener ingresos en efectivo para comprar alimentos en los meses cuando los recursos alimentarios de un hogar se han agotado. Además, los salarios obtenidos de tareas relacionadas con el cultivo de adormidera son una fuente importante de ingresos adicionales para muchos hogares. Este hecho debería tenerse en cuenta al diseñar proyectos de desarrollo alternativo, porque una reducción en el cultivo de adormidera no solo genera una pérdida de ingresos derivados de la producción de opio, sino que además elimina una oportunidad de generar ingresos mediante trabajo asalariado^a.

Aunque las intervenciones anteriores abordaron principalmente la inseguridad alimentaria, el proyecto de desarrollo alternativo ejecutado recientemente por la UNODC en el sur del estado de Shan (Myanmar)^b ha centrado la acción en un enfoque sostenible a más largo plazo que conjugue los cultivos permanentes en sistemas agroforestales con la producción de cultivos alimentarios de alto valor y actividades de reforestación para asegurar la sostenibilidad ambiental. Las lecciones aprendidas y las experiencias con éxito de otras partes del mundo, en particular el Perú y Tailandia, fueron decisivas para definir este nuevo enfoque.

La estrategia incluirá un proceso de registro y titulación de tierras para asegurar la inversión a largo plazo de los agricultores en el proyecto. Para mejorar la seguridad alimentaria de los agricultores beneficiarios, se implantarán sistemas de cultivo permanente, junto con cultivos alimentarios a corto plazo. Las actividades productivas se orientarán a la obtención de productos de alta calidad a fin de llegar a los mercados de alto valor, y se crearán empresas agrícolas para que los agricultores puedan asumir ellos mismos las futuras actividades de procesamiento y comercialización. El proyecto se llevará a cabo en zonas de conflictos pasados o abiertos, y el trabajo de desarrollo alternativo previsto también tiene como finalidad contribuir al proceso de consolidación de la paz en las zonas respectivas.

a UNODC, *Southeast Asia Opium Survey 2013* (Bangkok, 2013).

b Propuesta de proyecto de la UNODC sobre desarrollo alternativo en municipios del sur del estado de Shan afectados por el cultivo de adormidera, 2015-2017.

Marginación y pobreza

Los programas de desarrollo alternativo suelen dirigirse a beneficiarios que viven al margen, social, económica o geográficamente, de los principales grupos sociales y en malas condiciones socioeconómicas. Puede tratarse de una “zona marginada dentro de una región marginada”, como el municipio de La Asunta en Los Yungas de la Paz (Estado Plurinacional de Bolivia), que es pobre, de difícil acceso y muy dependiente del cultivo de coca⁴⁵. También pueden ser grupos étnicos marginales que viven en zonas aisladas, como los grupos étnicos hmong, karen, akha y lisu que habitan en las tierras altas de Tailandia, país en que el desarrollo alternativo ha ido acompañado de una política estatal de integración de estos grupos étnicos en la sociedad mediante el desarrollo y un mejor acceso a la educación, la atención sanitaria y otras infraestructuras necesarias⁴⁶. Igualmente, en Colombia las comunidades indígenas kogui, arhuaco, kankuamo y wiwa, entre otras, son o han sido beneficiarias de desarrollo alternativo. Además, muchos beneficiarios de programas de desarrollo alternativo son migrantes o descendientes de migrantes. Así, a la hora de poner en práctica los programas, se deben tener en cuenta los problemas asociados a la migración. Por ejemplo, una encuesta realizada en los valles productores de coca del Perú en 2013 puso de manifiesto que solo el 38,4% de los cabezas de familias beneficiarias habían nacido en la región, mientras que el 61,6% eran de otras regiones⁴⁷.

⁴⁵ Daniel Brombacher, “Informe final: asesoría de proyecto—recomendaciones para el establecimiento de una línea de base”, informe sobre el proyecto BOL/I79 (gestión integrada y sostenible de los recursos naturales en el trópico de Cochabamba y la región de los Yungas de La Paz) (Eschborn, GIZ, 28 de abril de 2011), secc. 1.1.

⁴⁶ Renard, *Opium Reduction in Thailand 1970-2000*, pág. 167.

⁴⁷ DEVIDA, Encuesta Anual de Evaluación de Impacto del Desarrollo Alternativo 2013.

Aunque no todo el cultivo ilícito es consecuencia de la pobreza, la mayoría de las zonas donde existen cultivos ilícitos se caracterizan por ser pobres⁴⁸. Esto es aplicable a países productores de coca de América del Sur, países productores de resina de cannabis como Marruecos y países productores de opio de Asia, en particular el Afganistán, la República Democrática Popular Lao, Myanmar y el Pakistán. Las poblaciones beneficiarias raras veces son homogéneas, pero a menudo están compuestas de personas a las que se puede considerar que están “en la base de la pirámide social”⁴⁹. Suelen ser pequeños agricultores de subsistencia que trabajan en pequeñas parcelas de tierra (unas pocas hectáreas o menos) de la que no son los propietarios legales, pescadores artesanales, artesanos o trabajadores del campo⁵⁰.

A corto plazo, el desarrollo alternativo también se centra en la seguridad alimentaria. Un beneficiario de Sierra Nevada de Santa Marta (Colombia), dice: “era sustituir lo ilícito con pancoger y cría de especies menores como cerdos y gallinas; entonces todos empezamos a sembrar plátano, yuca, ahuyama, papaya, higuera, cacao y todos esos productos que usted ve por aquí”⁵¹. Un agricultor de la República Democrática Popular Lao que participó activamente en actividades de un proyecto destinadas a mejorar la producción de arroz⁵² en la provincia de Oudomxay explica, en respuesta a una pregunta sobre si seguiría adoptando las técnicas introducidas con el proyecto y plantaría arroz híbrido aunque no le pareciera tan gustoso como la variedad local: “Definitivamente, adoptaré el arroz y lo venderé para obtener beneficio, luego comprar para nuestro consumo no es tan difícil. Lo más importante es que consigamos una buena producción para que tengamos suficiente arroz todo el año”.

En zonas remotas de Myanmar, el opio se cultiva principalmente como cultivo comercial para compensar la falta de recursos económicos y a menudo se cultiva porque existen pocos cultivos alternativos y debido a la necesidad de atender las necesidades básicas de las familias⁵³. Los niveles de recursos generales en la parte norte de la República Democrática Popular Lao y el norte de Tailandia (las principales zonas productoras de opio en ambos países) son menores que en otras partes de esos países. Igualmente, las principales áreas de cultivo de Marruecos se sitúan en la región del Rif, una de las regiones más pobres del país, donde se observó que los agricultores que cultivan cannabis ganan menos que el ingreso medio⁵⁴. En el Perú, el índice de desarrollo humano, que combina estadísticas sobre la esperanza de vida, educación e ingresos, mostró que los índices de desarrollo eran en 2012, por término medio, un 60% más alto en distritos donde no se cultivaba coca que en los que sí se cultivaba. Además, las mejoras generales medidas por el índice de desarrollo humano eran más acusadas en distritos sin cultivo de coca que en las áreas de cultivo de coca correspondientes (0,08 puntos)⁵⁵. En el Estado Plurinacional de Bolivia, los principales centros productores de coca, Yungas de La Paz y Trópico de Cochabamba, también están situados en provincias con ingresos por debajo de la media. Asimismo, en el sur del Afganistán, donde se concentra la producción de opio del país, el ingreso per cápita general de los agricultores era en 2013 inferior a la media nacional⁵⁶.

⁴⁸ Transnational Institute, *Bouncing Back: Relapse in the Golden Triangle* (junio de 2014), págs. 7 y 65.

⁴⁹ Informe de evaluación regional, desarrollo alternativo en los Andes: conclusiones, información incluida en *Desarrollo alternativo: evaluación temática mundial; Informe final de síntesis* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.05.XI.13).

⁵⁰ Mansfield, “Development in a drugs environment: a strategic approach to ‘alternative development’”, pág. 5.

⁵¹ UNODC y Acción Social, *Voces del Campo Joven: Crónicas de Líderes Jóvenes Campesinos*, Mónica Cortés Yepes y Francisco Duque Quintero, eds. (Bogotá, 2009), pág. 38.

⁵² Proyecto XSPK26, ejecutado por la UNODC en la provincia de Oudomxay, con ayuda financiera de Alemania.

⁵³ UNODC, *Southeast Asia Opium Survey 2014* (Bangkok, 2014), pág. 60.

⁵⁴ UNODC, “Morocco cannabis survey 2004: executive summary” (mayo de 2005).

⁵⁵ UNODC, “Analytical brief: coca crops and human development” (febrero de 2014).

⁵⁶ UNODC y Ministerio de Lucha contra los Estupefacientes del Afganistán, *Estudio sobre el opio en el Afganistán 2014*, febrero de 2015.

Zonas aisladas con control gubernamental limitado, a menudo afectadas por la tensión, la inseguridad y el conflicto

Una de las particularidades y dificultades fundamentales del desarrollo alternativo en comparación con las actividades de desarrollo en general es que el cultivo ilícito para la producción de drogas a menudo tiene lugar en zonas donde el estado de derecho es frágil y donde hay “una necesidad de alcanzar la pacificación y la estabilización socioeconómicas de las áreas afectadas por el dominio y la violencia de los traficantes de drogas” o grupos armados ilegales⁵⁷. Dado que muchas zonas de cultivo ilícito están aisladas y a menudo asoladas por conflictos étnicos y de otra índole o inestabilidad política, el Gobierno ejerce poco control sobre ellas. Esto quiere decir que las personas que habitan en estas zonas tienen acceso limitado o nulo a servicios básicos como educación, saneamiento y atención sanitaria⁵⁸. Según un informe de evaluación, “No solo los conflictos que se derivan de la descomposición social son endémicos de las comunidades que se dedican a los cultivos ilícitos, sino que los conflictos violentos declarados que provienen de la delincuencia y el comercio de drogas, o de los movimientos insurgentes, constituyen una situación común”⁵⁹.

Por consiguiente, suele ser difícil justificar la asistencia para el desarrollo con argumentos puramente económicos en estas zonas aisladas⁶⁰. En ocasiones, las actividades de desarrollo alternativo son las únicas intervenciones de desarrollo institucionalizadas que se llevan a cabo en tales regiones. Al incorporar la presencia del Estado y la asistencia para el desarrollo, el desarrollo alternativo puede abrir la puerta a la introducción –o reintroducción– del estado de derecho en zonas fuera del control gubernamental. Un buen ejemplo es Tailandia, donde muchas de las intervenciones iniciales en áreas zonas de las tierras altas fueron propiciadas por preocupaciones de seguridad nacional, y por tanto tuvieron como objetivo inicial clave “infundir un sentimiento de lealtad a Tailandia entre las tribus de las montañas”⁶¹ a través de programas de desarrollo para integrar a las poblaciones marginadas en la sociedad. A lo largo de las décadas siguientes, el bienestar económico de estas tribus mejoró claramente en esas regiones, en parte debido al desarrollo alternativo, igual que la situación del estado de derecho⁶². Asimismo, una encuesta de hogares realizada a agricultores del Perú como parte de la evaluación del desarrollo alternativo a nivel mundial, reveló que la paz y la seguridad, dos condiciones previas del estado de derecho efectivo, eran las dos principales consecuencias del desarrollo alternativo a largo plazo que se citaban con mayor frecuencia (88%). La evaluación temática del desarrollo alternativo en Colombia indicó que este desarrollo de hecho ayudó a crear y mantener una “cultura de la legalidad” en las áreas de intervención⁶³.

En zonas donde existe violencia en el contexto de delincuencia organizada o conflicto armado ejercida por grupos cuyo objetivo es derrocar al gobierno o controlar el territorio (como el grupo Sendero Luminoso en el Perú, las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC), los grupos étnicos insurgentes en Myanmar y grupos armados talibanes y otros no estatales en el Afganistán), la eficacia del desarrollo alternativo se ha visto cuestionada⁶⁴. Por ello, desde 2007, el Gobierno de Colombia ha prestado más atención al papel de las drogas ilícitas como instrumento empleado por los

⁵⁷ *Alternative Development in the Andean Area: The UNDCP Experience*, edición revisada, pág. 7.

⁵⁸ UNODC, *Informe Mundial sobre las Drogas 2000* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta GV.E.00.0.10), pág. 142.

⁵⁹ Informe de evaluación regional, desarrollo alternativo en los Andes: conclusiones, información incluida en *Desarrollo alternativo: evaluación temática mundial; Informe final de síntesis*, pág. 11.

⁶⁰ UNDCP, “Alternative development as an instrument of drug abuse control”.

⁶¹ Director General del Departamento de Bienestar Público (1964), citado en Renard, *Opium Reduction in Thailand 1970-2000*, pág. 47.

⁶² Renard, *Opium Reduction in Thailand 1970-2000*.

⁶³ UNODC, “Alternative development programme in Colombia: independent evaluation” (Viena, noviembre de 2014).

⁶⁴ Informe de evaluación regional, desarrollo alternativo en los Andes: conclusiones, información incluida en *Desarrollo alternativo: evaluación temática mundial; Informe final de síntesis*, págs. 4 y 5.

grupos armados ilegales para mantener el control sobre territorios donde el Estado no tiene presencia. Parte de la justificación de esa nueva política fue la percepción de la falta de sostenibilidad de la erradicación de cultivos y las actividades de desarrollo alternativo⁶⁵. El Gobierno colombiano consideró que estas actividades habían adolecido de escasa presencia y apoyo estatal⁶⁶ y que el problema no se debía tanto a la ineficacia de la erradicación de cultivos o al propio desarrollo alternativo sino más al hecho de que los ciudadanos no podían ejercer sus derechos y beneficiarse de los servicios básicos del Estado⁶⁷. El Afganistán había informado de experiencias similares. En un informe de evaluación reciente se decía lo siguiente:

El programa de lucha contra estupefacientes y desarrollo iniciado en Nangarhar también ha caído en la desorganización. Desde 2013, la erradicación ha sido prácticamente imposible en muchos de los distritos del sur donde se concentra el cultivo. El tipo de estrategia empleada en cada una de las prohibiciones anteriormente impuestas en Nangarhar, donde los agricultores fueron disuadidos de plantar usando una combinación de negociación, la promesa de asistencia para el desarrollo y la exhibición de fuerza mediante el despliegue de personal e infraestructura de seguridad, ha dejado de ser una opción válida. El incumplimiento de promesas hechas en el pasado, el impacto negativo que las sucesivas prohibiciones han tendido en amplias secciones de la población rural, y una percepción de que las fuerzas gubernamentales no tienen el poder coercitivo suficiente para imponer su voluntad sin el apoyo de las fuerzas militares de los Estados Unidos, han convertido este enfoque en impracticable, especialmente en los distritos del sur ingobernables donde el Estado afgano habitualmente no ha ejercido el control⁶⁸.

El nuevo modelo de fiscalización de drogas adoptado en Colombia ofrece un ejemplo interesante de la función que el desarrollo alternativo puede desempeñar en estas zonas difíciles. En 2007, el Plan de Consolidación Integral de La Macarena se llevó a cabo como un proyecto piloto para lo que más tarde sería la política nacional de consolidación y reconstrucción territorial. El proyecto piloto consideraba que el control del territorio, en particular por grupos armados ilegales, era la raíz del problema⁶⁹. En las zonas donde no existe presencia y control del Estado, los grupos armados pueden usar su control sobre los territorios de manera predatoria explotando ilegalmente a las comunidades y los recursos económicos.

Otro factor importante que puede explicar la relación entre conflicto y cultivo ilícito es que los beneficiarios pueden ser migrantes que han migrado voluntariamente o han sido obligados a desplazarse de otras regiones debido a amenazas, violencia o conflicto y han tenido que encontrar medios de subsistencia en nuevas zonas. Las intervenciones de desarrollo alternativo tienen después que tener en cuenta el débil tejido social y la desconfianza que reina en estas zonas. Tal como queda explicado en una evaluación del desarrollo alternativo en los Andes:

Esta violencia dinámica y excesiva ha creado una psicología individual de miedo y desconfianza, dirigida no solo al “forastero”, incluido el Estado, cuya presencia en muchas zonas rurales puede ser algo marginal, sino también a otras entidades de la comunidad⁷⁰.

La existencia de vínculos directos e indirectos entre conflicto y cultivo ilícito, se trate de un conflicto social, migración o la presencia de grupos armados ilegales, significa que el desarrollo alternativo

⁶⁵ Colombia, Departamento Nacional de Planeación, *Política Nacional de Erradicación Manual de Cultivos Ilícitos y Desarrollo Alternativo para la Consolidación Territorial*, pág. 29.

⁶⁶ Colombia, Centro de Coordinación de Acción Integral, “Plan de consolidación integral de la Macarena” (Bogotá, agosto de 2008).

⁶⁷ *Ibid.*

⁶⁸ David Mansfield, *Examining the Impact of IDEA-NEW on Opium Production. Nangarhar: A Case Study* (2015).

⁶⁹ Colombia, Centro de Coordinación de Acción Integral, “Plan de consolidación integral de la Macarena”, págs. 3 a 5.

⁷⁰ Informe de evaluación regional, desarrollo alternativo en los Andes: conclusiones, información incluida en *Desarrollo alternativo: evaluación temática mundial; Informe final de síntesis*, pág. 1.

también debe abordar la mitigación o resolución de conflictos. Dependiendo del contexto local, esto puede querer decir que la estrategia de apoyo del desarrollo alternativo ayude a las familias y comunidades a hacer frente a las causas y consecuencias de los conflictos.

E. FACTORES QUE PROPICIAN EL CULTIVO ILÍCITO

Ningún factor único puede explicar por qué los agricultores deciden dedicarse al cultivo ilícito, fenómeno causado por combinaciones de factores de vulnerabilidad y oportunidad relacionadas con situaciones concretas. Dado que la supervivencia y la subsistencia son consideraciones reales para muchas familias que se dedican al cultivo ilícito, estas suelen tratar de evitar los riesgos y tienen en cuenta una serie de elementos cuando adoptan decisiones sobre el cultivo de estupefacientes. El cultivo alternativo depende de muchos factores: posesión de las habilidades y conocimientos necesarios para llevar a cabo tales cultivos; factores geográficos y ambientales, como el clima, la disponibilidad de agua y tierra cultivable, y la proximidad al mercado; factores socioeconómicos de cada hogar, como el nivel de ingresos, las oportunidades de empleo, el acceso al crédito y el tamaño de las fincas; servicios relacionados con el desarrollo, como acceso a carreteras, la red eléctrica y los servicios educativos y sanitarios; y factores sociopolíticos e institucionales, como seguridad, control gubernamental y estado de derecho.

GENERACIÓN DE INGRESOS

Muchos factores influyen en la decisión de dedicarse al cultivo ilícito. La generación de ingresos, especialmente las diferencias en los ingresos derivados de cultivos lícitos e ilícitos, es solo un elemento más de una combinación compleja de incentivos monetarios y no monetarios, pero puede explicar algunas de las fluctuaciones observadas en el cultivo ilícito.

En el Afganistán, por ejemplo, la proporción entre los ingresos por hectárea procedentes del cultivo de opio y los ingresos por hectárea derivados del cultivo de trigo, que puede ser interpretada como un indicador del atractivo de cultivar adormidera, fue cercana a 10:1 durante el período 2004-2007 (5.200 dólares por hectárea en el cultivo de adormidera frente a 545 dólares por hectárea en el cultivo de trigo en 2007). Durante ese período, la superficie dedicada al cultivo de adormidera en el Afganistán aumentó en un 47%. En 2009, la proporción entre los ingresos generados por el cultivo de opio y los ingresos derivados del cultivo de trigo por hectárea había disminuido a 3:1 (3.600 dólares frente a 1.200 dólares); paralelamente, la superficie dedicada al cultivo de adormidera en el Afganistán había descendido un 36% entre 2007 y 2009. En los años posteriores, la proporción volvió a aumentar hasta 4:1 (3.800 dólares frente a 1.000 dólares en 2014), e incluso alcanzó la proporción de 11:1 en 2011, lo que provocó un fuerte incremento en el cultivo de adormidera. Durante el período 2009-2014, la superficie en la que se cultivó adormidera aumentó un 82%^a.

Asimismo, acusados descensos en los precios de la coca en el Perú después de 1994 (de aproximadamente 4,40 dólares por kg en 1994 a 0,50 dólares en 1996), que fueron consecuencia de una política para detener el tráfico aéreo ilegal entre el Perú y Colombia, dieron lugar a una reducción de la superficie dedicada al cultivo de la coca del 66% durante el período 1995-1999. Los posteriores aumentos en el precio de la coca (hasta 3,90 dólares por kg en junio de 2011), debido a que los traficantes encontraron salidas alternativas para la droga, hicieron que el cultivo de coca volviera a crecer en un 61% entre 1999 y 2011^b.

La importancia de la generación de ingresos también queda reflejada en las encuestas socioeconómicas realizadas por la UNODC en países individuales con el propósito de determinar las razones que expliquen por qué los agricultores optan por los cultivos ilícitos. El estudio sobre el opio en el Afganistán correspondiente a 2014, por ejemplo, reveló que las razones principales para cultivar opio eran su elevado precio (44% de todas las respuestas), seguido de la capacidad de la adormidera de reducir la pobreza, es decir, proveer “alimentos básicos y refugio” (20%), y “mejorar las condiciones de vida” (13%). Una encuesta de la UNODC efectuada en Colombia también determinó la “fuente de ingresos” como la principal razón por la cual los agricultores se dedicaban al cultivo ilícito (71%), seguida de argumentos de “cultivo tradicional” (7%), el problema de “acceso a los mercados” para vender los productos lícitos (5%) y la “presión de los grupos armados para dedicarse al cultivo ilícito” (2%).

Ha habido algunos casos en que los ingresos generados por los productos agrícolas alternativos (como el aceite de palma en los países andinos^c; el azafrán y, en algunos años, el comino negro, la uva, el albaricoque, la granada y la almendra en el Afganistán^d; y la papa, la col lombarda, el tomate y el albaricoque japonés en

Tailandia)^c resultaron ser superiores a los de cultivos ilícitos. Entre las posibles explicaciones aportadas por los expertos y documentos de evaluación se incluyeron las siguientes: a) los agricultores no estaban convencidos de que tales diferenciales de precio durarían un período de tiempo prolongado; b) existían consideraciones de riesgo en llevar la cosecha lícita a los comerciantes de la ciudad (en lugar de que los comerciantes acudieran a los pueblos a comprar las cosechas ilícitas directamente a los agricultores; c) la insurgencia obligaba a los agricultores a seguir con los cultivos ilícitos; d) los fondos iniciales necesarios para invertir en cultivos lícitos eran bastante cuantiosos y solo resultaban rentables después de un cierto período de tiempo; y e) los agricultores carecían de títulos de propiedad reconocidos, por lo que tendían a adoptar un enfoque cortoplacista en sus procesos de toma de decisiones.

a UNODC y Ministerio de Lucha contra los Estupefacientes del Afganistán, *Afghanistan Opium Survey 2014: Cultivation and Production* (noviembre de 2014).

b UNODC, *Informe Mundial sobre las Drogas 2012* y años anteriores.

c UNODC, *Sharing Experiences on Alternative Development from Southeast Asia and Latin America* (2009).

d UNDCP, *Afghanistan Alternative Development Report #1: On-Farm Income Opportunities in Maiwand, Khakrez and Ghorak* (Islamabad, 2000).

e *Informe Mundial sobre las Drogas 2000*.

Si bien los factores de riesgo de cultivo ilícito varían de unas regiones a otras, la naturaleza concreta de los cultivos ilícitos con respecto a los aspectos agronómicos, la durabilidad del producto, el precio y la facilidad de venta, entre otras cuestiones, tiende a ser una de las razones para adoptar dicho cultivo. Todos los principales cultivos ilícitos son también particularmente atractivos porque producen beneficios rápidos a partir de productos no perecederos. En el Afganistán, el opio aporta una reserva de valor conveniente, portátil y durable para las familias rurales, lo que resulta especialmente apreciable en un entorno inseguro e incierto. El opio es además un medio importante, si no el único, de acceder al crédito rural: su cultivo parece estar intrínsecamente vinculado al crédito rural informal en las zonas de origen, donde los cultivadores de opio obtienen acceso preferente a acuerdos informales de crédito⁷¹. En la República Democrática Popular Lao y Myanmar, el opio es un medio de obtener crédito en épocas de escasez de alimentos.

Las relaciones entre los “factores impulsores” y el cultivo ilícito no son necesariamente lineales. Esto quiere decir que un único factor puede, en determinadas circunstancias, propiciar el aumento del cultivo ilícito, aunque en circunstancias diferentes ese mismo factor también puede llegar a limitar o incluso reducir la extensión del cultivo ilícito. En general, es de esperar que la mejora de la irrigación dé lugar a un aumento de los cultivos lícitos pero, dependiendo de las circunstancias, también puede contribuir a un incremento del cultivo ilícito. Por ejemplo, al evaluar un programa de desarrollo rural ejecutado en el Afganistán destinado a aumentar la producción agrícola, principalmente mediante el apoyo a empresas pequeñas y medianas y microempresas, se llegó a la conclusión que un enfoque basado exclusivamente en la expansión de la economía lícita, sin evaluar cuál sería la repercusión de la combinación de distintas intervenciones aplicadas en la misma localización geográfica, en los diferentes grupos de población, sus bienes familiares y su decisión de cultivar adormidera, podía haber dado lugar a que algunas de las inversiones de desarrollo se emplearan en cultivar mayores cantidades de adormidera de mejor rendimiento^{72, 73}.

⁷¹ UNODC, *The Opium Economy in Afghanistan: An International Problem* (Nueva York, 2003).

⁷² USAID Office of Inspector General, “Audit of USAID/Afghanistan’s incentives driving economic alternatives for the North, East, and West program”, Audit Report núm. F-306-12-004-P (Kabul, 2012).

⁷³ David Mansfield, *Examining the Impact of IDEA-NEW on Opium Production. Nangarhar: A Case Study* (2015).

La UNODC, en estrecha colaboración con institutos de investigación y autoridades nacionales, ha empezado a participar en la elaboración de modelos específicos para determinar la idoneidad y vulnerabilidad de la producción ilícita de droga (véanse los dos cuadros anteriores). Las consiguientes evaluaciones de riesgo muestran que las razones para dedicarse al cultivo ilícito son diversas y a menudo específicas de cada zona. Revelan además que el cultivo ilícito está vinculado, por un lado, a la dinámica del propio cultivo y, por otro lado, a los factores subyacentes y las causas fundamentales relacionadas con las condiciones de vulnerabilidad halladas en áreas geográficas donde se lleva a cabo el cultivo, como la fragilidad del estado de derecho o la inexistencia de desarrollo social y económico.

MODELOS DE ADECUACIÓN AMBIENTAL Y VULNERABILIDAD SOCIOECONÓMICA PARA EL CULTIVO DE ADORMIDERA EN EL AFGANISTÁN

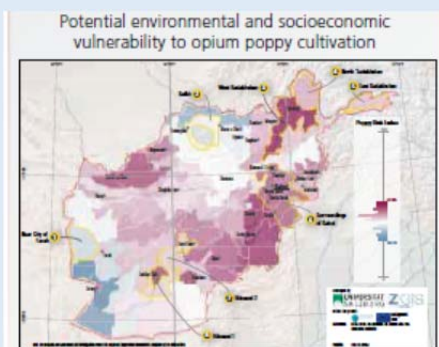
En colaboración con la Universidad de Salzburgo (Austria), la UNODC ha elaborado un modelo de adecuación ambiental y un modelo de vulnerabilidad socioeconómica para el cultivo de opio. El primero incluye cuatro variables: uso de la tierra (cobertura terrestre), disponibilidad de agua, condiciones climáticas y calidad del suelo. El modelo de vulnerabilidad socioeconómica tiene en cuenta nueve indicadores: gobernanza (reconocimiento de la autoridad del gobernador), estabilidad (incidentes de conflicto), localización (regiones periféricas o centrales), accesibilidad (tiempo de viaje a la ciudad más cercana con población superior a 50.000 habitantes), educación (acceso a la escuela), información (sobre la asistencia y las iniciativas agrícolas diseñadas para convencer a los agricultores de no cultivar adormidera), oportunidades de empleo alternativo (no agrario), disponibilidad de crédito y pobreza.

