

OFICINA DE LAS NACIONES UNIDAS CONTRA LA DROGA Y EL DELITO

Viena

Informe Mundial sobre las Drogas

2016



NACIONES UNIDAS

Nueva York, 2016

V.16-04260 (S)

Informe Mundial sobre las Drogas 2016

© Naciones Unidas, mayo de 2016. Reservados los derechos en todo el mundo.

ISBN: 978-92-1-148286-7

eISBN: 978-92-1-057862-2

Publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.16.XI.7

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 Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (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 2016* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.16.XI.7).

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.

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

División de Análisis de Políticas y Asuntos Públicos
Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito
Apartado postal 500
1400 Viena
Austria
Tel.: (+43) 1 26060 0
Fax: (+43) 1 26060 5827

Correo electrónico: wdr@unodc.org

Sitio web: www.unodc.org

PREFACIO

El *Informe Mundial sobre las Drogas 2016* se publica en un momento decisivo, tan solo pocos meses después de que los Estados Miembros, en un período extraordinario de sesiones de la Asamblea General, aprobaran un conjunto amplio de recomendaciones operacionales sobre el problema mundial de las drogas.

El período extraordinario de sesiones fue solamente el tercero de la historia de la Asamblea General que se centró en las drogas; en el documento final que resultó de este, titulado “Nuestro compromiso conjunto de abordar y contrarrestar eficazmente el problema mundial de las drogas”, se define el modo de proceder para adoptar medidas en relación con los retos compartidos.

En el documento final, los Estados Miembros reafirmaron su compromiso de afrontar los retos persistentes, nuevos y cambiantes de conformidad con lo dispuesto en los tres tratados de fiscalización internacional de drogas, reconociendo que estos ofrecían a los Estados Miembros suficiente flexibilidad para formular y aplicar políticas nacionales en materia de drogas de conformidad con el principio de la responsabilidad común y compartida.

Las recomendaciones operacionales que figuran en el documento final incluyen medidas para hacer frente a la reducción de la demanda y la oferta, así como para mejorar el acceso a los medicamentos fiscalizados, evitando al mismo tiempo su desviación; abarcan además los derechos humanos, la juventud, los niños, las mujeres y las comunidades y ponen de relieve los retos emergentes y la necesidad de promover políticas y programas de fiscalización de drogas a largo plazo, amplios, sostenibles, orientados al desarrollo y equilibrados, incluidos programas de desarrollo alternativo.

En el texto se pone de relieve la importancia de la prevención y el tratamiento del uso indebido de drogas; se alienta la formulación, adopción y aplicación de medidas sustitutivas o complementarias en lo que respecta a la condena o la pena; y se promueven políticas, prácticas y directrices nacionales proporcionadas en lo que respecta a la imposición de penas a los delitos relacionados con las drogas.

Ahora, la comunidad internacional debe unirse para cumplir sus compromisos.

El *Informe Mundial sobre las Drogas 2016*, que presenta un panorama completo de las principales novedades en los mercados de drogas, las rutas de tráfico y las consecuencias del consumo de drogas para la salud, apoya enfoques amplios, equilibrados e integrados basados en los derechos.

En el informe de este año se ofrece información sobre los amplios efectos de las drogas no solo en la salud y el bienestar de las personas, sino también quienes las rodean – las familias y las comunidades. Esos efectos pueden incluir daños como el VIH, así como la amenaza de violencia, a la que se enfrentan en particular las mujeres y los niños.

En el informe también se advierte del alarmante aumento del consumo de heroína en algunas regiones. Aunque los problemas que plantean las nuevas sustancias psicoactivas continúan siendo motivo de grave preocupación, la heroína sigue siendo la droga que causa la muerte de más personas. Debe hacerse frente a este resurgimiento urgentemente.

En el informe se analizan cuestiones de género, marginación, estigmatización, violencia y derechos humanos, y se estudia cómo tener presentes preocupaciones ambientales como la deforestación y la contaminación en las estrategias de lucha contra los estupefacientes. Se examina la utilización de la “red oscura” y de las nuevas tecnologías para el tráfico de drogas,

así como las posibilidades de que el producto ilícito de las drogas sirva para financiar el terrorismo y el extremismo violento.

Además, el capítulo temático del informe de 2016 se centra en los vínculos entre las drogas y el desarrollo y la importancia de las políticas de fiscalización de drogas que impulsen el desarrollo. Se trata de un tema de especial importancia: como observaron los Gobiernos en el documento final, “los esfuerzos encaminados a lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible y abordar eficazmente el problema mundial de las drogas son complementarios y se refuerzan mutuamente”.

Las investigaciones que figuran en el documento pueden respaldar políticas eficaces en materia de drogas y desarrollo. Las pruebas son claras: el cultivo y la fabricación ilícitos de drogas se pueden erradicar solamente si las políticas se orientan al desarrollo social, económico y ambiental general de las comunidades; afrontar el tráfico de drogas y la violencia que este suele conllevar exige instituciones de justicia penal fuertes, transparentes y justas y esfuerzos específicos para dismantelar las organizaciones delictivas organizadas transnacionales; la prevención y el tratamiento del consumo de drogas funcionan si se basan en datos científicos y tienen en cuenta las cuestiones de género; y el uso excesivo de la privación de libertad por delitos de menor entidad relacionados con las drogas es ineficaz para reducir la reincidencia y sobrecarga los sistemas de justicia penal.

Queda evidentemente mucho trabajo por hacer para hacer frente a los numerosos problemas en evolución y emergentes que plantean las drogas. El documento final y sus recomendaciones operacionales ofrecen unos cimientos sólidos contruidos sobre marcos acordados, informados por datos empíricos y basados en el principio de la responsabilidad común y compartida.

El presente informe, al igual que todos los conocimientos especializados y la experiencia sobre el terreno adquiridos por la Oficina al abordar los muchos aspectos del problema mundial de las drogas, está a disposición de los Estados Miembros para apoyarlos en sus esfuerzos por atender a este llamamiento a la acción.



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

ÍNDICE

PREFACIO	iii
NOTAS EXPLICATIVAS	ix
RESUMEN	xi
CONCLUSIONES	xliii
1. LOS MERCADOS ILÍCITOS DE DROGAS: SITUACIÓN Y TENDENCIAS	
A. Alcance del consumo de drogas	1
B. Efectos del consumo de drogas para la salud	30
C. Alcance de la oferta de drogas	45
D. Análisis de los mercados por tipos de drogas	58
Opiáceos	58
Cocaína	81
Cannabis	100
Drogas sintéticas: estimulantes de tipo anfetamínico y nuevas sustancias psicoactivas	121
2. EL PROBLEMA MUNDIAL DE LAS DROGAS Y EL DESARROLLO SOSTENIBLE	141
A. Desarrollo social	144
B. Desarrollo económico	164
C. Sostenibilidad ambiental	188
D. Sociedades pacíficas, justas e inclusivas	202
E. Alianzas	222
ANEXO	
Cuadros estadísticos	i
Agrupaciones regionales	lvii
Glosario	lix

Agradecimientos

El *Informe Mundial sobre las Drogas 2016* 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, y Angela Me, Jefa de la Subdivisión de Investigación y Análisis de Tendencias.

Equipo principal

Investigación, preparación y redacción del estudio

Coen Bussink	David Macdonald
Chloé Carpentier	Kamran Niaz
Liliana M. Dávalos	Thomas Pietschmann
Philip Davis	Martin Raithelhuber
Angélica Durán-Martínez	Clinton W. Saloga
Natascha Eichinger	Justice Tettey
Jon Flanders	Freya Vander Laenen
Anja Korenblick	Antoine Vella
Sabrina Levissianos	

Diseño gráfico y maquetación

Suzanne Kunnen
Kristina Kuttinig

Procesamiento de datos y apoyo cartográfico

Gerald Kandulu
Preethi Perera
Umidjon Rakhmonberdiev
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 UNODC en la Subdivisión de Lucha contra la Corrupción y los Delitos Económicos y la Subdivisión de Lucha contra la Delincuencia Organizada y el Tráfico Ilícito de la División para Asuntos de Tratados; y la Subdivisión de Salud y Prevención del Uso Indebido de Drogas, la Sección de Prevención, Tratamiento y Rehabilitación, la Sección de Lucha contra el VIH/Sida y la Sección de Justicia de la División de Operaciones.

La Subdivisión de Investigación y Análisis de Tendencias agradece las valiosísimas contribuciones y el asesoramiento prestado por el Comité Consultivo Científico del *Informe Mundial sobre las Drogas*, que se constituyó en 2015 con los siguientes miembros:

Jonathan Caulkin
Paul Griffiths
Marya Hynes
Vicknasingam B. Kasinather
Letizia Paoli

Charles Parry
Peter Reuter
Francisco Thoumi
Alison Ritter
Brice de Ruyver

La Subdivisión de Investigación y Análisis de Tendencias agradece también los datos sobre análisis de aguas residuales proporcionados por SEWPROF y el Sewage Analysis CORE group Europe (SCORE), que se utilizaron en el capítulo 1 del presente informe.

Las investigaciones sobre el VIH para el capítulo 1 del presente informe han sido financiadas en parte por la Subdivisión de Salud y Prevención del Uso Indebido de Drogas y la Sección de Lucha contra el VIH/Sida de la División de Operaciones de la UNODC. Las investigaciones para el capítulo 2 han sido posibles gracias a la generosa contribución de la Federación de Rusia y la Agencia Alemana de Cooperación Internacional (GIZ).

NOTAS EXPLICATIVAS

Los límites geográficos, así como los nombres y las designaciones que figuran en los mapas, no implican la aprobación o aceptación oficial por parte 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.

Siempre que se utiliza la palabra “droga” en el presente informe se refiere a sustancias sometidas a fiscalización de conformidad con los tratados de fiscalización internacional de drogas.

A menos que se indique otra cosa, todos los análisis contenidos en el presente informe se basan 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 2015 Revision*.

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

Si no se indica otra cosa, el término “toneladas” denota toneladas métricas. La letra R representa el coeficiente de correlación, utilizado como medida de la solidez de una relación estadística entre dos o más variables, que oscila de 0 a 1 en el caso de una correlación positiva o de 0 a -1 en el caso de una correlación negativa; R² representa el cuadrado del coeficiente de correlación.

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

CICAD	Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (Organización de los Estados Americanos)
EMCDDA	Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías
Europol	Oficina Europea de Policía

FNUFUID	Fondo de las Naciones Unidas para la Fiscalización del Uso Indebido de Drogas
INCSR	Informe sobre la estrategia internacional de lucha contra los estupefacientes del Departamento de Estado de los Estados Unidos
INTERPOL	Organización Internacional de Policía Criminal
JIFE	Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes
MDMA	3,4-metilendioxi metanfetamina
MDPV	3,4-metilendioxi pirovalerona
NSP	nuevas sustancias psicoactivas
OCDE	Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos
OMA	Organización Mundial de Aduanas
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
PIB	Producto Interno Bruto
PMMA	<i>para</i> -metoxi metanfetamina
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
<i>alfa</i>-PVP	<i>alfa</i> -pirrolidinopentiofenona
SAMHSA	Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias (Estados Unidos de América)
SCORE	Sewage Analysis CORE group Europe

RESUMEN

“Reiteramos nuestro compromiso de intensificar nuestros esfuerzos por abordar y contrarrestar los retos y amenazas crecientes y persistentes de todos los aspectos del problema mundial de las drogas ... y recomendamos lo siguiente: ... promover, según proceda, la utilización y el análisis de datos pertinentes, fiables y objetivos ... a fin de mejorar la aplicación de estrategias, políticas y programas de fiscalización de drogas amplios, integrados y equilibrados ... y alentar el intercambio de mejores prácticas y experiencia adquirida.”

Documento final del período extraordinario de sesiones de la Asamblea General sobre el problema mundial de las drogas, titulado “Nuestro compromiso conjunto de abordar y contrarrestar eficazmente el problema mundial de las drogas”

El *Informe Mundial sobre las Drogas 2016* se publica tras un momento histórico en la política mundial en materia de drogas, el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General sobre el problema mundial de las drogas. En el capítulo I se presenta un panorama general de la oferta y la demanda de opiáceos, cocaína, cannabis, estimulantes de tipo anfetamínico y nuevas sustancias psicoactivas, así como sus efectos en la salud. También se examinan los datos científicos disponibles sobre el policonsumo de drogas, la demanda de tratamiento para problemas de abuso de cannabis y la evolución de la situación en algunas partes del mundo tras haberse legalizado el consumo de cannabis con fines recreativos. El capítulo II se centra, desde la perspectiva de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, en los mecanismos de la interacción entre el problema mundial de las drogas y el desarrollo sostenible en todos sus aspectos.

El consumo de drogas y sus consecuencias para la salud

Se calcula que 1 de cada 20 adultos, es decir, alrededor de 250 millones de personas de entre 15 y 64 años, consumieron por lo menos una droga en 2014. Aunque considerable, esa cifra –que equivale aproximadamente a la suma de la población de Alemania, Francia, Italia y el Reino Unido– no parece haber aumentado en los últimos cuatro años de manera proporcional a la población mundial. Sin embargo, dado que se calcula que más de 29 millones de personas que consumen drogas sufren trastornos relacionados con ellas, y que 12 millones de esas personas son consumidores de drogas por inyección, de los cuales el 14% viven con el VIH, el impacto del consumo de drogas en lo que respecta a sus consecuencias para la salud sigue siendo devastador.

El número de muertes relacionadas con las drogas, que en 2014 se calculó en alrededor de 207.400, es decir, 43,5 muertes por millón de personas de entre 15 y 64 años, ha permanecido estable en todo el mundo, aunque sigue siendo inaceptable y evitable. Las muertes por sobredosis representan aproximadamente entre un tercio y la mitad de todas las muertes relacionadas con las drogas, que en la mayoría de los casos se deben a los opioides. El período inmediatamente posterior a la excarcelación se asocia con un aumento considerable del riesgo

de muerte por causas relacionadas con drogas (principalmente por sobredosis), cuya tasa de mortalidad es mucho mayor que la mortalidad por todas las causas en la población general.

En muchos países las cárceles siguen siendo un entorno de alto riesgo de enfermedades infecciosas, lo que constituye un problema sanitario importante en ese entorno. Varios estudios revelan niveles elevados de consumo de drogas en las cárceles, incluido el consumo de opiáceos y de drogas por inyección. Además, la prevalencia del VIH, la hepatitis y la tuberculosis en los reclusos puede ser considerablemente mayor que en la población general. Sin embargo, pese a tratarse de un entorno de riesgo alto y a la eficacia científicamente comprobada de algunas intervenciones sanitarias, se observan deficiencias considerables en los servicios de prevención y tratamiento de muchas prisiones del mundo.

Las personas que se inyectan drogas se exponen a algunos de los peores daños para la salud asociados al consumo de drogas sin precaución, así como a un deterioro general de los resultados de salud, lo que incluye un alto riesgo de sobredosis, mortal o no, y a mayores probabilidades de muerte prematura. Una de cada siete personas que se inyectan drogas vive con el VIH, y una de cada dos con la hepatitis C. Esas personas son un grupo importante de la población en riesgo de contraer esas enfermedades: casi un tercio de los nuevos contagiados por el VIH fuera del África subsahariana son consumidores de drogas por inyección. Además, varios estudios han demostrado que las personas que se inyectan estimulantes incurren con más frecuencia que otras en comportamientos sexuales peligrosos, exponiéndose a un riesgo mayor de contagio por el VIH que las que se inyectan opiáceos.

El cannabis, cuyos consumidores sumaron 183 millones en 2014, sigue siendo la droga de consumo más frecuente en el mundo, seguida de las anfetaminas. El uso indebido de opiáceos y opioides sujetos a prescripción médica, cuyos consumidores se estiman en 33 millones de consumidores, es menos habitual, pero los opioides siguen siendo sustancias destacables por sus efectos potencialmente nocivos para la salud. El hecho de que se haya registrado un marcado aumento del consumo de heroína en algunos mercados (en particular de América del Norte) en que los anteriormente había disminuido demuestra que esa droga todavía constituye uno de los grandes problemas de salud pública.

A nivel mundial, en los últimos tres años se ha observado una tendencia general a la estabilización del consumo de cannabis. Sin embargo, en algunas subregiones, especialmente de América del Norte y Europa occidental y central, ese consumo ha aumentado. Tras un período de estabilidad, desde 2010 también ha ido aumentando el consumo de cocaína, debido principalmente al aumento del consumo de esa sustancia en América del Sur. Por otra parte, el consumo de anfetaminas parece mantenerse estable, pero tal vez esto no sea un fiel reflejo de la situación de algunas de las subregiones, concretamente Asia oriental y sudoriental, donde no se dispone de información reciente sobre el alcance del consumo de drogas.

El panorama mundial del consumo de drogas resulta más difuso porque muchas personas que consumen drogas, sea de manera ocasional o habitual, tienden a ser policonsumidoras que utilizan más de una sustancia simultánea o sucesivamente. Por ejemplo, el consumo con fines no médicos de medicamentos sujetos a prescripción médica, estimulantes sintéticos y nuevas sustancias psicoactivas (NSP) en lugar de medicamentos más convencionales, o en combinación

con ellos, enturbia la distinción entre los consumidores de una droga determinada, lo que en los últimos años ha configurado un panorama de epidemias cíclicas o interrelacionadas de consumo y consecuencias sanitarias conexas.

En el último decenio el tratamiento relacionado con el consumo de cannabis ha ido en aumento en muchas regiones. En varios países de Europa se ha observado un aumento del número de personas sometidas a tratamiento por ese problema, pese a haber disminuido el de consumidores frecuentes (consumo mensual). La proporción de las personas que se someten a tratamiento debido a trastornos relacionados con el consumo de cannabis por primera vez sigue siendo alta en todo el mundo, casi la mitad del total de quienes reciben tratamiento por consumo de cannabis. Los cambios de composición de los grupos de personas que reciben tratamiento por consumo de cannabis pueden atribuirse a varios factores, como las prácticas de remisión del sistema de justicia penal y la mayor cobertura de los servicios que administran ese tratamiento en algunos países. Aunque hay indicios de que en Europa y los Estados Unidos ha aumentado la oferta de cannabis de mayor potencia, no se ha determinado con claridad de qué manera esto podría agravar el daño para los consumidores.