Estos modelos se aplicaron en el Afganistán, donde una comparación con las zonas reales dedicadas al cultivo de adormidera realizada en 2014 mostró que muchos de los puntos clave para el cultivo de adormidera se situaban en las zonas consideradas potencialmente de alto riesgo en los mapas de riesgo ambiental y socioeconómico resultantes. Al mismo tiempo, los resultados de la evaluación de riesgos señalaron un número de áreas nuevas, sobre todo en las partes sudoriental y septentrional del país que tienen probabilidad de ser vulnerables al cultivo de opio a larga escala pero que hasta entonces no eran regiones que destacaran por tener una elevada producción de opio.

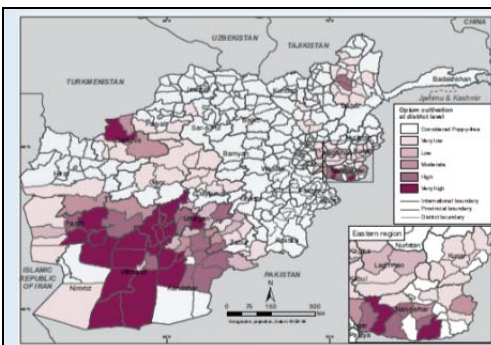
Risk maps and actual opium poppy cultivation in Afghanistan in 2014

Mapas de riesgo y cultivo efectivo de adormidera en el Afganistán en 2014

Posible vulnerabilidad ambiental y socioeconómica al cultivo de adormidera



Cultivo efectivo de adormidera. 2014



Fuente: Estudio sobre el opio en el Afganistán 2014: Cultivo y producción.

Nota: Los límites geográficos que figuran en estos mapas no implican la aprobación o aceptación oficial de las Naciones Unidas. Las líneas discontinuas representan límites geográficos indeterminados. La línea punteada representa aproximadamente la Línea de Control en Jammu y Cachemira convenida por la India y el Pakistán. Las partes aún no han acordado la condición definitiva de Jammu y Cachemira. La frontera definitiva entre el Sudán y Sudán del Sur aún no ha sido determinada.

Los mapas de riesgos también muestran que los factores de riesgo que entraña el cultivo de opio varían de una región a otra, siendo los principales la sostenibilidad ambiental, la vulnerabilidad socioeconómica, las cuestiones de seguridad o del estado de derecho (ya que la inseguridad sigue siendo muy relacionada con el cultivo de opio) y los precios del opio. Por ejemplo, en determinadas zonas de la provincia de Badakhshan (nordeste del Afganistán), la influencia de las condiciones ambientales, especialmente el clima, en disuadir a los agricultores de cultivar opio, parece haber sido mucho mayor que la de los factores socioeconómicos que pueden empujar a los agricultores a cultivar opio. En algunas zonas de la provincia de Nangarhar (sur del Afganistán), había un riesgo relativamente bajo de cultivo de opio derivado de la vulnerabilidad socioeconómica, y sin embargo se produjo un aumento en el cultivo de opio en 2014. Esto quiere decir que existen otros vectores que influyen en el cultivo de opio, por lo que se hace necesario ofrecer más una respuesta política que adoptar medidas puramente relacionadas con el desarrollo.

Aunque determinadas áreas de las provincias de Farah y Balkh (norte del Afganistán) presentan niveles similares de riesgo de cultivo de opio, a pesar de tener grandes variaciones en sus niveles de vulnerabilidad socioeconómica y sostenibilidad ambiental, sus respectivos resultados en cuanto a cultivo de opio son completamente diferentes: el área en torno a Balkh está libre de adormidera, mientras que Farah es una de las principales provincias productoras de esta planta del país.

RIESGOS Y VULNERABILIDADES RELACIONADOS CON EL CULTIVO ILÍCITO DE ARBUSTO DE COCA EN COLOMBIA

En estrecha colaboración con las autoridades colombianas, la UNODC ha adoptado también un nuevo enfoque para determinar los riesgos y las vulnerabilidades relacionados con el cultivo ilícito de arbusto de coca. Centrándose en estadísticas sobre la dinámica del cultivo de coca, el Sistema Integrado para Seguimiento de Cultivos Ilícitos de la UNODC en Colombia ha elaborado un índice de amenaza para la presencia de la coca en municipios de Colombia. La lógica principal en que se basa este índice es la observación de que la extensión del cultivo de coca, aunque es muy dinámica, tiende a ser un proceso más bien gradual que se inicia principalmente en áreas ya dedicadas al cultivo de coca donde existen conocimientos acumulados y condiciones socioeconómicas y políticas similares. Los factores incluidos en este índice son: a) área afectada (hectáreas de cultivos más las áreas de erradicación manual y fumigación aérea; b) persistencia; c) expansión; d) concentración; e) resiembra; y f) abandono de cultivos de coca a lo largo de los años.

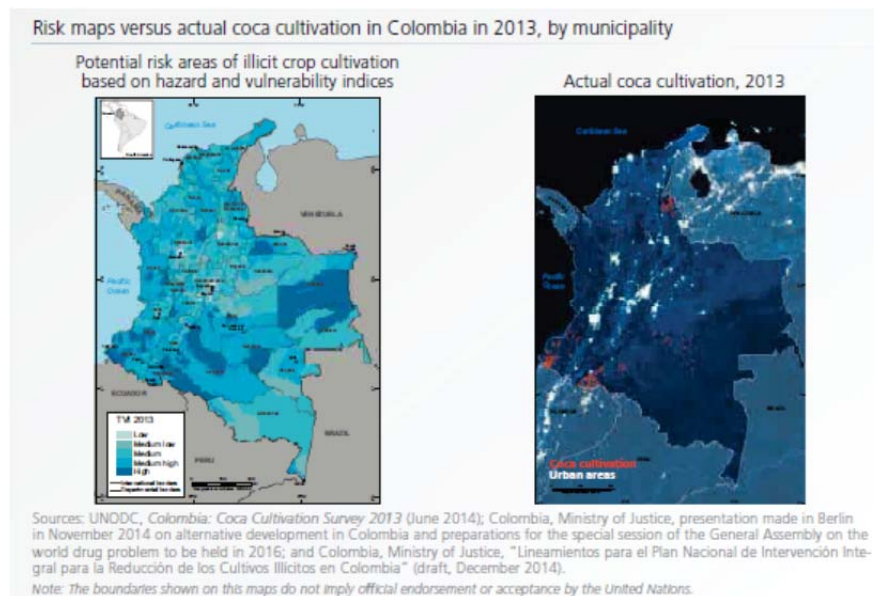
Con respecto al cultivo de coca, el índice anterior fue posteriormente complementado con un índice de vulnerabilidad, entendiéndose por vulnerabilidad el estado que define el grado de exposición a la amenaza del cultivo ilícito y la capacidad real de prevención y resistencia al establecimiento de estos cultivos ilícitos y recuperación si ya han sido implantados. Este índice se ha medido teniendo en cuenta la gobernabilidad (impuesto sobre la renta, dependencia de remesas), el desarrollo social (salud, educación), el desarrollo económico (ahorros, uso de internet), la justicia, la seguridad (incidentes) y la crisis humanitaria

(desplazamiento o expulsión forzados). Los dos índices se combinaron para componer un mapa general del riesgo de las amenazas y vulnerabilidades que plantea el cultivo de coca.

La cartografía del riesgo de cultivo ilícito basada en los dos índices revela que, de 1.121 municipios, 280 (casi el 25% del total) estaban en situación de riesgo o habían sido vulnerables al cultivo ilícito en 2013. En este grupo se incluyeron 45 municipios (4% del total) que mostraban un riesgo elevado por lo que se refiere a amenazas o vulnerabilidad, y 147 municipios (13% del total) que presentaron un riesgo medio-alto de verse afectados por el cultivo ilícito.

Las dos áreas principales dedicadas al cultivo ilícito, los departamentos de Nariño y Putumayo (límitrofes con el Ecuador), se encuentran entre las regiones que tienen los mayores índices de amenaza y vulnerabilidad.

De modo análogo, el vecino departamento de Caquetá y los departamentos de Meta y Guaviare (Colombia central), que durante años han figurado entre las regiones que cultivan coca más destacadas, han sido clasificados como zonas de alto riesgo. También se han localizado otras posibles zonas de riesgo en varias partes centrales y septentrionales del país, entre ellas el departamento de Antioquía y las regiones vecinas y los departamentos situados a lo largo de la costa atlántica, donde se cultiva coca y se han detectado actividades de tráfico de cocaína. Además, hay otras regiones de Colombia que también presentan un elevado potencial de riesgo, especialmente en las partes oriental y sudoriental del país, que hasta ahora no habían sido incluidas entre las principales áreas productoras de coca.



Mapas de riesgo y cultivo efectivo de coca en Colombia en 2013, por municipio

Posibles zonas de riesgo de cultivo ilícito
basadas en índices de peligro y vulnerabilidad

Cultivo efectivo de coca, 2013

Fuentes: UNODC, *Colombia, Monitoreo de Cultivos de Coca 2013* (junio de 2014); Colombia, Ministerio de Justicia, presentación sobre desarrollo alternativo en Colombia realizada en Berlín en noviembre de 2014 y preparativos para el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General sobre el problema mundial de las drogas que se celebrará en 2016; y Colombia, Ministerio de Justicia, "Lineamientos para el Plan Nacional de Intervención Integral para la Reducción de los Cultivos Ilícitos en Colombia" (borrador, diciembre de 2014).

Nota: Los límites geográficos que figuran en estos mapas no implican la aprobación o aceptación oficial de las Naciones Unidas.

		Number of municipalities facing threat (presence of coca cultivation)					
		high	medium-high	medium	medium-low	none	Total
Number of municipalities facing vulnerability	High	2	15	12	10	13	52
	Medium-high	4	25	45	59	244	377
	Medium	2	13	10	41	288	354
	Medium low		5	8	26	228	267
	Low			1	2	68	71
Total		8	58	76	138	841	1,121

		Número de municipios amenazados (presencia de cultivo de coca)					Total
		alto	medio-alto	medio	medio-bajo	ninguno	
Número de municipios en situación de vulnerabilidad	Alto	2	15	12	10	13	52
	Medio-alto	4	25	45	59	244	377
	Medio	2	13	10	41	288	354
	Medio-bajo		5	8	26	228	267
	Bajo			1	2	68	71
Total		8	58	76	138	841	1.121

F. ELEMENTOS ESTRATÉGICOS DE LOS PROGRAMAS DE DESARROLLO ALTERNATIVO

El desarrollo alternativo consiste tanto ofrecer alternativas lícitas a los agricultores que se dedican al cultivo ilícito como en lograr el desarrollo socioeconómico y la seguridad mediante la creación de un entorno propicio que permita reducir el cultivo ilícito en el tiempo. No hay dos proyectos de desarrollo alternativo que sean iguales, pero sus elementos estratégicos generales son a menudo similares, si bien sus funciones pueden variar en importancia de un proyecto a otro y algunos pueden carecer de función alguna. Tomando como base análisis de proyectos con éxito, a continuación se presentan los componentes y elementos estratégicos principales. En el anexo de la versión en línea del presente informe puede consultarse un cuadro resumen.

Componente económico e infraestructural

La necesidad económica suele desempeñar un papel importante en la decisión de los agricultores de dedicarse al cultivo ilícito. Por ello, existe un amplio consenso entre los expertos acerca de la necesidad de ofrecer alternativas generadoras de ingresos que sean viables y sostenibles para reducir la dependencia del cultivo ilícito con el tiempo. En muchos países, desde la República Democrática Popular Lao hasta Marruecos y el Perú, el diseño y la promoción de actividades generadoras de ingresos constituyen la esencia del desarrollo alternativo. Sin embargo, tal como se explica en la sección B del presente capítulo, el enfoque basado exclusivamente en la producción de cultivos alternativos ha demostrado ser insuficiente, razón por la cual los proyectos de desarrollo alternativo ahora incluyen o van acompañados de toda una variedad de apoyo técnico, comercial es infraestructural.

Los servicios financieros y el acceso al crédito son importantes. Tal como lo explica una beneficiaria del Perú: “El crédito es un problema, a veces produces bien y otras veces no, y si no pagas el banco no te perdona”⁷⁴. Los proyectos de desarrollo alternativo a menudo se enfrentan a situaciones en que los sistemas de crédito informal existentes pueden ofrecer acceso preferente a las familias que cultivan adormidera. Un agricultor de la zona alta de Khogiani (Afganistán) corrobora este hecho: “La adormidera es sagrada, tiene muchos beneficios. Cuando vamos a Jalalabad, los comerciantes ahora nos respetan, nos fían y nos ayudan a cargar nuestros coches”⁷⁵.

Parte de este apoyo está relacionado con la producción, una de cuyas formas más comunes es la transferencia de las habilidades necesarias para efectuar la transición a los cultivos alternativos. Este apoyo también puede incluir la transferencia de elementos infraestructurales, como centros de acopio, carreteras y puentes, o recursos para la producción, como la provisión de un sistema de abastecimiento de agua o tanques de almacenamiento de agua para la irrigación, como en los proyectos de la UNODC en la provincia de Oudomxay de la República Democrática Popular Lao o el apoyo para la construcción de canales de irrigación en la provincia de Badakhshan del Afganistán. En

⁷⁴ Brombacher y otros, *Evaluación de medios de vida en poblaciones productoras de hoja de coca en el Valle de los ríos Apurímac y Ene*, pág. 28.

⁷⁵ David Mansfield, “From Bad They Made It Worse”: *The Concentration of Opium Poppy in Areas of Conflict in the Provinces of Helmand and Nangarhar* (Kabul, Unidad de Investigación y Evaluación del Afganistán, 2014).

las tierras altas de Tailandia, las actividades de desarrollo alternativo han ido acompañadas de inversiones a gran escala en carreteras y proyectos de irrigación⁷⁶. Es una situación muy similar a diversas experiencias llevadas a cabo en el Perú, donde el Gobierno ha realizado grandes inversiones en infraestructura económica (carreteras y puentes) e infraestructura social (educación y atención sanitaria)⁷⁷.

Planes de apoyo y crédito

El apoyo a la producción también puede incluir la donación de ganado y bancos de arroz, como es el caso de un proyecto patrocinado por la Unión Europea en Myanmar⁷⁸, o solo bancos de arroz como en Tailandia⁷⁹. China ha donado arroz a autoridades locales de Myanmar para paliar la inseguridad alimentaria de los agricultores que se dedicaban al cultivo de adormidera, mientras que en Indonesia se montó un molino de arroz a cambio de que los aldeanos trabajaran voluntariamente⁸⁰. En 2010, una asociación de piscicultores de Colombia recibió apoyo internacional en forma de nasas para peces, juveniles de cachama y alimento para peces a través de una licitación convocada por el tercer Laboratorio de Paz de la Unión Europea⁸¹. El apoyo también puede adoptar la forma de distribución de semillas, como en el proyecto de la Zona de Cultivos Alimentarios de Helmand que se lleva a cabo en el sur del Afganistán.

Como se ha señalado en la sección anterior, la falta de acceso al crédito puede ser una de las causas del cultivo ilícito. Para ayudar a los agricultores pobres a reducir el cultivo ilícito y empezar a generar ingresos alternativos, deben tener capital inicial para invertir en nuevos productos, pero las comunidades remotas a menudo carecen de acceso al crédito y otros servicios. Como los préstamos bancarios o privados conllevan altas tasas de interés que es posible que los agricultores no puedan permitirse, el microcrédito (u otras formas de fondos rotatorios) es un componente necesario de los programas de desarrollo alternativo. El crédito local y los fondos rotatorios también pueden ayudar a los agricultores a constituir organizaciones, poner en marcha planes de ahorro y desarrollar su capacidad para la planificación y gestión financieras. Varios programas de Asia incorporan diversas formas de microcrédito, así como fondos y bienes rotatorios, incluidos bancos de arroz, bancos de semillas, fondos de medicina comunitaria rotatorios, grupos rurales de producción de microcréditos y ahorros. La localización y explotación de mercados especializados es también un elemento clave en los programas de desarrollo alternativo colombianos y peruanos, un enfoque que exige seguir estrictamente una serie de directrices y reglamentos particulares, pero que produce buenas ganancias que hacen que bien valga la pena el esfuerzo realizado⁸².

Un principio de las iniciativas de desarrollo alternativo (al contrario que los proyectos de rápida repercusión) es que las fuentes alternativas de ingresos tienen por objeto ser sostenibles. Esto generalmente implica que en la selección de cultivos alternativos se favorecen cultivos comerciales perennes (como el café o el aceite de palma) ya que no serían sustituidos inmediatamente por los cultivos ilícitos si el precio del mercado cayera temporalmente⁸³. Hay asimismo un creciente interés

⁷⁶ Renard, *Opium Reduction in Thailand 1970-2000*, pág. 167.

⁷⁷ UNODC, "The alternative development model in San Martin: a case study on local economic development, executive summary".

⁷⁸ Véase http://ec.europa.eu/europeaid/documents/case-studies/myanmar_food-livelihood-security_en.pdf.

⁷⁹ Renard, *Opium Reduction in Thailand 1970-2000*, pág. 139.

⁸⁰ Mae Fah Luang Foundation under Royal Patronage, Aceh sustainable alternative livelihood development project in Aceh Province, Indonesia. Información disponible en www.maefahluang.org.

⁸¹ Información recopilada a través de la Unidad Administrativa para la Consolidación Territorial (Colombia).

⁸² UNODC, *Sharing Experiences on Alternative Development from Southeast Asia and Latin America* (2009).

⁸³ Reunión conjunta del grupo de expertos de la UNODC y el Ministerio Federal para la Cooperación Económica y el Desarrollo sobre desarrollo alternativo en el marco de los preparativos para el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General sobre el problema mundial de las drogas que se celebrará en 2016 y el debate sobre la agenda posterior a los Objetivos de Desarrollo del Milenio que tuvo lugar en Berlín los días 19 y 20 de noviembre de 2014.

en promover productos de valor añadido (en lugar de materias primas) a fin de incrementar los ingresos de los pequeños agricultores. Cada vez se reconoce más la importancia de un enfoque basado en el mercado. Se anima a los proveedores de productos de desarrollo alternativo a adaptarse a la demanda de mercado actual y futura; los proyectos pueden ayudarlos a crear nuevos nichos de mercado⁸⁴.

Apoyo a la comercialización, participación del sector privado y desarrollo de la cadena de valor

El apoyo a la comercialización de productos de desarrollo alternativo es reconocido hoy día como un componente importante de cualquier proyecto. Sin embargo, los aspectos comerciales han cobrado importancia solo recientemente, prueba de ello es que el foco principal del desarrollo alternativo sigue estando en la producción, con el objetivo de aumentar la productividad y la calidad. El aumento de la productividad suele considerarse una medida del éxito. Pero aunque el objetivo general puede ser incrementar los niveles de ingresos e indirectamente mejorar las condiciones de vida generales de las familias agricultoras, no siempre existe una clara estrategia de comercialización para estos productos.

A pesar de estas dificultades, los programas de desarrollo alternativo han sido capaces de producir valor económico añadido, por ejemplo, introduciendo empresas agroalimentarias y sociales como las relacionadas con el procesamiento de nueces de macadamia y café en Tailandia y el procesamiento de café y miel en Colombia (donde el apoyo a la comercialización ha generado buenos resultados gracias al establecimiento de organizaciones de productores de segundo nivel como la Red Ecolsierra en Santa Marta). Además, se ha montado una planta de producción de café en el municipio de Albán, en Nariño (Colombia).

DESARROLLO ALTERNATIVO EN LA REPÚBLICA DEMOCRÁTICA POPULAR LAO: LA FUNCIÓN DEL MICROCRÉDITO

En la provincia Oudomxay de la República Democrática Popular Lao, la UNODC presta apoyo a las comunidades mediante la mejora de la seguridad alimentaria y el aumento en la producción lícita de alimentos y cultivos comerciales. El proyecto ha puesto en marcha bancos de arroz, un sistema de abastecimiento de agua, planes de irrigación a pequeña escala y carreteras de acceso, y ha introducido mejores cultivos de alto rendimiento, facilitado asistencia técnica (insumos y formación) y realizado un seguimiento regular sobre el terreno. Ello ha propiciado un aumento de los ingresos anuales de las familias derivados de la producción agrícola (maíz, arroz, productos forestales no madereros, hortalizas, frutas, producción ganadera y otros cultivos lícitos) en 32 pueblos superior al 500%: de aproximadamente 360 dólares en 2009 se ha pasado a más de 2.100 dólares en 2014. En los 17 nuevos pueblos donde se ha llevado a cabo el programa, los ingresos familiares aumentaron en un 82%, de 660 dólares en 2011 a 1.200 dólares en 2014⁸⁴.

Un importante elemento que ha contribuido a los éxitos cosechados hasta ahora ha sido el plan de microcréditos. El proyecto estableció un fondo rural de ahorro y crédito en 44 pueblos. Estos planes son gestionados por comités locales que realizan evaluaciones de inversión y rentabilidad, supervisan los registros de las inversiones y elaboran informes financieros y contables. Los agricultores, junto con los grupos de producción, elaboran propuestas de producción e inversión, planes de acción y microcréditos, y se facilitan préstamos para pequeñas inversiones a través del mecanismo de cooperativa comunitaria.

La cantidad total de dinero invertido por el fondo en los pueblos seleccionados aumentó en un 42% durante el período de ejecución de un año y medio. Las comunidades han podido aumentar la producción de varias actividades alternativas, incluidos diversos cultivos, la cría de ganado y la piscicultura, y pequeños comercios y producción artesanal. Una parte considerable de los fondos rurales de microcréditos se invirtió en la producción de maíz, que es el cultivo comercial más popular en Oudomxay. Además, se ha prestado apoyo a grupos de mujeres tejedoras estableciendo fondos rotatorios que han permitido a las mujeres aprender las habilidades necesarias para gestionar estos programas e invertir en sus actividades artesanales.

⁸⁴ Véase E/CN.7/2013/8, párr. 19.

a UNODC, “Increasing food security and promoting licit crop production and small farmer enterprise development in Lao People’s Democratic Republic and Myanmar: project XSPK26”, informe anual sobre la ejecución del proyecto 2014. Disponible en: <https://profi.unodc.org>.

Con el fin de aumentar las opciones de comercialización y reducir algunas de las vulnerabilidades relacionadas con el cultivo ilícito, los programas de desarrollo alternativo a menudo intentan conseguir la participación del sector privado. Por ejemplo, un reciente proyecto en la región amazónica del Perú conectó la producción de cacao directamente con un importador alemán de cacao de alta calidad que proporcionó asistencia técnica antes y después de la cosecha⁸⁵. En la región de San Martín, las empresas nacionales que exportan palmitos a Alemania, Bélgica, España, Francia y Líbano, participan en la exportación de productos de desarrollo alternativo. En estos proyectos de desarrollo alternativo, el sector privado se ha convertido en un componente integral de la estrategia, no solo por poner en práctica este tipo de desarrollo sino también por realizar inversiones más amplias en infraestructura económica y social⁸⁶.

En algunas regiones de Colombia se ha conectado a agricultores o cooperativas agrícolas con los mercados mediante asociaciones comerciales con empresas como cadenas nacionales de supermercados (con la ayuda del Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural) o con empresas nacionales o extranjeras⁸⁷. Los programas de desarrollo alternativo han aumentado la incorporación del sector privado a través de, por ejemplo, empresas conjuntas o alianzas público-privadas.

En los últimos años, como consecuencia del creciente papel del sector privado en los programas de desarrollo alternativo, se ha centrado la atención en el desarrollo de toda la cadena de valor de la producción. El objetivo de este planteamiento es aumentar la competitividad y el potencial de comercialización reforzando los componentes económicos, tecnológicos y organizativos de las intervenciones de desarrollo alternativo dentro de una única cadena de valor. En el Perú, este enfoque se ha centrado en cultivos de alto potencial como el aceite de palma y el cacao, y ha incorporado todos los elementos en la cadena, desde el abastecimiento de insumos agrícolas hasta la prestación de asistencia técnica, y desde el establecimiento de alianzas comerciales y asociaciones público-privadas hasta los vínculos con los mercados⁸⁸. En el Estado Plurinacional de Bolivia, el énfasis puesto en la cadena de valor permitió optimizar la producción, establecer una base productiva creciente e impulsar la comercialización de productos como el palmito⁸⁹. En Tailandia, los proyectos sobre café no se limitaron a vender café tostado en lugar de granos verdes, sino que además incorporaron la apertura de cafés en los lugares donde se vende el café⁹⁰. En el Departamento de Urabá, el Gobierno de Colombia y la UNODC han creado una asociación comercial con una importante cadena de supermercados europea y el desarrollo alternativo se ha conectado a nivel nacional con una cadena de restaurantes⁹¹. En el Afganistán se aplica ampliamente el enfoque de la cadena de valor, desde la lana a las alfombras, uvas y pasas, como parte de la Política Nacional de Medios de Subsistencia Alternativos, una iniciativa conjunta del grupo sobre agricultura y desarrollo rural dirigido por el Ministerio de Lucha contra los Estupefacientes.

⁸⁵ GIZ, “Informe sobre el control de avance del Proyecto”, informe sobre el proyecto PER/U87, secc. 2.

⁸⁶ UNODC, *El Modelo de Desarrollo Alternativo de la Región San Martín: Un Estudio de Caso de Desarrollo Económico Local*, cap. II, seccs. 7 c) y 7 d); y cap. VI, secc. III.

⁸⁷ UNODC, *Alternative Development Programme in Colombia: independent evaluation*, cap. 2 (Viena, noviembre de 2014).

⁸⁸ USAID/Perú, “Estrategia de la cooperación de los EE.UU. para el desarrollo del Perú 2012-2016”, págs. 35 y 36.

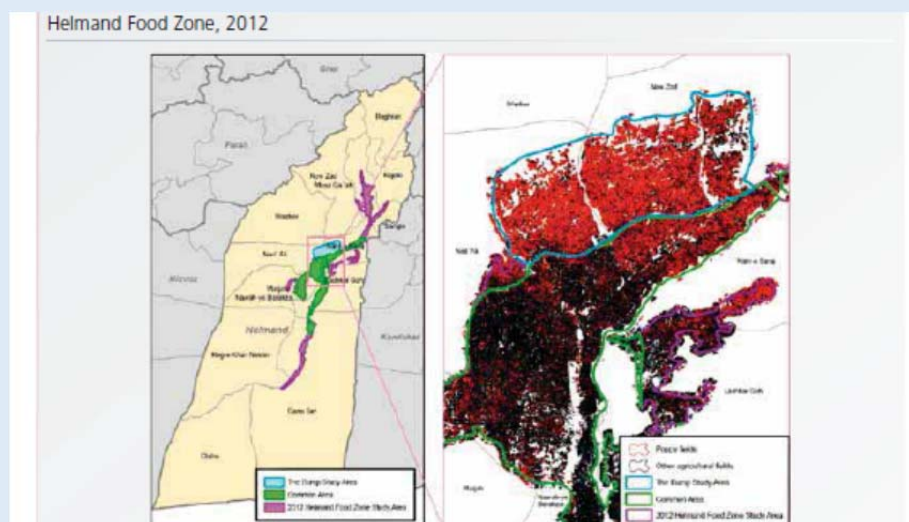
⁸⁹ Estado Plurinacional de Bolivia y UNODC, “El Programa País para Bolivia (2010-2015): fortalecimiento de la capacidad de Bolivia para responder a las amenazas de la droga, el crimen organizado, el terrorismo, la corrupción y los delitos económicos” (La Paz, marzo de 2010), secc. V.2.

⁹⁰ UNODC, “Doi Tung: thinking outside the box” (14 de marzo de 2008).

⁹¹ Colombia, Unidad Administrativa de Consolidación Territorial y Dirección de Programas contra Cultivos Ilícitos, “Informe ejecutivo: encuentro nacional de desarrollo alternativo—Diciembre de 2013” (Bogotá, marzo de 2014), pág. 55.

Otro de los objetivos era restablecer la confianza en el Gobierno, para lo cual el programa incluyó varias campañas de sensibilización contra el cultivo de adormidera, la distribución de semillas de trigo y fertilizantes a los agricultores así como la realización de actividades de represión, incluida la erradicación de cultivos ilícitos. Los agricultores que recibían esa ayuda debían firmar una declaración en la que indicaban que no cultivarían adormidera. Tras la introducción de la Zona de Cultivos Alimentarios en 2008, el cultivo de la adormidera disminuyó en un 37% en un año, mientras que el cultivo de trigo casi se duplicó. Según datos recogidos por la Universidad de Cranfield, el cultivo de adormidera en la Zona siguió reduciéndose hasta 2011, mientras que fuera de la Zona este cultivo aumentó en un 8% en el primer año y siguió creciendo en los años siguientes. Sin embargo, el acusado descenso del cultivo de adormidera registrado en la Zona de Cultivos Alimentarios propició una reducción general de este cultivo del 33% en la provincia de Helmand en 2009^a. Aun así, los progresos logrados en la Zona se vieron neutralizados cada vez más por el aumento de este cultivo en otros lugares, particularmente en áreas adyacentes, incluidas nuevas zonas agrícolas a las que migraron algunos habitantes de la Zona de Cultivos Alimentarios para cultivar opio. En los años posteriores, el opio se siguió cultivando fuera de la Zona, y su cultivo aumentó también dentro de la Zona.

Zona de cultivos alimentarios de Helmand



Nota: Los límites geográficos que figuran en estos mapas no implican la aprobación o aceptación oficial de las Naciones Unidas.

Concebida esencialmente como un proyecto de rápido impacto, la Zona de Cultivos Alimentarios consiguió influir en las decisiones de los agricultores dentro de la Zona durante el período 2009-2012. En la encuesta sobre el opio del Afganistán correspondiente a 2012, los agricultores de la Zona seguían comunicando que tenían unos ingresos un 30% más elevados, por término medio, que los referidos por los agricultores de fuera de esa zona. No obstante, el proyecto no pareció haber cambiado fundamentalmente las condiciones socioeconómicas e institucionales en la provincia: al reducirse la ayuda, los agricultores retomaron el cultivo de adormidera durante el período 2012-2014.

^a Según UNODC y Ministerio de Lucha contra los Estupefacientes del Afganistán, *Afganistán Opium Survey 2009* (diciembre de 2009), secc. 2.1.

Cultivo de adormidera dentro y fuera de la antigua Zona de Cultivos Alimentarios de Helmand, 2012-2014

	Cultivo 2012 (ha)	Cultivo 2013 (ha)	Cultivo 2014 (ha)	Cambio 2013- 2014 (%)	% de tierra agrícola con adormidera
Dentro de la Zona	24.241	36.244	41.089	13%	22%
Fuera de la Zona	50.935	64.449	62.151	-4%	31%
Total provincia	75.176	100.693	103.240	3%	27%

*Nota: Las estimaciones de la Zona de Cultivos Alimentarios se refieren a una zona de 10 distritos de la provincia de Helmand (la Zona de Cultivos Alimentarios a partir de 2011), donde se proporcionó a los agricultores fertilizantes, semillas de trigo certificadas y semillas de hortaliza de alto valor en las estaciones de plantación de adormidera para las cosechas del período 2009-2012. Véase UNODC y Afganistán, Ministerio de Lucha contra los Estupefacientes, *Afghanistan Opium Survey 2009* y *Afghanistan Opium Survey 2014*, sección sobre metodología.*

El proyecto de la Zona de Cultivos Alimentarios tuvo que hacer frente al desafío que planteaba la compleja cuestión de la mano de obra. El cultivo de opio ilícito requiere mucha más mano de obra que, por ejemplo, el cultivo de trigo. Son necesarios más trabajadores agrícolas no solo para realizar las labores de escarda, sino también durante la cosecha. En la Zona de Cultivos Alimentarios muchas personas sin tierra trabajan como temporeros en el cultivo de opio ilícito. Con el cambio a la producción de trigo y cierto grado de mecanización agrícola, miles de estas personas perdieron sus medios de vida básicos y se desplazaron al norte del canal Boghra, lo que se tradujo en una explosión del cultivo en esa área.

Fuentes: Afganistán, Ministerio de Lucha contra los Estupefacientes, *Afganistán Drug Report 2012* (noviembre de 2013); *Afghanistan Opium Survey 2014* (y años anteriores); y David Mansfield, "Where have all the flowers gone? Assessing the sustainability of current reductions in opium production in Afghanistan", *Afghanistan Research and Evaluation Unit briefing paper series* (mayo de 2010).

Tailandia ofrece un ejemplo de la participación a largo plazo del sector privado desde una fase temprana: seis empresas tailandesas y japonesas han invertido en una sociedad para llevar a cabo desarrollo forestal económico como parte del Proyecto de Desarrollo Doi Tung, y promover el cultivo de café y nueces de macadamia en toda la cadena de valor, incluidos el procesamiento y la comercialización, con el objetivo de proveer a los agricultores de suficientes ingresos que les permitan resistirse al cultivo de adormidera. En este caso, la asociación con el sector privado permitió acceder a fuentes de financiación, conocimientos técnicos, experiencia en negocios y comercialización⁹².

Sin embargo, la inversión y participación del sector privado en programas de desarrollo alternativo no solo produce resultados positivos. En ocasiones, los intereses comerciales no concuerdan plenamente con los objetivos de un programa concreto. Un ejemplo de ello puede encontrarse en la República

⁹² Mae Fah Luang Foundation Under Royal Patronage, "It can be done" (n.p., n.d.), pág. 4.

Democrática Popular Lao, donde algunas empresas extranjeras que operan en el marco de un plan de sustitución del opio tienden a favorecer grandes plantaciones de monocultivos (por ejemplo, caucho), en contra de las estrategias de diversificación de cultivos de los gobiernos respectivos. El resultado es que estas plantaciones comerciales han reducido la tierra disponible para los pequeños agricultores y han aumentado la competencia por conseguir trabajadores agrícolas. Asimismo, es posible que el enfoque de la cadena de valor no funcione en todas las circunstancias. Por ejemplo, los analistas han cuestionado su orientación economicista que no siempre ha sido capaz de tener en cuenta las complejidades de las sociedades fragmentadas con gobiernos débiles y necesidades y condiciones socioculturales particulares⁹³.

⁹³ Holly Ritchie, "Beyond the value chain model: deconstructing institutions key to understanding Afghan markets" in *Snapshots of an Intervention: The Unlearned Lessons of Afghanistan's Decade of Assistance (2001-11)*, Martine van Biljert y Saria Kuovo, eds. (Kabul, Afghanistan Analysts Network, 2012).

Acceso a los mercados

En declaraciones políticas y en los Principios Rectores de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Alternativo se insta claramente a los países a aumentar el acceso a los mercados para los productos de desarrollo alternativo. El trato preferente en lo que respecta al acceso a los mercados está en consonancia con la Declaración Política aprobada por la Asamblea General en su vigésimo período extraordinario de sesiones en 1998, y sus medidas de fomento de la cooperación internacional para afrontar el problema mundial de las drogas, en las que se subrayó que “la comunidad internacional debe tratar de facilitar a los productos del desarrollo alternativo un mayor acceso a los mercados nacionales e internacionales”⁹⁴. La cuestión del acceso a los mercados adquirió mayor relevancia si cabe en el documento final del curso práctico y conferencia internacionales sobre el desarrollo alternativo organizados por el Gobierno de Tailandia, en colaboración con el Gobierno del Perú, y en estrecha colaboración con la UNODC en Chiang Rai y Chiang Mai (Tailandia), en noviembre de 2011. En ese documento, presentado de manera oficial a la Comisión de Estupeficientes en su 56° período de sesiones⁹⁵, se recomendó que los Estados Miembros, las organizaciones internacionales y las organizaciones regionales “hagan lo posible por considerar la posibilidad de adoptar medidas para facilitar el acceso de los productos derivados del desarrollo alternativo a los mercados nacionales e internacionales, teniendo en cuenta las reglas pertinentes del comercio multilateral”⁹⁶. En los Principios Rectores de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Alternativo, se halla una referencia menos exigente sobre el acceso a los mercados, en consonancia con el lenguaje empleado en 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 esos principios rectores se señala que, al diseñar programas de desarrollo alternativo, los Estados “deberían tener en cuenta las cuestiones relacionadas con el establecimiento de acuerdos y alianzas viables con los pequeños productores, y el adecuado acceso a los mercados”⁹⁷. Este último aspecto ha sido tratado en detalle en la resolución 56/15 de la Comisión de Estupeficientes, en la que se invitó a los Estados Miembros interesados a ampliar sus iniciativas en lo que respecta a la elaboración de estrategias sobre instrumentos de comercialización voluntarios para los productos provenientes del desarrollo alternativo.

MEDIOS DE VIDA ALTERNATIVOS NO AGRÍCOLAS: EL ECOTURISMO EN COLOMBIA

En la región de Sierra Nevada de Santa Marta, el desarrollo alternativo ha incluido el ecoturismo^a como fuente de ingresos para complementar los obtenidos mediante el cultivo de caña de azúcar, gracias a la construcción de posadas (cabañas de madera) en varios asentamientos rurales. En un principio, el Gobierno consiguió el apoyo de un grupo de arquitectos y facilitó los materiales y la mano de obra para construir las posadas, pero al cabo de un tiempo su ayuda cesó. Aunque el proyecto tuvo éxito con los visitantes internacionales, su principal inconveniente es que el sector del turismo es cíclico y no es suficiente para crear un medio de subsistencia duradero. Pero al menos aporta ingresos complementarios. Sin embargo, su potencial es enorme ya que esta región combina una zona costera, parques nacionales como el parque Tayrona y la proximidad del destino turístico popular de Santa Marta.

En el departamento de Meta, el ecoturismo es también un medio de subsistencia alternativo, especialmente en el municipio de La Macarena^b, donde en los últimos tres años se han formado 33 guías turísticos. En esta región el turismo tiene posibilidades de crecer significativamente, pero el principal impedimento que se presenta es la escasa accesibilidad debido a la falta de vuelos regionales. En los próximos años se espera que el Gobierno incremente su apoyo al sector de turismo local y dé prioridad a facilitar el acceso a cursos universitarios especializados, el aprendizaje a distancia y la realización de actividades económicas complementarias (p. ej., la elaboración de productos artesanales) fuera de temporada.

⁹⁴ Resolución S-20/4 E de la Asamblea General, párrafo 15.

⁹⁵ E/CN.7/2013/8.

⁹⁶ E/CN.7/2012/8, párr. 41.

⁹⁷ Párr. 9.

a Ernesto Bassi Arevalo, “El apoyo institucional como factor clave: EMSOLMEC como ejemplo de gestión de alianzas que contribuyen al desarrollo económico, social y ambiental de la Sierra Nevada de Santa Marta”, en UNODC y Acción Social, *Organizaciones que Cambian Vidas: Programa Familias Guardabosques y Programa Proyectos Productivos* (Bogotá, Impresol, octubre de 2008), págs. 266-293.

b Colombia, Centro de Coordinación de Acción Regional, “Avances 2009: plan de consolidación integral de La Macarena” (diciembre de 2009), secc. 8.5.

Componente político

Inversión y apoyo significativos a largo plazo

El componente político del desarrollo alternativo se basa principalmente en el apoyo político y financiero que prestan los gobiernos al desarrollo alternativo o a otras estrategias de desarrollo rural que pueden afectar directa o indirectamente a los factores determinantes del cultivo ilícito. El apoyo político a largo plazo es esencial para el éxito de los proyectos de desarrollo alternativo, ya que es necesario para ofrecer alternativas lícitas duraderas y transferir conocimientos en las zonas donde se lleva a cabo el desarrollo alternativo. Se necesita tiempo para abordar no solo las razones económicas que hay detrás del cultivo ilícito, sino también para ganarse la confianza de las comunidades locales. Como los agricultores suelen participar en actividades vinculadas a mercados ilícitos basándose en decisiones racionales, hace falta tiempo para convencerlos de que las alternativas lícitas pueden proporcionarles una fuente de ingresos sostenible y rentable. Tailandia, entre otros países, brinda un buen ejemplo de cómo avanzar aprovechando importantes inversiones a largo plazo de donantes internacionales, organizaciones no gubernamentales, el sector privado y gobiernos⁹⁸.

El componente político del desarrollo alternativo a menudo atañe a la reducción de la oferta en línea con las estrategias nacionales e internacionales de fiscalización de las drogas, pero en un contexto más amplio de aumento de la estabilidad, la seguridad y el estado de derecho. Las medidas orientadas al cumplimiento de la ley, como la prohibición o la erradicación de cultivos, acompañan al desarrollo alternativo dentro de una estrategia política de mayor alcance para reducir el cultivo ilícito. Intentan imponer orden en zonas donde el estado de derecho es limitado o inexistente.

Condicionabilidad

Una de las cuestiones más controvertidas en los enfoques del desarrollo alternativo es la aplicación o no de la denominada “cláusula de condicionabilidad”. Esta cuestión es un reflejo del debate sobre si los beneficios aportados por las actividades de desarrollo alternativo deberían estar en cierto modo condicionados a los resultados que se espera obtener de la reducción de la oferta de drogas. El debate sobre el concepto de condicionabilidad surge cada vez que su aplicación interfiere en la relación entre los proveedores de desarrollo alternativo y los agricultores (y sus organizaciones). A este respecto, hay dos cuestiones contrapuestas: las cláusulas de condicionabilidad pueden perjudicar la relación, el sentido de pertenencia y la confianza que deben existir para que los procesos de desarrollo tengan éxito; y los gobiernos necesitan recibir de los agricultores ciertas garantías de que, mediante la asistencia económica y social, reducirán de manera efectiva los cultivos ilícitos con el tiempo. No existe un planteamiento común de la condicionabilidad, y un análisis de las estrategias nacionales muestra que la mayoría de los países no hacen referencia a esta cuestión en sus documentos de estrategia. Colombia y el Perú especifican en sus estrategias que la erradicación previa (voluntaria o forzada) es un requisito para participar en programas de desarrollo alternativo. En la estrategia del Estado Plurinacional de Bolivia se menciona que no es necesaria la erradicación o reducción previa, y que antes de que se inicien los programas de desarrollo alternativo, se lleva a cabo inversión pública en infraestructura y desarrollo social.

La condicionabilidad está estrechamente relacionada con cuestiones de secuenciación. En 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 se afirma claramente que

⁹⁸ Renard, *Opium Reduction in Thailand 1970-2000*, pág. 119.

los Estados Miembros deberían “velar por la secuenciación correcta y coordinada de las intervenciones de desarrollo a la hora de diseñar los programas de desarrollo alternativo” y “asegurarse, al considerar la posibilidad de adoptar medidas de erradicación, de que las familias de los pequeños agricultores hayan adoptado medios de vida viables y sostenibles, a fin de que las medidas puedan aplicarse en sucesión correcta y de manera sostenible y puedan coordinarse adecuadamente”⁹⁹. En los Principios Rectores de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Alternativo se insiste en que los países deberían “velar por la secuenciación correcta y coordinada de las intervenciones de desarrollo a la hora de diseñar los programas de desarrollo alternativo” y que “las políticas de desarrollo alternativo deben aplicarse junto con las iniciativas de los Estados orientadas a fortalecer el estado de derecho y promover la salud y la seguridad, de manera que se adopte un enfoque integral para afrontar los problemas que puedan plantear los posibles vínculos entre el tráfico de drogas, la corrupción y las distintas formas de delincuencia organizada y, en ocasiones, el terrorismo”¹⁰⁰.

Componente organizativo

La experiencia con el desarrollo alternativo ha demostrado que establecer, fortalecer y apoyar las asociaciones de agricultores y los grupos de gestión comunitaria es generalmente la mejor manera de impulsar los procesos de desarrollo rural. En Colombia, por ejemplo, estas asociaciones han ayudado a generar capital social, promover medidas eficaces de control de proyectos en las comunidades y crear mejores relaciones entre las comunidades agrícolas y los gobiernos locales y nacionales¹⁰¹. Un total de unas 600 organizaciones de productores se han creado o fortalecido a través de programas de desarrollo alternativo en Colombia. En el caso de Tailandia, se ha creado un número significativo de grupos de mujeres, grupos de jóvenes y grupos vocacionales para reforzar “la capacidad y la iniciativa locales”¹⁰². Además, grupos de gestión de recursos, como los comités rurales de gestión del agua y los recursos forestales, sirven de manera efectiva para que la comunidad comparta el sentido de la pertinencia, la responsabilidad y la gestión sostenible de los recursos y se mejore la capacidad de la comunidad para el autogobierno¹⁰³.

Establecer organizaciones de agricultores o trabajar con las ya existentes es una práctica común en el desarrollo alternativo, especialmente en América Latina, donde, a diferencia de las intervenciones de Asia, más centradas en las zonas rurales, el enfoque estratégico se ha situado a menudo en trabajar con organizaciones de productores de primer y segundo nivel¹⁰⁴. Los principales ejemplos son los comités de productores o de sector, las cooperativas y las asociaciones de agricultores, como el proyecto financiado por Alemania en el Perú en el que participaron las cooperativas en activo¹⁰⁵. Otros proyectos llevados a cabo en el Perú han ayudado a establecer asociaciones de productores y cooperativas, una estrategia popular entre los agricultores, ya que piensan que esta opción les generará mayores ganancias y más control sobre la comercialización de sus productos a medio y largo plazo¹⁰⁶.

El desarrollo alternativo no tiene que ver solo con hectáreas, ventajas competitivas, ganancias y sostenibilidad económica. Tiene que ver ante todo con sus beneficiarios: hombres, mujeres, niños y sus comunidades. Consiste

⁹⁹ Documentos Oficiales del Consejo Económico y Social, 2009, Suplemento núm. 8 (E/2009/28), cap. I, secc. C., párrs. 47 f) y 47 g).

¹⁰⁰ Anexo, apéndice, párrs. 9 y 15.

¹⁰¹ Sandro Calvani, *La Coca: Pasado y Presente—Mitos y Realidades* (Ediciones Aurora, Bogotá, 2007), pág. 134.

¹⁰² Renard, *Opium Reduction in Thailand 1970-2000*, pág. 108.

¹⁰³ Thai-German Highland Development Programme (TG-HDP), “Review of TG-HDP’s agricultural and forestry programmes, 1984-1998, with special reference to community-based natural resource management”, internal paper no. 212 (Chiang Mai, Tailandia, 1998).

¹⁰⁴ UNODC, *Alternative Development Programme in Colombia: independent evaluation* (Viena, noviembre de 2014).

¹⁰⁵ Informe de la GIZ sobre el proyecto PER/U87.

¹⁰⁶ *Lessons for Future Programming: USAID/Peru’s Alternative Development Program* (June 2010), submitted by Weidemann Associates, Inc., to USAID/Perú, secc. I.3.

en transferir habilidades y conocimientos a esos beneficiarios para mejorar sus vidas. Un granjero de Naseankham, aldea en la República Democrática Popular Lao, afirma: “Ahora tenemos las habilidades, los conocimientos y el incentivo para cultivar hortalizas y árboles frutales. Esto ha mejorado nuestros medios de vida, y eso me da esperanza”¹⁰⁷. Además de ofrecer alternativas rentables y sostenibles, el desarrollo alternativo también tiene por objeto proporcionar seguridad, protección del Estado, aceptación social, un mejor futuro para los hijos de los agricultores y acceso a servicios básicos como salud y educación. Un aldeano de Qarhuapampa (Perú) subraya la importancia de mejorar la educación, mejorar los colegios y tener institutos de educación secundaria para que los jóvenes estén más capacitados y tengan mayores oportunidades de desarrollo¹⁰⁸. Un beneficiario de Tumaco (Colombia), explica: “[...] sabemos que no se busca aquí riqueza, [sino] un aprovechamiento de bosque racional con mayor promedio de utilidad, con un número mucho mayor de familias beneficiadas por el trabajo y por los desarrollos en educación y salud”¹⁰⁹.

El apoyo a las asociaciones de productores figura entre las razones más importantes por las que los agricultores siguen participando en programas de desarrollo alternativo, pero no está claro si esta estrategia siempre se traduce en un aumento de los ingresos¹¹⁰. Debido a la fluctuación de las ventas, en algunos años los beneficios se limitan a un aumento de la producción y la base social de asociaciones¹¹¹. Aun así, el desarrollo alternativo ha podido contribuir a la creación de capital social, ya sea en cuanto al compromiso con el desarrollo de la comunidad, ya sea a través de la participación de miembros de la comunidad en las asociaciones de agricultores para mejorar la producción y el proceso de comercialización¹¹².

Entre los inconvenientes de aplicar una estrategia organizativa puede estar una pérdida de la independencia de los agricultores (ya que dependen más de estrategias conjuntas, recursos y el compromiso de otros agricultores) y la pérdida de flexibilidad, especialmente en el caso de grandes asociaciones o procedimientos complejos para la toma de decisiones. Además, en algunos contextos o países, el concepto de “cooperativa” puede tener importantes desventajas si no cuenta con el apoyo de las autoridades.

¹⁰⁷ UNODC, “Improving livelihoods and food security through alternative development in Lao PDR”, 20 de diciembre de 2012. Disponible en: www.unodc.org/southeastasiaandpacific/en/laopdr/2012/12/alternative-development/story.html.

¹⁰⁸ Daniel Brombacher y otros, *Evaluación de medios de vida en poblaciones productoras de hoja de coca en el Valle de los ríos Apurímac y Ene (VRAE)* (Madrid, Programa de Cooperación entre la Unión Europea y América Latina sobre Políticas de Drogas (COPOLAD); Eschborn, GIZ, 2012), pág. 49.

¹⁰⁹ UNODC y Acción Social, *Organizaciones que Cambian Vidas: Programa Familias Guardabosques y Programa Proyectos Productivos* (Bogotá, 2008), pág. 92.

¹¹⁰ *Ibid.*, secc. II.2.

¹¹¹ DEVIDA y UNODC, “Perú: desempeño comercial de las empresas promovidas por el desarrollo alternativo—2012” (junio de 2013), págs. 17 y 18.

¹¹² USAID, *Lessons for Future Programming*, secc. I.2.1.

Componente social

El componente social del desarrollo alternativo es mucho más amplio que los propios proyectos y tiende a basarse en una estrategia nacional o internacional para impulsar el desarrollo socioeconómico de comunidades locales en áreas productoras de drogas. Por ejemplo, el Programa de Desarrollo de las Tierras Altas germano-tailandés (1981-1998) tuvo una considerable repercusión en aumentar el acceso a la educación, la atención sanitaria y el agua potable¹¹³. En Marruecos, los proyectos de desarrollo alternativo se centran en mejorar el acceso a los servicios básicos (por ejemplo, educación y salud) en el marco de la Iniciativa Nacional para el Desarrollo Humano. En la evaluación del programa de desarrollo alternativo peruano se afirma claramente que podría generarse una mayor repercusión a nivel local si el desarrollo alternativo se coordinase mejor con los programas sociales y de reducción de la pobreza¹¹⁴.

La estrategia social no consiste solo en mejorar las condiciones socioeconómicas en las que puede aumentarse el efecto del desarrollo alternativo, sino también en crear y reforzar las organizaciones sociales y la participación directa de los beneficiarios en el diseño, la planificación y la ejecución de proyectos de desarrollo rural, incluidos los dedicados al desarrollo alternativo.

Implicación local y participación de la comunidad

Existe consenso general en que las intervenciones de desarrollo alternativo solo pueden funcionar si consiguen aumentar la implicación de las comunidades o los beneficiarios locales. La participación directa de agricultores y comunidades desempeña un papel fundamental en el diseño y planificación de actividades de desarrollo alternativo, particularmente en zonas donde no hay instituciones públicas que puedan cumplir esta función. Con el paso del tiempo, el énfasis en el desarrollo alternativo ha pasado de centrarse simplemente en aspectos técnicos y económicos a adoptar una visión más integrada del problema y una perspectiva a largo plazo sobre el desarrollo y la seguridad del área objeto de consideración. A pesar de este avance, persisten dificultades notables por lo que se refiere a la articulación del desarrollo alternativo y la interacción entre los organismos gubernamentales y las comunidades locales. Esta interacción suele caracterizarse por una falta de presencia del Estado en las zonas de cultivos ilícitos para la producción de drogas y por una desconfianza generalizada de la comunidad hacia los organismos gubernamentales.

En Tailandia, el enfoque participativo ha contribuido al éxito de los proyectos basándose en la creación de “organizaciones de aprendizaje” en comunidades locales capaces de incorporar ideas y métodos de trabajo nuevos¹¹⁵. Además, desde el principio se contó con representantes o voluntarios de la comunidad local para que actuaran de enlace bidireccional entre los proyectos y la comunidad a fin de asegurar la comunicación efectiva en los idiomas locales, y hacer lo posible por que los miembros de la comunidad participaran plenamente en todas las fases del proyecto y que los representantes locales recibieran experiencia de primera mano, permitiéndoles así implicarse al cien por cien en el proceso de desarrollo de su comunidad¹¹⁶. En Aceh (Indonesia), las comunidades locales han empezado a hacerse responsables de varias iniciativas en el Centro de Desarrollo Rural Sostenible, y supervisan y dirigen las actividades ellas mismas después de haber recibido la formación necesaria¹¹⁷.

En el Pakistán, uno de los elementos comunes de los buenos resultados cosechados en el Distrito Dir fue la participación comunitaria en la primera fase de ejecución del proyecto, cuando se establecieron las prioridades y se seleccionaron las intervenciones¹¹⁸. Con objeto de conseguir más implicación

¹¹³ *Alternative Development: A Global Thematic Evaluation—Final Synthesis Report*, pág. 6.

¹¹⁴ Perú, Oficina del Presidente del Consejo de Ministros y DEVIDA, “Consultoría: evaluación del programa presupuestal desarrollo alternativo integral y sostenible—PIRDAIS 2013 – informe final” (julio de 2014), pág. 90.

¹¹⁵ Renard, *Opium Reduction in Thailand 1970-2000*, pág. 112.

¹¹⁶ Mae Fah Luang Foundation under Royal Patronage, “It can be done”, págs. 6 y 7.

¹¹⁷ Mae Fah Luang Foundation under Royal Patronage, Aceh sustainable alternative livelihood development project in Aceh Province, Indonesia. Información disponible en: www.maefahluang.org.

¹¹⁸ UNODC, *Informe Mundial sobre las Drogas 2000*, secc. 3.3.

comunitaria, la UNODC prestó apoyo a proyectos de infraestructura que habían sido considerados como prioridades por las propias comunidades locales, como la rehabilitación del canal en las provincias de Jowzjan y Badakhshan. En esta última, también se construyó una carretera de 22 km para conectar 12 pueblos con los mercados y los servicios básicos, de nuevo atendiendo una petición del consejo local de desarrollo comunitario. Estos proyectos en el Afganistán pueden considerarse proyectos de desarrollo alternativo de “rápido impacto”, que además de tratar problemas del abastecimiento de agua e irrigación, tuvieron como objetivo generar confianza entre las partes interesadas.

Gobernanza de la tierra

La gobernanza de la tierra se puede definir como las “normas, procesos y estructuras a través de las cuales se toman las decisiones sobre acceso a la tierra y su uso, la manera en que las decisiones se ejecutan, y cómo se gestionan los intereses opuestos en la tierra”¹¹⁹. Como concepto normativo, tiene por objeto establecer directrices para políticas de la tierra sostenibles, incluidas cuestiones complejas como el acceso a la tierra, los derechos a la tierra, el uso y el desarrollo de la tierra¹²⁰. A nivel mundial, se ha reconocido que los derechos seguros y equitativos a la tierra y los recursos naturales son esenciales para alcanzar el desarrollo sostenible¹²¹.