En promedio, las personas más jóvenes buscan tratamiento por trastornos debidos con mayor frecuencia al consumo de cannabis y anfetaminas que al de otras drogas. Esto refleja la tendencia ascendente del consumo de cannabis y anfetaminas y el consiguiente aumento de las personas que se someten a tratamiento por trastornos relacionados con el consumo de dichas sustancias. Las personas en tratamiento por trastornos relacionados con los opioides o la cocaína suelen hallarse en la treintena, lo que en muchas subregiones refleja un envejecimiento de la cohorte de consumidores que reciben tratamiento y una disminución general de la demanda de tratamiento.

En general, los hombres tienen una probabilidad de consumir cannabis, cocaína o anfetaminas tres veces mayor que las mujeres, y estas tienden más que los hombres a consumir opioides y tranquilizantes con fines no médicos. Las disparidades de género en el consumo de drogas pueden atribuirse en mayor medida a las oportunidades de consumirlas en un entorno social que a la mayor o menor susceptibilidad o vulnerabilidad de uno de los géneros al consumo de drogas. Además, si bien la mayoría de los estudios indica que la prevalencia del consumo de drogas es mayor en los jóvenes que en los adultos, las diferencias de género en cuanto al consumo son menores entre los jóvenes que entre los adultos.

Oferta y mercados de drogas

De los cultivos para la producción de drogas, el más extendido sigue siendo el de cannabis, cuya existencia comunicaron en el período 2009-2014 129 países, cifra que supera en mucho los 49 (principalmente de Asia y América) que informaron del cultivo de adormidera, y los 7 (situados en América) que informaron del cultivo de coca. Haciendo abstracción de la disparidad de las cifras respectivas de los países cultivadores, el cultivo de adormidera ha venido disminuyendo desde el año anterior, en tanto que el de coca ha ido en aumento.

El cannabis sigue siendo la droga con que más se trafica en el mundo, aunque ha aumentado mucho la incautación de drogas sintéticas. Pese a que las sustancias sujetas a fiscalización internacional eran 234 en 2014 (244 en enero de 2016), la mayor parte del tráfico (como indican las incautaciones comunicadas, que reflejan tanto las actividades de las fuerzas del orden como

las corrientes de drogas) se concentró en un número mucho menor de sustancias. En el 95% de los países que presentaron informes en 2014 se interceptó cannabis en sus diversas formas, que representa más de la mitad de las 2,2 millones de incautaciones comunicadas ese año a la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), seguido de los estimulantes de tipo anfetamínico, los opioides y las sustancias relacionadas con la coca.

En todos los países fue mayor el número de hombres (en promedio el 90% del total) que el de mujeres que entraron en contacto formal con el sistema de justicia penal por tráfico de drogas o por posesión de drogas para consumo personal. Sin embargo, la presentación de datos desglosados por sexo ha mejorado con los años y refleja que el número de mujeres detenidas por delitos relacionados con drogas ha aumentado en términos absolutos. No obstante, el porcentaje de mujeres detenidas por cuestiones relativas a drogas, en particular delitos relacionados con su tráfico, registró una tendencia a la baja, aunque con fluctuaciones, en el período 1998-2014.

Es posible que en los últimos años haya aumentado la oferta de drogas por Internet, incluido en el mercado anónimo en línea de la “red oscura”. Esto es motivo de inquietud por la posible utilización de esa “red oscura” para captar a nuevos grupos de consumidores, al facilitarse el acceso a las drogas tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo.

Opiáceos

En 2015 la producción mundial de opio, que tiene lugar principalmente en Asia sudoccidental y, en menor medida, Asia sudoriental y América Latina, disminuyó en un 38% respecto del año anterior, hasta llegar a alrededor de 4.770 toneladas, es decir, a los niveles de finales de la década de 1990. Esa disminución se debió principalmente a la menor producción de opio en el Afganistán (que se redujo en un 48% respecto del año anterior), en gran medida como consecuencia de los bajos rendimientos obtenidos en las provincias meridionales de ese país. Sin embargo, en el Afganistán siguen concentrándose casi dos tercios de la superficie mundial de cultivo ilícito de adormidera (183.000 hectáreas), superficie que disminuyó en un 11% respecto del año anterior, a aproximadamente 281.000 hectáreas.

Según cálculos de la UNODC, en los últimos años apenas ha variado el número mundial de consumidores de opiáceos (es decir, opio, morfina y heroína), que en 2014 seguían siendo unos 17 millones. Parece poco probable que la marcada baja de la producción de opio registrada en 2015 cause una escasez grave en el mercado mundial de heroína, habida cuenta de los elevados niveles de producción de años anteriores. La acumulación o el agotamiento de las existencias de opio de años anteriores puede servir para contrarrestar las fluctuaciones anuales de la producción y mantener la oferta de heroína en los mercados de consumo. Se requeriría un período de disminución sostenida de la producción de opio para que sus efectos se sintieran en el mercado de la heroína.

Efectivamente, el mercado mundial de opiáceos parece mantenerse estable pese a las grandes variaciones regionales. Hay indicios de que el consumo de heroína está repuntando en algunos países en que había disminuido. Durante el decenio anterior aumentó en América del Norte, lo que se reflejó en un mayor número de muertes relacionadas con esa droga. En cambio, en Europa occidental y central las tendencias a largo plazo siguen siendo estables o descendentes desde finales de la década de 1990. Sin embargo, se observan los primeros indicios de un

repunte del mercado de la heroína, como el incremento de la disponibilidad y el consumo de esa droga en algunos mercados de Europa, así como el gran aumento del volumen de algunas incautaciones de heroína destinada a Europa. En tanto, conforme a las tendencias observadas que se han comunicado a la UNODC, es posible que el consumo de opiáceos haya aumentado en África. Los expertos señalan que el consumo general de opiáceos en Asia se mantuvo en gran medida estable en el período 1998-2014, mientras que en Oceanía disminuyó.

La tasa mundial de interceptación de opiáceos se duplicó entre el período 1980-1997 (especialmente después del período extraordinario de sesiones de la Asamblea General sobre el problema mundial de las drogas celebrado en 1998) y el período 2009-2014. La mayor cantidad de opiáceos incautados se registra en Asia sudoccidental, seguida de Europa. La República Islámica del Irán, donde se registra el 75% de la incautación mundial de opio, el 61% de la de morfina y el 17% de la de heroína, comunicó en 2014 las mayores incautaciones agregadas de opiáceos en todo el mundo.

La llamada “ruta de los Balcanes”, que abastece de opiáceos afganos a Europa occidental y central a través de la República Islámica del Irán y Turquía, pasando por Europa sudoriental, sigue siendo la ruta de tráfico de heroína más importante. Sin embargo, ha adquirido más importancia la llamada “ruta meridional” (que pasa por el Pakistán o la República Islámica del Irán y se dirige por mar hacia la región del Golfo, África (especialmente África oriental), Asia meridional y, en menor medida, Asia sudoriental, la región de Oceanía y América del Norte). Mientras tanto, ha comenzado a resurgir, tras haberse reducido en el período 2008-2012, el tráfico de opiáceos por la llamada “ruta septentrional”, que va desde el Afganistán hacia los Estados vecinos de Asia central, la Federación de Rusia y otros países de la Comunidad de Estados Independientes, al tiempo que va intensificándose el tráfico desde el Triángulo de Oro, principalmente por el aumento de los niveles de producción de opio registrado en Myanmar después de 2006. Además, el tráfico de heroína sigue aumentando en América, donde la incautación de heroína y morfina aumentó de un promedio de 4 toneladas en el período 1998-2008 a 7 toneladas anuales en el período 2009-2014, lo que está en consonancia con el aumento de la producción de opio comunicado en América Latina durante esos períodos.

Cocaína

Aunque en 2014 el cultivo mundial de arbusto de coca aumentó en un 10% respecto del año anterior, la superficie real de cultivo fue la segunda más reducida desde finales del decenio de 1980. La fabricación mundial de cocaína fue ligeramente superior a la del año anterior, pero siguió manteniéndose entre un 24% y un 27% por debajo del máximo alcanzado en 2007, de manera que en lo esencial retrocedió a los niveles comunicados a finales de la década de 1990. Al mismo tiempo, hay indicios de que el aumento de la fabricación mundial de cocaína observado en 2014 no fue un fenómeno aislado, sino que podría haberse repetido en 2015.

Es posible que esté recuperando importancia el tráfico de cocaína a través de África, y también hay indicios de que ha aumentado el tráfico de cocaína con destino a Asia, en particular Asia oriental y sudoriental y el Oriente Medio, ya que en dicho continente se ha triplicado la incautación de esa droga, que pasó de una media de 0,45 toneladas anuales en el período 1998-2008 a 1,5 toneladas anuales en el período 2009-2014. En Oceanía, el mercado de cocaína parece estar estabilizándose tras el rápido crecimiento experimentado en el decenio anterior.

Pese a esas fluctuaciones regionales, la prevalencia anual del consumo de cocaína permaneció bastante estable a nivel mundial en el período 1998-2014, oscilando entre el 0,3% y el 0,4% de la población de 15 a 64 años de edad. Sin embargo, como la población ha aumentado también lo ha hecho el número de consumidores, que pasó de unos 14 millones en 1998 a 18,8 millones en 2014. Entre tanto, es probable que haya disminuido el consumo per cápita de cocaína a consecuencia de la reducción de la cantidad disponible para el consumo en el período 2007-2014, vinculada principalmente a la disminución de la producción en la región andina. Paralelamente, en América del Norte ha disminuido el número de consumidores abusivos de cocaína. Ello indica que el mercado de la cocaína se ha reducido en general, aunque en varios mercados nuevos sigue aumentando el número de consumidores (sociales más que habituales).

Cannabis

Pese a algunas variaciones importantes registradas en ciertas regiones, el consumo mundial de cannabis se ha mantenido relativamente estable en los últimos años. En 2014, alrededor del 3,8% de la población mundial había consumido cannabis durante el año anterior, y ese porcentaje no ha variado desde 1998. El número total de consumidores de cannabis se ha elevado desde ese año en forma paralela al aumento de la población mundial. América, seguida de África, sigue siendo la principal región en que se produce y consume hierba de cannabis; allí se llevaron a cabo alrededor del 75% de las incautaciones mundiales de hierba de cannabis en 2014, mayormente en América del Norte, en tanto que en África y Europa se efectuaron el 14% y el 5% de las incautaciones, respectivamente. Por otra parte, Europa, el norte de África, el Cercano Oriente y el Oriente Medio siguen siendo los principales mercados de resina de cannabis, la mayor parte de la cual todavía se produce en Marruecos y el Afganistán, como refleja la información presentada por los Estados Miembros sobre el origen de la resina de cannabis incautada. En 2014, las mayores cantidades de resina de cannabis, el 40% del total, se incautaron una vez más en Europa occidental y central.

En los Estados Unidos, si bien es preciso seguir observando periódicamente indicadores de resultados como la carga para los sistemas de salud y justicia penal, los datos recientes de los estados que han legalizado el consumo recreativo de marihuana indican que ha aumentado el consumo de cannabis, como reflejan también los indicadores de salud y seguridad pública (incidencia del cannabis en el número de ingresos a los servicios de urgencias, hospitalizaciones, accidentes de circulación y muertes causadas por estos), en tanto que ha disminuido el número de detenciones, procesos judiciales y remisiones a tratamiento desde el sistema de justicia penal que guardan relación con el cannabis.

Drogas sintéticas: estimulantes de tipo anfetamínico y nuevas sustancias psicoactivas

Al cabo de tres años de estabilidad relativa, la incautación de estimulantes de tipo anfetamínico alcanzó en 2014 un nuevo máximo, superior a 170 toneladas. Desde 2009 la incautación mundial de anfetamina fluctúa anualmente entre 20 y 46 toneladas, mientras que la de éxtasis se duplicó con creces en 2014, llegando a 9 toneladas, frente a las medias anuales de entre 4 y 5 toneladas registradas desde 2009. En los últimos años la mayor parte de la incautación anual mundial de estimulantes de tipo anfetamínico ha correspondido a la metanfetamina, pero, si bien esa sustancia es habitual en todos los mercados de estimulantes anfetamínicos, predomina

especialmente en Asia oriental y sudoriental y América del Norte. Desde 2009 la mayor parte de la incautación mundial anual de metanfetamina se registra en esas tres subregiones. En comparación con otras subregiones, América del Norte ha comunicado sistemáticamente el mayor volumen de incautación anual de esa sustancia, mientras que en Asia oriental y sudoriental se cuadruplicaron prácticamente las incauciones comunicadas entre 2009 y 2014.

En Oceanía se observa desde 2012 un gran aumento de la incautación de metanfetamina. En esa región es cada vez mayor el número de consumidores de metanfetamina cristalina, así como la frecuencia del consumo en ciertos grupos de consumidores, al tiempo que aumenta la pureza de la metanfetamina y disminuyen los precios ajustados en función de la pureza, todo lo cual podría agravar los efectos negativos en la salud de las personas y la sociedad en general.

Se comunicó que entre marzo de 2014 y noviembre de 2015 se habían incautado en el Oriente Medio grandes cantidades de comprimidos de anfetamina etiquetados con el nombre comercial “Captagon”. En 2013 y 2014 se observó que la mayoría de las incauciones de anfetamina comunicadas en el Oriente Medio correspondía a remesas procedentes del Líbano y la República Árabe Siria. En el mismo período, algunos países del Oriente Medio que comunicaron incauciones de anfetamina comprobaron que las remesas iban en tránsito hacia otros destinos de la región.

El mercado de NSP sigue caracterizándose por el gran número de sustancias nuevas de las que se informa. Aunque todavía se están reuniendo los datos correspondientes a 2015, en ese año se informó a la UNODC de 75 sustancias nuevas por primera vez, frente a un total de solo 66 en 2014. Entre 2012 y 2014 la mayoría de las sustancias notificadas por primera vez pertenecía al grupo de los cannabinoides sintéticos, pero los datos de 2015 comunicados hasta la fecha revelan una tendencia diferente: en primer lugar, el número de catinonas sintéticas (20) de las que se informó por primera vez fue casi igual que el de cannabinoides sintéticos (21); y en segundo lugar, se informó por primera vez de una gran diversidad de sustancias (21) que no pertenecían a ninguno de los grupos principales identificados en años anteriores, como opioides sintéticos (por ejemplo, derivados del fentanilo) y sedantes (por ejemplo, benzodiazepinas).

En los últimos años se ha notificado la incautación de cantidades considerables de NSP. El mercado mundial de NSP sintéticas sigue estando dominado por los cannabinoides sintéticos (de los que se incautaron 32 toneladas); en 2014 las mayores incauciones se realizaron en América del Norte, concretamente los Estados Unidos, donde se incautaron 26,5 toneladas de un total mundial de 34 (excluida las NSP de origen vegetal y la ketamina). Sin embargo, la incautación mundial de catinonas sintéticas ha aumentado constantemente desde 2010, año en que se comunicó por primera vez la existencia de esas sustancias, triplicándose en 2014 respecto del año anterior hasta llegar a 1,3 toneladas.

La vigilancia de las NSP que ejerce la UNODC desde 2008 ha revelado hasta la fecha una situación bastante dinámica de la oferta, con algunos rasgos de persistencia (aparece un número reducido de sustancias que se propagan y se mantienen durante varios años) y cambio (una cantidad considerable de ellas aparece por breve tiempo o únicamente en el plano local).

El problema mundial de las drogas y el desarrollo sostenible

“Acogemos con beneplácito la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, y observamos que los esfuerzos encaminados a lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible y abordar eficazmente el problema mundial de las drogas son complementarios y se refuerzan mutuamente.”

Documento final del período extraordinario de sesiones de la Asamblea General sobre el problema mundial de las drogas, titulado “Nuestro compromiso conjunto de abordar y contrarrestar eficazmente el problema mundial de las drogas”

El problema mundial de las drogas está ligado a todos los aspectos del desarrollo sostenible. El análisis del problema de las drogas y de las medidas adoptadas al respecto, desde la perspectiva de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, revela los mecanismos de esa interacción. Todos los ámbitos del desarrollo sostenible establecidos en los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible determinan la naturaleza y la dinámica del problema de las drogas. Al mismo tiempo, la forma en que el problema de las drogas y las medidas adoptadas al respecto repercuten en el desarrollo se observa en los planos individual, comunitario y nacional. Al analizar esos nexos, los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible se han dividido en cinco grandes esferas: desarrollo social, desarrollo económico, sostenibilidad ambiental, sociedades pacíficas, justas e inclusivas, y alianzas.

Desarrollo social



Objetivo de Desarrollo Sostenible 10

Reducir la desigualdad en los países y entre ellos

No reconocer o no comprender que la drogodependencia es un problema de salud refuerza el ciclo de marginación que a menudo afecta a las personas con trastornos relacionados con el consumo de drogas, lo que dificulta su recuperación e integración social. Además, la actitud estigmatizadora hacia los consumidores de drogas, en que podría incurrir incluso el personal de los servicios de atención de la salud, puede obstaculizar la administración de tratamiento eficaz a quienes más lo necesitan.

Salud**Objetivo de Desarrollo Sostenible 3**

Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades

El estudio sobre la carga mundial de morbilidad (*Global Burden of Disease Study*) indica que las muertes prematuras o las discapacidades causadas en su conjunto por los opioides, la cocaína, las anfetaminas y el cannabis supusieron en 2013 la pérdida de casi 12 millones de años de vida, más de 8 millones de los cuales se perdieron por trastornos relacionados con el consumo de opioides. En cuanto a los efectos negativos de las drogas en la salud, uno de los factores de riesgo es su forma de administración. Los consumidores de drogas por inyección, en particular, se exponen a un riesgo mayor de sobredosis y contagio, incluso por virus de transmisión sanguínea como el VIH y la hepatitis C, que quienes las fuman, ingieren o inhalan. El consumo de drogas puede repercutir en la salud de la sociedad en general, porque las personas que se inyectan drogas pueden convertirse en un grupo a través del cual se contagian enfermedades de transmisión sexual a otros subgrupos y la población en general. Además, algunos estudios corroboran la hipótesis de que el consumo de ciertos estimulantes (por inyección o de otro modo) puede influir incluso en la conducta sexual, lo que aumenta la probabilidad de comportamientos de alto riesgo y de transmisión sexual; esto causa preocupación especialmente en el caso de determinados grupos de riesgo, como los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres.