La falta de acceso a la tierra puede ser una de las causas que lleven al cultivo ilícito, de modo que la tenencia de la tierra junto con su gestión y uso sostenibles son elementos cruciales para el éxito a largo plazo del desarrollo alternativo. Los debates entablados con motivo de una reunión de expertos celebrada en 2013 pusieron de relieve que: “La mayoría de cultivos comerciales alternativos requieren implicación a largo plazo de los agricultores, ya que necesitan varios años para producir cosechas. Sin el acceso a la tierra, los agricultores no se muestran dispuestos a dedicarse a cultivos comerciales a largo plazo”¹²². Además, en un reciente documento informativo de carácter técnico, se afirmaba que los derechos a la tierra “empoderan a las personas y proporcionan un sentido de dignidad. Mejoran la seguridad alimentaria y son fundamentales para materializar el derecho a la alimentación y aumentar la productividad de los pequeños productores de alimentos”. Los derechos a la tierra también tienen implicaciones sociales más amplias, como promover sociedades más inclusivas y equitativas, concretamente la participación y empoderamiento de las mujeres¹²³.

La falta de acceso a la tierra es también un importante componente en países donde las personas sin tierra trabajan como temporeros durante la cosecha de opio que requiere mucha mano de obra. En el Afganistán, uno de los proyectos piloto de la UNODC en la provincia de Herat ayuda a recuperar la producción agrícola mediante la estabilización de tierras en áreas que están en proceso de desertificación, a través del empleo de la irrigación, la diversificación agrícola y las empresas comunitarias. El objetivo es evitar que las personas que no puedan cubrir sus necesidades básicas de subsistencia acaben trabajando de temporeros en los campos de adormidera y como pequeños traficantes de droga.

En los Principios Rectores de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Alternativo, se recomienda que los países “tengan en cuenta los derechos de propiedad de la tierra y otros recursos conexos de

¹¹⁹ David Palmer, Szilard Fricska y Babette Wehrmann, *Towards Improved Land Governance*, Land Tenure Working Paper 11 (septiembre de 2009), secc. 2.2.

¹²⁰ Stig Enemark, Robin McLaren y Paul van der Molen, *Land Governance in Support of The Millennium Development Goals: A New Agenda for Land Professionals* (Copenhague, International Federation of Surveyors, 2010).

¹²¹ International Assessment of Agricultural Knowledge, Science and Technology for Development, *Agriculture at a Crossroads: Synthesis Report*, Beverly D. McIntyre y otros, eds. (Washington, D.C., 2009); United Nations High-Level Task Force on the Global Food Security Crisis, “Updated Comprehensive Framework for Action” (septiembre de 2010); and Committee on World Food Security, *Global Strategic Framework for Food Security and Nutrition* (segunda versión, octubre de 2013).

¹²² E/CN.7/2014/CRP.7, pág. 4.

¹²³ Action Aid International y otros, “Secure and equitable land rights in the post-2015 agenda: a key issue in the future we want” (enero de 2015).

ordenación territorial al diseñar, ejecutar, vigilar y evaluar los programas de desarrollo alternativo, incluidos los de los pueblos indígenas y las comunidades locales, de conformidad con los marcos jurídicos nacionales”¹²⁴.

Aunque existe amplio consenso en que el desarrollo alternativo debería abordar la cuestión de la tenencia de la tierra, es muy poca la investigación que se ha llevado a cabo sobre la relación entre ambas cuestiones¹²⁵. Las conclusiones preliminares de un estudio encargado por el Gobierno de Alemania en 2013 sobre el vínculo entre el cultivo ilícito para la producción de drogas y el acceso a la tierra indican que, hasta la fecha, los derechos sobre la tierra apenas han formado parte de los programas de desarrollo alternativo. El estudio confirma la relación dual entre el desarrollo alternativo y la tenencia de la tierra: el acceso restringido a títulos de propiedad legales a menudo conduce al cultivo ilícito, mientras que el acceso seguro a la tierra parece ofrecer las mejores oportunidades para lograr una transición a medios de vida legales de manera sostenible. La investigación señala que cuando se garantizan los derechos de los agricultores sobre la tierra, estos están más dispuestos a invertir a largo plazo en el establecimiento de medios de vida lícitos y a mejorar su acceso al crédito. A juzgar por las experiencias vividas, sobre todo en la región andina y el sudeste asiático, son muchos los posibles beneficios que aporta tener en cuenta las preocupaciones sobre tenencia de la tierra en los programas de desarrollo alternativo.

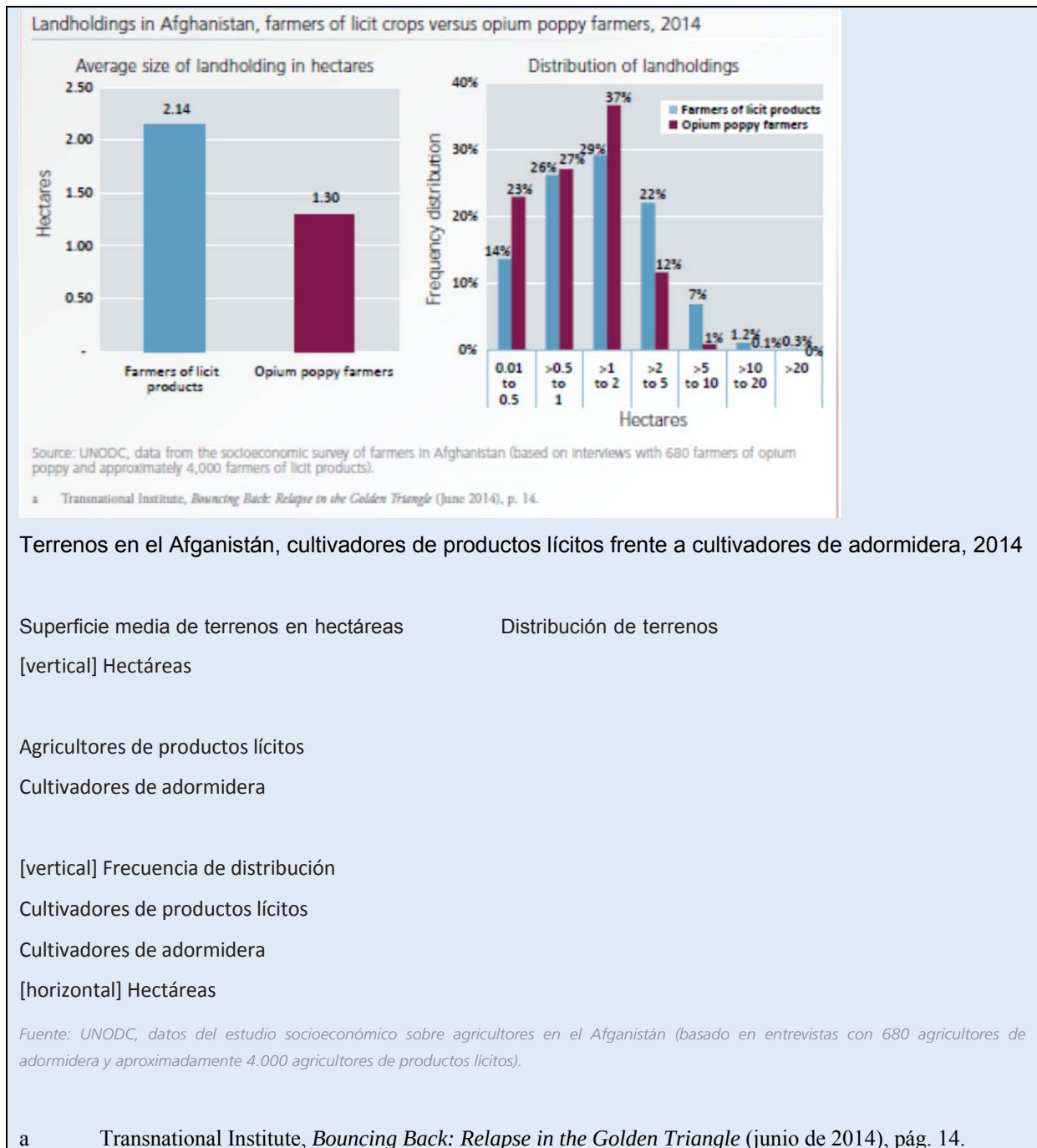
TÍTULOS DE PROPIEDAD Y TENENCIA DE LA TIERRA

La concesión de títulos de propiedad de tierra individuales y colectivos y el reconocimiento de la validez de esos títulos ha demostrado ser una estrategia de desarrollo alternativo eficaz en varias zonas de la región andina. Sin embargo, en algunos países de Asia sudoriental, como Myanmar, el fuerte crecimiento de la población, sumado al hecho de que los títulos de propiedad fueron confiscados o concedidos a inversores extranjeros, ha dado lugar a que el sistema tradicional de agricultura itinerante, en combinación con un enfoque de tala y quema, haya dejado de funcionar en las tierras altas. Este planteamiento deja a las comunidades locales con parcelas per cápita cada vez más pequeñas y una mayor degradación del suelo (ya que los agricultores ya no pueden desplazarse a nuevas parcelas), que no son suficientes para garantizar la seguridad alimentaria para sus comunidades. Como consecuencia de ello, algunas de estas comunidades han empezado a cultivar adormidera para generar ingresos adicionales con los que comprar alimentos^a.

En muchos de los países donde existen cultivos ilícitos, la pobreza se asocia a una falta de tierra que impide generar ingresos suficientes con cultivos lícitos. En el Afganistán, datos recopilados durante la encuesta sobre opio de la UNODC revelaron que en 2014 el tamaño de las fincas de los agricultores dedicados al cultivo de opio era por término medio casi un 40% menor que el de los agricultores que producían cultivos lícitos. La producción de opio era mucho más común entre los agricultores con 2 ha o menos que entre los que poseían mayores parcelas. Incluso entre los propios agricultores que cultivaban adormidera, los datos muestran que los propietarios de tierras más pequeños dedicaban una proporción de su tierra a la producción ilícita de opio mayor que los propietarios con más tierra. La superficie media dedicada a la producción de opio ascendía a 0,45 ha, el equivalente a una media del 35% de las 1,3 ha de toda la tierra de que disponía un agricultor que cultivaba adormidera. Incluso los propietarios más pequeños, de una media menor a 1 ha, tenían aparceros y arrendatarios dedicados al cultivo de esa planta.

¹²⁴ Anexo, apéndice, párr. 18 kk).

¹²⁵ “The role of alternative development in drug control and development cooperation: international conference”, 7 a 12 de enero de 2002, Feldafing, Múnich (Alemania), Ministerio Federal de Cooperación Económica y Desarrollo, Organismo Alemán de Cooperación Técnica y Fundación Alemana para el Desarrollo Internacional, eds. (2002), pág. 18.



En Colombia se da un caso especial de conexión entre desarrollo alternativo y propiedad de tierras: se adquirieron tierras de agricultores, la mayoría dedicadas al cultivo de hoja de coca, para el pueblo indígena kogui que habita en la Sierra Nevada de Santa Marta y se añadieron a su reserva. Los kogui no solo participan en la producción de café sino también en la protección ambiental de las tierras que controlan. En general, según establece el Programa de Familias Guardabosques de Colombia, la adquisición de tierra es importante para evitar que los cultivos ilícitos reaparezcan después de finalizado un programa. La idea que sirve de base a esta estrategia es que los beneficiarios estarán más apegados a su tierra y temerán perderla si se encuentran en ella cultivos ilícitos. También aporta beneficios adicionales para la durabilidad de las actividades económicas legales, ya que permite recibir préstamos productivos y genera incentivos para invertir en la tierra. Y a medida que las personas se sienten arraigadas a su propia tierra, disminuyen las expectativas de migración. Por consiguiente, promover la adquisición de tierra puede ser una de las maneras más eficaces de prevenir el regreso del cultivo ilícito a zonas donde se ha implantado el desarrollo alternativo.

En otro proyecto llevado a cabo en Colombia, el componente de formalización de la propiedad de la tierra tuvo el objetivo de facilitar la adquisición de títulos de propiedad a través de procedimientos notariales o administrativos dirigidos por el Instituto Colombiano de Desarrollo Rural (INCODER). En el marco de este componente, se emitieron más de 1.000 títulos de propiedad para agricultores, familias de ascendencia africana y familias desplazadas, correspondientes a más de 18.000 ha de tierra (de las que aproximadamente 3.000 ha se adquirieron) en los departamentos de Antioquía, Putumayo y Córdoba. El componente de adjudicación de títulos sobre la tierra fue reconocido como un precursor de la tarea de formalizar la tenencia de la tierra en el marco de proyectos de desarrollo alternativo en Colombia¹²⁶.

Cabe señalar que la promoción de los derechos sobre la tierra es una estrategia que va más allá de los programas de desarrollo alternativo. Habitualmente forma parte de los planes o estrategias nacionales de desarrollo, como el plan nacional de desarrollo de México para el periodo 2013-2018, que indirectamente puede ayudar a prevenir el cultivo ilícito. Una evaluación de un proyecto ejecutado en el Estado Plurinacional de Bolivia menciona que el Ministerio de Desarrollo Rural y Tierras está haciendo progresos con la adjudicación de títulos de propiedad en el departamento de La Paz y espera completar el proceso en 2017¹²⁷.

POSIBLES BENEFICIOS DE VINCULAR EL DESARROLLO ALTERNATIVO CON PROCESOS DE TENENCIA Y ADQUISICIÓN DE TIERRAS

- Contribución a una cultura de legalidad y voluntad de abandonar el cultivo ilícito.
- Mayor compromiso e implicación con los proyectos de desarrollo alternativo.
- Generación de incentivos para invertir en la tierra y en medios de vida lícitos.
- Mayor acceso al crédito oficial para invertir en medios de vida lícitos.
- Prevención de la migración, ya que las personas se sientan mayor apego a sus tierras.
- Prevención de daños ambientales: al haber menos migración se reduce la presión sobre los límites agrícolas en expansión.
- Protección del medio ambiente y la biodiversidad si los derechos sobre la tierra individuales o comunitarios propician una mejor gestión y recuperación de los bosques.
- Mayor atractivo de los programas de desarrollo alternativo o medios de vida alternativos para los agricultores en general, dados los beneficios que conlleva la tenencia de la tierra.
- Disminución de la tensión social por disputas locales sobre tierras.
- Reasentamiento voluntario desde zonas protegidas o inadecuadas si se puede ofrecer a los agricultores tierras en propiedad en otras zonas.
- Aumento del número de agricultores que invierten en cultivos permanentes y cultivos comerciales que solo son rentables a largo plazo.

Componente ambiental

En el *Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2005* se declaraba que las preocupaciones ambientales se habían vuelto “prácticamente inseparables” del cultivo ilícito¹²⁸. El impacto en el medio ambiente de la producción y el tráfico ilícitos de droga ha

¹²⁶ UNODC, “Alternative Development Programme in Colombia: independent evaluation”.

¹²⁷ Alemania, Ministerio Federal de Cooperación Económica y Desarrollo, informe sobre los progresos del proyecto BOLI79 (Manejo integral y sostenible de los recursos naturales en el trópico de Cochabamba y los Yungas of La Paz) (diciembre de 2013), secc. 5.3.

¹²⁸ Párr. 32.

sido documentado ampliamente¹²⁹, prestándose considerable atención a la manera en que los cultivos ilícitos causan la degradación y destrucción de los bosques primarios en América Latina y Asia sudoriental. Además del impacto negativo en el medio ambiente que tiene el cultivo ilícito, ha habido un interés creciente por el papel que el desarrollo alternativo puede desempeñar en la protección ambiental. En los Principios Rectores de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Alternativo se declara lo siguiente: “Los programas de desarrollo alternativo deberían incluir medidas para proteger el medio ambiente a nivel local, con arreglo al derecho y las políticas nacionales e internacionales; esas medidas consisten en crear incentivos para la conservación, impartir una educación adecuada y organizar programas de sensibilización, de manera que las comunidades locales puedan mejorar y proteger sus medios de subsistencia y mitigar los impactos ambientales negativos¹³⁰”.

Así, el desarrollo alternativo tiene un componente de “no hacer daño” e intenta minimizar el impacto ambiental de sus intervenciones, y un componente proactivo, en el que los programas directa o indirectamente contribuyen a la protección del medio ambiente y la biodiversidad y la mitigación del cambio climático. Este último aspecto se ha añadido recientemente a los programas de desarrollo alternativo. En Colombia, el programa BIOREDD+¹³¹, patrocinado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), es uno de los primeros proyectos que opera en comunidades donde se aplican programas de desarrollo alternativo para conectar la producción agrícola sostenible a nivel local con el mercado internacional de bonos de carbono.

DESARROLLO ALTERNATIVO, REFORESTACIÓN Y AGROFORESTERÍA: EL EJEMPLO DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

En las tierras bajas tropicales del Estado Plurinacional de Bolivia se pusieron en marcha en 1994^a diversos proyectos integrados de gestión forestal y agroforestería con el fin de facilitar a los agricultores medios de subsistencia sostenibles para reducir el cultivo ilícito de coca. A pesar de la deforestación causada por el cultivo ilícito de coca, aún se conservaban bastantes masas forestales, pero nunca habían sido gestionadas de manera sostenible. Los primeros proyectos tenían dos componentes centrales: elaboración de planes de gestión forestal para la producción sostenible de productos madereros y no madereros, e introducción de sistemas de agroforestería de cultivos arbóreos y leguminosos intercalados con cultivos anuales y permanentes^b. El objetivo era que el último componente proveyese ingresos adicionales a los agricultores, además de aumentar la seguridad alimentaria mediante cultivos alimentarios, huertos y la cría de ganado.

En la actual estrategia, la reforestación, la extracción sostenible de recursos forestales y la agroforestería se refuerzan entre sí^c. La generación de ingresos está vinculada a la conservación de los bosques: “Estas tecnologías deben ofrecer ingresos para que la población las adopte. Es decir, que para conservar los bosques tropicales es necesario que su madera pueda ser aprovechada racionalmente y para mantener los suelos es necesario que la agroforestería genere ingresos^d”. Uno de los proyectos llevados a cabo en el Estado Plurinacional de Bolivia, el proyecto Jatun Sach’a, produjo cambios positivos: se reforzaron las organizaciones de productores, se creó capacidad, se redujo la explotación no sostenible y se introdujeron nuevos cultivos y agroforestería (por ejemplo, aserraderos portátiles)^e.

Este proyecto ha beneficiado especialmente a las mujeres, quienes recibieron formación para emplear plantas y hortalizas locales con las que crear productos que mejorasen la seguridad alimentaria y la nutrición en las comunidades agrícolas. Por lo que respecta a agroforestería y reforestación, la gestión sostenible e integral de recursos naturales en el proyecto del trópico de Cochabamba y la región de los Yungas de La Paz mostró resultados considerables: entre 2006 y 2013, se establecieron 4.900 ha de sistemas de agroforestería basados en café, cacao, caucho y otros cultivos arbóreos, mientras que 3.000 ha fueron reforestadas con diversas variedades de árboles y 12.800 ha de bosque primario fueron objeto de gestión sostenible, incluida la comercialización adecuada de productos madereros^f.

¹²⁹ Francisco Thoumi, *Drogas ilegales, economía y sociedad en los Andes* (Baltimore, Johns Hopkins University Press, 2003), págs. 196 a 199.

¹³⁰ Párr. 11.

¹³¹ Para obtener más información, véase www.bioredd.org/projects.

- a El proyecto Jatun Sach'a empezó en 1994. Otro proyecto de la FAO, financiado a través del PNUFID, empezó en 1997.
- b FAO, "FAO helps Bolivia in fight against cocaine trade", comunicado de prensa (30 de marzo de 2000). Disponible en: www.fao.org/News/2000/000307-e.html.
- c Estado Plurinacional de Bolivia, Ministerio de Desarrollo Rural y Tierras, "Estrategia Nacional de Desarrollo Integral con Coca 2011-2015" (junio de 2011), pág. 50.
- d Estado Plurinacional de Bolivia, Viceministerio de Desarrollo Alternativo; UNODC y FAO, "Proyecto Jatun Sach'a: 10 años construyendo una cultura forestal" (2005), pág. 8.
- e *Ibid.*, pág. 39.
- f UNODC, informe anual correspondiente a 2014 sobre los progresos del proyecto BOLI79 (Manejo integral y sostenible de los recursos naturales en el trópico de Cochabamba y los Yungas de La Paz).

Un elemento más común del desarrollo alternativo ha sido el enfoque en la agroforestería y la gestión forestal sostenible en general. Este tipo de proyectos pueden encontrarse en casi todos los países donde se han llevado a cabo programas de desarrollo alternativo, desde la región de Chapare en el Estado Plurinacional de Bolivia hasta la provincia Chiang Rai de Tailandia. La reforestación y la lucha contra la erosión del suelo son parte de los objetivos de esta estrategia y a menudo se ponen en práctica a través de la agroforestería, con actividades como la combinación de cultivos arbóreos como el café y el cacao con la reforestación (por ejemplo, para conseguir sombra y mejorar el suelo), así como el cultivo del aceite de palma, el caucho y la palma melocotonero¹³². Los proyectos de agroforestería en Tailandia combinan el desarrollo de medios de subsistencia con objetivos de sostenibilidad ambiental a través de la promoción de prácticas de zonificación adecuadas. Se designan áreas forestales concretas para su conservación, un uso diario limitado y el aprovechamiento económico en forma de cultivos de alto valor como el café y las nueces de macadamia. El modelo de gestión forestal y de ordenación territorial del proyecto Doi Tung ha permitido incrementar el área forestal del 30% al 85%¹³³.

Marruecos también considera que la gestión forestal, la reforestación y la protección de la biodiversidad constituyen el pilar ambiental del desarrollo alternativo. Por último, un estudio¹³⁴ realizado en Colombia reveló que, durante la ejecución del Programa Familias Guardabosques (entre 2003 y 2010), se almacenaron más de 75 millones de toneladas de carbono en 546.000 ha de bosques protegidos. Durante el mismo período, los sistemas de agroforestería, promovidos en el marco del Programa de Proyectos Productivos Alternativos en 23 municipios, se capturaron más de 37.000 toneladas de carbono.

Las anteriores estrategias requieren establecer un delicado equilibrio entre las preocupaciones ambientales y los objetivos comerciales. De hecho, un problema estructural relacionado con el desarrollo alternativo es "el equilibrio entre desarrollo alternativo y protección ambiental". Por ejemplo, el cultivo ilícito de coca conduce a la deforestación, pero las alternativas legales como la ganadería pueden provocar incluso más deforestación. Esto se observa en áreas como el Departamento de Meta en Colombia, donde la ganadería se emplea como un medio de subsistencia alternativo y se están haciendo esfuerzos para mitigar el impacto negativo en el medio ambiente, por ejemplo, a través de guías ambientales relacionadas con la ganadería, el cacao, la avicultura, la pesca

¹³² *Alternative Development: A Global Thematic Evaluation—Final Synthesis Report*, pág. 7.

¹³³ Mae Fah Luang Foundation under Royal Patronage, "It can be done", pág. 13.

¹³⁴ Colombia, Unidad Administrativa para la Consolidación Territorial, Centro de Investigación en Ecosistemas y Cambio Global y UNODC, *Contribución de los Programas Familias Guardabosques y Proyectos Productivos a la Mitigación del Cambio Climático: Captura y Almacenamiento de Carbono en Sistemas Productivos y Bosque Neutral* (Bogotá, 2012).

y otros medios de subsistencia alternativos¹³⁵. En términos más generales, el uso de pesticidas nocivos puede acarrear consecuencias muy negativas para el medio ambiente, sean empleados en cultivos lícitos o ilícitos. Asimismo, alternativas como el ecoturismo también pueden afectar negativamente a la protección de la biodiversidad o del medio ambiente, y la construcción de infraestructura puede igualmente tener un impacto ambiental¹³⁶. A fin de promover el uso sostenible y la ordenación forestal y territorial, Colombia ha elaborado un conjunto de directrices que incluyen buenas prácticas ambientales, en el marco de su emblemático Programa Familias Guardabosques¹³⁷, que ha conseguido, por ejemplo, aumentar el uso de fertilizantes orgánicos, la rotación de cultivos y prácticas de retención de cepas.

Énfasis en las mujeres

Muchos programas de desarrollo alternativo incluyen se centran específicamente en las mujeres y su empoderamiento. El proyecto reciente llevado a cabo en el municipio de La Asunta (Estado Plurinacional de Bolivia) tenía por objeto específico reforzar el papel de las mujeres en la producción y comercialización de cultivos alternativos¹³⁸. En el Afganistán, se han establecido asociaciones y empresas con participación de mujeres dedicadas, por ejemplo, al cultivo de azafrán, menta y productos lácteos en las provincias de Ghor y Herat, entre otras¹³⁹, mientras que la UNODC ha financiado un proyecto a pequeña escala en la provincia de Herat para formar a mujeres en confección de ropa.

El Programa de Desarrollo Alternativo de 2010 financiado por USAID en el Perú constató que las mujeres desempeñaban un papel esencial para aumentar la repercusión del desarrollo alternativo. Su intervención era importante en el proceso de toma de decisiones, bien en relación con la decisión de mantener un medio de subsistencia lícito que prescindiese de la coca, bien en decisiones de gestión e inversión en las fincas. Centrándose en el liderazgo de las mujeres, también se observó que el establecimiento de redes y el empoderamiento en general contribuían a la promoción de temas públicos de más amplio alcance, favoreciendo la creación de un entorno propicio en el que las comunidades pudieran reducir el cultivo ilícito de coca de manera sostenible¹⁴⁰. En la República Democrática Popular Lao y Viet Nam, los proyectos de la UNODC se llevaron a cabo a través de los respectivos sindicatos de mujeres, haciendo lo posible por fomentar la participación de las mujeres en los comités de desarrollo rural y crearon fondos de microcréditos especiales para las mujeres. Esta iniciativa se complementó con educación para adultos, clases de alfabetización y adquisición de habilidades numéricas¹⁴¹. Las mujeres se sentían más empoderadas cuando disponían de ingresos regulares y ello les ayudó a participar más activamente en los procesos de toma de decisiones y, en la República Democrática Popular Lao, incluso a ser elegidas como jefa de aldea y de distrito.

¹³⁵ Colombia, Departamento Nacional de Planeación, *Evaluación del Programa Familias Guardabosques y Grupo Móvil de Erradicación: Informe Final* (Bogotá, diciembre de 2012); y UNODC, “Alternative Development Programme in Colombia: independent evaluation”.

¹³⁶ Véase E/CN.7/2013/8.

¹³⁷ Colombia, Departamento Nacional de Planeación, *Evaluación del Programa Familias Guardabosques y Grupo Móvil de Erradicación*, secc. 4.1.5.

¹³⁸ Daniel Brombacher, “Informe final: asesoría de proyecto—recomendaciones para el establecimiento de una línea de base”, informe sobre el proyecto BOLI79 (Manejo integral y sostenible de los recursos naturales en el trópico de Cochabamba y los Yungas de La Paz), 28 de abril de 2011, secc. 1.3.

¹³⁹ El proyecto “Afghanistan: research in alternative livelihoods fund”, fue financiado por el Departamento de Desarrollo Internacional del Reino Unido y ejecutado entre 2004 y 2007. Véase r4d.dfid.gov.uk/Project/60544.

¹⁴⁰ USAID/Perú, “Estrategia de la cooperación de los EE.UU. para el desarrollo del Perú” (Lima, 2012), pág. 30.

¹⁴¹ Leik Boonwaat, “Achievements and lessons learned from the balanced approach to opium elimination in the Lao People’s Democratic Republic (2001-2004)”, documento presentado en la reunión sobre desarrollo alternativo y la eliminación de los obstáculos al crecimiento, celebrada en Doi Tung (Tailandia) (13 a 19 de noviembre de 2004).