Entre sus metas, el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 incluye expresamente la de “fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes”. Las políticas en materia de drogas basadas en datos científicos pueden, si prevén medidas de prevención y tratamiento, mitigar los efectos negativos para la salud del consumo de drogas. Sin embargo, si no se ajustan bien a los principios de los tratados de fiscalización internacional de drogas, podrían dificultar el acceso a drogas fiscalizadas para fines médicos y de investigación. Las tres cuartas partes de la población mundial todavía tienen escaso o nulo acceso a los medicamentos que contienen estupefacientes y no reciben en grado suficiente tratamiento para el dolor moderado a agudo. En la meta 3.b de los Objetivos de Desarrollo Sostenible se reconoce la importancia del acceso a medicamentos esenciales, entre los cuales suelen figurar drogas fiscalizadas como la morfina, la codeína, el diazepam y el fenobarbital.

Las mujeres, las niñas y los jóvenes

El consumo de drogas socava los aspectos del desarrollo sostenible relacionados con la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres y las niñas. Hay marcadas diferencias entre los consumidores de drogas de uno y otro sexo en cuanto a las drogas que consumen de preferencia y su vulnerabilidad a ellas. Esa circunstancia, unida al hecho de que los consumidores de varios tipos de drogas son predominantemente hombres, crea el peligro de que los servicios continuos de atención no se ajusten en grado suficiente a las necesidades de las consumidoras, que además tienen poco acceso a ellos.



Objetivo de Desarrollo Sostenible 5

Lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y las niñas

Las mujeres afectadas por la drogodependencia y el VIH son más vulnerables y sufren mayor estigmatización que los hombres. Son más propensas que estos a sufrir trastornos de salud mental concomitantes, y es más frecuente que hayan sido víctimas de violencia y abusos. Además, a menudo, también soportan una pesada carga de violencia y privaciones relacionadas con la drogodependencia de sus familiares, lo que dificulta el logro de la meta de desarrollo sostenible de eliminar todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas. Las mujeres delincuentes y las reclusas, especialmente las que padecen trastornos relacionados con el consumo de drogas, se enfrentan a situaciones especialmente difíciles porque, en muchos casos, los sistemas de justicia penal aún no están en condiciones de atender las necesidades especiales de la mujer.

El consumo de drogas afecta con frecuencia a las personas en sus años más productivos. Cuando los jóvenes caen en el ciclo del consumo, e incluso en el tráfico, en lugar de aprovechar las posibilidades de empleo lícito y educación, se crean en realidad obstáculos manifiestos para el desarrollo de personas y comunidades.

Desarrollo económico



Objetivos de Desarrollo Sostenible 1

Poner fin a la pobreza en todas sus formas y en todo el mundo

Los estragos que causa el problema de las drogas pueden variar en magnitud y forma en los países, desarrollados o en desarrollo, pero de un modo u otro afectan a todos. La vulnerabilidad a las drogas, ya se manifieste en el cultivo, la producción, el tráfico o el consumo, existe en la totalidad de los países, sea cual fuere su nivel de desarrollo.

La relación entre el desarrollo económico y las drogas es particularmente evidente en el caso del cultivo ilícito para la producción de drogas. En las zonas rurales, algunos problemas socioeconómicos como la pobreza y la falta de medios de vida sostenibles son factores de riesgo importantes que llevan a los agricultores a dedicarse a esos cultivos. También son manifestaciones de un bajo nivel de desarrollo que, unidas a otros problemas ligados a la seguridad y la gobernanza que lo obstaculizan, propician el cultivo ilícito en gran escala.

También hay nexos estrechos entre la pobreza y el consumo de drogas, aunque son complejos y hacen que una y otro se refuercen mutuamente. Ciertamente, las más afectadas por el problema del consumo de drogas son las personas pobres en relación con las sociedades en que viven, como se observa claramente en los países más ricos. En términos amplios, existe una estrecha relación entre las situaciones de desventaja social y económica y los trastornos relacionados con

el consumo de drogas. También se observa ese paralelismo al examinar las distintas consecuencias de la marginación y la exclusión social, como el desempleo y los bajos niveles de educación.

Aparte del grado de desarrollo, hay muchos factores, entre ellos la ubicación geográfica, que inciden en el carácter del problema de las drogas en un país determinado. La proximidad a una zona de producción de drogas o una ruta de tráfico importante puede explicar, por ejemplo, las tasas de consumo de opiáceos superiores a la media que se observan en el Cercano Oriente, el Oriente Medio y Asia sudoccidental, así como el consumo de cocaína, incluido el *crack*, en América del Sur y África occidental. El desglose de los datos nacionales sobre los consumidores de drogas por nivel de ingresos revela, sin embargo, que la prevalencia del consumo en el año anterior tiene a ser mayor en los países de ingresos altos. Las drogas por las que se pagan precios relativamente altos, y en definitiva más lucrativas para los traficantes, se introducen con mayor facilidad en los países de ingresos per cápita comparativamente elevados. En el caso de sustancias como la cocaína y la heroína, el grado de desarrollo económico contribuye a la formación de mercados de consumo grandes en cuanto al número de consumidores y las ganancias que reportan.

Los distintos niveles de bienestar socioeconómico de los países también inciden en el tipo de drogas que se consume. Por ejemplo, en los Estados Unidos la relación entre el consumo de drogas y el desempleo es mucho más estrecha en el caso del *crack* que en el de otros tipos de cocaína.

Los mercados de drogas tienden a verse influidos por la idiosincrasia de los respectivos países, desarrollados o en desarrollo, pero los grandes mercados de ciertas sustancias, en particular la cocaína y las sustancias sintéticas, se han afianzado primero en los países desarrollados antes de extenderse a los países en desarrollo. Algunos ejemplos notables son la aparición del éxtasis y otros alucinógenos en América del Norte y Europa, así como la constante proliferación del consumo de NSP en Europa, el Japón y América del Norte. Por ello, la relación entre el desarrollo y el problema de las drogas debe considerarse en términos dinámicos.

Sostenibilidad del medio ambiente



Meta 15.5 de los Objetivo de Desarrollo Sostenible

Adoptar medidas urgentes y significativas para reducir la degradación de los hábitats naturales, detener la pérdida de biodiversidad y, de aquí a 2020, proteger las especies amenazadas y evitar su extinción

El cultivo ilícito tiene lugar con frecuencia en zonas boscosas y contribuye a la deforestación cuando conlleva la tala de bosques. Además, muchas veces se da en lugares de importancia decisiva para la biodiversidad en que viven muchas especies de hábitat limitado y que, en algunos casos, son zonas protegidas. Esas actividades tienden a realizarse cerca de la frontera agrícola, que marca el límite entre los bosques primarios y las zonas explotadas, y pueden conllevar la roturación de bosques. Aunque los datos empíricos y un análisis riguroso no corroboran la afirmación de que el cultivo ilícito es el principal factor de la deforestación, las investigaciones indican que la falta de desarrollo rural propicia ese fenómeno. Además, los

análisis han demostrado que el tráfico de drogas puede incidir directamente en la deforestación, debido a la construcción de infraestructura como pistas de aterrizaje y caminos ilegales, así como indirectamente mediante la privatización de tierras públicas para crear “narcohaciendas”. Cuando las iniciativas de erradicación obligan a trasladar los cultivos para la producción de drogas, ello puede causar deforestación, porque los agricultores reaccionan buscando zonas fuera del alcance de las fuerzas del orden.

La eliminación de los productos químicos utilizados en la fabricación ilícita de cocaína y opiáceos también puede repercutir negativamente en el medio ambiente, al agravar la contaminación y los riesgos sanitarios para las comunidades rurales. En el caso de las drogas sintéticas, las consecuencias para los centros urbanos no solo plantean riesgos para la salud, sino que también afectan al entorno urbano e industrial.

Sociedades pacíficas, justas e inclusivas

La violencia, el estado de derecho, la corrupción y las corrientes financieras ilícitas



Objetivo de Desarrollo Sostenible 16

Promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar el acceso a la justicia para todos y construir a todos los niveles instituciones eficaces e inclusivas que rindan cuentas

Entre las metas vinculadas al Objetivo de Desarrollo Sostenible 16, todas las relacionadas con la reducción de la violencia, el fortalecimiento del estado de derecho y el acceso a la justicia, así como la represión de la delincuencia organizada, la delincuencia económica (la corrupción y el soborno) y las corrientes financieras ilícitas, tienen nexos importantes con el problema mundial de las drogas y las medidas adoptadas para abordarlo.

En sus distintas etapas, el problema de las drogas se manifiesta en diversas formas de violencia. El consumo de drogas puede conducir a actos de violencia relacionados con los efectos psicoactivos de las drogas, así como a delitos que se cometen con el fin de obtener fondos para comprarlas. Sin embargo, la intensidad de la violencia relacionada con las drogas es mayor cuando va unida al tráfico (violencia sistémica), como demuestra el ejemplo de América Latina. Los efectos traumáticos de la violencia también pueden aumentar la vulnerabilidad al consumo de drogas.

Sin embargo, el tráfico y la producción de drogas no necesariamente generan violencia, como demuestra el bajo número de homicidios en los países de tránsito afectados por las rutas de tráfico de opiáceos en Asia. Las variaciones podrían obedecer a las características del mercado y las organizaciones de tráfico de drogas: la competencia puede generar violencia en los mercados ilícitos, aunque también es posible que influya en ello la disparidad de las redes de tráfico en cuanto a su estructura interna, que puede caracterizarse por diversos grados de cohesión y jerarquización.

Las ganancias que reporta el tráfico de drogas son uno de los principales alicientes para que algunos grupos armados no estatales, entre ellos organizaciones terroristas, se dediquen al tráfico de drogas o lo faciliten. En varios países, los recursos generados por mercados ilícitos como los de drogas han contribuido a complicar y extender los conflictos armados, y con frecuencia han aumentado su poder letal. En general, el tráfico de drogas florece cuando la presencia del Estado es débil, el estado de derecho no se aplica a todos por igual y existen oportunidades de corrupción. Al mismo tiempo, la riqueza y el poder de las organizaciones de narcotraficantes les proporcionan recursos para comprar la protección de las fuerzas del orden, los políticos y el sector empresarial, lo que refuerza la corrupción.

En toda la cadena de producción y distribución de drogas se generan ganancias, pero las más cuantiosas suelen obtenerse en la etapa final. En un estudio reciente de la UNODC se calculó que casi la mitad del lucro obtenido a lo largo de la ruta principal del tráfico de heroína entre el Afganistán y Europa correspondía a los cuatro mayores mercados europeos de consumo: Alemania, Francia, Italia y el Reino Unido. Sin embargo, el tamaño de la economía ilícita ligada a las drogas, comparado con el de la economía lícita, tiende a ser mayor en los países productores de drogas, debido en parte a que sus economías son relativamente más pequeñas. Esa disparidad es especialmente pronunciada en el Afganistán, donde, según cálculos de la UNODC el valor total de la economía ilícita basada en los opiáceos fue de 2.800 millones de dólares en 2014, equivalentes al 13% del producto interno bruto (PIB). El blanqueo de ese producto ilícito se realiza por distintas vías, que van de operaciones descentralizadas y en pequeña escala, como giros postales o remesas, a mecanismos complejos basados en empresas pantalla. Esos tipos de corrientes financieras ilícitas son indispensables para la supervivencia de los grupos delictivos y constituyen una grave amenaza para el desarrollo sostenible.

Alianzas



Objetivo de Desarrollo Sostenible 17

Fortalecer los medios de implementación y revitalizar la Alianza Mundial para el Desarrollo Sostenible

El Objetivo de Desarrollo Sostenible 17 está estrechamente ligado a los principios de la cooperación internacional y la responsabilidad compartida consagrados en los tratados de fiscalización de drogas. Sin embargo, si se analizan en su conjunto, la asistencia de los donantes para el desarrollo y la que estos prestan en los sectores relacionados con las drogas exhiben tendencias opuestas: la asistencia oficial para el desarrollo ha aumentado en general, mientras que la destinada a los sectores relacionados con las drogas ha disminuido considerablemente desde 2008.

¿De qué modo repercuten en el desarrollo sostenible las medidas de intervención ante el problema de las drogas?

Iniciativas de reducción de la oferta y la demanda de drogas

Las iniciativas para eliminar los cultivos ilícitos pueden repercutir en la fuente de ingresos y las oportunidades de empleo de los agricultores y los trabajadores agrícolas. Además, las investigaciones han demostrado que esas iniciativas favorecen el desarrollo en las comunidades afectadas únicamente si comprenden medidas orientadas a garantizar medios de vida alternativos y restablecer la seguridad y el estado de derecho. Algunos ejemplos de Colombia y el Perú han demostrado que los nexos de la población con los grupos armados y el tráfico de drogas pueden debilitarse mediante programas eficaces de desarrollo alternativo.

Las intervenciones de las fuerzas del orden se orientan a restablecer el estado de derecho, piedra angular de la gobernanza y el desarrollo sostenible, y también pueden influir en la disponibilidad de drogas en los mercados ilícitos, no solo al reducir la oferta mediante la interceptación, sino también al aumentar el riesgo para los traficantes, lo cual eleva el precio de las drogas en los mercados de consumo. Sin embargo, las actividades de represión también pueden generar violencia, en particular si afectan a la estructura interna y externa de los mercados ilegales. Las investigaciones indican que centrar las actividades de represión y vigilancia tanto en los protagonistas como en los eslabones más lucrativos y violentos de la cadena del tráfico de drogas puede resultar especialmente eficaz para reducir la violencia. Por otra parte, las estrategias orientadas a desarticular rápidamente las organizaciones de tráfico de drogas y reducir la violencia a corto plazo generan en ocasiones más violencia.

Si se basan en datos científicos, las medidas de prevención, intervención temprana, tratamiento, atención, recuperación, rehabilitación e integración social, así como el conjunto de medidas continuas de atención para las personas que consumen drogas, reducen el consumo de drogas y con ello su repercusión en la salud pública, que es uno de los aspectos más importantes del bienestar de la sociedad. Se ha demostrado también que algunas de las medidas señaladas inhiben otros comportamientos de riesgo, como la agresividad y el ausentismo escolar. Sus beneficios favorecen tanto a los propios consumidores de drogas como a la sociedad en general, y han resultado eficaces para prevenir, por ejemplo, el VIH y la hepatitis viral.

Las intervenciones para reducir la demanda de drogas son eficaces si se basan en medidas de eficacia demostrada, como las orientadas a minimizar las consecuencias adversas del uso indebido de drogas en los ámbitos social y de la salud pública, entre las que figuran programas adecuados de distribución de agujas y jeringuillas, la terapia de sustitución de opiáceos, la terapia antirretroviral y otras intervenciones pertinentes destinadas a prevenir la transmisión del VIH, la hepatitis viral y otras enfermedades de transmisión sanguínea relacionadas con el consumo de drogas. En cambio, el internamiento obligatorio en centros de tratamiento del abuso de drogas con frecuencia dificulta la ya problemática vida de las personas que consumen drogas y las que sufren drogodependencia, en particular las más jóvenes y vulnerables.

Los sistemas de justicia penal y el costo de las políticas en materia de drogas

Como en el caso de las actividades de las fuerzas del orden en general, si las operaciones están a cargo de instituciones imparciales, transparentes, eficaces y ajustadas a las normas de derechos humanos, se promueve con ellas el estado de derecho y la administración de justicia en condiciones de igualdad. En cambio, si no respetan esos principios pueden inducir a una represión indiscriminada y a la violación de los derechos ciudadanos.

Los escasos datos disponibles indican que más del 75% de las personas encarceladas por delitos relacionados con drogas han sido condenadas por tráfico y menos del 25% por posesión de drogas para consumo personal. Hay diferencias entre jurisdicciones en cuanto a las definiciones, las facultades discrecionales de los fiscales y el tipo y rigor de las sanciones por delitos relacionados con las drogas. En algunas regiones, algunos países aplican enfoques más punitivos, lo que puede significar penas de cárcel, cuando se trata de personas detenidas por delitos menores relacionados con las drogas, como la posesión de pequeñas cantidades para consumo personal. En cambio, varios países han optado por reducir la dureza de las sanciones, adoptando medidas sustitutivas de la privación de libertad o las penas (como multas, amonestaciones, libertad vigilada u orientación) en los casos de delitos menos graves de consumo personal sin agravantes. Recurrir excesivamente a las penas de privación de libertad para castigar los delitos leves relacionados con drogas no sirve para reducir la reincidencia, y además sobrecarga los sistemas de justicia penal, lo que les impide ocuparse con eficacia de los delitos graves. Se ha demostrado que prestar servicios de tratamiento y atención de base empírica a los delincuentes que consumen drogas, como medida sustitutiva del encarcelamiento, aumenta sustancialmente las probabilidades de recuperación y reduce la reincidencia.

Costo de las políticas en materia de drogas

Muchos de los costos directos e indirectos del problema de las drogas pueden cuantificarse en términos monetarios. Así se ha hecho en varios estudios económicos, cuyos resultados mostraron que dichos costos fluctuaban entre el 0,07% y el 1,7% del PIB de los países examinados. Además, en la mayoría de esos países se observó que un elevado porcentaje de los costos totales correspondía a las intervenciones (por ejemplo, de prevención, tratamiento y represión) para reducir la demanda y la oferta de drogas, y no a la pérdida de productividad y otros costos indirectos. Es importante tener presente que, si bien los estudios económicos generalmente tienen en cuenta una gran diversidad de costos directos e indirectos del problema de las drogas, estos suelen limitarse a los que se pueden cuantificar en términos monetarios. Los costos no tangibles, como la pérdida de vidas y el deterioro de la calidad de vida, no se suelen cuantificar, y si se cuantifican se hace habitualmente empleando criterios de medición no monetarios, como los años de vida perdidos o los que se viven con una discapacidad. Aunque esos estudios pueden ser muy útiles para evaluar el costo económico de las drogas para la sociedad, al evaluar las repercusiones del problema mundial de las drogas y formular políticas para abordarlo se deben considerar también otros aspectos.

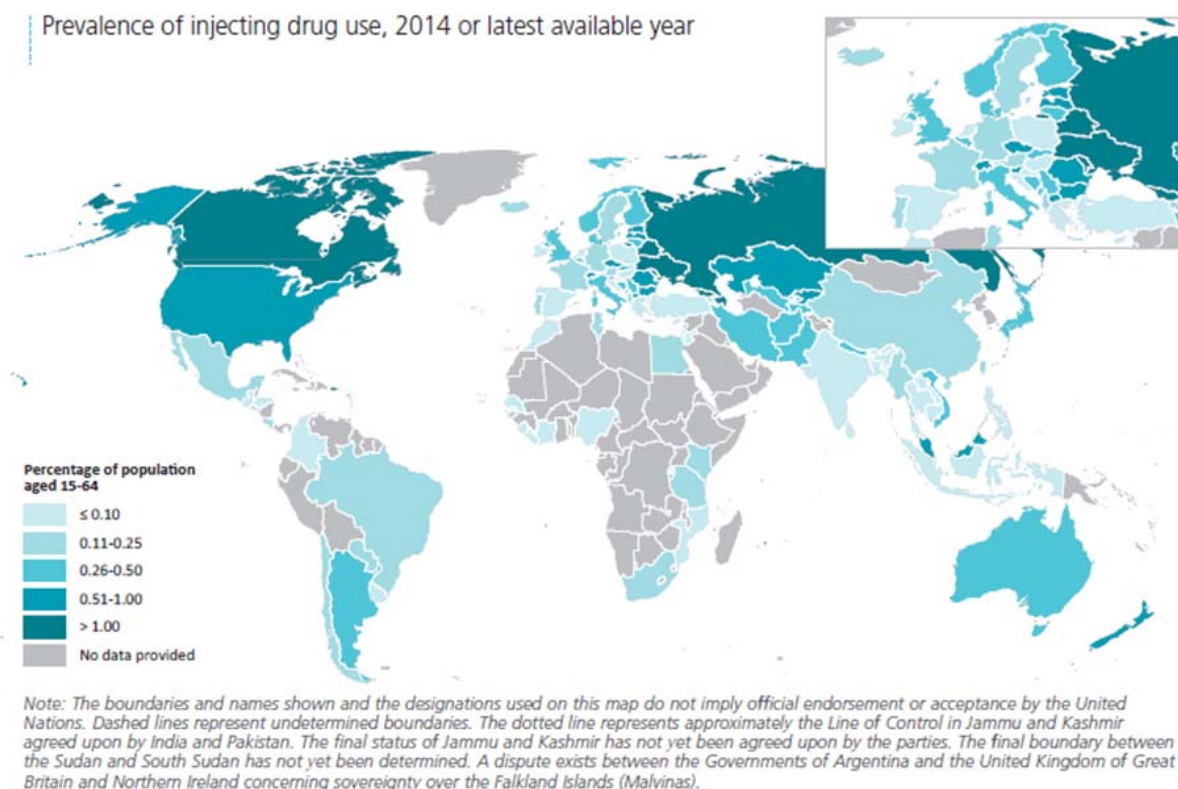
Impacto del desarrollo en el problema mundial de las drogas

El desarrollo puede reducir la vulnerabilidad de los agricultores a los factores que los inducen a dedicarse al cultivo y la producción ilícitos, así como reducir sosteniblemente el cultivo para la producción de drogas. Sin embargo, si en las intervenciones orientadas al desarrollo no se tiene en cuenta el grado en que la comunidad se ve expuesta a determinados problemas relacionados con las drogas, esas intervenciones pueden generar inadvertidamente una dinámica que aumenta el cultivo ilícito, como demuestra el caso de los grandes programas de desarrollo ejecutados a comienzos de las décadas de 1960 y 1970 en la región andina.

Las iniciativas que facilitan el comercio y reducen las barreras comerciales se utilizan para impulsar el desarrollo económico, pero la globalización también puede repercutir en el tráfico de drogas. Al promover la expansión del comercio y las redes de transporte mundiales, la apertura comercial puede a su vez facilitar la cooperación y la formación de alianzas entre organizaciones delictivas de distintos países, así como, en algunos casos, dificultar la labor de las fuerzas del orden para vigilar el comercio internacional.

El consumo de determinadas drogas como la cocaína y las sustancias sintéticas está actualmente más extendido geográficamente que en el pasado, mientras que Europa, América del Norte y Oceanía se ven cada vez más afectadas por el consumo de NSP. Al mismo tiempo, se está produciendo un rápido crecimiento económico en extensas zonas del mundo en que algunas drogas todavía son prácticamente desconocidas. Por consiguiente, es fundamental tener presentes las posibles y complejas repercusiones del desarrollo en el consumo de drogas, y en ese sentido puede ser esclarecedora la experiencia de los países desarrollados.

GRÁFICOS



Prevalence of injecting drug use, 2014 or latest available year	Prevalencia del consumo de drogas por inyección, 2014 o año más reciente del que se disponga de información
Percentage of population aged 15-64	Porcentaje de población de 15 a 64 años
	Please replace dots with commas in figures
No data provided	No se proporcionaron datos
Note	<i>Nota: Los límites y los nombres y designaciones 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 ha determinado la frontera definitiva entre el Sudán y Sudán del Sur. Existe una disputa entre los Gobiernos de la Argentina y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte sobre la soberanía de las islas Malvinas (Falkland).</i>

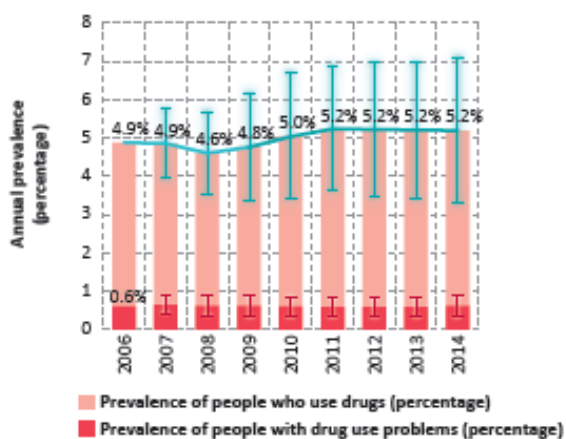
247 million people used drugs in the past year



29 million suffer from drug use disorders
but only 1 in 6 people with drug use disorders is in treatment

247 million people used drugs in the past year	247 millones de personas consumieron drogas en el año anterior
29 million suffer from drug use disorders but only 1 in 6 people with drug use disorders is in treatment	29 millones padecen trastornos relacionados con las drogas, pero solo 1 de cada 6 personas reciben tratamiento

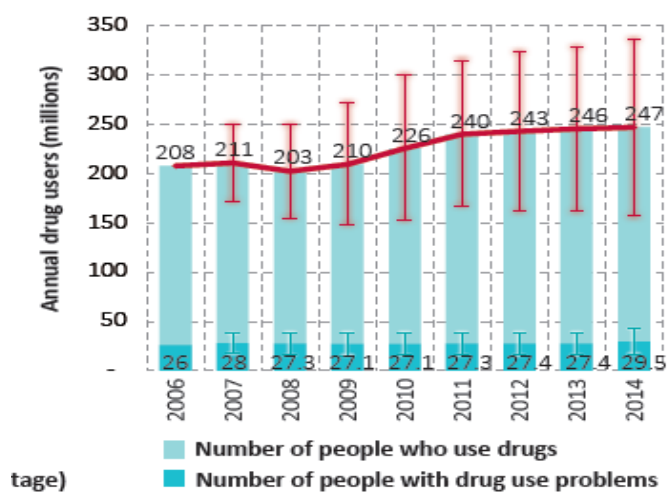
Global trends in the estimated prevalence of drug use, 2006-2014



Source: Responses to the annual report questionnaire.
Note: Estimated percentage of adults (ages 15-64) who used drugs in the past year.

Global trends in the estimated prevalence of drug use, 2006-2014	Tendencias mundiales de la prevalencia estimada del consumo de drogas, 2006-2014
Annual prevalence (percentage)	Prevalencia anual (porcentaje)
Prevalence of people who use drugs (percentage)	Prevalencia de personas que consumen drogas (porcentaje)
Prevalence of people with drug use problems (percentage)	Prevalencia de personas con problemas relacionados con el consumo de drogas (porcentaje)
Source: Responses to the annual report questionnaire.	Fuente: Respuestas al cuestionario para los informes anuales.
Note	<i>Nota: Porcentaje estimado de adultos (de 15 a 64 años) que consumieron drogas en el año anterior.</i>

Global trends in the estimated number of people who use drugs, 2006-2014

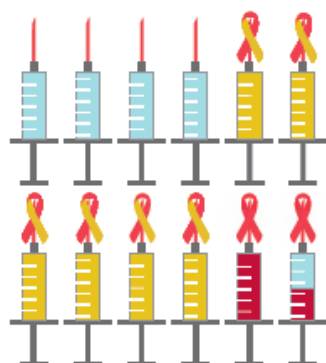


Source: Responses to the annual report questionnaire.

Note: Estimates are for adults (ages 15-64), based on past-year use.

Global trends in the estimated number of people who use drugs, 2006-2014	Tendencias mundiales del número estimado de personas que consumen drogas, 2006-2014
Number of people who use drugs	Número de personas que consumen drogas
Number of people with drug use problems	Número de personas con problemas relacionados con el consumo de drogas
Annual drug users (millions)	Consumidores anuales (millones)
Source: Responses to the annual report questionnaire.	Fuente: Respuestas al cuestionario para los informes anuales.
Note	<i>Nota: Estimaciones correspondientes a adultos (15 a 64 años), basadas en el consumo en el año anterior.</i>

12 million people inject drugs

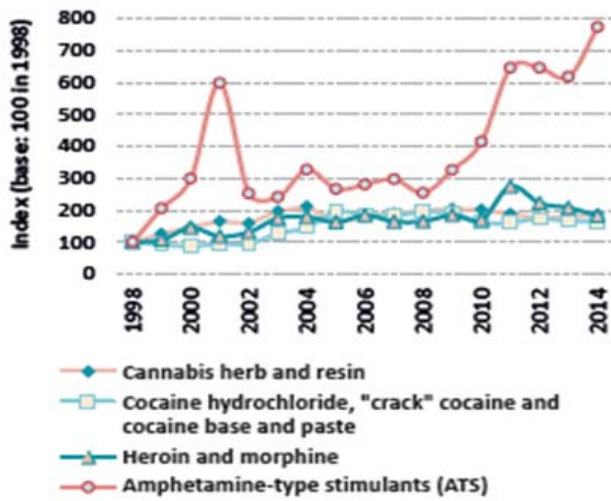


1.6 million people who inject drugs are living with HIV

6 million are living with hepatitis C

12 million people inject drugs	12 millones de personas se inyectan drogas
1.6 million people who inject drugs are living with HIV	1,6 millones de las personas que se inyectan drogas viven con el VIH
6 million are living with hepatitis C	6 millones viven con la hepatitis C

Trends in the quantities of drugs seized worldwide, 1998-2014



Source: Responses to the annual report questionnaire.

Trends in the quantities of drugs seized worldwide, 1998-2014	Tendencias de las incautaciones de drogas en todo el mundo, 1998-2014
Index (base: 100 in 1998)	Índice (base: 100 en 1998)
Cannabis herb and resin	Hierba y resina de cannabis
Cocaine hydrochloride, "crack" cocaine and cocaine base and paste	Clorhidrato de cocaína, cocaína crack, cocaína base y pasta de cocaína
Heroin and morphine	Heroína y morfina
Amphetamine-type stimulants (ATS)	Estimulantes de tipo anfetanímico
Source	Fuente: Respuestas al cuestionario para los informes anuales

Main trafficking flows of heroin



Source: UNODC, responses to annual report questionnaire and individual drug seizure database.

Notes: The trafficking routes represented on this map should be considered broadly indicative and based on data analyses rather than definitive route outlines. Such analyses are based on data related to official drug seizures along the trafficking route as well as official country reports and responses to annual report questionnaires. Routes may deviate to other countries that lie along the routes and there are numerous secondary flows that may not be reflected. 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.

Main trafficking flows of heroin	Principales corrientes de tráfico de heroína
Flows of heroin from/to countries or regions	Corrientes de heroína entre países o regiones
Opiate trafficking generated by production in Latin America	Tráfico de opiáceos generado por la producción de América Latina
Opiate trafficking generated by production in Myanmar/Lao People's Democratic Republic	Tráfico de opiáceos generado por la producción de Myanmar/República Democrática Popular Lao
Opiate trafficking generated by production in Afghanistan	Tráfico de opiáceos generado por la producción del Afganistán
Balkan route Northern route Southern route	Ruta de los Balcanes Ruta septentrional Ruta meridional
Source	Fuente: UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales y base de datos de incautaciones
Notes	<p><i>Notas: Las rutas de tráfico que se representan en este mapa tienen un carácter mayormente indicativo y se basan en análisis de datos, no en trazados definitivos de las rutas. Esos análisis se basan en datos relacionados con las incautaciones oficiales realizadas en las rutas de tráfico, así como en los informes y respuestas oficiales de los países a los cuestionarios para los informes anuales. Las rutas pueden desviarse hacia otros países que se encuentran a lo largo del trayecto y hay numerosas corrientes secundarias que podrían no estar reflejadas.</i></p> <p><i>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 ha determinado la frontera definitiva entre el Sudán y Sudán del Sur.</i></p>

[Continents and countries]

Pakistán

Canadá

Estados Unidos de América

México

Colombia

AMÉRICA DEL SUR

EUROPA CENTRAL Y EUROPA SUDORIENTAL

ÁFRICA OCCIDENTAL

ÁFRICA MERIDIONAL

ÁFRICA ORIENTAL
 Turquía
 República Islámica del Irán
 Golfo Pérsico y Oriente Medio
 Afganistán
 ASIA CENTRAL
 Pakistán
 Federación de Rusia
 ASIA MERIDIONAL
 China
 Myanmar
 RDP Lao
 ASIA SUDORIENTAL
 OCEANÍA
 Canadá



Source: UNODC, responses to annual report questionnaire and individual drug seizure database.

Notes: The trafficking routes represented on this map should be considered broadly indicative and based on data analyses rather than definitive route outlines. Such analyses are based on data related to official drug seizures along the trafficking route as well as official country reports and responses to annual report questionnaires. Routes may deviate to other countries that lie along the routes and there are numerous secondary flows that may not be reflected. 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.

Main trafficking flows of cocaine	Principales corrientes de tráfico de cocaína
Flows of cocaine from/to countries or region	Corrientes de cocaína entre países o regiones
Main trafficking	Tráfico principal
Other trafficking	Otro tráfico
Most frequently mentioned countries of provenance for individual drug seizure cases	Países mencionados con más frecuencia como países de procedencia de la droga incautada
Source: UNODC, responses to annual report questionnaire and individual drug seizure database.	Fuente: UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales y base de datos de incautaciones
Notes	<i>Notas: Las rutas de tráfico que se representan en este mapa tienen un carácter mayormente indicativo y se basan en análisis de datos, no en trazados definitivos de las rutas. Esos análisis se basan en datos relacionados con las incautaciones oficiales realizadas en las rutas de tráfico, así como en los informes y</i>

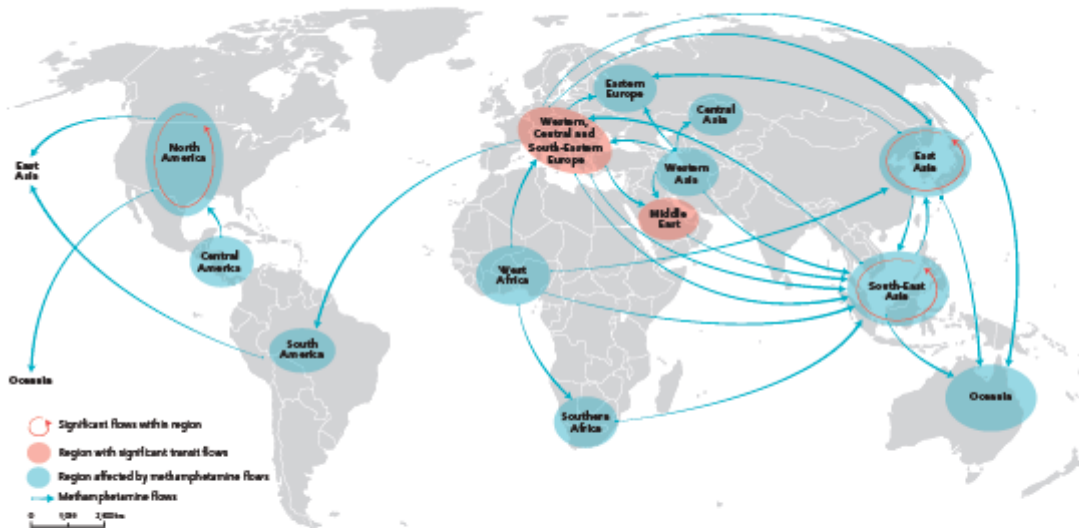
	<p><i>respuestas oficiales de los países a los cuestionarios para los informes anuales. Las rutas pueden desviarse hacia otros países que se encuentran a lo largo del trayecto y hay numerosas corrientes secundarias que podrían no estar reflejadas.</i></p> <p><i>Los límites que figuran en el mapa no implican 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 ha determinado la frontera definitiva entre el Sudán y Sudán del Sur.</i></p>
--	--

[Continents and countries]

Australia
 Canadá
 Estados Unidos de América
 México
 ASIA SUDORIENTAL
 CARIBE
 CENTROAMÉRICA
 Venezuela (Rep. Bol. de)
 Colombia
 Australia
 Ecuador
 Perú
 Brasil
 Bolivia (Estado Pluri. de)
 Paraguay
 Chile
 Argentina
 España
 EUROPA OCCIDENTAL Y CENTRAL
 ÁFRICA OCCIDENTAL
 Sudáfrica
 Qatar
 EAU
 Pakistán
 India
 China
 Hong Kong, China
 Malasia
 Indonesia
 Australia

Colombia
 Perú
 Brasil
 Panamá
 México
 Perú
 Brasil
 Argentina
 Canadá
 Estados Unidos de América
 Perú
 Chile
 Brasil
 Argentina

Interregional trafficking flows of methamphetamine, 2011-2014



Source: UNODC, responses to annual report questionnaire.

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.