G. CÓMO MEDIR EL ÉXITO DEL DESARROLLO ALTERNATIVO

Dificultades en la evaluación de las intervenciones de desarrollo alternativo

¿Qué piensan los beneficiarios sobre la repercusión de los proyectos de desarrollo alternativo? Una mujer de Huay Nam Koon, aldea situada en el norte de Tailandia, dice: “Ahora mi vida es estable y segura y veo un futuro positivo para mis hijos¹⁴²”. Otro beneficiario de un proyecto en Tailandia explica: “Nos sentimos más seguros porque estamos en una buena posición para negociar con el Gobierno. Los funcionarios han dejado de amenazarnos¹⁴³”. En las áreas del Perú que en el pasado se dedicaban al cultivo de coca, donde los traficantes de droga tuvieron gran influencia durante las décadas de 1980 y 1990, las cooperativas de agricultores locales se han convertido en eficaces productoras de café. Un miembro de una de estas cooperativas, que también dirige un programa de café orgánico, dice: “Ya no tengo que esconderme. Estoy orgulloso de lo que produzco. Pago mis impuestos y puedo mantener a toda mi familia cubierta con un seguro de salud. Antes tenía que esconderme de la policía y no me sentía nada orgulloso de lo que hacía, me avergonzaba porque sabía que estaba haciendo algo ilegal¹⁴⁴”.

En su resolución 45/14, de 15 de marzo de 2002, la Comisión de Estupefacientes instó a los Estados Miembros a que facilitasen “una evaluación temática rigurosa y amplia a fin de determinar las prácticas óptimas de desarrollo alternativo, evaluando el efecto de ese desarrollo tanto en los índices de desarrollo humano como en los objetivos de fiscalización de la droga y abordando las cuestiones de desarrollo esenciales de la reducción de la pobreza, el género, la sostenibilidad ambiental y la solución de controversias”. En el informe correspondiente se describió el descenso en el cultivo ilícito alcanzado en los anteriores 15 años en áreas donde se había implantado el desarrollo alternativo en la región andina y el sudeste asiático, si bien se reconoció que “la repercusión exacta de su contribución no siempre se conoce¹⁴⁵”.

En esa evaluación también se señaló que existían muy pocos estudios de base a nivel de proyecto, lo que con frecuencia hacía imposible supervisar la repercusión en las familias y otros niveles. En ese momento, la reducción del cultivo ilícito se empleaba en la mayoría de proyectos de desarrollo alternativo como una medida de la repercusión, y los cambios en los indicadores de desarrollo humano no se medían. Por ejemplo, los documentos sobre un proyecto de desarrollo alternativo financiado por la UNODC que se llevó a cabo en la década de 1990 incluían resultados sobre infraestructura y apoyo agrícola, servicios sociales y de salud y creación de capacidad, pero generalmente el principal indicador de progreso era la reducción del cultivo ilícito.

A nivel nacional se suele considerar que el éxito final del desarrollo alternativo es su contribución a la reducción general del área dedicada al cultivo ilícito, aunque, habida cuenta de su naturaleza localizada, se desconoce su contribución a las tendencias nacionales de cultivo. El desarrollo alternativo no es sino una más de las estrategias nacionales incluidas en un paquete más amplio que contiene elementos que van desde la erradicación, la resolución de conflictos y el reforzamiento del estado de derecho hasta el desarrollo socioeconómico general. Como se ha señalado anteriormente, el desarrollo alternativo no suele constituir un fin en sí mismo, sino un medio para lograr un fin: su objetivo es ayudar a crear un ambiente propicio para el desarrollo rural a largo plazo sin cultivos ilícitos. Esto explica en parte por qué resulta difícil medir la cobertura, calidad y eficacia de las

¹⁴² UNODC, “Thai alternative development projects showcased at international workshop”, 2 December 2011. Disponible en www.unodc.org/southeastasiaandpacific/en/2011/12/alternative-development-chiang-mai/story.html.

¹⁴³ *Alternative Development: A Global Thematic Evaluation—Final Synthesis Report*, pág. 10.

¹⁴⁴ UNODC, “Coffee instead of coca: Peruvian farmers reap the fruits of their labour”. Disponible en www.unodc.org/unodc/en/alternative-development/peru---success-stories.html.

¹⁴⁵ *Alternative Development: A Global Thematic Evaluation—Final Synthesis Report*.

intervenciones y los servicios del desarrollo alternativo con respecto al tratamiento del problema de la droga.

El horizonte a largo plazo que suelen presentar las intervenciones del desarrollo alternativo es otro factor de la complejidad de medir su éxito. La experiencia ha demostrado que el éxito del desarrollo alternativo en lo que respecta a la reducción del cultivo ilícito solo debería evaluarse transcurridos varios años desde la intervención; los intentos de medir el éxito en períodos más cortos se han revelado contraproducentes, en particular cuando dicha información se emplea para adoptar medidas con carácter inmediato.

El hecho de que los proyectos de ejecuten a nivel local, pero a menudo se evalúen a nivel nacional, también puede afectar a las percepciones sobre si un programa de desarrollo alternativo ha resultado satisfactorio o no. Un ejemplo claro de esto es el denominado “efecto globo”, el cambio que puede producirse cuando los proyectos de desarrollo alternativo provocan el desplazamiento del cultivo ilícito desde la zona en que se ejecutan los proyectos de desarrollo alternativo a otras áreas geográficas: es posible que las familias migren a otras zonas para seguir con el cultivo ilícito, o también puede ocurrir que otras familias inicien cultivos ilícitos para compensar la falta de recursos causada por la intervención de desarrollo alternativo.

Desde el punto de vista de los proyectos de desarrollo alternativo, que son locales por naturaleza, el efecto globo que desencadena este tipo de desplazamiento no es necesariamente un signo de fracaso. Pero desde una perspectiva nacional más amplia, puede argumentarse que este efecto reduce la eficacia del desarrollo alternativo, al menos a corto plazo, ya que es posible que los beneficios a largo plazo relacionados con crear un nuevo paradigma institucional y de desarrollo no sean todavía visibles.

El efecto globo, o de desplazamiento, ha sido observado a varios niveles. Por ejemplo, el desplazamiento de cultivos ilícitos a otros lugares dentro del país u otros países, o la sustitución del cultivo ilícito por otras actividades ilegales. Al igual que sucede cuando las operaciones policiales son eficaces y obstaculizan las rutas de tráfico de droga, lo que obliga a los traficantes a abrir nuevas rutas, el éxito en los proyectos de desarrollo alternativo ineludiblemente provocará un cierto grado de desplazamiento hacia áreas que queden fuera del ámbito de tales proyectos, siempre que las condiciones que propician el cultivo ilícito no se aborden desde una perspectiva geográfica más amplia (a nivel nacional o regional) y no se traten de manera global las causas fundamentales del cultivo ilícito, como pueden ser bajos niveles de infraestructura del desarrollo, gobernanza y estado de derecho.

Ampliar el conjunto de indicadores empleados para medir el éxito en el desarrollo alternativo

En 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 se afirma que los Estados Miembros con los conocimientos técnicos necesarios deberían prestar asistencia a los Estados interesados en materia de formulación y mejoramiento de los sistemas para supervisar y evaluar las repercusiones cualitativas y cuantitativas del desarrollo alternativo en cuanto al desarrollo socioeconómico y la sostenibilidad de la reducción de los cultivos ilícitos, y que esa evaluación debería incluir la utilización de indicadores del desarrollo humano que reflejen los Objetivos de Desarrollo del Milenio (párrafo 43 d) del Plan de Acción). En el párrafo 45 d) de ese mismo texto, se reconoce que “la pobreza y la vulnerabilidad son algunos de los factores que pueden inducir al cultivo ilícito para la producción de drogas y que la erradicación de la pobreza es uno de los principales Objetivos de Desarrollo del Milenio”. Asimismo, en los Principios Rectores de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Alternativo, se propone que se vinculen los indicadores de desarrollo humano y de reducción de cultivos para medir el éxito de las actividades de desarrollo alternativo. En el párrafo 18 v) de los Principios Rectores, se insta a los Estados Miembros, las organizaciones internacionales, las organizaciones regionales, los organismos de desarrollo, los donantes, las instituciones financieras internacionales y la sociedad civil a que “al evaluar los programas de desarrollo alternativo, utilicen, además de las estimaciones de los cultivos ilícitos y otras actividades

ilícitas relacionadas con el problema mundial de las drogas, indicadores referentes al desarrollo humano, las condiciones socioeconómicas, el desarrollo rural y la mitigación de la pobreza, así como indicadores institucionales y ambientales, a fin de garantizar que los resultados se ajusten a los objetivos de desarrollo nacionales e internacionales, incluidos los Objetivos de Desarrollo del Milenio”. Varía la medida en que estos indicadores del desarrollo humano más amplios se han empleado para evaluar el éxito del desarrollo alternativo.

NEXO ENTRE MINERÍA ILEGAL Y CULTIVO DE COCA EN SAN GABÁN (PERÚ)

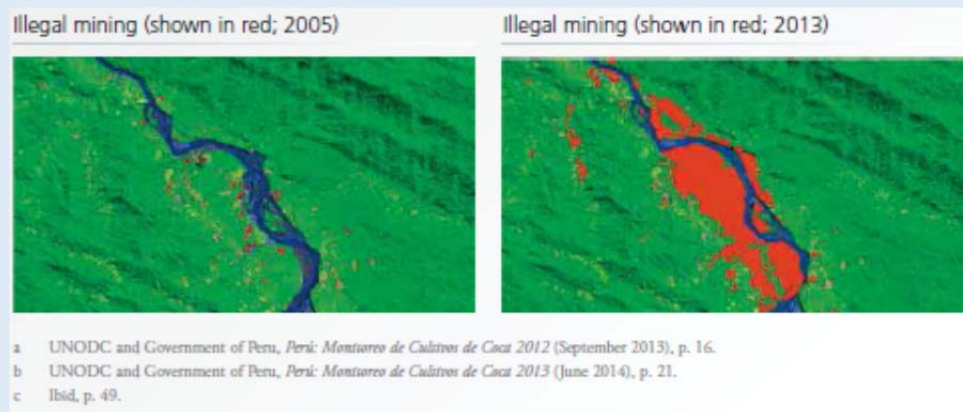
El cultivo ilícito de coca ha reaparecido de manera constante en el distrito de San Gabán, en la región peruana de Puno, desde que entre 2004 y 2005 se llevó a cabo una intensa campaña de erradicación, y entre 2011 y 2013 se registró un incremento del 7,36% en el cultivo de coca^a. En aquel momento se pensaba que habría un aumento significativamente mayor del cultivo ilícito, en gran parte debido a la ubicación del distrito en la denominada “autopista interoceánica” que une el Perú con el Brasil. Sin embargo, es interesante señalar que fue la minería ilegal, una actividad pujante en San Gabán desde 2012, la que proporcionó trabajo y evitó que siguiera aumentando el cultivo ilícito de coca.

En 2013, se utilizaron imágenes por satélite para investigar las relaciones entre la minería ilegal de oro y el cultivo ilícito de coca. La minería ilegal aumentó un 100% entre 2012 y 2013 (pasó de 500 a 1.000 ha) a ambos lados del río Inambari, mientras que el cultivo ilícito se mantuvo relativamente estable en el mismo período. Además, se observó que parte del cultivo ilícito de coca había sido sustituido por la minería ilegal, creando considerable competencia directa por el escaso trabajo existente^b. Si el cultivo de coca paga unos 6 dólares de los Estados Unidos al día, la minería ilegal paga alrededor de 13 dólares^c.

El ejemplo de San Gabán muestra que las intervenciones de desarrollo alternativo en estas zonas tendrían que abordar las oportunidades y la vulnerabilidad de las comunidades de dedicarse a todos los tipos de actividades ilícitas.

Minería ilegal (en rojo; 2005)

Minería ilegal (en rojo; 2013)



a UNODC y Gobierno del Perú, *Perú, Monitoreo de Cultivos de Coca 2012* (septiembre de 2013), pág. 16.

b UNODC y Gobierno del Perú, *Perú, Monitoreo de Cultivos de Coca 2013* (junio de 2014), pág. 21.

c *Ibid.* pág. 49.

DESARROLLO ALTERNATIVO Y REDUCCIÓN DEL CULTIVO ILÍCITO NACIONAL

Tailandia

El área dedicada al cultivo de adormidera en Tailandia aumentó de las aproximadamente 300 ha que había en 1917 a unas 12.100 ha en 1961-1962. Pese a los esfuerzos de erradicación emprendidos, el cultivo ilícito continuó expandiéndose en el norte de Tailandia durante los primeros años de la guerra de Viet Nam, hasta alcanzar unas 17.900 ha en 1965-1966^a. La tendencia al alza de la producción de opio terminó con las iniciativas de desarrollo alternativo que las autoridades tailandesas pusieron en marcha en la segunda mitad de la década de 1960 (especialmente el Proyecto Real en 1969, seguido del Proyecto de Desarrollo Doi Tung) y ganaron en intensidad a partir de los primeros años de la década de 1970, cuando estas acciones fueron complementadas por la comunidad internacional, incluidos donantes bilaterales y las Naciones Unidas. La primera fase, iniciada en la década de 1970, se centró en la sustitución de cultivos comerciales; la segunda fase, ejecutada durante el decenio de 1980, prestó atención al desarrollo rural integrado; y la tercera fase, desarrollada a lo largo de la década de 1990 y años posteriores, se concentró en el desarrollo comunitario y la participación activa de las tribus de las montañas afectadas. El desarrollo alternativo, apoyado por los esfuerzos de erradicación (que durante varios años afectaron a más de la mitad del área dedicada al cultivo de adormidera), así como el desarrollo económico de Tailandia en general, ayudaron a reducir el área de cultivo de adormidera en el país en casi un 99%, pasando de 17.900 ha durante el período 1965-1966^b a 265 ha en 2013^c. El buen desarrollo económico, con un crecimiento medio del PIB del 6% anual en el período 1965-2013 (frente a una media global del 3,3%)^d, permitió a las tribus de las montañas beneficiarse del progreso general conseguido y les proporcionó fuentes alternativas de ingresos. Es importante mencionar el excepcional liderazgo ejercido por el Rey Bhumibol y la desaparecida Princesa Srinagarindra, que pusieron en marcha el Proyecto Real y el Proyecto de Desarrollo Doi Tung, respectivamente, en el norte de Tailandia y lograron ganarse la confianza de las comunidades tribales étnicas de las montañas a las que convencieron para adoptar una nueva economía legal.

a Renard, *Opium Reduction in Thailand 1970-2000*.

b *Ibid.*

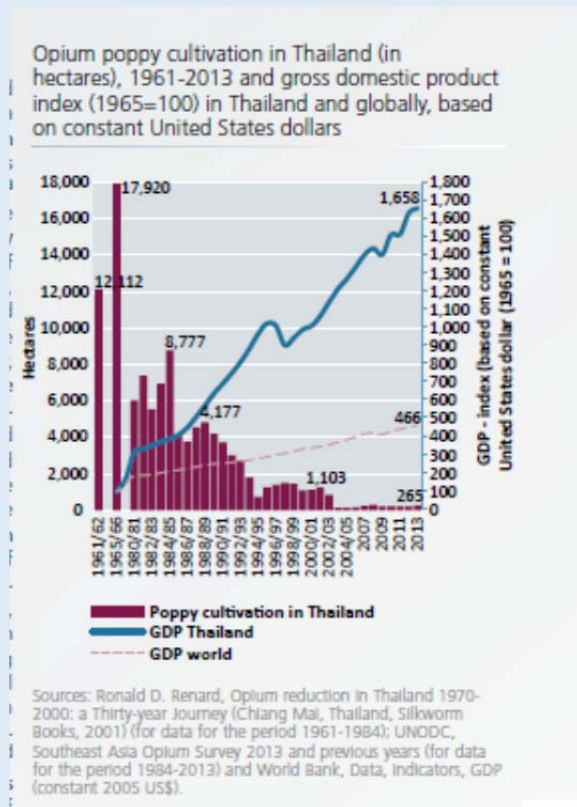
c UNODC, *Southeast Asia Opium Survey 2013*.

d World Bank, Data, Indicators, GDP (constant 2005 United States dollars), disponible en: <http://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.KD>.

Pakistán

El desarrollo alternativo también parece haber desempeñado un papel crucial en reducir el cultivo de adormidera en el Pakistán, sobre todo en el distrito Dir, situado en la provincia fronteriza del noroeste (ahora llamada Khyber Pakhtunkhwa). El cultivo de adormidera en el Pakistán, que se había incrementado en la década de 1970, disminuyó a partir de entonces en casi un 99%, pasando de un punto máximo de unos 80.500 acres (32.500 ha) durante el período 1978-1979 a 493 ha en 2013. Dentro de esta tendencia positiva general hubo diferentes dinámicas a nivel subnacional. Tras los éxitos cosechados en la reducción del área dedicada al cultivo de adormidera en el distrito Buner, lo cual se asoció a la inversión en la sustitución de cultivos realizada en el período 1976-1987, el cultivo de opio se trasladó a la zona adyacente de Malakand Agency y Gadoon Amazai y, debido a los buenos resultados obtenidos por las acciones de desarrollo alternativo llevadas a cabo en estas regiones, volvió a trasladarse al distrito Dir. En 1978-1979, la superficie dedicada al cultivo de adormidera en la entonces provincia fronteriza del noroeste representaba más del 60% de la superficie total de este cultivo en el Pakistán, y solo el distrito Dir representaba el 50% de la producción total de opio en 1985.

Cultivo de adormidera en Tailandia (en hectáreas), 1961-2013 e índice del producto interno bruto (1965=100) en Tailandia y a nivel mundial, basado en flujo continuo de dólares de los Estados Unidos



[vertical left] Hectáreas

Cultivo de adormidera en Tailandia

PIB de Tailandia

PIB mundial

[vertical right] Índice de PIB (basado en flujo continuo de dólares de los Estados Unidos (1965 = 100)

Fuentes: Ronald D. Renard, *Opium reduction in Thailand 1970- 2000: a Thirty-year Journey* (Chiang Mai, Tailandia, Silkworm Books, 2001) (datos sobre el período 1961-1984); UNODC, *Southeast Asia Opium Survey 2013* y años anteriores (datos sobre el período 1984-2013), y World Bank, Datos, Indicadores, PIB (dólares de los Estados Unidos constantes de 2005).

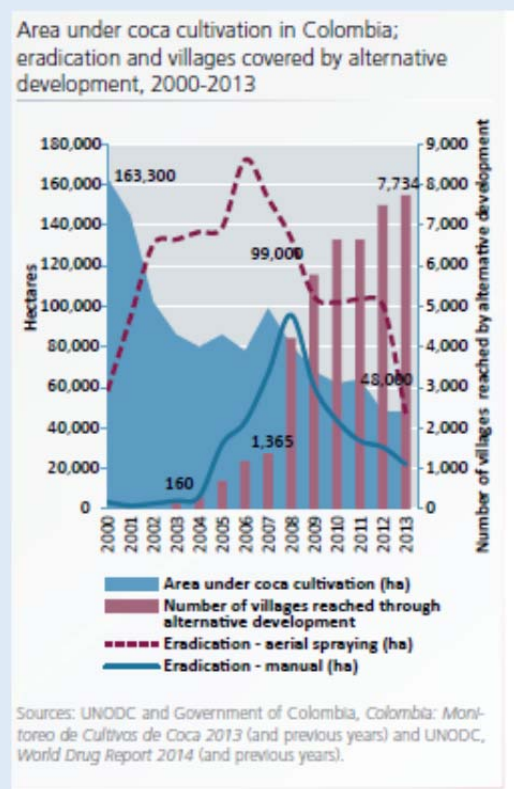
En 1999, después de 15 años de grandes inversiones en desarrollo alternativo, el cultivo de adormidera en el distrito de Dir había desaparecido prácticamente y en los años siguientes no hubo indicios de que el sector del opio resurgiera de manera significativa. En un estudio de campo realizado en 2000 para evaluar la repercusión del Proyecto de Desarrollo del Distrito de Dir, se señaló que el Gobierno de la provincia fronteriza noroccidental, con ayuda del PNUFID y a través de la ejecución del proyecto, había conseguido reducir en general el cultivo de adormidera en el área del proyecto. En el cumplimiento del objetivo principal, erradicar el cultivo de adormidera, el Gobierno empleó de manera predominante y eficaz la imposición de la ley y las intervenciones de desarrollo actuaron de catalizador del proceso. Según el estudio, los agricultores pensaban que, en general, las intervenciones del proyecto habían tenido un efecto positivo. La construcción y mejora de carreteras había facilitado el acceso a los servicios sociales y reducido la distancia entre los mercados y los insumos agrícolas, los productos agrarios y otros productos de consumo. La introducción de cultivos de alto valor, paquetes de mayor producción y mejores razas ganaderas, mejoras en la infraestructura de irrigación y el empleo de la rotación de pastos, habían conseguido aumentar la productividad agrícola. Asimismo, la

construcción de infraestructura para el abastecimiento de agua potable y un programa eficaz de inmunización habían incidido positivamente en la calidad de vida.

Colombia

El desarrollo alternativo también parece haber desempeñado un papel importante en la disminución de la superficie dedicada al cultivo de coca en Colombia, que durante el período 2000-2013 llegó al 71%. La mayor parte de la reducción registrada en los primeros años puede ser atribuida a las medidas de erradicación, pero en los últimos años el alcance de la erradicación ha disminuido. Aun así, el cultivo ha seguido decreciendo y el número de pueblos que se beneficiaron de proyectos de desarrollo alternativo se quintuplicó en el período 2007-2013, pasando de 1.365 a 7.734. Estos pueblos se situaban en 361 municipios de todo el país. Este hecho induce a pensar que el desarrollo alternativo intervino de manera tangible en la posterior reducción de la superficie dedicada al cultivo de coca, en particular durante el período 2007-2013, cuando disminuyó en un 52%.

Área dedicada al cultivo de coca en Colombia: erradicación y aldeas beneficiarias del desarrollo alternativo, 2000-2013



Hectáreas

Superficie dedicada al cultivo de coca (ha)

Número de aldeas beneficiarias del desarrollo alternativo

Erradicación – fumigación en serie (ha)

Erradicación - manual (ha)

Número de aldeas beneficiarias del desarrollo alternativo

Fuentes: UNODC y el Gobierno de Colombia, *Colombia, Monitoreo de Cultivos de Coca 2013* (y años anteriores) y UNODC, *Informe Mundial sobre las Drogas 2014* (y años anteriores).

Basándose en sus experiencias, los expertos en desarrollo alternativo hallaron, a través de un cuestionario de expertos en desarrollo alternativo administrado por la UNODC, tres indicadores esenciales para medir el éxito de las intervenciones de este tipo de desarrollo¹⁴⁶. Los indicadores más mencionados fueron: a) la generación de ingresos alternativos a partir de actividades lícitas; b) el fortalecimiento de las organizaciones comunitarias o los productores; y c) la reducción de los cultivos ilícitos. Estos indicadores se mencionaron junto con otros indicadores relacionados con el desarrollo humano, el capital social, la capacidad institucional y el compromiso político y financiero, entre otros. Ciertamente, los documentos de evaluación de proyectos demuestran que se han empleado múltiples indicadores para calibrar el éxito de las intervenciones de desarrollo alternativo. Pero, a excepción de “la superficie dedicada al cultivo ilícito”, que todavía se sigue utilizando como principal indicador de los buenos resultados, los otros tienden a diferir considerablemente de un proyecto a otro, de modo que no resulta fácil comparar los resultados finales entre proyectos o países.

En la región San Martín del Perú, las intervenciones de desarrollo alternativo consiguieron aumentar la superficie dedicada al cultivo lícito en un 80%, de 252.000 ha en 2001 a 454.000 ha en 2010, lo que ayudó a San Martín a convertirse en 2010 en el primer productor de aceite de palma (79% de la producción nacional), cacao (33%) y arroz (19%), el segundo productor de plátano y papaya, y la tercera región productora de café (19%) del Perú. En 2010 la región presentó los mejores indicadores económicos y sociales del país, incluida la mayor reducción de la pobreza: durante el período 2001-2010, la pobreza disminuyó del 70% al 31%, un descenso superior al 50%¹⁴⁷.

Entre los efectos principales del Programa de Desarrollo de las Tierras Altas germano-tailandés (1981-1998) en las familias figuró un mayor acceso a la educación, los servicios de salud y el agua potable, lo que se tradujo en un descenso en las infecciones transmitidas por el agua y enfermedades como la malaria y la viruela. Además, nuevos cultivos comerciales y una economía agrícola floreciente en el norte doblaron e incluso triplicaron los ingresos de muchos hogares.

Los proyectos de desarrollo alternativo llevados a cabo en la región especial 2 Wa de Myanmar aportaron beneficios en el ámbito de la salud: los niños menores de tres años fueron vacunados, con lo que se redujo la mortalidad infantil, y la lepra, que anteriormente había sido tres o cuatro veces superior a la tasa media en Myanmar, fue eliminada. Además, los proyectos permitieron llevar la electricidad a un municipio, agua potable a dos municipios y se construyeron diez escuelas primarias y dos escuelas secundarias.

Los indicadores de éxito empleados en el proyecto de seguridad alimentaria y medios de subsistencia alternativos de Phongsaly (República Democrática Popular Lao) incluían la creación de condiciones de seguridad alimentaria estables en familias seleccionadas a través de la introducción de un desarrollo agrícola mejorado conectado a los mercados; una mayor productividad de los cultivos lícitos a cargo de familias que anteriormente se dedicaban al cultivo del opio; el establecimiento de servicios fiables de apoyo social y económico; y una mejor gestión de proyectos para favorecer la participación local¹⁴⁸.

En Tailandia, la Fundación Mae Fah Luang, bajo patrocinio real, ha avanzado en la medición del éxito del desarrollo alternativo al evaluar sus proyectos basándose en indicadores a largo plazo del desarrollo humano centrado en las personas, socioeconómicos y ambientales, incluidos los ingresos per cápita, el nivel de educación y la regeneración ambiental.

Se han hecho esfuerzos por consolidar el conjunto de indicadores que permiten supervisar la repercusión del desarrollo alternativo en una única medida sintética. En Colombia, se elaboró una serie de indicadores que se combinaron en un índice de consolidación general para medir el éxito de la

¹⁴⁶ Véase la sección sobre metodología incluida en la versión en línea del presente informe.

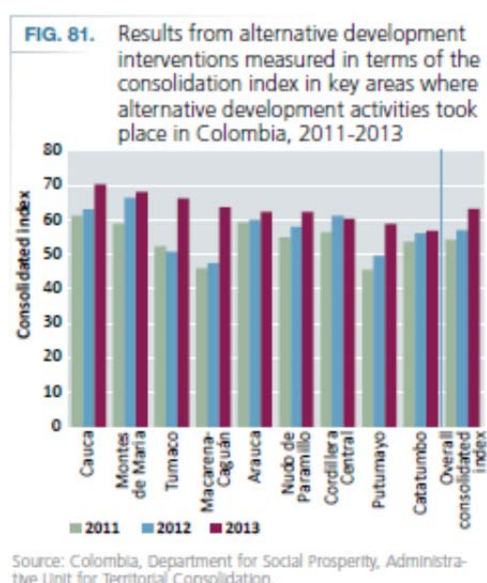
¹⁴⁷ “El modelo de desarrollo alternativo de la región de San Martín”.

¹⁴⁸ *Final Independent Project Evaluation of the Phongsaly Alternative Livelihood and Food Security Project.*

Política Nacional de Consolidación y Reconstrucción Territorial. Esta política incluye programas de desarrollo alternativo que van más allá de la mera sustitución de cultivos o la facilitación de medios de subsistencia alternativos e incorpora una amplia gama de intervenciones para la construcción del Estado en zonas donde, debido a la insurgencia, hasta hace poco el tráfico de drogas y el cultivo ilícito a gran escala estaban fuera del control gubernamental.