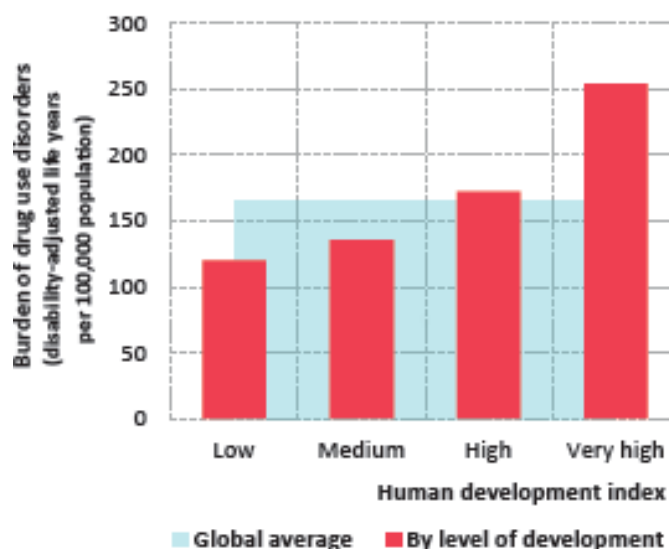
Interregional trafficking flows of methamphetamine, 2011-2014	Corrientes interregionales de tráfico de metanfetamina, 2011-2014
Significant flows within region	Corrientes destacables dentro de una región
Region with significant transit flows	Región con corrientes de tránsito destacables
Region affected by methamphetamine flows	Región afectada por corrientes de metanfetamina
Methamphetamine flows	Corrientes de metanfetamina
Source:	Fuente: UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales

Note:	<p><i>Nota: El punto en que se originan las flechas que representan las corrientes no necesariamente indica la fuente de abastecimiento/lugar de fabricación de la metanfetamina. Las flechas son una representación de las corrientes tal como las perciben los países receptores. Las flechas indican la dirección del tráfico de la metanfetamina, no las cantidades objeto de tráfico. 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 ha determinado la frontera definitiva entre el Sudán y Sudán del Sur.</i></p>
-------	---

[Continents and countries]

Asia oriental
 América del Norte
 Centroamérica
 Oceanía
 América del Sur
 Europa central, occidental y sudoriental
 África occidental
 África meridional
 Europa oriental
 Asia occidental
 Asia central
 Oriente Medio
 Asia oriental
 Asia sudoriental
 Oceanía

The health impact of drug use increases with development



Sources: Human development index from the United Nations Development Programme (UNDP); data on burden of disease (disability-adjusted life years) are from the Institute for Health Metrics and Evaluation, University of Washington, GBD Compare, 2015. Available from <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>.

The health impact of drug use increases with development	Los efectos del consumo de drogas en la salud aumentan con el desarrollo
Burden of drug use disorders (disability-adjusted life years per 100,000 population)	Carga de los trastornos relacionados con el consumo de drogas (años de vida ajustados por discapacidad por cada 100.000 habitantes)
Low Medium High Very high	Bajo Medio Alto Muy alto
Human development index	Índice de desarrollo humano
Global average	Promedio mundial
By level of development	Por nivel de desarrollo
Sources:	Fuentes: índice de desarrollo humano del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD); datos sobre la carga de la enfermedad (años de vida ajustados por discapacidad) del Instituto de Métrica y Evaluación de la Salud, Universidad de Washington, GBD Compare, 2015. Disponible en http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare .

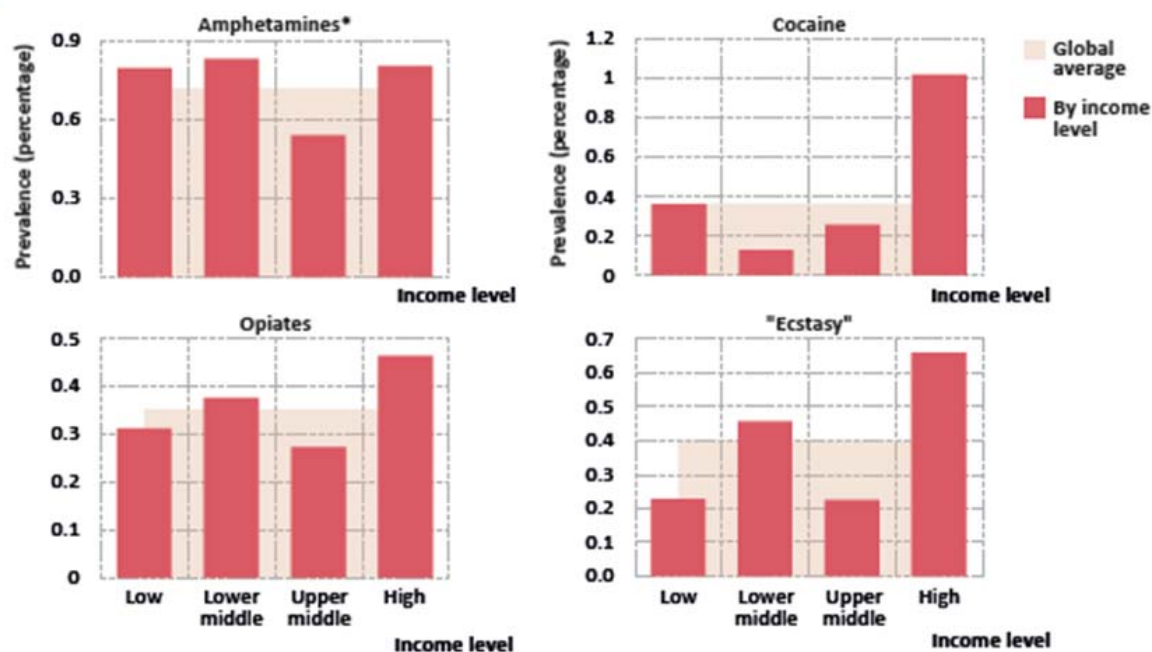
The world drug problem and sustainable development: a complex relationship



The world drug problem and sustainable development: a complex relationship	El problema mundial de las drogas y el desarrollo sostenible: una relación compleja
SOCIAL DEVELOPMENT ECONOMIC DEVELOPMENT ENVIRONMENTAL SUSTAINABILITY PEACEFUL, JUST AND INCLUSIVE SOCIETY PARTNERSHIP SUSTAINABLE DEVELOPMENT	DESARROLLO SOCIAL DESARROLLO ECONÓMICO SOSTENIBILIDAD AMBIENTAL SOCIEDAD JUSTA, PACÍFICA E INCLUSIVA ALIANZAS DESARROLLO SOSTENIBLE
Drug use Drug supply	Consumo de drogas Oferta de drogas
Response to the drug problem	Respuesta al problema mundial de las drogas

Los grupos de mayor nivel socioeconómico son más propensos a iniciarse en el consumo de drogas que los grupos de menor nivel socioeconómico, pero estos últimos son los que pagan un precio más alto y tienen más probabilidades de caer en la drogodependencia

The impact of income on drug use depends on the type of drug

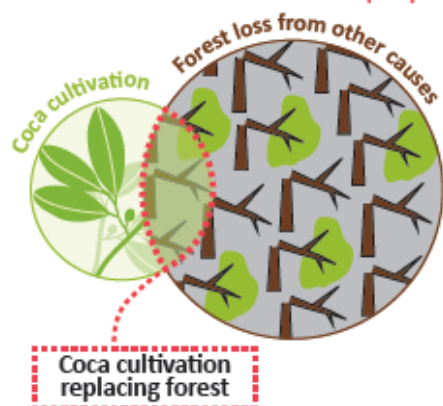


Source: World Bank (for income levels) and UNODC estimates based on responses to the annual report questionnaire and other official sources (for drug use data).

* Including prescription stimulants.

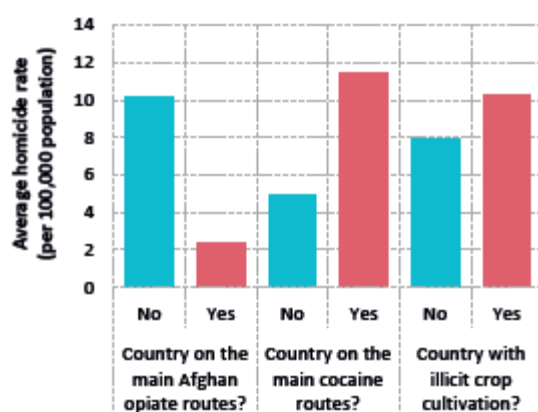
The impact of income on drug use depends on the type of drug	La incidencia de los ingresos en el consumo de drogas depende del tipo de droga
Amphetamines*	Anfetaminas*
Cocaine	Cocaína
Opiates	Opiáceos
"Ecstasy"	Éxtasis
Prevalence (percentage)	Prevalencia (porcentaje)
Income level	Nivel de ingresos
Low	Bajo
Lower middle	Medio-bajo
Upper middle	Medio-alto
High	Alto
Global average	Promedio mundial
By income level	Por nivel de ingresos
Source: World Bank (for income levels) and UNODC estimates based on responses to the annual report questionnaire and other official sources (for drug use data).	Fuente: Banco Mundial (niveles de ingresos) y estimaciones de la UNODC basadas en las respuestas al cuestionario para los informes anuales y otras fuentes oficiales (datos sobre el consumo de drogas).
* Including prescription stimulants.	*Incluidos los estimulantes sujetos a prescripción médica.

Coca cultivation and deforestation in perspective



Coca cultivation and deforestation in perspective	Cultivo de coca y deforestación en perspectiva
Coca cultivation	Cultivo de coca
Forest loss from other causes	Pérdida de bosque por otras causas
Coca cultivation replacing forest	Sustitución del bosque por cultivos de coca

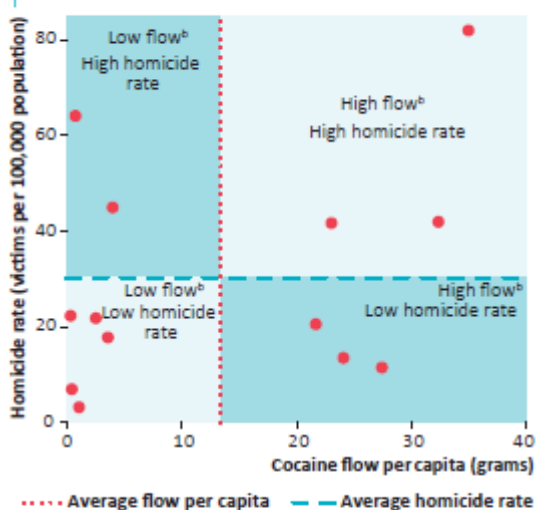
Globally, there is no clear-cut relationship between drug supply and violence



Source: UNODC Homicide Statistics (2015). Available at www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/homicide.html.

Globally, there is no clear-cut relationship between drug supply and violence	En ningún lugar del mundo hay una clara relación entre la oferta de drogas y la violencia
Average homicide rate (per 100,000 population)	Tasa media de homicidios (por cada 100.000 habitantes)
No	No
Yes	Sí
Country on the main Afghan opiate routes?	¿Se encuentra el país en las principales rutas de opiáceos afganos?
Country on the main cocaine routes?	¿Se encuentra el país en las principales rutas de cocaína?
Country with illicit crop cultivation?	¿Se da el cultivo ilícito en el país?
Source: UNODC Homicide Statistics (2015). Available at www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/homicide.html .	Fuente: UNODC Homicide Statistics (2015). Disponible en www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/homicide.html .

The connection between drug trafficking and violence in Latin American countries^a is not an automatic one

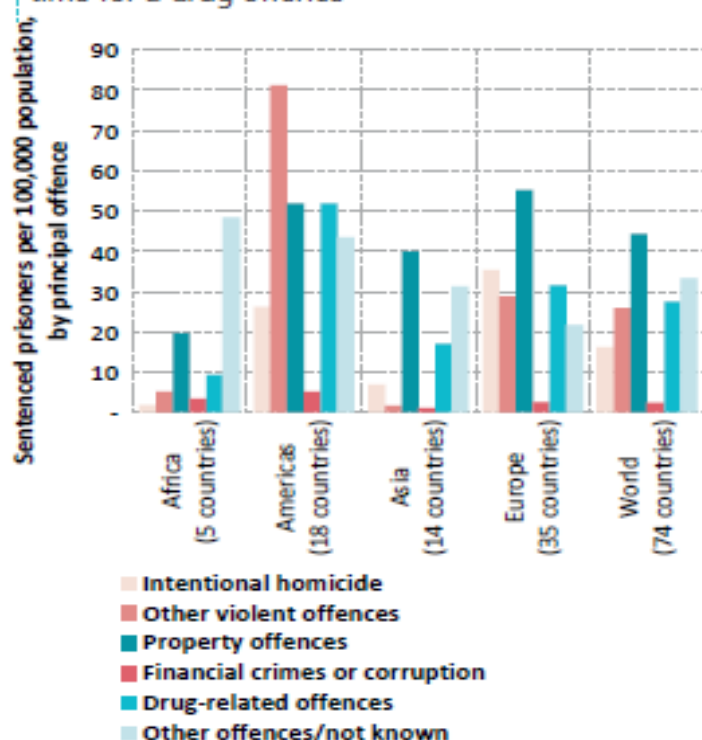


Sources: Estimates of the flow of cocaine based on United States, Office of National Drug Control Policy, "Cocaine Smuggling in 2010", January 2012; homicide data from UNODC Homicide Statistics (2016). Available at www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/homicide.html.

^a Data were available for 13 countries.
^b All flows are expressed per capita.

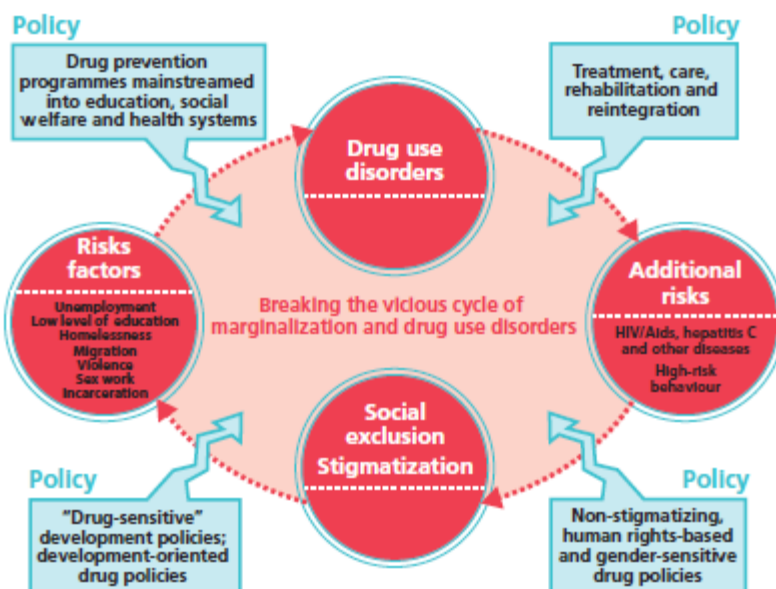
The connection between drug trafficking and violence in Latin American countries ^a is not an automatic one	La conexión entre el tráfico de drogas y la violencia en los países de América Latina ^a no es automática
Homicide rate (victims per ...)	Tasa de homicidios (víctimas por cada 100.000 habitantes)
Low flow ^b High homicide rate	Flujo bajo ^b Tasa de homicidios alta
High flow ^b High homicide rate	Flujo alto ^b Tasa de homicidios alta
Low flow ^b Low homicide rate	Flujo bajo ^b Tasa de homicidios baja
High flow ^b Low homicide rate	Flujo alto ^b Tasa de homicidios baja
Cocaine flow per capita (grams)	Flujo de cocaína per cápita (gramos)
Average flow per capita Average homicide rate	Flujo medio per cápita Tasa media de homicidios
Sources:	Fuentes: Estimaciones sobre el flujo de cocaína basadas en Estados Unidos, Oficina de la Política Nacional para el Control de Drogas, "Cocaine Smuggling in 2010", enero de 2012; datos estadísticos sobre homicidio extraídos de <i>UNODC Homicide Statistics</i> (2016). Disponible en www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/homicide.html .
^a Data were available for 13 countries. ^b All flows are expressed per capita.	^a Datos disponibles sobre 13 países. ^b Los flujos se expresan per cápita.

Almost one in five sentenced prisoners is serving time for a drug offence



Source: Note by the Secretariat on world crime trends and emerging issues and responses in the field of crime prevention and criminal justice (E/CN.15/2016/10).

Almost one in five sentenced prisoners is serving time for a drug offence	Casi uno de cada cinco reclusos condenados cumple condena por un delito relacionado con las drogas
Sentenced prisoners per 100,000 population, by principal offence	Reclusos condenados por cada 100.000 habitantes, por delito principal
Africa (5 countries)	África (5 países)
Americas (18 countries)	América (18 países)
Asia (14 countries)	Asia (14 países)
Europe (35 countries)	Europa (35 países)
World (74 countries)	Total mundial (74 países)
Intentional homicide	Homicidio intencional
Other violent offences	Otros delitos violentos
Property offences	Delitos contra la propiedad
Financial crimes or corruption	Delitos financieros o corrupción
Drug-related offences	Delitos relacionados con las drogas
Other offences/not known	Otros delitos/desconocidos
Source:	Fuente: Nota de la Secretaría sobre las tendencias de la delincuencia a nivel mundial y nuevas cuestiones y respuestas relativas a la prevención del delito y la justicia penal (E/CN.15/2016/10).



Policy	Política
Drug prevention programmes mainstreamed into education, social welfare and health systems	Incorporación de programas de prevención en los sistemas de educación, bienestar social y salud
Treatment, care, rehabilitation and reintegration	Tratamiento, atención, rehabilitación y reinserción
Non-stigmatizing, human rights-based and gender-sensitive drug policies	No estigmatización, respeto de los derechos humanos y políticas sobre drogas que tengan en cuenta el género
“Drug-sensitive” development policies; development-oriented drug policies	Políticas de desarrollo que tengan en cuenta las drogas; políticas sobre drogas orientadas al desarrollo
Drug use disorders	Trastornos relacionados con el consumo de drogas
Additional risks HIV/Aids, hepatitis C and other diseases High-risk behaviour	Riesgos adicionales VIH/sida, hepatitis C y otras enfermedades Comportamiento de alto riesgo
Social exclusion Stigmatization	Exclusión social Estigmatización
Risk factors Unemployment Low level of education Homelessness Migration Violence Sex work Incarceration	Factores de riesgo Desempleo Bajo nivel de educación Personas sin hogar Migración Violencia Trabajo sexual Encarcelamiento

CONCLUSIONES Y CONSECUENCIAS EN MATERIA DE POLÍTICAS

El desarrollo y la respuesta al problema mundial de las drogas deben trabajar en simbiosis

Muchas políticas de drogas dan lugar directa o indirectamente a una mejora del nivel de desarrollo de las poblaciones a las que van dirigidas, mientras que las actividades concebidas para mejorar el desarrollo sostenible a menudo tienen en cuenta la vulnerabilidad de las personas o comunidades afectadas por el problema de las drogas y pueden a la larga ayudar a subsanarla. Sin embargo, dado que las políticas relativas a las drogas y al desarrollo pueden tener un efecto recíproco inadvertidamente contraproducente, las dos corrientes de intervención –el desarrollo y la respuesta al problema mundial de las drogas– deben trabajar en simbiosis.

Para que favorezcan el desarrollo sostenible, las actividades encaminadas a abordar el problema mundial de las drogas tienen que:

- Estar en consonancia con los requisitos de los instrumentos internacionales de derechos humanos.
- Incorporar una perspectiva de género, de manera que tengan en cuenta las necesidades especiales de las mujeres y su mayor nivel de estigmatización al diseñar programas de prevención e intervenciones de tratamiento de la drogodependencia, así como la respuesta de justicia penal a los delitos relacionados con drogas.
- Ser inocuas para el medio ambiente, a fin de garantizar que la reducción de la cadena de oferta ilícita de drogas no cause deforestación u otros daños ambientales.
- Garantizar que “nadie quede marginado”, teniendo en cuenta para ello, por ejemplo, las necesidades especiales de los hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres al actuar contra la propagación de enfermedades infecciosas entre las personas que se inyectan drogas, y las necesidades especiales de los migrantes, incluidos tanto los migrantes internacionales como los internos, que pueden ser particularmente vulnerables al consumo de drogas.
- Superar la estigmatización de los consumidores de drogas, ya que puede dar lugar a una mayor marginación.
- Basarse en datos científicos, de manera que las políticas en materia de drogas se ocupen de los aspectos básicos del desarrollo social y la salud pública.

Al mismo tiempo, en las intervenciones de desarrollo se debería tener en cuenta la compleja interconexión del desarrollo y el problema mundial de las drogas, así como los posibles riesgos asociados al cambio social y económico. En particular, los responsables de formular políticas, mientras continúan ocupándose de la falta de desarrollo en general, deberían tener en cuenta las necesidades y vulnerabilidades específicas de las comunidades afectadas, de forma que los esfuerzos de desarrollo no den inadvertidamente espacio libre a los mercados de drogas.

El éxito depende de un enfoque doble de las iniciativas de desarrollo

Dado que la aplicación de estrategias generales de desarrollo de amplio espectro a comunidades concretas afectadas por el problema de las drogas puede ser ineficaz, se precisa un enfoque doble: mantener una sinergia entre las intervenciones especializadas en materia de drogas y las

inversiones de desarrollo en general. Este enfoque ya se ha adoptado en el concepto del desarrollo alternativo y puede ampliarse a otros aspectos del problema de las drogas. Es preciso integrar las iniciativas de desarrollo específicamente relacionadas con las drogas en las iniciativas generales de desarrollo. Ello puede incluir la integración de programas de prevención en los sistemas de educación, bienestar social y salud; el fortalecimiento del tratamiento del consumo de drogas y de la prestación de servicios de atención y rehabilitación y reinserción en los sistemas de atención de la salud y bienestar social; la capacitación y la creación de capacidad en los organismos encargados de hacer cumplir la ley; y la sensibilización acerca de la complejidad del problema de las drogas, incluida la promoción de enfoques no estigmatizadores, en todas las instituciones pertinentes del Estado.

Promoción de una respuesta eficaz de la justicia penal al problema de las drogas basada en los derechos humanos

La gobernanza y el estado de derecho constituyen una esfera de importancia decisiva en la que no se han reconocido suficientemente los vínculos entre el problema de las drogas y el desarrollo. Garantizar el estado de derecho tiene que considerarse como un concepto más amplio que la mera coerción; también abarca el acceso inclusivo a la justicia dictada equitativamente, con pleno respeto de los derechos humanos, mediante un sistema sólido que ponga la autoridad en manos de las instituciones competentes, con las salvaguardias apropiadas.

A las personas con trastornos relacionados con el consumo de drogas que entran en contacto con el sistema de justicia penal por delitos leves se les debería ofrecer en primer lugar una alternativa a la reclusión. Los enfoques para hacer frente a los delitos leves relacionados con trastornos por consumo de drogas mediante el tratamiento y la atención como alternativa a la reclusión exigen una coordinación eficaz entre los sistemas de salud y de justicia. En las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas sobre las Medidas No Privativas de la Libertad (Reglas de Tokio) y en las Reglas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de las Reclusas y Medidas No Privativas de la Libertad para las Mujeres Delinquentes (Reglas de Bangkok) se establece un conjunto de principios básicos para promover la utilización de medidas no privativas de la libertad, así como garantías jurídicas para las personas sujetas a medidas sustitutivas de la privación de libertad.

El derecho a la seguridad también ha de ser respetado al aplicar medidas eficaces de fiscalización de drogas. Ese derecho exige que las autoridades estatales actúen en observancia del estado de derecho y las normas y criterios internacionales relativos, entre otras cosas, al uso de la fuerza, la protección de las víctimas y el tratamiento de los delincuentes. El derecho a la seguridad también entraña la protección frente al delito y la violencia y el correspondiente deber de las autoridades estatales de prevenir y reprimir el tráfico de drogas y otras actividades delictivas organizadas conexas que amenazan específicamente a los ciudadanos.

Es preciso entender mejor la dinámica entre la violencia y el tráfico de drogas

La relación entre la violencia y la producción o el tráfico de drogas es compleja. La violencia no es una conclusión inevitable del tráfico de drogas. Entre los factores que determinan la violencia figuran el nivel de competencia entre las organizaciones de tráfico de drogas y la forma en que actúan, las condiciones sociopolíticas de un lugar concreto, los niveles de corrupción y la solidez del estado de derecho que sirve de fundamento. Para evitar la escalada de la violencia, las intervenciones encaminadas a eliminar el tráfico de drogas deben adaptarse a las circunstancias.

La mayoría de las consecuencias del consumo de drogas para la salud pueden prevenirse

El consumo de drogas sigue produciendo consecuencias negativas para la salud, especialmente en relación con el consumo por inyección y los trastornos por consumo de drogas. Muchas de esas consecuencias son prevenibles y se pueden evitar mediante la prestación de servicios como programas de distribución de agujas y jeringuillas, la prevención de sobredosis, la terapia de sustitución de opiáceos y otros tratamientos de la drogodependencia de base empírica cuya eficacia se haya demostrado mediante datos científicos. Las sobredosis de drogas pueden prevenirse si las personas que consumen opioides tienen fácil acceso a sustancias como la naloxona (una droga que puede invertir inmediatamente los efectos de una sobredosis de opioides).

El consumo de drogas y sus consecuencias para la salud deberían prevenirse y tratarse en las cárceles

Se deben seguir garantizando los derechos humanos de las personas en las cárceles y otros lugares de reclusión mientras estén privadas de libertad, incluido su derecho a servicios de salud, especialmente para el tratamiento de la drogodependencia y para la prevención y el tratamiento del VIH, la hepatitis y la tuberculosis. El riesgo más elevado de muerte para las personas con trastornos por consumo de drogas después de su excarcelación indica la necesidad de intervenciones apropiadas como la administración de la terapia de sustitución con opioides en las cárceles, la educación para la prevención de sobredosis antes de la puesta en libertad, la disponibilidad de naloxona tras la puesta en libertad y el seguimiento después de la excarcelación.

La heroína sigue exigiendo la atención de la comunidad internacional

Los mercados de drogas han experimentado una gran diversificación en los últimos años, con la aparición de nuevas sustancias, nuevas combinaciones de policonsumo de drogas y nuevos comportamientos de inyección de drogas con estimulantes que entrañan mayores riesgos de contraer enfermedades infecciosas. Sin embargo, la atención a las tendencias recientes no debería menoscabar la importancia de seguir centrándose en las tendencias relacionadas con una droga “tradicional” como la heroína. Se ha constatado un resurgimiento del consumo de heroína, con consecuencias mortales, en unos pocos países en los que antes estaba en disminución, lo que demuestra que la heroína no es un problema exclusivo de la generación de más edad y que la comunidad internacional tiene que seguir otorgándole prioridad. No debería sobreestimarse la reciente disminución pronunciada de la producción de opiáceos en el Afganistán, ya que ni la oportunidad de los agricultores de cultivar adormidera, ni su vulnerabilidad a esta actividad, han cambiado drásticamente.

Las preocupantes novedades en el mercado de anfetamina del Oriente Medio exigen una vigilancia más estrecha

Los datos recientes procedentes del Cercano Oriente y el Oriente Medio sobre “Captagon” (el aumento de las incautaciones, la fabricación local y la disponibilidad de precursores) muestran señales preocupantes para una subregión en que la fabricación y el tráfico de drogas tienen el potencial de exacerbar una situación difícil de fronteras permeables, conflictos violentos, insurgencia y control gubernamental limitado en determinadas zonas. Anteriormente, en otras regiones afectadas por vulnerabilidades similares se registró la aparición de un nexo entre las drogas y la violencia que convirtió la fabricación y el tráfico de drogas y el conflicto en elementos que se reforzaban mutuamente. En el Cercano Oriente y el Oriente Medio hace falta más información, especialmente sobre el consumo de drogas, para ayudar a entender si el aumento de las incautaciones observado indica un mayor consumo de drogas en la subregión,

y de qué forma lo indica, y cuáles podrían ser las consecuencias para la política en materia de drogas.

Hacen falta mayores esfuerzos para mejorar la capacidad forense y los sistemas de vigilancia de nuevas sustancias psicoactivas

La información sobre el consumo de nuevas sustancias psicoactivas (NSP) y sus consecuencias para la salud sigue siendo limitada. Comprender el problema de las NSP a fin de hacerle frente con más eficacia exige esfuerzos en distintos frentes: ayudar a los países a mejorar su capacidad forense para la detección de NSP y a crear o mejorar sistemas de vigilancia que puedan recopilar eficazmente información sobre el consumo de NSP y sus consecuencias para la salud. Hacen falta más investigaciones para entender los efectos en las personas que consumen esos productos y los riesgos a que están expuestas, y determinar la forma de comunicar esos riesgos. También es fundamental conocer las diversas respuestas legislativas nacionales que han establecido los Estados Miembros en diferentes regiones para hacer frente a la dinámica del mercado de NSP.

Es necesario un aumento del número de los programas de prevención y tratamiento del consumo de cannabis de base científica

El cannabis ha venido cobrando un mayor grado de visibilidad en las políticas de atención de la salud, en la investigación internacional y como consecuencia de los recientes cambios en la legalización en algunas partes del mundo. El análisis del número de personas sometidas a tratamiento por consumo de cannabis en los Estados Unidos y Europa indica un aumento a largo plazo. En Europa, el constante aumento del número de personas que ingresan para recibir tratamiento por consumo de cannabis es reflejo, en parte, de la ampliación de la disponibilidad de programas de tratamiento para atender las necesidades de los consumidores de cannabis, incluidos varios programas dirigidos a adolescentes y adultos jóvenes. Es importante que se disponga de programas de prevención de base científica para adolescentes y adultos jóvenes a fin de prevenir la iniciación temprana del consumo de cannabis, y que haya intervenciones de tratamiento, como los programas de detección e intervención breve, disponibles para las personas que ya consumen cannabis, a fin de prevenir la progresión a trastornos por consumo de drogas.

Se recomienda el seguimiento continuo de las nuevas políticas relacionadas con el cannabis

Aunque es aún demasiado pronto para evaluar los efectos de las nuevas políticas relacionadas con el cannabis, las pruebas reunidas hasta la fecha en los Estados Unidos indican un aumento del consumo de cannabis en los estados en que la celebración de referendos ha dado lugar a la legalización del consumo de marihuana con fines recreativos. Han surgido nuevos problemas en algunos estados de los Estados Unidos (especialmente en Colorado), incluida la comercialización de productos de cannabis no reglamentados (comestibles) con un alto contenido de tetrahidrocannabinol (THC). Además, existen pruebas de que se ha producido un aumento del número de consumidores de cannabis que conducen bajo los efectos de esa sustancia, así como de un aumento de las visitas a salas de urgencias y las hospitalizaciones relacionadas con el cannabis. Sin embargo, las detenciones y las actuaciones judiciales por delitos relacionados con el cannabis han disminuido. Todos esos indicadores de resultados tendrían que ser observados y evaluados rigurosamente durante un tiempo antes de poder efectuar una evaluación definitiva.

Tratamiento y cuidados: es necesario prestar más atención al policonsumo de drogas

El policonsumo de drogas y la creciente complejidad de la alternancia entre el consumo de diferentes tipos de drogas plantean problemas a los encargados de responder a situaciones de emergencia relacionadas con el consumo de drogas, así como a los que tratan los trastornos por ese consumo. En esos casos, el policonsumo de drogas puede poner en peligro las medidas de tratamiento que son específicas de una droga. El tratamiento de trastornos relacionados con el consumo de opioides con apoyo farmacológico ha resultado eficaz, mientras que, en el caso de otras drogas, como los estimulantes y el cannabis, las intervenciones de tratamiento disponibles son en su mayoría psicosociales y del comportamiento. Esa situación exige que los responsables de formular políticas y los profesionales sean más conscientes de las tendencias emergentes del consumo de drogas y cuenten con mecanismos para detectar y diagnosticar una gama más amplia de las sustancias consumidas. Asimismo, existe la necesidad de elaborar directrices para el tratamiento con asistencia farmacológica que estén basadas en principios científicos y terapias del comportamiento para tratar a las personas aquejadas de trastornos relacionados con el consumo de drogas como consecuencia del policonsumo.

La legislación, la asistencia técnica y la creación de capacidad son fundamentales para hacer frente a la creciente importancia de la “red oscura”

Los órganos encargados de hacer cumplir la ley y el sistema de justicia penal de muchos países no están aún en condiciones de hacer frente con eficacia al mercado anónimo en línea conocido como la “red oscura”. Aparte de los problemas prácticos, existe una serie de difíciles cuestiones jurídicas de otra índole que deben atenderse, como las siguientes: la identificación de la jurisdicción competente, combinada con el intercambio internacional sistemático de información, especialmente cuando se desconoce la ubicación física de los vendedores y compradores; el uso de agentes encubiertos (tanto en línea como fuera de línea) para infiltrarse en esas redes a fin de reunir pruebas y socavar el modelo de negocio delictivo; y la elaboración y aplicación de legislación para obligar a los sospechosos a divulgar contraseñas e información de descifrado cuando se les acuse de un delito. La prestación de asistencia técnica y creación de capacidad a los Estados Miembros para reunir y aprovechar pruebas digitales es fundamental para hacer frente a la amenaza planteada por el tráfico de drogas a través de Internet.

LOS MERCADOS ILÍCITOS DE DROGAS: SITUACIÓN Y TENDENCIAS

A. ALCANCE DEL CONSUMO DE DROGAS

El consumo total de drogas permanece estable en todo el mundo

Se calcula que 1 de cada 20 adultos, es decir, alrededor de 250 millones de personas de 15 a 64 años de edad, consumieron por lo menos una droga en 2014. Aunque las tendencias del consumo de drogas varían de una región a otra, al igual que los informes actualizados sobre los datos, el alcance del consumo de drogas entre la población mundial ha permanecido estable durante los últimos cuatro años. Se calcula que casi el 12% del número total de personas que consumen drogas, es decir, más de 29 millones, sufren trastornos relacionados con el consumo de drogas.

El cannabis sigue siendo la droga más consumida en el mundo –se estima que 183 millones de personas la consumieron en 2014–, y las anfetaminas siguen siendo la segunda droga de mayor consumo. El consumo de opiáceos y opioides sujetos a prescripción médica, con unos 33 millones de consumidores, tal vez no esté tan extendido como el consumo de cannabis, pero los opioides siguen siendo drogas destacables por sus efectos potencialmente nocivos para la salud. Como tendencia general, el consumo de cannabis se ha mantenido estable durante los tres últimos años en las regiones sobre las que se dispone de datos actualizados, aunque ha aumentado en algunas subregiones, especialmente de América del Norte y Europa occidental y central. Pese a no existir datos de encuestas recientes sobre el consumo de drogas en África, los expertos también perciben un aumento del consumo de cannabis en esa región. Además, la tendencia mundial del consumo de cocaína, que desde 2010 se había mantenido estable, ha mostrado un aumento reciente, principalmente como consecuencia de un aumento del consumo de cocaína en América del Sur. La tendencia mundial del consumo de anfetaminas es estable, aunque es posible que se esté subestimando la situación en las regiones de las que no se dispone de información reciente sobre el alcance del consumo de drogas. Ese es el caso especialmente en Asia, donde las percepciones que tienen los expertos sobre las tendencias y los informes sobre ingresos en los servicios de tratamiento sugieren un aumento del consumo de anfetaminas en la región, concretamente en Asia oriental y sudoriental (véase el mapa 1).