La elaboración del índice de consolidación parece haberse basado en las sugerencias apuntadas en la evaluación del Plan Colombia¹⁴⁹, en el que los autores propusieron crear un índice compuesto plurianual para medir el éxito del desarrollo alternativo que incluiría lo siguiente: a) el número de hectáreas dedicadas a cultivos ilícitos; b) el número de hectáreas erradicadas; c) el número de municipios libres de cultivos ilícitos; d) el porcentaje del tamaño de la economía ilícita respecto del PIB y del tamaño de la economía en cada región subnacional; e) indicadores del desarrollo humano correspondientes a los agricultores dedicados al cultivo ilícito y poblaciones vulnerables al cultivo ilícito (como el nivel de ingresos por familia, los niveles de alfabetización y expectativa de vida); y f) la disponibilidad para los agricultores dedicados al cultivo ilícito de amplios recursos que les permitan adoptar medios de subsistencia legales (asistencia técnica para dedicarse a cultivos legales, sistemas de irrigación, semillas, microcréditos, carreteras para conectar con los mercados, participación adecuada en las cadenas de valor de la producción, acceso de las comunidades a escuelas, centros de salud, etc.).

Gráfico 5. Resultados de intervenciones de desarrollo alternativo medidos según el índice de consolidación en zonas clave donde se llevaron a cabo las actividades de desarrollo alternativo en Colombia, 2011-2013



Índice de consolidación

Cauca
Montes de Maria
Tumaco
Macarena-Caguán
Arauca
Nudo de Paramillo
Cordillera Central
Putumayo

¹⁴⁹ USAID, *Assessment of the Implementation of the United States Governments' Support for Plan Colombia's Illicit Crop Reduction Components* (Washington, D.C., abril de 2009), pág. 30.

Catatumbo

Índice de consolidación general

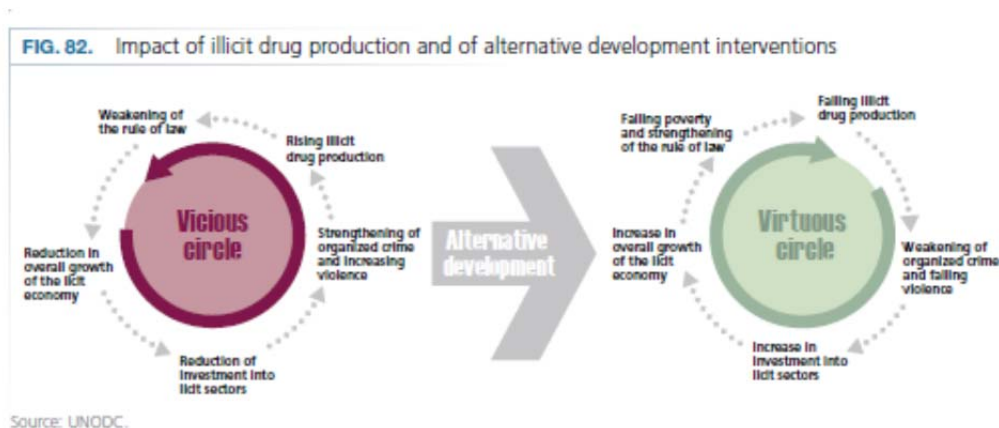
Fuente: Colombia. Departamento para la Prosperidad Social, Unidad Administrativa para la Consolidación Territorial.

El índice de consolidación se emplea para medir, entre otros factores, algunos de los elementos básicos del desarrollo alternativo derivados de subíndices que describen: a) la institucionalización del territorio; b) la participación ciudadana y el buen gobierno; y c) la integración regional. Las autoridades determinaron estos ámbitos constituían los pilares fundamentales de la política para la reconstrucción de territorios que tiempo atrás estaban bajo la influencia de grupos dedicados al cultivo ilícito a gran escala, la fabricación de drogas, el narcotráfico y la insurgencia.

Independientemente de las diferencias existentes en las diversas regiones, los resultados derivados del enfoque de Colombia muestran claras mejoras en todas las regiones principales donde se realizaron intervenciones de desarrollo alternativo durante el período 2011-2013 (véase el gráfico 81). Sin embargo, los resultados generales positivos no deberían ocultar el hecho de que la situación no mejoró de modo generalizado. Algunas zonas, como el departamento de Putumayo, mejoraron en algunos ámbitos (por ejemplo, justicia y derechos humanos) pero experimentaron retrocesos en otros (por ejemplo, conectividad a centros rurales y provisión de servicios sociales). El índice de consolidación se utilizó para medir el alcance de la Política Nacional de Consolidación y Reconstrucción Territorial en 58 municipios. Un análisis detallado de este tipo por regiones proporciona a los legisladores información muy pertinente sobre los éxitos y fracasos de las acciones de desarrollo alternativo y puede ayudar a ajustar las intervenciones y las respuestas gubernamentales.

H. PUNTOS DE INTERÉS FUTURO

Gráfico 6. Repercusión de la producción ilícita de drogas y de las intervenciones de desarrollo alternativo



[circle left] Círculo vicioso

Debilitación del estado de derecho

Reducción general de la economía lícita

Reducción de las inversiones en los sectores lícitos

Fortalecimiento de la delincuencia organizada y aumento de la violencia

Aumento de la producción ilícita de drogas

Desarrollo alternativo

[circle right] Círculo virtuoso

Disminución de la producción ilícita de drogas

Debilitamiento de la delincuencia organizada y disminución de la violencia
Aumento de las inversiones en los sectores lícitos
Crecimiento general de la economía lícita
Disminución de la pobreza y fortalecimiento del estado de derecho

Fuente: UNODC.

Es posible que la fiscalización de estupefacientes sea uno de los objetivos del desarrollo alternativo, pero ciertamente no es el único. Cuando se considera de manera integral, el desarrollo alternativo se concibe como parte de una estrategia nacional para la eliminación de la pobreza. El análisis que se presenta en este capítulo ha demostrado cómo el desarrollo alternativo, en una acepción más amplia, ha contribuido al desarrollo económico (especialmente en las zonas rurales) para tratar los factores subyacentes y las causas profundas de las economías de las drogas ilícitas. Los nuevos Objetivos de Desarrollo Sostenible (la agenda para el desarrollo después de 2015) podrían aportar una nueva visión y dotar al desarrollo alternativo de un nuevo marco teórico añadiéndolo al desarrollo socioeconómico, su pilar tradicional. Nuevos elementos como el estado de derecho y el establecimiento de “instituciones eficaces, responsables e inclusivas”, tal como se describe en el Objetivo 16 del informe elaborado por el Grupo de Trabajo Abierto de la Asamblea General sobre los Objetivos de Desarrollo Sostenible¹⁵⁰, ya son tratados en parte por el desarrollo alternativo. Estos elementos han sido reconocidos en forma más destacada como parte del desarrollo sostenible en los Objetivos de Desarrollo Sostenible. En la presente sección se analiza el desarrollo sostenible en el contexto de esta visión más amplia del desarrollo destacando algunos de sus elementos clave.

Impacto de la producción ilícita de drogas y las intervenciones de desarrollo alternativo

A nivel nacional, los ingresos obtenidos por los agricultores a partir de los cultivos destinados a la producción de drogas no pueden considerarse sustanciales en relación con las economías nacionales generales: los ingresos totales a pie de plantación derivados de la producción ilícita de opio y coca ascendieron a unos 2.600 millones de dólares en los seis principales países productores de opio y coca (Afganistán, Bolivia (Estado Plurinacional de), Colombia, , Myanmar, Perú y República Democrática Popular Lao) en 2013, variando de menos del 0,2% del PIB en Colombia a cerca del 0,9% en el Estado Plurinacional de Bolivia, 1% en Myanmar y 4% en el Afganistán. No obstante, el valor económico del cultivo ilícito puede ser mucho más significativo para las comunidades que viven en las principales zonas productoras de opio y coca que a escala nacional. Por ejemplo, la provincia de Helmand en el Afganistán solo alberga al 3,4% de la población total del país, pero representa cerca del 50% de la superficie total dedicada al cultivo de adormidera en el Afganistán. En 2013, alrededor del 27% de la superficie agrícola total de Helmand estaba destinado al cultivo de adormidera y el valor en finca de la producción de opio posiblemente llegó a más del tercio del PIB lícito de la provincia¹⁵¹.

En general, el desarrollo económico de las comunidades rurales afectadas por el cultivo ilícito depende en gran medida de fuentes ilícitas que no promueven un proceso “saludable” de desarrollo económico. A la larga, las zonas donde existen cultivos ilícitos a gran escala tienden a presentar un rendimiento inferior a otras zonas, ya que a menudo carecen de inversión productiva tanto privada como pública, con frecuencia debido a sus elevados niveles de inseguridad. Así, la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, al analizar la relación entre drogas ilícitas y desarrollo, señaló que existía una correlación negativa entre la producción ilícita de drogas y el crecimiento económico de un país¹⁵². El Banco Mundial informó de que en el Afganistán “el opio es “capitalizado” en la

¹⁵⁰ A/68/970.

¹⁵¹ Véase la sección sobre metodología incluida en la versión en línea del presente informe.

¹⁵² *Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2002* (E/INCB/2002/1).

economía y la sociedad, y afecta a los acuerdos de aparcería y arrendamiento, los precios de la tierra, los bienes raíces, el precio por la novia en áreas productoras de opio, etc.” y que “este afianzamiento de la economía del opio y la dependencia a largo plazo de ésta, desalentará el desarrollo sostenible de otras actividades económicas. Por ejemplo, dado que en muchas zonas rurales del país las rentas y los acuerdos de aparcería se basan cada vez más en el opio, es prácticamente imposible que arraiguen otras actividades agrícolas retribuidas”¹⁵³.

Todo ello repercute en el crecimiento de la economía lícita y, por ende, en las condiciones de vida de los agricultores que habitan en áreas dedicadas al cultivo ilícito, donde quedan atrapados en un círculo vicioso. El cultivo ilícito les proporciona los medios económicos a corto plazo necesarios para sobrevivir, pero no permite que la economía lícita y las instituciones de la zona se desarrollen. El desarrollo alternativo puede romper este círculo vicioso si aborda eficazmente los factores que impiden la existencia de una economía lícita sostenible, lo que a la larga puede atraer inversiones y ayudar a crear la infraestructura necesaria, y así cambiar y mantener el medio de subsistencia de las comunidades rurales (véase el gráfico 6).

De los Objetivos de Desarrollo del Milenio a los Objetivos de Desarrollo Sostenible

La relación entre el desarrollo alternativo y los Objetivos de Desarrollo del Milenio quedó expresada de forma explícita en 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 que se declara que los Estados Miembros deberían “abordar el desarrollo alternativo en el contexto más amplio del desarrollo aplicando un criterio holístico e integrado, teniendo en cuenta los Objetivos de Desarrollo del Milenio y dando prioridad a la erradicación de la pobreza” (párrafo 47 a) del Plan de Acción)

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible propuestos tienen un ámbito de aplicación mucho más amplio y además de cubrir el desarrollo socioeconómico (que era el enfoque principal de los Objetivos de Desarrollo del Milenio), reconocen una dimensión más amplia del desarrollo que incluye el medio ambiente, la toma de decisiones participativa y representativa, la seguridad y el estado de derecho¹⁵⁴.

En los debates sobre la agenda para el desarrollo después de 2015 se reconoce que los mercados ilícitos son un gran obstáculo para el desarrollo sostenible. En su informe, el Grupo de Alto Nivel de Personas Eminentes sobre la Agenda para el Desarrollo Después de 2015 recomendó a los Estados Miembros y la comunidad internacional “poner coto a los factores de tensión externos que llevan a conflictos, incluidos los relacionados con el crimen organizado”¹⁵⁵. Instó a los Estados Miembros a prestar mayor atención a la reducción de riesgos y la mejora de los resultados fortaleciendo el sector lícito y centrándose en las esferas donde los sectores ilícitos plantean riesgos significativos para el desarrollo y los resultados en materia de gobernanza¹⁵⁶. Asimismo, en su informe¹⁵⁷, el Grupo de Trabajo Abierto de la Asamblea General sobre los Objetivos de Desarrollo Sostenible reconoció que el sector ilícito era un elemento que debía tratarse en el contexto de la agenda para el desarrollo después de 2015, e incluyó, dentro del Objetivo 16, la meta de reducir de manera significativa las corrientes financieras y de armas ilícitas, fortalecer la recuperación y devolución de bienes robados y luchar contra todas las formas de delincuencia organizada para 2030. En su informe de síntesis sobre la agenda de desarrollo sostenible después de 2015, “El camino hacia la dignidad para 2030: acabar

¹⁵³ William Byrd y Christopher Ward, *Drugs and Development in Afghanistan*, World Bank Social Development Papers, documento núm. 18, diciembre de 2004.

¹⁵⁴ Véase A/68/970.

¹⁵⁵ *Una nueva alianza mundial: erradicar la pobreza y transformar las economías a través del desarrollo sostenible; informe del Grupo de Alto Nivel de Personas Eminentes sobre la Agenda para el Desarrollo Después de 2015* (Nueva York, 2013).

¹⁵⁶ Véase también Tim Midgley y otros, *Defining and Measuring the External Stress Factors that Lead to Conflict in the Context of the Post-2015 Agenda*, Saferworld Reports Series (Londres, Saferworld, 2014).

¹⁵⁷ A/68/970.

con la pobreza y transformar vidas protegiendo el planeta”, el Secretario General también destacó que “para crear un entorno propicio que permita construir sociedades inclusivas y pacíficas y asegurar la cohesión social y el respeto del estado de derecho será necesario reconstruir las instituciones a nivel de los países para garantizar que no se pierdan los logros obtenidos gracias a la paz”¹⁵⁸.

El desarrollo alternativo dentro del marco de gobernanza de la tierra

Como se ha comentado en la anterior sección F, la concesión de títulos de propiedad individuales y colectivos y el reconocimiento de la validez de esos títulos ha demostrado ser una eficaz estrategia del desarrollo alternativo. Los expertos han subrayado la necesidad de contar con un marco legal claro en el que las intervenciones de desarrollo alternativo incorporen los adecuados derechos a la tenencia de la tierra¹⁵⁹. Las Directrices Voluntarias sobre la Gobernanza Responsable de la Tenencia de la Tierra, la Pesca y los Bosques en el Contexto de la Seguridad Alimentaria Nacional de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) ofrecen un interesante conjunto de recomendaciones sobre cómo mejorar la gobernanza de la tierra con el objetivo fundamental de alcanzar la seguridad alimentaria. Directamente vinculada a las actividades destinadas a erradicar el hambre y la pobreza, la promoción de derechos seguros de tenencia y acceso equitativo a la tierra, las pesquerías y los bosques guarda estrecha relación con la planificación y aplicación de programas de desarrollo alternativo.

El desarrollo alternativo dentro del régimen de comercio internacional

En la anterior sección F se analizan cuestiones relacionadas con el acceso al mercado, en particular las solicitudes formuladas a nivel internacional para aumentar el acceso al mercado de los productos del desarrollo alternativo. En el contexto del régimen de comercio internacional, regido por la Organización Mundial del Comercio (OMC), que determina lo que pueden hacer los Estados Miembros en lo que respecta a intervención en el mercado y apoyo al mercado, el papel de los subsidios de desarrollo alternativo no se ha tenido en cuenta específicamente, si bien algunos acuerdos concedieron trato preferente a los países con producción ilícita de drogas. Se podría argumentar que el tamaño y el alcance limitados de la mayoría de proyectos de desarrollo alternativo apenas tienen capacidad para alterar los mercados internacionales en modo alguno, pero hay que recordar que el objetivo esencial de muchos de estos proyectos es, sin embargo, conseguir que a la larga sus productos sean competitivos en los mercados internacionales. Queda por determinar si este último objetivo requiere disponer de acceso libre a los mercados o establecer acuerdos de comercio preferencial que distinga los productos alternativos de los “ordinarios” y si los productos de desarrollo alternativo deberían recibir trato preferencial.

En el marco del régimen de comercio internacional se han establecido acuerdos comerciales bilaterales o multilaterales para ayudar a los agricultores de algunos de los países con producción ilícita de drogas. La Ley de Preferencias Comerciales para los Países Andinos estipuló la exención arancelaria para una amplia gama de productos de exportación procedentes de Bolivia (Estado Plurinacional de), Colombia, el Ecuador y el Perú, y su acceso al mercado de Estados Unidos. Esta ley fue modificada en octubre de 2002 por la Ley de Promoción Comercial Andina y Erradicación de la Droga, con el objetivo de abrir nuevos mercados, apoyar la sustitución de cultivos y generar alternativas viables al cultivo ilícito en los países con producción ilícita de droga, aunque no estaba relacionada directamente con productos de desarrollo alternativo. De hecho, el ámbito de aplicación de la Ley no abarcaba algunos de los productos de agricultores andinos. La Ley expiró en febrero de 2011 pero se amplió su vigencia hasta el 31 de julio de 2013 y desde entonces no ha sido prorrogada. Colombia y el Perú firmaron sendos acuerdos bilaterales de libre comercio con Estados Unidos.

¹⁵⁸ A/69/700, párr. 52.

¹⁵⁹ E/CN.7/2014/CRP.7, pág. 4.

En 1990, a los cuatro países de la Comunidad Andina (Bolivia (Estado Plurinacional de), Colombia, Ecuador y Perú) se les concedieron acuerdos especiales en el marco del Sistema de Preferencias Arancelarias Generalizadas (SPG) de la Unión Europea para luchar contra la producción y el tráfico de drogas. Más tarde, estos acuerdos se extendieron a otros países^{160, 161}.

Aunque proporciona a algunos países productores ilícitos de droga acceso a los mercados internos de Europa para una variedad de productos agrícolas e industriales, el apoyo al comercio no suele estar relacionado directamente con el desarrollo alternativo ni con la posible exportación de productos de desarrollo alternativo (como ocurre con la Ley de Preferencias Comerciales para los Países Andinos y la Ley de Promoción Comercial Andina y Erradicación de la Droga). Pero al incluir productos como el café, los destinatarios de los programas de desarrollo alternativo también podrían beneficiarse. Al igual que la relación de comercio bilateral establecida con los Estados Unidos, la Unión Europea también ha suscrito acuerdos bilaterales de libre comercio con un grupo de países, lo que podría hacer que en el futuro fuera irrelevante el Sistema de Preferencias Arancelarias Generalizadas.

Este sistema fue modificado en 2005 después de un caso dirimido por la OMC en 2002¹⁶². La OMC dictaminó que las ventajas arancelarias recogidas en el régimen especial de apoyo a la lucha contra la producción y el tráfico de drogas eran incompatibles con el artículo 1.1 del Acuerdo General sobre Aranceles Aduaneros y Comercio (GATT) en lo que respecta al trato general de la nación más favorecida, lo que hizo que la Unión Europea no pudiera conceder trato preferencial a los países con producción ilícita de drogas, a menos que otorgara el mismo trato a otros beneficiarios del Sistema de Preferencias Arancelarias Generalizadas con “necesidades de desarrollo, financieras y comerciales”¹⁶³ similares. Según la OMC, esto podría haberse evitado si el trato preferencial de este sistema hubiera incluido criterios objetivos para permitir a otros países en desarrollo que están afectados igualmente por el problema de la droga, ser incluidos como beneficiarios del sistema¹⁶⁴. El dictamen emitido por la OMC en 2005 ha limitado aún más las posibilidades de facilitar un trato comercial especial a los países afectados por el cultivo ilícito de droga.

Desarrollo alternativo y protección ambiental

Dado que el cultivo ilícito suele llevarse a cabo en parques nacionales, zonas forestales o territorios protegidos, puede ejercer presión sobre la frontera agrícola, e incluso desplazarla. Aunque generalmente el desarrollo alternativo no puede ser implantado dentro de zonas protegidas (a excepción de los medios de subsistencia relativos a la protección de dichas zonas), el alcance de sus programas puede incluir la zona donde tienen lugar las actividades agrícolas o de agroforestería y la zona más allá de la frontera agrícola. Esto puede hacerse a través de políticas de protección forestal general ejecutadas por los ministerios responsables de las políticas ambientales, reforzando así la idea de que el desarrollo alternativo está integrado en políticas de mayor alcance en materia de medio ambiente y desarrollo sostenible. El desarrollo alternativo también puede ser aplicado en áreas adyacentes a zonas de cultivo ilícito, lo que podría animar a los agricultores a desplazarse y a reducir la presión sobre las zonas protegidas.

Al adoptar este enfoque holístico siempre habrá que asumir compromisos entre impulsar el desarrollo rural (proporcionando empleo e ingresos a través de medios de subsistencia alternativos) y proteger el medio ambiente y la biodiversidad en un área afectada (o amenazada de verse afectada) por el cultivo ilícito o por los cultivos o medios de subsistencia escogidos para sustituir los cultivos ilícitos.

¹⁶⁰ Comisión Europea, *The European Union's Generalised System of Preferences GSP*, 2004.

¹⁶¹ Comisión Europea, “Practical guide to the new GSP trade regimes for developing countries” (diciembre de 2013).

¹⁶² Solución de diferencias, *Comunidades Europeas — Condiciones para la concesión de preferencias arancelarias a los países en desarrollo*, Diferencia DS246 (20 de julio de 2005).

¹⁶³ *Comunidades Europeas — Condiciones para la concesión de preferencias arancelarias a los países en desarrollo*.

¹⁶⁴ *Ibid.*

I. CONCLUSIONES

El análisis que se presenta en este capítulo muestra que la definición internacional del desarrollo alternativo convenida en el vigésimo período extraordinario de sesiones de la Asamblea General, celebrado en 1998, sigue siendo válido hoy día. No obstante, el desarrollo alternativo está en constante evolución y su éxito se debe a la experimentación de enfoques nuevos y a menudo más perfeccionados adoptados por los Estados Miembros. Las estrategias nacionales de desarrollo alternativo varían considerablemente, pero casi todas abordan la seguridad alimentaria y la calidad de vida teniendo en cuenta indicadores socioeconómicos más amplios, en consonancia con la evolución general desde el enfoque basado únicamente en la sustitución de cultivos aplicado en las décadas de 1960 y 1970 hasta el planteamiento actual integral y diversificado.

El éxito del desarrollo alternativo se sigue analizando en el contexto de la reducción del cultivo ilícito, pero actualmente la repercusión de los programas se mide con criterios más amplios, en lo que respecta a la erradicación de la pobreza extrema, el desarrollo humano, la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de la mujer, así como la sostenibilidad del medio ambiente. Los Principios Rectores de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Alternativo han hecho que la cuestión adquiera más importancia en la agenda internacional, subrayando la necesidad de adoptar un enfoque multidimensional y centrar las acciones en mejorar la gobernanza de la tierra, reforzar los ámbitos de la justicia y la seguridad, promover el desarrollo humano y proteger el medio ambiente. Algunos países ya están tratando estos temas y experimentando con nuevos enfoques.

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible, propuestos por el Grupo de Trabajo Abierto de la Asamblea General sobre los Objetivos de Desarrollo Sostenible, podrían proporcionar el marco en que seguir desarrollando tales iniciativas y ofrecer un nuevo impulso para el desarrollo alternativo, añadiendo elementos del estado de derecho y la gobernanza a los pilares tradicionales del desarrollo socioeconómico. Las experiencias llevadas a cabo en el Afganistán, Colombia y el Perú han demostrado que se debe establecer un nivel mínimo de estado de derecho y seguridad para conseguir resultados duraderos en los programas de desarrollo alternativo.

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible ponen de relieve el papel crucial que tiene la protección del medio ambiente. Esto subraya la importancia de seguir elaborando nuevos enfoques de desarrollo alternativo para la conservación y protección del medio ambiente, como vincular la producción agrícola sostenible local al mercado internacional de créditos de carbono. Para adoptar plenamente la protección del medio ambiente, es necesario que las necesidades de desarrollo alternativo se integren en políticas ambientales y de desarrollo sostenible más amplias que propicien el establecimiento de un compromiso entre el desarrollo rural y la protección del medio ambiente y la biodiversidad. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible también podrían constituir el marco para vincular más firmemente la tenencia de la tierra con el desarrollo alternativo. La concesión de títulos de propiedad individuales y colectivos y el reconocimiento de su validez ha demostrado ser una estrategia eficaz en diversos proyectos de desarrollo alternativo y los Objetivos de Desarrollo Sostenible reconocen que los derechos seguros y equitativos sobre la tierra y los recursos naturales son esenciales para hacer realidad el desarrollo sostenible.

Gran parte de la innovación destinada a aumentar la efectividad de los programas de desarrollo alternativo tiene lugar a nivel local, y en la actualidad está teniendo lugar un proceso de conexión “local con mundial”, en el que se intercambian mejores prácticas y lecciones extraídas de experiencias locales dentro de estrategias nacionales. Esto ayuda a reforzar otras iniciativas emprendidas por la UNODC, la Comisión de Estupefacientes y otras entidades para fomentar aún más la cooperación Sur-Sur.

Más de 40 años de experiencia en desarrollo alternativo han llevado a la conclusión de que este tipo de desarrollo funciona cuando cuenta con una visión a largo plazo, financiación adecuada y el apoyo político necesario para integrarlo en una agenda de desarrollo general. Como se ha demostrado en el presente capítulo, se pueden obtener resultados duraderos en la reducción del cultivo ilícito en

diferentes comunidades de todo el mundo cuando se mejoran el desarrollo socioeconómico de las comunidades y el medio de subsistencia de las familias rurales.

A pesar de la considerable atención que se presta al desarrollo alternativo a nivel internacional, la retórica internacional no se corresponde con la financiación asignada. El desarrollo alternativo ocupa un lugar destacado en los documentos de la Comisión de Estupefacientes y los períodos extraordinarios de sesiones de la Asamblea General sobre el problema mundial de las drogas, pero lo cierto es que la financiación para este fin ha disminuido sustancialmente en los últimos años. El vigésimo período extraordinario de sesiones de la Asamblea General, celebrado en 1998, dio un nuevo impulso a la financiación del desarrollo alternativo con espíritu de “responsabilidad compartida”, pero los desembolsos brutos totales de fondos para este tipo de desarrollo procedentes de países de la OCDE han disminuido en un 71% después de la aprobación en 2009 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 2013, estos desembolsos representaron únicamente el 0,1% de toda la asistencia mundial para el desarrollo. En cambio, las inversiones de las autoridades nacionales, especialmente en Bolivia (Estado Plurinacional de), Colombia y el Perú, han aumentado en los últimos años, compensando a menudo la reducción en la asistencia aportada por los donantes. El desarrollo alternativo se sigue centrando en el cultivo ilícito de arbusto de coca y adormidera, y aunque hay países que han expresado interés por adoptar el desarrollo alternativo para luchar contra el cultivo ilícito de cannabis, los programas actuales dirigidos a esta droga son muy limitados, a pesar de lo extendido que está su cultivo ilícito.

El acceso a los mercados para los productos de desarrollo alternativo es fundamental y los acuerdos de libre comercio pueden influir en la comercialización de estos productos. El apoyo a políticas de reducción de la oferta orientadas al desarrollo a menudo adopta la forma de subsidios que, si bien pueden constituir una parte insignificante de todo el comercio, es posible que no concuerden con la obligación de evitar distorsiones del comercio.

Como han demostrado las diferentes experiencias nacionales, parecen existir oportunidades para que el enfoque del desarrollo alternativo se extienda más allá del contexto de los cultivos ilícitos destinados a la producción de drogas y alcance otros mercados ilegales. El desarrollo alternativo podría ser una ayuda para las comunidades afectadas, por ejemplo, por la minería ilegal, los delitos contra la vida silvestre y los bosques y el tráfico de drogas. Esta ampliación del desarrollo alternativo podría ir bastante más allá de la estrategia de desarrollo alternativo preventivo ya existente, que se destina a zonas en riesgo de convertirse en zonas dedicadas a cultivos ilícitos.