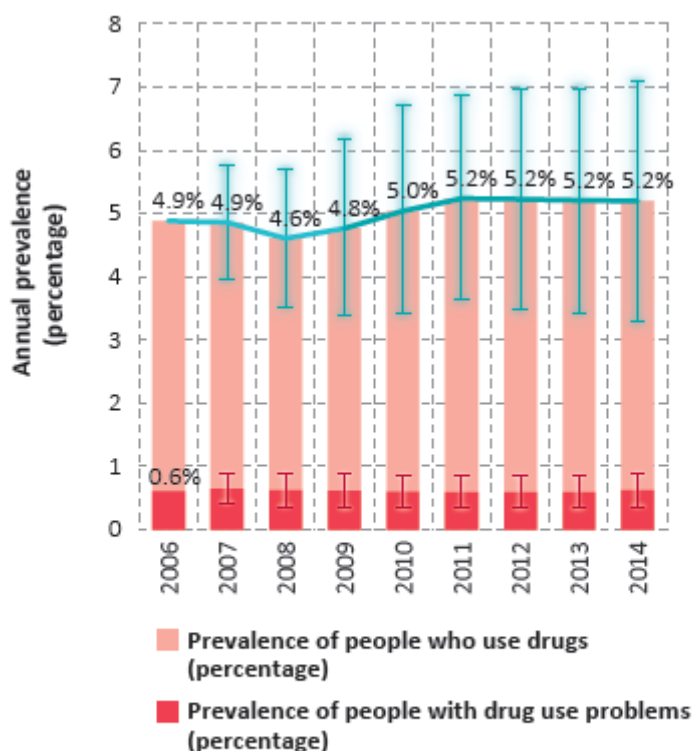
El panorama mundial del consumo de drogas se ve complicado por el hecho de que muchas personas que consumen drogas, sea de manera ocasional o habitual, tienden a ser policonsumidores^{1,2}, lo que significa que consumen más de una sustancia simultánea o sucesivamente y, por lo general, con la intención de aumentar, potenciar o contrarrestar los efectos de otra droga³. El consumo con fines no médicos de medicamentos de venta con receta médica, estimulantes sintéticos y nuevas sustancias psicoactivas (NSP) en lugar de drogas convencionales, o en combinación con ellas, enturbia la distinción entre los consumidores de una droga determinada, configurando una epidemia interrelacionada o cíclica de consumo de drogas y consecuencias sanitarias conexas en los últimos años. Además, ese patrón de consumo de drogas plantea dificultades a los profesionales de la salud que responden a emergencias relacionadas con el consumo de drogas, así como a los que tratan a personas con trastornos relacionados con el consumo de varias drogas.

¹ Wouter Vanderplasschen y otros, *Poly Substance Use and Mental Health Among Individuals Presenting for Substance Abuse Treatment*, Science and Society Series (Gante (Bélgica), Academia Press, 2012).

² Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA), “Polydrug use: patterns and response” (Lisboa, noviembre de 2009).

³ Organización Mundial de la Salud (OMS), *Glosario de términos de alcohol y drogas* (Ginebra, 1994).

GRÁFICO 1 Tendencias mundiales de la prevalencia estimada del consumo de drogas, 2006-2014



Source: Responses to the annual report questionnaire.

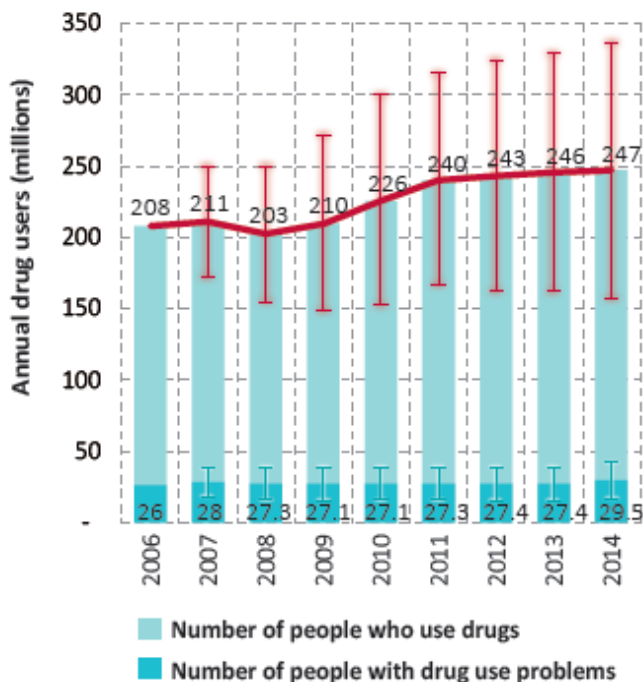
Note: Estimated percentage of adults (ages 15-64) who used drugs in the past year.

4.9% etc.	4,9% etc.
Annual prevalence (percentage)	Prevalencia anual (porcentaje)
Prevalence of people who use drugs (percentage)	Prevalencia de personas que consumen drogas (porcentaje)
Prevalence of people with drug use problems (percentage)	Prevalencia de personas con problemas relacionados con el consumo de drogas (porcentaje)

Fuente: Respuestas al cuestionario para los informes anuales.

Nota: Porcentaje estimado de adultos (de 15 a 64 años de edad) que consumieron drogas en el año anterior.

GRÁFICO 2 Tendencias mundiales del número estimado de personas que consumen drogas, 2006-2014



Source: Responses to the annual report questionnaire.

Note: Estimates are for adults (ages 15-64), based on past-year use.

27.3 etc.	27,3 etc.
Annual drug users (millions)	Consumidores anuales de drogas (millones)
Number of people who use drugs	Número de personas que consumen drogas
Number of people with drug use problems	Número de personas con problemas relacionados con el consumo de drogas

Fuente: Respuestas al cuestionario para los informes anuales.

Nota: Las estimaciones corresponden a adultos (de 15 a 64 años de edad), sobre la base del consumo en el año anterior.

Las estimaciones del alcance del consumo de drogas y del consumo problemático de drogas reflejan la mejor información disponible en 2014

Como en años anteriores, las estimaciones mundiales del alcance del consumo de drogas y del consumo problemático de drogas reflejan la mejor información de que se disponía en 2014, y los cambios registrados en comparación con años anteriores reflejan en gran medida la información actualizada de 20 países, principalmente de América del Norte, América del Sur y Europa occidental y central, sobre los que se dispuso de nuevos datos acerca del alcance del consumo de drogas o del consumo problemático de drogas en 2014. El concepto de consumo problemático de drogas se ha utilizado en ediciones anteriores del *Informe Mundial sobre las Drogas* como variable sustitutiva para estimar el número de personas con trastornos relacionados con el consumo de drogas. En 2014, el número estimado de consumidores problemáticos de drogas aumentó en 2 millones con respecto al año anterior, lo que refleja el incremento del número estimado de consumidores de opiáceos en América del Norte y Europa occidental y central, así como del número total de consumidores de cocaína, anfetaminas y éxtasis.

Tendencias recientes del policonsumo de drogas y sustitución de drogas

El policonsumo de drogas abarca amplias variaciones de los patrones de consumo de drogas, desde el consumo ocasional de alcohol y cannabis al consumo diario de una combinación de heroína, cocaína, alcohol y benzodiazepinas^{4, 5}.

En el marco del policonsumo de drogas, el consumo simultáneo de opiáceos y estimulantes como cocaína y anfetaminas es bastante habitual y se ha notificado frecuentemente^{6, 7}. En el decenio anterior, el consumo de anfetamina y metanfetamina se ha generalizado bastante en diferentes regiones, y el número de NSP que son estimulantes parece estar en constante aumento. Los datos sobre el policonsumo de drogas raras veces se reúnen sistemáticamente, pero al parecer las anfetaminas y las NSP se notifican cada vez con más frecuencia en los patrones de policonsumo de drogas en distintas regiones.

Tolerancia, tolerancia cruzada y sustitución: la gestión de los efectos de las drogas

La interacción de factores personales, biológicos, culturales, sociales y ambientales aumenta o atenúa la vulnerabilidad de una persona a consumir o seguir consumiendo drogas. Se considera que seguir consumiendo una droga es una respuesta condicionada al refuerzo positivo que recibe la persona como consecuencia de consumir la droga⁸. Sin embargo, en fases posteriores una persona sigue consumiendo drogas meramente para mantener la drogodependencia, que se caracteriza, entre otras cosas, por el deseo y la compulsión de consumir drogas pese a las pruebas de sus consecuencias perjudiciales, el desarrollo de tolerancia –al aumentar la cantidad de la droga o drogas para lograr los mismos efectos y evitar los síntomas de abstinencia– y las consecuencias negativas que se sufren cuando la persona deja de consumir la droga o drogas⁹.

El consumo simultáneo de drogas puede tener un efecto acumulativo o de sinergia, lo que aumenta la experiencia psicoactiva general; es una forma en que los consumidores de drogas pueden hacer frente al desarrollo de la tolerancia¹⁰. Un fenómeno conexo es la “tolerancia cruzada”, consistente en la capacidad farmacológica de una droga de tener en general el mismo efecto en el sistema nervioso que otra. El fenómeno de la tolerancia cruzada explica en parte la sustitución frecuente de drogas que tienen efectos similares. Entre los ejemplos de esos patrones de consumo de drogas figuran el consumo de alcohol con benzodiazepinas, cannabis o cocaína; el consumo simultáneo de heroína, benzodiazepinas y antihistamínicos; el consumo de alcohol u otros opioides (metadona, fentanilo, etc.); y el consumo de cocaína y otros estimulantes^{11, 12, 13, 14}.

⁴ EMCDDA (véase la nota 2).

⁵ Danielle Horyniak y otros, “How do drug market changes affect characteristic of injecting initiation and subsequent patterns of drug use? Findings from a cohort of regular heroin and methamphetamine injectors in Melbourne, Australia”, *International Journal of Drug Policy*, vol. 26, núm. 1 (2015), págs. 43 a 50.

⁶ Nancy M. Petry y Warren K. Bicket, “Poly drug use in heroin addicts: a behavioral economic analysis”, *Addiction*, vol. 93, núm. 3 (1998), págs. 321 a 335.

⁷ Mim J. Landry, *Understanding Drugs of Abuse: The Processes of Addiction, Treatment and Recovery* (Arlington, Virginia, American Psychiatric Publishing, 1994).

⁸ OMS, *Neuroscience of Psychoactive Substance Use and Dependence* (Ginebra, 2004).

⁹ OMS, *CIE-10, Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento: Descripciones Clínicas y directrices de diagnóstico* (Ginebra, 1992).

¹⁰ *Neuroscience of Psychoactive Substance Use* (véase la nota 8).

¹¹ Mim J. Landry (véase la nota 7).

¹² Charles P. O’Brien, “Benzodiazepine use, abuse and dependence”, *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 66, Suppl. 2 (2005), págs. 28 a 33.

¹³ Vanderplasschen y otros, “Poly substance use and mental health” (véase la nota 1).

¹⁴ “Polydrug use” (véase la nota 2).

En otras situaciones, las personas que consumen drogas pueden contrarrestar sus efectos negativos consumiendo, simultánea o sucesivamente, otras drogas con efectos opuestos. Uno de esos patrones es el denominado “speedballing”, cuando se inyecta cocaína con heroína u otros opioides, o cuando se consume heroína con metanfetamina o anfetamina¹⁵.

La dinámica del mercado: sustitución y complementariedad de drogas

La dinámica del mercado, que se refleja en variaciones de la disponibilidad, la pureza o el precio, puede afectar a la elección de drogas. En esas circunstancias, las personas que consumen drogas pueden recurrir a sustituirlas por drogas diferentes, pasar a vías diferentes de administración, disminuir su consumo o decidir ingresar en tratamiento^{16,17}. Ejemplos habituales son la sustitución de heroína por oxicodona, desomorfina u otros opioides, y viceversa, como se comunica en varias regiones¹⁸.

Los factores económicos y la elasticidad-precio cruzada pueden afectar también al policonsumo de drogas¹⁹. Un aumento del precio de una droga puede dar lugar al consumo de otra (sustitución) o puede reducir el consumo de otra, aunque su precio siga siendo el mismo (complementariedad). Por ejemplo, en un estudio se demostró que un aumento del precio de la heroína daba lugar a un aumento de las compras de benzodiazepina y cocaína²⁰. En otro estudio, el análisis de la elasticidad-precio cruzada demostró que en el caso de la heroína se producía una considerable sustitución por opioides sujetos a prescripción médica y, en menor medida, benzodiazepinas y metanfetamina²¹. Ese mismo estudio indicó que, cuando subía el precio de la metanfetamina, su sustitución por otras drogas era limitada.

¹⁵ Francesco Leri, Jule Bruneau y Jane Stewart, “Understanding polydrug use: review of heroin and cocaine co-use” *Addiction*, vol. 98, núm. 1 (2003), págs. 7 a 22.

¹⁶ Jenny Chalmers, Deborah Bradford y Craig Jones, “The effect of methamphetamine and heroin price on polydrug use: a behavioural economics analysis in Sydney, Australia”, *International Journal of Drug Policy*, vol. 21, núm. 5 (2010), págs. 381 a 389.

¹⁷ Horyniak y otros, “How do drug market changes affect characteristics of injecting initiation and subsequent patterns of drug use?” (véase la nota 5).

¹⁸ *Informe Mundial sobre las Drogas 2014* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.14.XI.7).

¹⁹ Jonathan P. Caulkins y Peter H. Reuter, “The meaning and utility of drug prices”, *Addiction*, vol. 91, núm. 9 (1996), págs. 1261 a 1264.

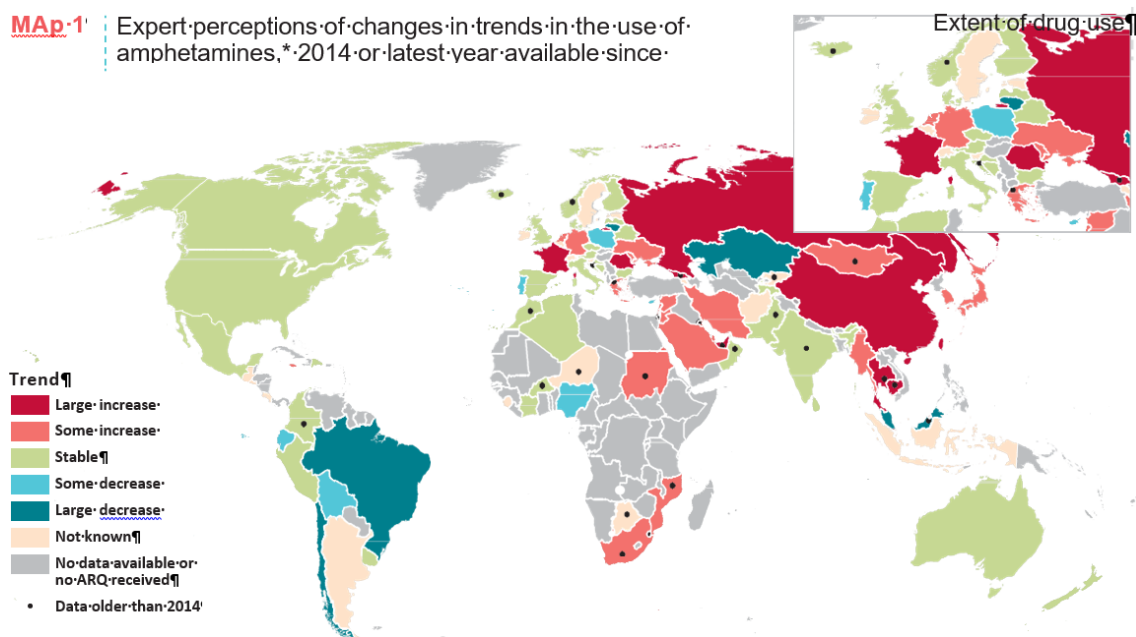
²⁰ Petry y Bicket, “Poly drug use in heroin addicts: a behavioral economic analysis”, (véase la nota 6).

²¹ Chalmers y otros, “The effect of methamphetamine and heroin price on poly drug use” (véase la nota 16).

MAPA 1

Percepciones de los expertos de los cambios de las tendencias del consumo de anfetaminas*, 2014 o año más reciente del que se dispone de datos desde 2010

Map 1 Expert perceptions of changes in trends in the use of amphetamines*, 2014 or latest year available since



Source: Responses to the annual report questionnaire.

Note: The information presented in the map is for 2014 or the latest year since 2010 for which the information is available. The boundaries and names shown and the designations used 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. A dispute exists between the Governments of Argentina and the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland concerning sovereignty over the Falkland Islands (Malvinas).

* Includes both amphetamine and methamphetamine.

Trend	Tendencia
Large increase	Gran aumento
Some increase	Cierto aumento
Stable	Estable
Some decrease	Cierta reducción
Large decrease	Gran reducción
Not known	Se desconoce
No data available or no ARQ received	No se dispone de datos o no se recibió el cuestionario para los informes anuales
Data older than 2014	Datos anteriores a 2014

Fuente: Respuestas al cuestionario para los informes anuales.

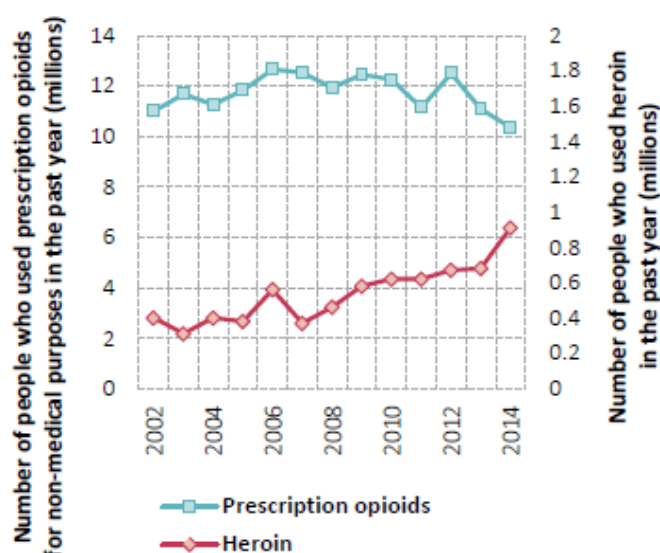
Nota: La información que se presenta en el mapa corresponde a 2014 o al año más reciente desde 2010 del que se dispone de datos. Los límites geográficos, así como los nombres y las designaciones que figuran en el presente mapa no implican la aprobación o aceptación oficial por parte de las Naciones Unidas. 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. Existe una disputa entre los Gobiernos de la Argentina y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte en relación con la soberanía sobre las Islas Malvinas (Falkland).

* Incluye anfetamina y metanfetamina.