ANEXO I CUADROS

Cannabis

Cultivo, producción y erradicación de cannabis, 2013							
País	Superficie cultivada (ha)	Superficie erradicada (ha)	Superficie cosechable (ha)	Cosecha (kg/ha)	Producción (t)	Plantas erradicadas	Lugares erradicados
Alemania						107.776	
Argelia	1,10	4.831,00	0,00	649,89	1.400	8.469	151
Armenia		2,20			50		
Austria	2,00	2,00	0,00				
Azerbaiyán	23,95	23,95	0,00		308		
Bélgica				575,00		396.758	1.212
Bosnia y Herzegovina					185	4.288	
Brasil		37,84				900.744	
Bulgaria	5,00	5,00	0,00			17.479	130
Colombia		326,00					
Costa Rica	8,74	8,74	0,00			1.461.747	199
República Checa						73.639	276
Ecuador						3.816	28
Egipto		20,00			12.166		
El Salvador	1,00	1,00	0,00			1.634	53
Federación de Rusia		5,0		7.047,00		1.974	
Filipinas		51,55				2.013.678	451
Grecia						23.008	
Hungría		100,00					
Islandia						6.652	323
Irlanda						28.851	391
Italia						894.874	1.722
Letonia						14.579	18
Lituania							5
Malta						27	
México		5.364,16		1.200,00	38.000		
Mongolia	15.000,00	4.000,00	11.000,00			4.000	4.000
Marruecos	47.196,00	5.000,00	42.196,00	812,87			
Nigeria	850,00	847,46	2,54				
Nueva Zelandia						126.523	783
Panamá	10,50	10,50	0,00			78.670	4
Polonia		1,80				69.285	13
Sierra Leona	190,00		190,00			190	3
Trinidad y Tabago	10,28	10,28	0,00	500,00		597.100	117
Ucrania		166,90					
Uzbekistán	0,40	0,40	0,00			483.000	613
Viet Nam		1,00					

Indicadores de oferta

Región	HEROÍNA		CANNABIS		COCAÍNA	
	Incautaciones en 2012-2013 (porcentaje del total mundial)	Cambios en incautaciones de 2004-2008 a 2009-2013 (porcentaje)	Incautaciones en 2012-2013 (porcentaje del total mundial)	Cambios en incautaciones de 2004-2008 a 2009-2013 (porcentaje)	Incautaciones en 2012-2013 (porcentaje del total mundial)	Cambios en incautaciones de 2004-2008 a 2009-2013 (porcentaje)
África	0,4	64,8	9,30	-49,50	0,30	-19,20
América del Norte	8,2	11,3	56,00	14,10	11,20	-46,70
América Latina y el Caribe	1,2	-16,5	24,00	21,70	78,80	16,60
Asia central y países transcaucásicos	2,1	-50,9	0,50	-19,70	0,00	-80,10
Asia oriental y Asia sudoriental	13,6	1,1	3,20	250,70	0,12	123,90
Oriente Próximo y Oriente Medio, Asia sudoccidental	42,7	77,3	1,90	22,10	0,13	190,50
Asia meridional	2,1	-0,2	0,40	0,70	0,01	-31,40
Europa oriental	3,3	-31,3	0,90	5,60	0,00	129,60
Europa sudoriental	18,8	2,4	3,50	37,00	0,10	134,40
Europa occidental y central	6,5	-27,3	0,10	16,40	9,10	-31,60
Oceanía	1,0	547,6	0,10	39,80	0,20	203,80

Cocaína

Cultivo ilícito mundial de arbusto de coca, 2002-2013 (hectáreas)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Bolivia (Estado Plurinacional de)	24.400	23.600	27.700	25.400	27.500	28.900	30.500	30.900	31.000	27.200	25.300	23.000
Colombia ^a	102.000	86.000	80.000	86.000	78.000	99.000	81.000	73.000	62.000	64.000	48.000	48.000
Perú ^b										62.500	60.400	49.800
Perú ^c	46.700	44.200	50.300	48.200	51.400	53.700	56.100	59.900	61.200	64.400		
Total	173.100	153.800	158.000	159.600	156.900	181.600	167.600	163.800	154.200	155.600^d	133.700	120.800

Fuente: Bolivia (Estado Plurinacional de), 2002: CICAD y Departamento de Estado de Estados Unidos, INCSR; desde 2003: sistema nacional de seguimiento de cultivos ilícitos apoyado por la UNODC. Colombia: sistema nacional de seguimiento de cultivos ilícitos apoyado por la UNODC. Perú: sistema nacional de seguimiento de cultivos ilícitos apoyado por la UNODC.

Nota: en el Informe Mundial sobre las Drogas 2012 (págs. 60 y 61) se presentó una relación de diferentes conceptos de área y su efecto sobre la comparabilidad. Continúan las iniciativas para mejorar la comparabilidad de las estimaciones entre distintos países: desde 2011 se calcula la superficie neta dedicada al cultivo de arbusto de coca en el Perú en la fecha de referencia del 31 de diciembre, siguiendo el mismo concepto empleado para calcular las estimaciones de Colombia. El cálculo presentado para Bolivia (Estado Plurinacional de) representa la superficie dedicada al cultivo de coca tal como se puede ver a través de imágenes por satélite.

a Superficie neta al 31 de diciembre. A partir de 2009 las estimaciones se ajustaron para tener en cuenta campos de superficie reducida, mientras que las estimaciones correspondientes a años anteriores no necesitaron ese tipo de ajuste.

b Superficie neta al 31 de diciembre.

c Superficie interpretada a partir de imágenes de satélite.

d La cifra de cultivo mundial de coca correspondiente a 2011 se calculó con la "superficie interpretada a partir de imágenes de satélite" del Perú.

Producción potencial de hoja de coca secada al sol 2005-2013 (toneladas)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Bolivia (Estado Plurinacional de)	28.200	33.200	36.400	39.400	40.100	40.900	33.500	30.400	24.300
Margen			34.200- 38.300	37.300- 41.800	37.900- 42.300	38.600- 43.100	31.900- 35.400	28.900- 31.900	20.600- 28.400
Perú	97.000	105.100	107.800	113.300	119.000	120.500	126.100	119.700	112.200
Margen	85.400- 108.600	91.000- 119.200	93.200- 122.000	97.600- 127.800	102.400- 134.200	103.000- 136.300	110.300- 142.100	103.300- 136.100	102.180- 123.180

Fuentes: Para Bolivia (Estado Plurinacional de): La producción potencial de hoja de coca secada al sol disponible para la producción de cocaína se calculó mediante el sistema nacional de seguimiento de cultivos ilícitos apoyado por la UNODC. La fuente de las estimaciones sobre producción de hoja de coca es la UNODC en lo que respecta a Yungas de la Paz, y la Administración para el Control de Drogas (DEA) de los Estados Unidos en lo que respecta a Chapare (estudios científicos de la DEA). Se dedujo la cantidad estimada de hoja de coca producida en 12.000 hectáreas en Yungas de la Paz, donde el cultivo de coca está autorizado por la legislación nacional (margen: límite inferior y superior del intervalo de confianza del 95% de la cosecha de hoja de coca estimada). Para el Perú: La producción potencial de hoja de coca secada al sol disponible para la producción de cocaína se calculó mediante el sistema nacional de seguimiento de cultivos ilícitos apoyado por la UNODC. Se dedujo un total de 9.000 toneladas de producción de hoja de coca secada al sol que, según fuentes gubernamentales, fue la cantidad utilizada para usos tradicionales (margen: límite inferior y superior del intervalo de confianza del 95% de la cosecha de hoja de coca estimada).

Nota: Las estimaciones correspondientes a 2011 y 2012 no son directamente comparables; en el Informe Mundial sobre las Drogas 2012 (págs. 60 y 61) figura un análisis de los diferentes conceptos. A partir de 2012 las estimaciones sí son comparables.

Producción potencial de hoja de coca fresca, 2005-2013 (toneladas)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Colombia	555.400	528.300	525.300	389.600	376.700	334.900	281.800	241.400	208.200
Margen					346.900-406.400	334.900-349.600	229.800-333.800	179.200-284.200	178.900-237.500

Producción potencial de hoja de coca fresca en peso secada al horno, 2005-2013 (toneladas)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Colombia	164.280	154.130	154.000	116.900	113.000	100.500	84.500	72.700	62.500
Margen						100.500-104.880			

Fuente: sistema nacional de seguimiento de cultivos ilícitos apoyado por la UNODC.

Notas: Debido a la introducción de un factor de ajuste para los campos que son productivos solo durante parte del año, las estimaciones de 2009 en adelante no son directamente comparables con las de años anteriores. Los márgenes expresan la incertidumbre asociada a las estimaciones. En el caso de Bolivia (Estado Plurinacional de) y el Perú, los márgenes se basan en intervalos de confianza y la mejor estimación es el punto medio entre el límite superior e inferior del margen. En el caso de Colombia, el margen se estima tomando como base la superficie dedicada al cultivo de coca en los dos años anteriores. Todavía se está elaborando la metodología empleada para calcular los márgenes de incertidumbre y es posible que las cifras se revisen cuando se disponga de más información.

Fabricación potencial de cocaína 100% pura, 2005-2013 (toneladas)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Bolivia (Estado Plurinacional de)	80	94	104	113	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Colombia	680	660	630	450	488	424	384	333	290
Margen								240-377	249-331
Perú	260	280	290	302	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Total	1.020	1.034	1.024	865	842-1.111	788-1.060	776-1.051	714-973	662-902

Fuentes: Para Bolivia (Estado Plurinacional de): los cálculos de la UNODC se basan en sus estudios sobre producción de hoja de coca (Yungas de la Paz) y en estudios científicos de la DEA de los Estados Unidos (Chapare). Para Colombia: sistema nacional de seguimiento de cultivos ilícitos apoyado por la UNODC y estudios científicos de la DEA. Debido a la introducción de un factor de ajuste para los campos que son productivos solo durante parte del año, las estimaciones desde 2009 no son directamente comparables con las de años anteriores. Para el Perú: los cálculos de la UNODC se basan en un índice de conversión de hoja de coca en cocaína empleados en los estudios científicos de la DEA.

Notas: Debido a la continua revisión de los factores de conversión, no ha sido posible ofrecer una estimación puntual del nivel de producción de cocaína desde 2009. En el Informe Mundial sobre las Drogas 2010 (pág. 251) puede consultarse información detallada sobre la revisión continua de los índices de conversión y la eficiencia de los laboratorios de cocaína.

Erradicación acumulativa notificada de arbusto de coca, 2005-2013 (hectáreas)										
		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Bolivia (Estado Plurinacional de)	manual	6.073	5.070	6.269	5.484	6.341	8.200	10.460	11.044	11.407
Colombia	manual	37.523	41.346	66.392	96.003	60.565	43.804	35.201	30.487	22.127
	fumigación	138.775	172.026	153.134	133.496	104.771	101.939	103.302	100.549	47.053
Perú	manual	7.605	9.153	10.188	11.102	10.091	12.239	10.290	14.235	23.947
Ecuador	manual	18	9	12	12	6	3	14	..	..
Venezuela (República Bolivariana de)	manual	40	0	0	0	0	..	..	..	..

Fuente: UNODC, cuestionario para los informes anuales y base de datos sobre estimaciones y análisis de tendencias a largo plazo (DELTA); Gobierno de Bolivia (Estado Plurinacional de), Colombia y el Perú.

Los totales correspondientes a Bolivia (Estado Plurinacional de) desde 2006 incluyen la erradicación voluntaria y forzada. Los totales correspondientes al Perú incluyen la erradicación voluntaria y forzada. Dos puntos indican que no hay datos disponibles. La erradicación acumulativa se refiere a la suma de toda la erradicación ocurrida en un año, incluida la erradicación repetida de los mismos campos.

Opio/Heroína

Cultivo neto de adormidera en países seleccionados. 1999-2014 (hectáreas)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
ASIA SUDOCCIDENTAL																
Afganistán	90.583	82.171	7.606	74.100	80.000	131.000	104.000	165.000	193.000	157.000	123.000	123.000	131.000	154.000	209.000	224.000
Pakistán	284	260	213	622	2.500	1.500	2.438	1.545	1.701	1.909	1.779	1.721	362	382	493	
Subtotal	90.867	82.431	7.819	74.722	82.500	132.500	106.438	166.545	194.701	158.909	124.779	124.721	131.362	154.382	209.493	224.493
ASIA SUDORIENTAL																
Myanmar ^a	89.500	108.700	105.000	81.400	62.200	44.200	32.800	21.500	27.700	28.500	31.700	38.100	43.600	51.000	57.800	
República Democrática Popular Lao ^a	22.543	19.052	17.255	14.000	12.000	6.600	1.800	2.500	1.500	1.600	1.900	3.000	4.100	6.800	3.900	6.200
Tailandia ^b	702	890	820	750												
Viet Nam ^b	442															
Subtotal	113.187	128.642	123.075	96.150	74.200	50.800	34.600	24.000	29.200	30.100	33.600	41.100	47.700	57.800	61.700	63.800
AMÉRICA LATINA																
Colombia	6.500	6.500	4.300	4.153	4.026	3.950	1.950	1.023	715	394	356	341	338	313	298	
México ^c	3.600	1.900	4.400	2.700	4.800	3.500	3.300	5.000	6.900	15.000	19.500	14.000	12.000	10.500		
Subtotal	10.100	8.400	8.700	6.853	8.826	7.450	5.250	6.023	7.615	15.394	19.856	14.341	12.338	10.813	10.798	10.798
OTROS																
Otros países ^d	2.050	2.479	2.500	2.500	3.074	5.190	5.212	4.432	4.184	8.600	7.700	10.500	16.100	11.900	13.300	11.800
TOTAL	216.204	221.952	142.094	180.225	168.600	195.940	151.500	201.000	235.700	213.003	185.935	190.662	207.500	234.895	295.291	310.891

Fuente: Para el Afganistán: 1998-2002: UNODC; 2003-2012: sistema nacional de seguimiento de cultivos ilícitos apoyado por la UNODC. Para el Pakistán: cuestionario para los informes anuales, Gobierno del Pakistán, Departamento de Estado de los Estados Unidos. Para la República Democrática Popular Lao: 1998-1999: UNODC; 2000-2012: sistema nacional de seguimiento de cultivos ilícitos apoyado por la UNODC. Para Myanmar: 1998-2000: Departamento de Estado de Estados Unidos; 2001-2012: sistema nacional de seguimiento de cultivos ilícitos apoyado por la UNODC. Para Colombia: 1998-1999: diversas fuentes; desde 2000: sistema nacional de seguimiento de cultivos ilícitos apoyado por la UNODC. La producción correspondiente al período 2008-2012 se calculó basándose en cifras de cosechas regionales e índices de conversión del Departamento de Estado/DEA de los Estados Unidos. Para México: estimaciones derivadas de encuestas realizadas por el Gobierno de los Estados Unidos.

Nota: Las estimaciones sobre la producción de opio en el Afganistán para el período 2006-2009 fueron revisadas después de que varias comprobaciones de la calidad de los datos revelaran una sobrestimación de los cálculos sobre la producción de opio en aquellos años. Las cifras en cursiva son provisionales y es posible que sean revisadas cuando se disponga de información actualizada. En la sección sobre metodología incluida en la versión en línea del presente informe puede consultarse información sobre metodologías y definiciones de estimación.

- a Puede incluir superficies erradicadas después de la fecha del estudio. Las cifras correspondientes a 2014 no son comparables a las de 2013 debido a que se añadieron dos provincias al estudio, y el estudio se realizó en un momento diferente durante el ciclo de cultivo.
- b Debido a los bajos niveles de cultivo, las cifras correspondientes a Viet Nam (a partir de 2000) y Tailandia (a partir de 2003) se incluyeron en la categoría "Otros países".
- c El Gobierno de México no confirma las estimaciones proporcionadas por los Estados Unidos porque no son parte de sus cifras oficiales y no dispone de información sobre la metodología utilizada para calcularlas. El Gobierno de México está implantando un sistema de monitoreo en colaboración con la UNODC para calcular estimaciones del cultivo y la producción ilícitos.
- d La información sobre erradicación e incautación de plantas obtenida de diferentes fuentes indica que el cultivo ilícito de adormidera también se da en las siguientes regiones: norte de África, Asia central y Transcaucasia, Oriente Próximo y Oriente Medio/Asia sudoccidental, Asia meridional, Asia oriental y sudoriental, Europa oriental, Europa sudoriental, Centroamérica y América del Sur. En 2008 comenzó a utilizarse una nueva metodología para hacer estimaciones del cultivo de adormidera y la producción de opio/heroina en esos países. Las estimaciones son superiores a las cifras anteriores, pero tienen una magnitud similar. En la versión en línea del presente informe figura una descripción de la metodología empleada para calcular las estimaciones.

Producción potencial mundial de opio secado al horno en países seleccionados, 1999-2014 (toneladas)																
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
ASIA SUDOCCIDENTAL																
Afganistán	4.565	3.276	185	3.400	3.600	4.200	4.100	5.300	7.400	5.900	4.000	3.600	5.800	3.700	5.500	6.400
Pakistán	9	8	5	5	52	40	36	39	43	48	44	43	9	9	12	
Subtotal	4.574	3.284	190	3.405	3.652	4.240	4.136	5.339	7.443	5.948	4.044	3.643	5.809	3.709	5.512	6.412
ASIA SUDORIENTAL																
Myanmar	895	1.087	1.097	828	810	370	312	315	460	410	330	580	610	690	870	670
República Democrática Popular Lao ^a	124	167	134	112	120	43	14	20	9	10	11	18	25	41	23	92
Tailandia ^b	8	6	6	9												
Viet Nam ^b	2															
Subtotal	1.029	1.260	1.237	949	930	413	326	335	469	420	341	598	635	731	893	762
AMÉRICA LATINA																
Colombia	88	88	80	52	50	49	24	13	14	10	9	8	8	8	11	
México ^c	43	21	91	58	101	73	71	108	150	325	425	300	250	175	162	
Subtotal	131	109	171	110	151	122	95	121	164	335	434	308	258	183	173	173
OTROS																
Otros países ^d	30	38	32	56	50	75	63	16	15	139	134	181	281	208	232	207
TOTAL	5.764	4.691	1.630	4.520	4.783	4.850	4.620	5.810	8.091	6.841	4.953	4.730	6.983	4.831	6.810	7.554
Fuentes: Para el Afganistán: antes de 2003 – UNODC; para el Afganistán: desde 2003 – sistema nacional de seguimiento de cultivos ilícitos apoyado por la UNODC. Para el Pakistán: cuestionario para los informes anuales. Gobierno del Pakistán y Departamento de Estado de los Estados Unidos. Para la República Democrática Popular Lao: antes de 2000 – UNODC; desde 2000 – sistema nacional de seguimiento de cultivos ilícitos apoyado por la UNODC. Para Myanmar: antes de 2001 – Departamento de Estado de Estados Unidos; para Myanmar: desde 2001 – sistema nacional de seguimiento de cultivos ilícitos apoyado por la UNODC. Para Colombia: antes de 2000 – diversas fuentes; para Colombia: desde 2000 – sistema nacional de seguimiento de cultivos ilícitos apoyado por la UNODC, que empezó a producir estimaciones de la superficie de producción. Desde 2008, los volúmenes de producción correspondientes a Colombia han sido calculados tomando como base las cifras de producción regional e índices de conversión elaborados por el Departamento de Estado/DEA de los Estados Unidos. Para México: antes de 2005 – estimaciones derivadas de encuestas realizadas por el Gobierno de Estados Unidos. Para México: desde 2005 – INCSR para 2013 e INCSR para 2014. Según el INCSR para 2013 (vol. I. pág. 25), debido a un cambio metodológico importante en la encuesta de 2011, las estimaciones sobre el período 2005-2010 solo son indicativas de las tendencias y sobrestiman el cultivo real.																
Nota: Las estimaciones sobre la producción de opio en el Afganistán correspondientes al período 2006-2009 fueron revisadas después de que varias comprobaciones de la calidad de los datos revelaran una sobrestimación de los cálculos sobre la producción de opio en aquellos años. Las cifras en cursiva son provisionales y es posible que sean revisadas cuando se disponga de información actualizada. En la sección sobre metodología incluida en la versión en línea del presente informe puede consultarse información sobre metodologías y definiciones de estimación.																
^a Puede incluir superficies erradicadas después de la fecha del estudio. Las cifras correspondientes a 2014 no son comparables a las de 2013 debido a que se añadieron dos provincias al estudio, y el estudio se realizó en un momento diferente durante el ciclo de cultivo.																
^b Debido a los bajos niveles de cultivo, las cifras correspondientes a Viet Nam (a partir de 2000) y Tailandia (a partir de 2003) se incluyeron en la categoría "Otros países".																
^c El Gobierno de México no confirma las estimaciones proporcionadas por los Estados Unidos porque no son parte de sus cifras oficiales y no dispone de información sobre la metodología utilizada para calcularlas. El Gobierno de México está implantando un sistema de monitoreo en colaboración con la UNODC para calcular estimaciones del cultivo y la producción ilícitos.																
^d La información sobre erradicación e incautación de plantas obtenida de diferentes fuentes indica que el cultivo ilícito de adormidera también se da en las siguientes regiones: norte de África, Asia central y Transcaucasia, Oriente Próximo y Oriente Medio/Asia sudoccidental, Asia meridional, Asia oriental y sudoriental, Europa oriental, Europa sudoriental, Centroamérica y América del Sur. En 2008 comenzó a utilizarse una nueva metodología para hacer estimaciones del cultivo de adormidera y la producción de opio/heroina en esos países. Las estimaciones son superiores a las cifras anteriores, pero tienen una magnitud similar. En la versión en línea del presente informe figura una descripción de la metodología empleada para calcular las estimaciones.																

Producción potencial mundial de opio y fabricación de heroína de pureza desconocida, 2004-2014 (toneladas)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Producción potencial total de opio	4.850	4.620	5.810	8.091	6.841	4.953	4.730	6.983	4.831	6.810	7.554
Producción potencial de opio no transformado en heroína	1.197	1.169	1.786	3.078	2.360	1.680	1.728	3.400	1.850	2.600	2.400
Producción potencial de opio transformado en heroína	3.653	3.451	4.024	5.012	4.481	3.273	3.002	3.583	2.981	4.210	5.154
Fabricación potencial total de heroína	529	472	553	686	600	427	383	467	377	555	526

Notas: En lo que respecta al Afganistán, solo se pudo calcular la proporción de producción potencial de opio que no fue transformada en heroína dentro del país. Para todos los demás países, a efectos del presente cuadro, se asume que todo el opio potencialmente producido se transformó en heroína. Si toda la producción potencial de opio del Afganistán en 2014 se hubiera transformado en heroína, la producción potencial total sería de 670 t en el Afganistán y 788 t a nivel mundial. Las estimaciones correspondientes al período 2006-2009 se revisaron debido a la revisión de las cifras de la producción de opio en el Afganistán.

El volumen de heroína producida en el Afganistán se calcula usando dos parámetros que pueden cambiar cada año: la relación entre el opio que no fue transformado en heroína y el opio que sí se transformó en heroína; y el índice de conversión entre el opio y la heroína. Entre 2004 y 2013, el índice de conversión que se empleó fue de 7:1 y en 2014 se modificó a 9:6:1 basándose en los resultados recientes (véase Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y Ministerio de Lucha contra los Estupefacientes del Afganistán, Afghanistan Opium Survey 2014). Hasta 2013 la producción potencial mundial de heroína de pureza desconocida se calculaba sin aplicar un factor de pureza estimada, pero en 2014 se asumió un factor de pureza del 52% y se incluyó en la estimación correspondiente al Afganistán. Por esta razón, en 2014 se usó para el Afganistán un índice de conversión actualizado de opio a heroína de calidad para la exportación del 52%. Así pues, el total mundial de heroína estimada de pureza desconocida producida incluye una gran proporción de heroína de calidad para la exportación producida en el Afganistán. Informes recientes señalan purezas mayores en determinadas rutas de tráfico, lo que repercutiría en el cálculo si se tuviera en cuenta. Las cifras en cursiva son provisionales y es posible que sean revisadas cuando se disponga de información actualizada.

Erradicación de adormidera notificada en países seleccionados, 2003 a 2014 (hectáreas)												
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Afganistán	21.430	a	5.103	15.300	19.047	5.480	5.351	2.316	3.810	9.672	7.348	2.692
Argelia											2.721	
Bangladesh								8	22			
Colombia	3.266	3.866	2.121	1.929	375	381	546	711	299	319	514	
Egipto	34	65	45	50	98	121	89	222	1		3	
Guatemala			489	720	449	536	1.345	918	1.490	590	2.568	
India	494	167	12	247	8.000	624	2.420	3.052	5.746	1.332	865	
Líbano	4	67	27		8		21		4			
México	20.034	15.926	21.609	16.890	11.046	13.095	14.753	15.491	16.389	15.726	14.662	11.683
Myanmar	638	2.820	3.907	3.970	3.598	4.820	4.087	8.268	7.058	23.718	12.288	15.188
Nepal	19	4		1		21	35					
Pakistán	4.185	5.200	391	354	614	0	105	68	1053	592	568	
Perú	57	98	92	88	28	23	32	21				
República Democrática Popular Lao	4.134	3.556	2.575	1.518	779	575	651	579	662	707	397	
Tailandia	767	122	110	153	220	285	201	278	208	205	264	
Ucrania						28		436			39	
Venezuela (República Bolivariana de)	0	87	154	0	0	0						
Viet Nam	100	32			38	99	31		38	35	25	

Fuentes: UNODC, cuestionario para los informes anuales, informes gubernamentales, informes de organismos regionales y el INCSR.

Notas: En este cuadro solo se ha tenido en cuenta la erradicación notificada por superficie. La erradicación notificada por número de plantas incautadas se halla en el anexo sobre incautaciones de la versión electrónica del Informe Mundial sobre las Drogas situado en <https://www.unodc.org/wdr/>

a Si bien la erradicación tuvo lugar en 2004, no se comunicó oficialmente a la UNODC.

Prevalencia anual del consumo de cannabis, opioides y opiáceos, por región

Región o subregión	Cannabis						Opioides (opiáceos y opioides sujetos a prescripción médica)						Opiáceos					
	Número (miles)			Prevalencia (porcentaje)			Número (miles)			Prevalencia (porcentaje)			Número (miles)			Prevalencia (porcentaje)		
	Mejor estimación	Más baja	Más alta	Mejor estimación	Más baja	Más alta	Mejor estimación	Más baja	Más alta	Mejor estimación	Más baja	Más alta	Mejor estimación	Más baja	Más alta	Mejor estimación	Más baja	Más alta
África	45.800	20.380	59.120	7,5	3,3	9,7	1.980	920	3.230	0,3	0,2	0,5	1.880	940	2.340	0,3	0,2	0,4
África oriental	6.430	2.140	10.950	4,2	1,4	7,1	260	100	1.140	0,2	0,1	0,7	230	170	320	0,1	0,1	0,2
África septentrional	5.710	2.900	8.830	4,3	2,2	6,6	330	130	530	0,2	0,1	0,4	330	130	530	0,2	0,1	0,4
África meridional	4.350	3.030	7.910	5,0	3,5	9,1	350	230	370	0,4	0,3	0,4	300	200	320	0,3	0,2	0,4
África occidental y central	29.310	12.310	31.430	12,4	5,2	13,3	1.050	460	1.190	0,4	0,2	0,5	1.030	440	1.170	0,4	0,2	0,5
América	54.160	53.510	55.620	8,4	8,3	8,6	13.000	12.790	13.260	2,0	2,0	2,1	1.630	1.450	1.810	0,3	0,2	0,3
Caribe	700	320	1.820	2,5	1,2	6,5	100	60	190	0,4	0,2	0,7	80	50	160	0,3	0,2	0,6
Centroamérica	770	710	880	2,8	2,6	3,2	40	40	50	0,2	0,1	0,2	20	20	20	0,1	0,1	0,1
América del Norte	36.660	36.470	36.870	11,6	11,5	11,6	12.010	11.870	12.160	3,8	3,7	3,8	1.420	1.280	1.500	0,4	0,4	0,5
América del Sur	16.030	16.010	16.050	5,9	5,9	5,9	840	820	870	0,3	0,3	0,3	110	100	120	0,04	0,04	0,05
Asia	55.510	29.390	89.380	1,9	1,0	3,1	12.140	9.190	15.650	0,4	0,3	0,5	10.010	7.590	13.180	0,3	0,3	0,5
Asia central	1.890	1.330	2.250	3,5	2,4	4,1	480	460	500	0,9	0,8	0,9	440	430	460	0,8	0,8	0,8
Asia oriental y sudoriental	10.220	5.960	23.550	0,6	0,4	1,5	3.390	2.550	4.760	0,2	0,2	0,3	3.360	2.520	4.720	0,2	0,2	0,6
Oriente Próximo y Medio	9.610	5.590	13.520	3,4	2,0	4,8	5.330	3.970	6.720	1,9	1,4	2,4	3.390	2.460	4.550	1,2	0,9	1,6
Asia meridional	33.780	16.510	50.070	3,5	1,7	5,2	2.940	2.210	3.670	0,3	0,2	0,4	2.820	2.180	3.450	0,3	0,2	0,4
Europa	23.670	22.980	24.380	4,3	4,2	4,4	4.570	4.500	4.670	0,8	0,8	0,8	2.970	2.900	3.060	0,5	0,5	0,6
Europa oriental y sudoriental	5.270	4.650	5.920	2,3	2,0	2,6	3.100	3.090	3.120	1,4	1,3	1,4	1.860	1.850	1.870	0,8	0,8	0,8
Europa occidental y central	18.400	18.330	18.460	5,7	5,7	5,7	1.480	1.410	1.560	0,5	0,4	0,5	1.110	1.050	1.190	0,3	0,3	0,4
Oceanía	2.650	2.220	3.570	10,7	9,0	14,5	730	590	750	2,9	2,4	3,0	30	40	60	0,1	0,2	0,2
Estimación mundial	181.790	128.480	232.070	3,9	2,7	4,9	32.420	27.990	37.560	0,7	0,6	0,8	16.530	12.920	20.460	0,4	0,3	0,4

Fuente: Estimaciones de UNODC basadas en datos del cuestionario para los informes mundiales y otras fuentes oficiales.

Prevalencia anual del consumo de cocaína, anfetaminas^a y éxtasis por región

Región o subregión	Cocaína						Anfetaminas y estimulantes sujetos a prescripción médica						Éxtasis					
	Número (miles)			Prevalencia (porcentaje)			Número (miles)			Prevalencia (porcentaje)			Número (miles)			Prevalencia (porcentaje)		
	Mejor estimación	Más baja	Más alta	Mejor estimación	Más baja	Más alta	Mejor estimación	Más baja	Más alta	Mejor estimación	Más baja	Más alta	Mejor estimación	Más baja	Más alta	Mejor estimación	Más baja	Más alta
África	2.660	820	4.810	0,4	0,1	0,8	5.340	1.390	9.190	0.9	0.2	1.5	1.110	360	1.930	0,2	0,1	0,3
África oriental	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
África septentrional	30	30	40	0,02	0,02	0,03	750	260	1.240	0.6	0.2	0.9	-	-	-	-	-	-
África meridional	650	170	740	0,7	0,2	0,9	620	300	840	0.7	0.3	1.0	260	140	310	0,3	0,2	0,4
África occidental y central	1.640	560	2.500	0,7	0,2	1,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
América	8.970	8.720	9.260	1,4	1,4	1,4	6.110	5.830	6.500	1.0	0.9	1.0	3.220	2.970	3.540	0,5	0,5	0,6
Caribe	180	60	340	0,6	0,2	1,2	220	20	520	0.8	0.1	1.9	50	10	160	0,2	0,04	0,6
Centroamérica	170	160	180	0,6	0,6	0,6	230	230	240	0.8	0.8	0.9	30	30	30	0,1	0,1	0,1
América del Norte	5.290	5.170	5.400	1,7	1,6	1,7	4.430	4.370	4.490	1.4	1.4	1.4	2.780	2.750	2.810	0,9	0,9	0,9
América del Sur	3.340	3.330	3.350	1,2	1,2	1,2	1.230	1.220	1.250	0.5	0.4	0.5	360	180	540	0,1	0,1	0,2
Asia	1.340	430	2.250	0,05	0,02	0,08	19.550	4.240	34.860	0.7	0.1	1.2	10.890	2.680	19.100	0,4	0,1	0,7
Asia central	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Asia oriental y sudoriental	480	370	1.100	0,03	0,02	0,07	9.060	3.490	20.500	0.6	0.2	1.3	3.210	1.650	6.660	0,2		0,4
Oriente Próximo y Medio	90	50	140	0,03	0,02	0,05	420	280	840	0.1	0.1	0.3	-	-	-	-	-	0,4
Asia meridional	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Europa	3.680	3.430	3.930	0,7	0,6	0,7	2.390	2.000	2.790	0.4	0.4	0.5	2.950	2.710	3.200	0,5	0,5	0,6
Europa oriental y sudoriental	510	290	740	0,2	0,1	0,3	830	470	1.200	0.4	0.2	0.5	1.300	1.090	1.520	0,6	0,5	0,7
Europa occidental y central	3.170	3.150	3.190	1,0	1,0	1,0	1.560	1.530	1.590	0.5	0.5	0.5	1.650	1.620	1.670	0,5	0,5	0,5
Oceanía	390	390	480	1,6	1,6	1,9	510	410	540	2.1	1.7	2.2	620	620	620	2,5	2,5	2,5
Estimación mundial	17.040	13.800	20.730	0,4	0,3	0,4	33.900	13.870	53.870	0.7	0.3	1.1	18.790	9.340	28.390	0,4	0,2	0,6

Fuente: Estimaciones de UNODC basadas en datos del cuestionario para los informes mundiales y otras fuentes oficiales.

^a Las anfetaminas incluyen tanto la anfetamina como la metanfetamina.

Prevalencia del consumo de nuevas sustancias psicoactivas en la población joven y en la población general

PAÍS	SUSTANCIA	AÑO ENCUESTA	EDAD GRUPO POBLACIÓN	PREVALENCIA DE VIDA			PREVALENCIA AÑO ANTERIOR			MES ANTERIOR			FUENTE
				TO DO S	HOMBRES	MUJERE S	TODOS	HOMBRES	MUJERES	TODOS	HOM BRES	MUJERE S	
Argentina	Ketamina	2006	16-65										Observatorio Argentino de Drogas de la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico, Tendencia en el Consumo de Sustancias Psicoactivas en Argentina 2004-2010: Población de 16 a 65 Años (2011)
	Ketamina	2006	16-24										Tendencia en el Consumo de Sustancias Psicoactivas en Argentina 2004-2010: Población de 16 a 65 Años
	Ketamina	2008	16-65										Tendencia en el Consumo de Sustancias Psicoactivas en Argentina 2004-2010: Población de 16 a 65 Años
	Ketamina	2008	16-24										Tendencia en el Consumo de Sustancias Psicoactivas en Argentina 2004-2010: Población de 16 a 65 Años
	Ketamina	2009	16-25										Cuestionario para los informes anuales
	Ketamina	2010	16-65										Tendencia en el Consumo de Sustancias Psicoactivas en Argentina 2004-2010: Población de 16 a 65 Años
	Ketamina	2010	16-24										Tendencia en el Consumo de Sustancias Psicoactivas en Argentina 2004-2010: Población de 16 a 65 Años
	Ketamina	2010	12-65										Cuestionario para los informes anuales
	Ketamina	2011	13, 15 y 17										Observatorio Argentino de Drogas de la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico, Quinta Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media 2011
	Ketamina	2011	15-16										Observatorio Argentino de Drogas de la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico, Quinta Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media 2011

Australia	Ketamina	2007	15-64		Cuestionario para los informes anuales
	Ketamina	2007	12-17		Cuestionario para los informes anuales
	Ketamina	2010	Mayores de 14 años		Cuestionario para los informes anuales
	Ketamina	2010	15-16		Cuestionario para los informes anuales
	Ketamina	2010	18-24		Australian Institute of Health and Welfare, 2010 National Drug Strategy Household Survey Report (Canberra, 2011)
Bolivia (Estado Plurinacional de)	Ketamina	2012	Estudiantes universitarios		Programa Antidrogas Ilícitas de la Comunidad Andina, II Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria: Informe Regional, 2012
Brasil	Ketamina	2005	15-16		Cuestionario para los informes anuales
	Ketamina	2010	10-19		Cuestionario para los informes anuales I
Canadá	Ketamina	2004	Mayores de 15 años		Cuestionario para los informes anuales
	Ketamina	2007	Mayores de 15 años		Cuestionario para los informes anuales
	Ketamina	2010	Mayores de 15 años		Cuestionario para los informes anuales
	<i>Salvia divinorum</i>	2011	Mayores de 15 años		Cuestionario para los informes anuales (Prevalencia estimada)
	Ketamina	2010-11	15-16		Cuestionario para los informes anuales
	<i>Salvia divinorum</i>	2010-11	15-16		Cuestionario para los informes anuales
Colombia	Ketamina	2013	12-65		Gobierno de Colombia, Estudio Nacional de Consumo de Sus-
Colombia	Ketamina	2012	15-16		Sustancias Psicoactivas en Colombia 2013 (Bogotá, 2014)

Colombia	Ketamina	2012	Estudiantes universitarios	Cuestionario para los informes anuales
Costa Rica	Ketamina	2012	15-16	Cuestionario para los informes anuales
Croacia	Mefedrona	2010-11		Informe nacional de 2012 presentado al Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA)
Croacia	Cannabinoide sintéticos (Spice)	2010-11		Informe nacional de 2012 presentado al Observatorio Europeo
Djibouti	<i>Khat</i>	2011	Mayores de 12 años	Banco Mundial, Comprendre la dynamique du <i>Khat</i> à Djibouti: aspects sociaux, économiques et de santé (Washington, D.C., 2011)
Ecuador	Ketamina	2009	Estudiantes universitarios	Cuestionario para los informes anuales
	Ketamina	2012	12-17	Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas and Observatorio Nacional de Drogas, Cuarta encuesta nacional sobre uso de drogas en estudiantes de 12 a 17 años (Quito, 2013)
	Alucinógenos (PCP, LSD, Peyote)	2012	12-17	Cuarta encuesta nacional sobre uso de drogas en estudiantes de 12 a 17 años
	Popper	2012	12-17	Cuarta encuesta nacional sobre uso de drogas en estudiantes de 12 a 17 años
	Ketamina	2012	Estudiantes universitarios	II Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria: Informe Regional, 2012
	Ketamina	2012	Estudiantes universitarios	II Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria: Informe Regional, 2012
El Salvador	Ketamina	2010	17-25	Cuestionario para los informes anuales
Francia	Ketamina	2003		Cuestionario para los informes anuales
Alemania	Cannabinoides sintéticos (Spice)	2009	18-64	Cuestionario para los informes anuales
	Ketamina	2009		

Hong Kong (China)	Cannabinoides sintéticos (Spice)	2012	18-64		Cuestionario para los informes anuales Informe nacional de 2013 presentado al Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA)
	Ketamina	2007	11-99		Cuestionario para los informes anuales
	Ketamina	2007	11-20		Cuestionario para los informes anuales
	Ketamina	2008	11-99		Cuestionario para los informes anuales
	Ketamina	2008	11-20		Cuestionario para los informes anuales
	Ketamina	2009	11-99		Cuestionario para los informes anuales
	Ketamina	2009	11-20		Cuestionario para los informes anuales
	Ketamina	2011	15-64		Cuestionario para los informes anuales
	Ketamina	2011	15-16		Cuestionario para los informes anuales
	Ketamina	2012	15-64		Cuestionario para los informes anuales
Hungria	Ketamina	2012	15-16		Cuestionario para los informes anuales
	Mefedrona	2011	Solo 16 años		Cuestionario para los informes anuales
Indonesia	Ketamina	2009	11-19		Cuestionario para los informes anuales
Irlanda e Irlanda del Norte	Mefedrona	2010-11	15-64		Drug Prevalence Survey 2010/11: Regional Drug Task Force (Ireland) and Health & Social Care Trust (Northern Ireland) Results (junio de 2012)
	Mefedrona	2010-11	15-34		Drug Prevalence Survey 2010/11: Regional Drug Task Force (Ireland) and Health & Social Care Trust (Northern Ireland) Results (junio de 2012)
Israel	Ketamina	2005	18-40		Cuestionario para los informes anuales
	Ketamina	2005	18-24		Israel Anti-Drug Authority, "Illegal use of drugs and alcohol in Israel 2009: seventh national epidemiological survey"
	Ketamina	2008	18-40		Cuestionario para los informes anuales
	Ketamina	2008	18-24		"Illegal use of drugs and alcohol in Israel 2009: seventh national epidemiological survey"
	Ketamina	2009	18-40		Cuestionario para los informes anuales
	<i>Khat</i>	2008	18-40		"Illegal use of drugs and alcohol in Israel 2009: seventh national epidemiological survey"
	<i>Khat</i>	2008	12-18		"Illegal use of drugs and alcohol in Israel 2009: seventh national epidemiological survey"
	<i>Khat</i>	2004	15-64		Cuestionario para los informes anuales
Kenya	<i>Khat</i>	2004	10-24		Cuestionario para los informes anuales

Letonia	<i>Salvia divinorum</i>	2011	15-16		Cuestionario para los informes anuales
	Cannabinoides sintéticos (Spice)	2011	15-64		Informe nacional de 2013 presentado al Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA)
	Cannabinoides sintéticos (Spice)	2011	15-24		Informe nacional de 2013 presentado al Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA)
	Cannabinoides sintéticos (Spice)	2011	15-16		Cuestionario para los informes anuales
	Cannabinoides sintéticos (Spice)	2013	15-16		Informe nacional de 2013 presentado al Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA)
Macao (China)	Ketamina	2006	15-25		Cuestionario para los informes anuales
Malta	Mefedrona	2011	15-16		Cuestionario para los informes anuales
Nueva Zelandia	Ketamina	2007	16-64		Cuestionario para los informes anuales
	BZP	2007	17-64		Ministry of Health (Nueva Zelandia), Drug Use in New Zealand: Key Results of the 2007/08 New Zealand Alcohol and Drug Use Survey (Wellington 2010)
	BZP	2007	18-24		Drug Use in New Zealand: Key Results of the 2007/08 New Zealand Alcohol and Drug Use Survey
	BZP	2007	16-17		Drug Use in New Zealand: Key Results of the 2007/08 New Zealand Alcohol and Drug Use Survey
Perú	Ketamina	2006			Cuestionario para los informes anuales
	Ketamina	2012	Estudiantes universitarios		II Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria: Informe Regional, 2012
Rumania	Ketamina	2010			Cuestionario para los informes anuales
Eslovaquia	Mefedrona	2010	15-64		Cuestionario para los informes anuales
	Mefedrona	2010	15-19		Informe nacional de 2013 presentado al Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA)
	Cannabinoides sintéticos (Spice)	2010	15-64		Cuestionario para los informes anuales

España	Cannabinoides sintéticos (Spice)	2010	15-19	Informe nacional de 2013 presentado al Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA)
	Ketamina	2010	14-18	Cuestionario para los informes anuales
	Cannabinoides sintéticos (Spice)	2010	14-18	Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2010
	Piperazinas	2010	14-18	ESTUDES 2010
	Mefedrona	2010	14-18	ESTUDES 2010
	Ketamina	2011	15-64	Cuestionario para los informes anuales
	Ketamina	2011	15-24	Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES) 2011
	Cannabinoides sintéticos (Spice)	2011	15-64	EDADES 2011
	Cannabinoides sintéticos (Spice)	2011	15-24	EDADES 2011
	Piperazinas	2011	15-64	EDADES 2011
	Piperazinas	2011	15-24	EDADES 2011
	Mefedrona	2011	15-64	EDADES 2011
	Mefedrona	2011	15-24	EDADES 2011
	Salvia divinorum	2011	15-64	EDADES 2011
	Ketamina	2012	14-18	ESTUDES 2012
	Cannabinoides sintéticos (Spice)	2012	14-18	ESTUDES 2012
	Piperazinas	2012	14-18	ESTUDES 2012
	Mefedrona	2012	14-18	ESTUDES 2012
	Salvia divinorum	2012	14-18	ESTUDES 2012
Suecia	Cannabinoides sintéticos (Spice)	2012	15-16	Cuestionario para los informes anuales
Tailandia	Ketamina	2007	12-65	Cuestionario para los informes anuales
Ucrania	Ketamina	2011	15-17	Cuestionario para los informes anuales
Reino Unido	Ketamina	2006/07	16-59	Cuestionario para los informes anuales

Reino Unido (Inglaterra y Gales)	Ketamina	2006/07	11-15		Cuestionario para los informes anuales
	Ketamina	2007/08	11-15		Cuestionario para los informes anuales
	Ketamina	2008/09	11-15		Cuestionario para los informes anuales
	Ketamina	2008/09	Solo 15 años		Cuestionario para los informes anuales
	Ketamina	2008/09	16-59		Informe nacional presentado al EMCDDA
	Ketamina	2009/10	16-64		Cuestionario para los informes anuales
	Ketamina	2006/07	16-24		United Kingdom, Home Office, Drug Misuse Declared: Findings from the 2010/11 British Crime Survey - England and Wales, (Londres, julio de 2011)
	Ketamina	2007/08	16-59		Findings from the 2010-2011 British Survey
	Ketamina	2007/08	16-24		Findings from the 2010-2011 British Survey
	Ketamina	2008/09	16-24		Findings from the 2010-2011 British Survey
	Ketamina	2009/10	16-59		Findings from the 2010-2011 British Survey
	Ketamina	2009/10	16-24		Findings from the 2010-2011 British Survey
	Ketamina	2010/11	16-59		Findings from the 2010-2011 British Survey
	Ketamina	2010/11	16-24		Findings from the 2010-2011 British Survey
	Ketamina	2011/12	16-59		United Kingdom, Home Office, Drug Misuse Declared: Findings from the 2011/12 Crime Survey for England and Wales, 2nd ed. (Londres, julio de 2012)
	Ketamina	2011/12	16-24		Findings from the 2011-2012 British Survey
	Ketamina	2012/13	16-59		United Kingdom, Home Office, Drug Misuse Declared: Findings from the 2012/13 Crime Survey for England and Wales (Londres, julio de 2013)
	Ketamina	2012/13	16-24		Findings from the 2012-2013 British Survey
	Cannabinoides sintéticos (Spice)	2010/11	16-59		Findings from the 2010-2011 British Survey
	Cannabinoides sintéticos (Spice)	2010/11	16-24		Findings from the 2010-2011 British Survey
	BZP	2010/11	16-59		Findings from the 2010-2011 British Survey
	BZP	2010/11	16-24		Findings from the 2010-2011 British Survey
	Khat	2010/11	16-59		Findings from the 2010-2011 British Survey
	Khat	2010/11	16-24		Findings from the 2010-2011 British Survey
	Khat	2010/11	16-59		Findings from the 2011-2012 British Survey

Estados Unidos	Mefedrona	2010/11	16-59		Findings from the 2010-2011 British Survey
	Mefedrona	2010/11	16-24		Findings from the 2010-2011 British Survey
	Mefedrona	2010/11	16-59		Findings from the 2011-2012 British Survey
	Mefedrona	2010/11	16-24		Findings from the 2011-2012 British Survey
	Mefedrona	2012/13	16-59		Findings from the 2012-2013 British Survey
	Mefedrona	2012/13	16-24		Findings from the 2012-2013 British Survey
	BZP	2011/12	16-59		Findings from the 2011-2012 British Survey
	Cannabinoides sintéticos (Spice)	2011/12	16-59		Findings from the 2011-2012 British Survey
	Salvia divinorum	2012/13	16-59		Findings from the 2012-2013 British Survey
	Salvia divinorum	2012/13	16-24		Findings from the 2012-2013 British Survey
	Ketamina	2002	19-28		United States National Institute on Drug Abuse, <i>Monitoring the Future survey for 2011 on drug use among adolescents</i>
	Ketamina	2003	19-28		<i>Monitoring the Future survey for 2011</i>
	Ketamina	2004	19-28		<i>Monitoring the Future survey for 2011</i>
	Ketamina	2005	19-28		<i>Monitoring the Future survey for 2011</i>
	Ketamina	2006	19-28		<i>Monitoring the Future survey for 2011</i>
	Ketamina	2007	19-28		<i>Monitoring the Future survey for 2011</i>
	Ketamina	2008	19-28		<i>Monitoring the Future survey for 2011</i>
	Ketamina	2009	19-28		<i>Monitoring the Future survey for 2011</i>
	Ketamina	2010	19-28		<i>Monitoring the Future survey for 2011</i>
	Ketamina	2011	19-28		<i>Monitoring the Future survey for 2011</i>
	Salvia divinorum	2011	19-30		<i>Monitoring the Future survey for 2011</i>
	Salvia divinorum	2013	grado 12		<i>Monitoring the Future survey for 2013</i>
	Salvia divinorum	2012	grado 12		<i>Monitoring the Future survey for 2013</i>
	Salvia divinorum	2011	grado 12		<i>Monitoring the Future survey for 2011</i>
	Salvia divinorum	2010	grado 12		<i>Monitoring the Future survey for 2011</i>
	Salvia divinorum	2009	grado 12		<i>Monitoring the Future survey for 2011</i>

	Ketamina	2000	grado 12			Monitoring the Future survey for 2011
	Ketamina	2001	grado 12			Monitoring the Future survey for 2011
	Ketamina	2002	grado 12			Monitoring the Future survey for 2011
	Ketamina	2003	grado 12			Monitoring the Future survey for 2011
	Ketamina	2004	grado 12			Monitoring the Future survey for 2011
	Ketamina	2005	grado 12			Monitoring the Future survey for 2011
	Ketamina	2006	grado 12			Monitoring the Future survey for 2011
	Ketamina	2007	grado 12			Monitoring the Future survey for 2011
	Ketamina	2008	grado 12			Monitoring the Future survey for 2011
	Ketamina	2009	grado 12			Monitoring the Future survey for 2011
	Ketamina	2010	grado 12			Monitoring the Future survey for 2011
	Ketamina	2011	grado 12			Monitoring the Future survey for 2011
	Ketamina	2012	grado 12			Monitoring the Future survey for 2013
	Ketamina	2013	grado 12			Monitoring the Future survey for 2013
	Cannabinoides sintéticos (Spice)	2011	19-30			Monitoring the Future survey for 2011
	Cannabinoides sintéticos (Spice)	2011	grado 12			Monitoring the Future survey for 2011
	Cannabinoides sintéticos (Spice)	2012	grado 12			Monitoring the Future survey for 2013
	Cannabinoides sintéticos (Spice)	2013	grado 12			Monitoring the Future survey for 2013
Uruguay	Ketamina	2006	15-64			Cuestionario para los informes anuales
	Ketamina	2011	15-65			Cuestionario para los informes anuales
Yémen	<i>Khat</i>	2006	Mayores de 12 años			Banco Mundial, "Yemen: towards qat demand reduction" (Washington D.C., junio de 2007)

ANEXO II

AGRUPACIONES REGIONALES

En el presente informe se utilizan varias designaciones regionales y subregionales. Esas designaciones, que no revisten carácter oficial, se definen de la forma siguiente:

África meridional: Angola, Botswana, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibia, Sudáfrica, Swazilandia, Zambia y Zimbabwe.

África occidental y central: Benin, Burkina Faso, Cabo Verde, Camerún, Chad, Congo, Côte d'Ivoire, Gabón, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Guinea Ecuatorial, Liberia, Malí, Mauritania, Níger, Nigeria, República Centroafricana, República Democrática del Congo, Santo Tomé y Príncipe, Senegal, Sierra Leona y Togo.

África oriental: Burundi, Comoras, Djibouti, Eritrea, Etiopía, Kenya, Madagascar, Mauricio, República Unida de Tanzania, Rwanda, Seychelles, Somalia y Uganda.

Norte de África: Argelia, Egipto, Libia, Marruecos, Sudán, Sudán del Sur y Túnez.

Caribe: Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Bermuda, Cuba, Dominica, Granada, Haití, Jamaica, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas y Trinidad y Tabago.

América del Norte: Canadá, Estados Unidos de América y México.

América del Sur: Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Guyana, Paraguay, Perú, Suriname, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de).

Centroamérica: Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá.

Asia central y Transcaucasia: Armenia, Azerbaiyán, Georgia, Kazajistán, Kirguistán, Tayikistán, Turkmenistán y Uzbekistán.

Asia meridional: Bangladesh, Bhután, India, Maldivas, Nepal y Sri Lanka.

Asia oriental y sudoriental: Brunei Darussalam, Camboya, China, Filipinas, Indonesia, Japón, Malasia, Mongolia, Myanmar, República de Corea, República Democrática Popular Lao, República Popular Democrática de Corea, Singapur, Tailandia, Timor-Leste y Viet Nam.

Asia sudoccidental: Afganistán, Irán (República Islámica del) y Pakistán.

Cercano Oriente y Oriente Medio: Bahrein, Iraq, Israel, Jordania, Kuwait, Líbano, Omán, Qatar, Arabia Saudita, República Árabe Siria, Emiratos Árabes Unidos y Yemen.

Europa occidental y central: Alemania, Andorra, Austria, Bélgica, Chipre, Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Irlanda, Islandia, Italia, Letonia, Liechtenstein, Lituania, Luxemburgo, Malta, Mónaco, Noruega, Países Bajos, Polonia, Portugal, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, República Checa, San Marino, Suecia y Suiza.

Europa oriental: Belarús, Federación de Rusia, República de Moldova y Ucrania.

Europa sudoriental: Albania, Bosnia y Herzegovina, Bulgaria, Croacia, la ex República Yugoslava de Macedonia, Montenegro, Rumania, Serbia y Turquía.

Oceanía: Australia, Fiji, Kiribati, Islas Marshall, Islas Salomón, Micronesia (Estados Federados de), Nauru, Nueva Zelandia, Palau, Papua Nueva Guinea, Samoa, Tonga, Tuvalu, Vanuatu y pequeños territorios insulares.

GLOSARIO

Anfetaminas – Grupo de estimulantes de tipo anfetamínico que incluye la anfetamina y la metanfetamina.

Cocaína crack – Cocaína base obtenida del clorhidrato de cocaína mediante procesos de conversión que la hacen apta para fumar.

Consumidores problemáticos de drogas – Personas que consumen drogas con un alto grado de riesgo, por ejemplo, las personas que se inyectan la droga, las que la consumen diariamente o las que padecen trastornos inducidos por el consumo de drogas o drogodependencia diagnosticados sobre la base de criterios clínicos contenidos en la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (décima revisión) de la Organización Mundial de la Salud y en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (cuarta edición) de la American Psychiatric Association, u otros criterios o definiciones similares.

Estimulantes de tipo anfetamínico – Grupo de sustancias integrado por estimulantes sintéticos sometidos a fiscalización internacional con arreglo al Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971 y que incluye la anfetamina, la metanfetamina, la metcatinona y las sustancias del grupo del éxtasis (3,4-metilendioxi metanfetamina (MDMA) y sus análogos).

Nuevas sustancias psicoactivas – Son sustancias objeto de uso indebido, ya sea en su estado puro o en preparados, que no están sujetas a fiscalización con arreglo a la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes o el Convenio de 1971, pero que pueden entrañar un peligro para la salud pública. En este contexto, el término “nuevas” no se refiere forzosamente a nuevas invenciones, sino a sustancias que han empezado a circular recientemente.

Opiáceos – Subconjunto de los opioides integrado por los diversos productos derivados de la planta de adormidera, incluidos el opio, la morfina y la heroína.

Opioides – Término genérico que se aplica a los alcaloides de la adormidera (opióceos), sus análogos sintéticos (principalmente opioides farmacéuticos o de receta) y los compuestos sintetizados en el organismo.

Paja de adormidera – Todas las partes de la adormidera (excepto las semillas) una vez cortada.

Pasta de coca (o base de coca) – Extracto de las hojas del arbusto de coca. La purificación de la pasta de coca produce cocaína (cocaína base y clorhidrato de cocaína).

Prevalencia anual – Número total de personas de un determinado grupo de edad que ha consumido una cierta droga por lo menos una vez en el último año, dividido por el número de personas de ese grupo de edad, expresado como porcentaje.