Tendencias recientes del consumo de heroína y el consumo de opioides sujetos a prescripción médica en los Estados Unidos

En los Estados Unidos de América, durante el decenio anterior el consumo de opioides sujetos a prescripción médica con fines no médicos y el consumo de heroína han seguido interactuando en el mercado. Desde que la elevada prevalencia y la morbilidad y mortalidad conexas del consumo de opioides sujetos a prescripción médica con fines no médicos han pasado a ser un importante problema de salud pública²², un aumento reciente del consumo de heroína ha desencadenado un aumento pronunciado del número de muertes relacionadas con sobredosis de heroína^{23,24}. Varios aspectos han impulsado ese cambio: las medidas de aplicación de la ley y reglamentarias para hacer frente a la prescripción irracional y la reformulación de los opioides sujetos a prescripción médica con tecnologías disuasivas del uso indebido; la ejecución de programas para vigilar los medicamentos sujetos a prescripción médica y la educación de los profesionales de la atención de la salud y el público sobre su consumo apropiado²⁵; y el aumento de la accesibilidad, los precios reducidos y la gran pureza de la heroína en los Estados Unidos²⁶.

GRÁFICO 3 Tendencias del consumo de heroína y opioides sujetos a prescripción médica en los Estados Unidos, 2002-2014



Source: Wilson M. Compton, Christopher M. Jones and Grant T. Baldwin, "Relationship between nonmedical prescription-opioid use and heroin use", *New England Journal of Medicine*, vol. 374, No. 2 (2016), pp. 154-163.

1.8, etc.	1,8, etc.
Number of people who used prescription opioids for non-medical purposes in the past year (millions)	Número de personas que consumieron opioides sujetos a prescripción médica con fines no médicos en el año anterior (millones)

²² Wilson M. Compton, Christopher M. Jones y Grant T. Baldwin, "Relationship between nonmedical prescription-opioid use and heroin use", *New England Journal of Medicine*, vol. 374, núm. 2 (2016), págs. 154 a 163.

²³ Estados Unidos, Center for Behavioral Health Statistics and Quality, *Behavioral Health Trends in the United States: Results from the 2014 National Survey on Drug Use and Health*, HHS Publication núm. SMA 15-4927, NSDUH Series H-50 (Rockville, Maryland, 2015).

²⁴ Christopher M. Jones, "Heroin use and heroin use risk behaviors among nonmedical users of prescription opioid pain relievers: United States, 2002-2004 and 2008-2010", *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 132, núms. 1 y 2 (2013), págs. 95 a 100.

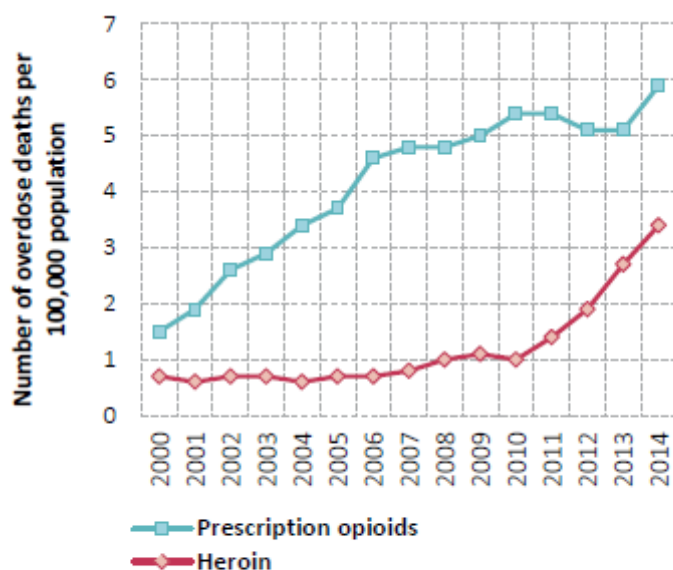
²⁵ *Ibid.*

²⁶ Compton y otros, "Relationship between nonmedical prescription" (véase la nota 22).

Number of people who used heroin in the past year (millions)	Número de personas que consumieron heroína en el año anterior (millones)
Prescription opioids	Opioides sujetos a prescripción médica
Heroin	Heroína

Fuente: Wilson M. Compton, Christopher M. Jones y Grant T. Baldwin, "Relationship between nonmedical prescription-opioid use and heroin use", *New England Journal of Medicine*, vol. 374, núm. 2 (2016), págs. 154 a 163.

GRÁFICO 4 Tasas de muertes ajustadas por edades relacionadas con opioides sujetos a prescripción médica y heroína en los Estados Unidos, 2000-2014

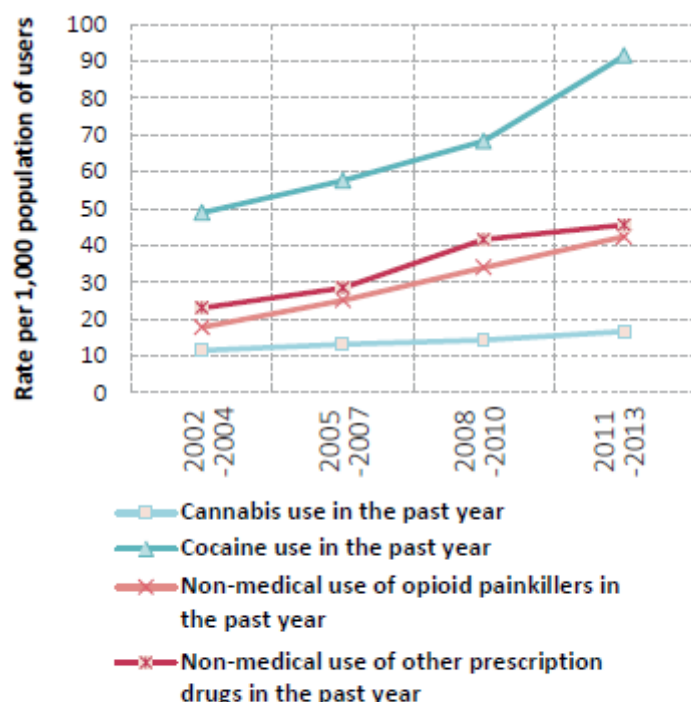


Source: Wilson M. Compton, Christopher M. Jones and Grant T. Baldwin, "Relationship between nonmedical prescription-opioid use and heroin use", *New England Journal of Medicine*, vol. 374, No. 2 (2016), pp. 154-163.

Number of overdose deaths per 100,000 population	Número de muertes por sobredosis por 100.000 habitantes
Prescription opioids	Opioides sujetos a prescripción médica
Heroin	Heroína

Fuente: Wilson M. Compton, Christopher M. Jones y Grant T. Baldwin, "Relationship between nonmedical prescription-opioid use and heroin use", *New England Journal of Medicine*, vol. 374, núm. 2 (2016), págs. 154 a 163.

GRÁFICO 5 Tendencias del policonsumo de drogas entre consumidores de heroína en los Estados Unidos, 2002-2013



Source: Christopher M. Jones and others, "Vital signs: demographic and substance use trends among heroin users – United States, 2002-2013", *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 64. No. 26 (2015).

Rate per 1,000 population of users	Tasa por cada 1.000 consumidores
Cannabis use in the past year	Consumo de cannabis en el año anterior
Cocaine use in the past year	Consumo de cocaína en el año anterior
Non-medical use of opioid painkillers in the past year	Consumo de opioides analgésicos con fines no médicos en el año anterior
Non-medical use of other prescription drugs in the past year	Consumo de otros medicamentos sujetos a prescripción médica con fines no médicos en el año anterior

Fuente: Christopher M. Jones y otros, "Vital signs: demographic and substance use trends among heroin users – United States, 2002-2013", *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 64, núm. 26 (2015).

Se calcula que, en 2014, 914.000 personas mayores de 12 años habían consumido heroína en el año anterior, lo que representa un aumento del 145% desde 2007, mientras que la mortalidad relacionada con el consumo de heroína se ha multiplicado por cinco desde 2000^{27, 28, 29, 30}.

²⁷ Se reconoce que las encuestas por hogares no captan la plena magnitud del consumo de heroína y constituyen una subestimación. No obstante, a falta de otros datos sobre tendencias, se utilizan para informar las tendencias de consumo de heroína.

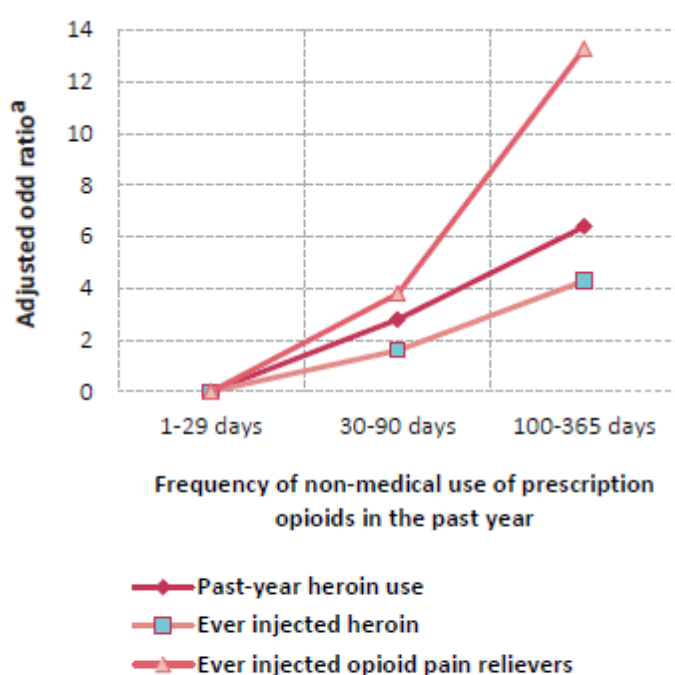
²⁸ Jones, "Heroin use and heroin use risk behaviors" (véase la nota 24).

²⁹ *Informe Mundial sobre las Drogas 2014* (véase la nota 18).

³⁰ Muchas de las muertes relacionadas con la heroína en los Estados Unidos se han atribuido también a la presencia de fentanilo en algunas partes del país (Estados Unidos, Administración para el Control de Drogas, *National Drug Threat Assessment Summary* (octubre de 2015).

Del período 2002-2004 al período 2011-2013 se registró un aumento del consumo de heroína, especialmente entre personas que también comunicaron el consumo de otras sustancias. La tasa más elevada de consumo de heroína en el año anterior se registró entre los consumidores de cocaína (91,5 de cada 1.000 consumidores)³¹, seguidos de los que comunicaron el consumo de opioides sujetos a prescripción médica con fines no médicos. Nueve de cada 10 personas que consumieron heroína autodenunciaron el consumo simultáneo de heroína con al menos otra droga, y la mayoría consumió heroína con al menos otras tres drogas³². Además, la proporción de consumidores de heroína a los que se les diagnosticaron trastornos relacionados con el consumo de opioides sujetos a prescripción médica con fines no médicos se duplicó con creces, del 20,7% en el período 2002-2004 al 45,2% en el período 2011-2013.

GRÁFICO 6 Probabilidad de consumo de heroína en el año anterior y otros indicadores según la frecuencia del consumo con fines no médicos de opioides sujetos a prescripción médica en el año anterior



Source: Christopher M. Jones and others, "Vital signs: demographic and substance use trends among heroin users – United States, 2002-2013", *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 64, No. 26 (2015).

^a Odds ratio adjusted for the influence of (confounders) other variables.

Adjusted odd ratio ^a	Razón de probabilidades ajustada ^a
1-29 days	De 1 a 29 días
30-90 days	De 30 a 90 días
100-365 days	De 100 a 365 días
Frequency of non-medical use of prescription opioids in the past year	Frecuencia de consumo con fines no médicos de opioides sujetos a prescripción médica en el año anterior
Past-year heroin use	Consumo de heroína en el año anterior
Ever injected heroin	Alguna vez se inyectó heroína
Ever injected opioid pain relievers	Alguna vez se inyectó analgésicos opioides

³¹ *Ibid.*

³² Christopher M. Jones y otros, "Vital signs: demographic and substance use trends among heroin users – United States, 2002- 2013", *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 64, núm. 26 (2015).

Fuente: Christopher M. Jones y otros, “Vital signs: demographic and substance use trends among heroin users – United States, 2002-2013”, *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 64, núm. 26 (2015).

^a Razón de probabilidades ajustada para tener en cuenta la influencia de otras variables (factores de confusión).

El aumento del consumo de heroína en los Estados Unidos ha sido más pronunciado entre un subgrupo de personas de 18 a 25 años de edad que comunican una mayor frecuencia de consumo de opioides sujetos a prescripción médica con fines no médicos³³. En ese grupo, la probabilidad de haber consumido heroína en el año anterior, haberse inyectado alguna vez opioides sujetos a prescripción médica o llegar a adquirir dependencia de la heroína aumentó con la frecuencia de consumo de opioides sujetos a prescripción médica con fines no médicos en el año anterior. Era casi ocho veces más probable que las personas que notificaron el consumo de opioides sujetos a prescripción médica con fines no médicos comunicaran la dependencia de la heroína que las que notificaron un consumo de opioides sujetos a prescripción médica con fines no médicos menos frecuente.

Parece que el aumento del consumo de heroína en los Estados Unidos ya había comenzado alrededor de 2006 y había precedido a las modificaciones introducidas en las políticas y prácticas relacionadas con los opioides sujetos a prescripción médica. No obstante, dado el gran número de consumidores de opioides sujetos a prescripción médica con fines no médicos, incluso una pequeña proporción que cambia al consumo de heroína se ha traducido en un número mucho más elevado de personas que consumen heroína.

Un análisis sugiere que el problema del consumo de opioides no es específico de ninguna sustancia y exige enfoques integrales para hacer frente a la epidemia interconectada mediante intervenciones de prevención de la iniciación y de tratamiento para personas con trastornos por consumo de opioides³⁴.

Cambio entre la inyección de heroína, anfetaminas y nuevas sustancias psicoactivas en Europa

En algunos países europeos (Alemania, Austria, Bélgica, España, Francia, Irlanda, Polonia, el Reino Unido y la República Checa), pequeños grupos localizados de consumidores de drogas de alto riesgo que están en contacto con servicios de umbral bajo, servicios psiquiátricos y centros de tratamiento de consumidores de drogas y que solían inyectarse heroína y anfetaminas han cambiado a inyectarse NSP, como las catinonas sintéticas. Los informes enviados al Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA) parecen indicar que los consumidores de drogas que se inyectan catinonas sintéticas son principalmente los que se han estado inyectando heroína y anfetaminas y han empezado ahora a inyectarse catinonas sintéticas o las han incluido en su repertorio de consumo de drogas³⁵. Entre las personas que se inyectan catinonas sintéticas figuran las que están en tratamiento de sustitución de opioides, así como los jóvenes que comienzan a consumir drogas por inyección.

En Hungría, en el período 2009-2012 la escasez de heroína y el aumento de la disponibilidad local de catinonas sintéticas contribuyó a que los consumidores de drogas de alto riesgo cambiaran a la inyección de NSP, principalmente catinonas sintéticas. Se comunicó un cambio correspondiente entre los clientes de programas de distribución de agujas y jeringuillas y los que ingresaban en tratamiento. En 2009, la mayoría de las personas que se inyectaban drogas se inyectaban heroína o anfetaminas, mientras que en 2012 aproximadamente el 43% de las

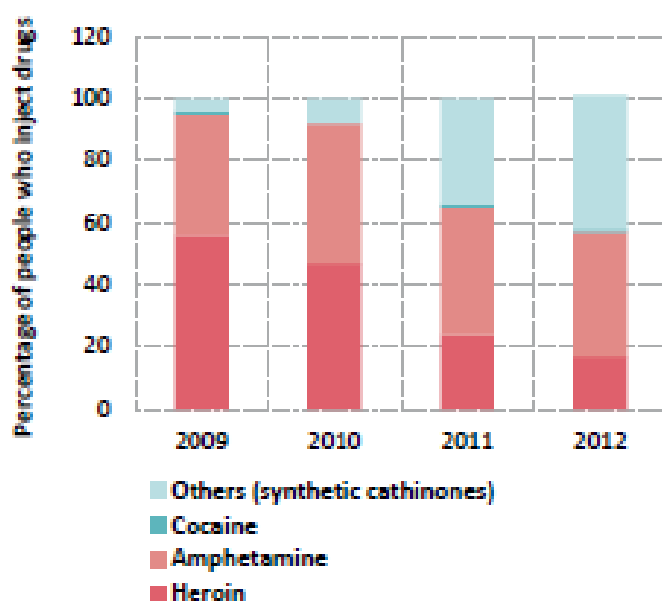
³³ Jones, “Heroin use and heroin use risk behaviors” (véase la nota 24).

³⁴ Compton and others, “Relationship between nonmedical prescription opioids use” (véase la nota 22).

³⁵ EMCDDA, “Perspectives on drugs: injection of synthetic cathinones”, 28 de mayo de 2015.

personas que se inyectaban drogas se inyectaba principalmente catinonas sintéticas y otro 40% se inyectaba anfetamina³⁶. Esa tendencia fue autonotificada, y se confirmó además mediante muestras obtenidas del equipo de inyección. De las principales catinonas sintéticas que se inyectaban las personas que se inyectaban drogas, la sustancia predominante fue la pentedrona; las demás sustancias notificadas fueron la 3,4-metilendioxipirovalerona (MDPV), la mefedrona y la 4-metilecatinona (4-MEC), todas ellas estimulantes.

GRÁFICO 7 Tendencias de la inyección de drogas entre clientes de programas de distribución de agujas y jeringuillas en Hungría, 2009-2012



Source: Anna Péterfi and others, "Changes in patterns of injecting drug use in Hungary: a shift to synthetic cathinones", *Drug Test and Analysis*, vol. 6, Nos. 7 and 8 (2014), pp. 825-831.

Percentage of people who inject drugs	Porcentaje de personas que se inyectan drogas
Others (synthetic cathinones)	Otras (catinonas sintéticas)
Cocaine	Cocaína
Amphetamine	Anfetamina
Heroin	Heroína

Fuente: Anna Péterfi y otros, "Changes in patterns of injecting drug use in Hungary: a shift to synthetic cathinones", *Drug Test and Analysis*, vol. 6, núms. 7 y 8 (2014), págs. 825 a 831.

Existen pruebas de tendencias similares en entornos de tratamiento, en los que la proporción de consumidores de heroína disminuyó considerablemente y la proporción de clientes que ingresaban en tratamiento por inyectarse anfetamina y otros estimulantes aumentó considerablemente en 2012.

En Hungría, la disponibilidad reducida de heroína no modificó las prácticas de inyección, pero hizo que los consumidores cambiaran a otras sustancias inyectables (como NSP y anfetamina) que eran más asequibles y de fácil obtención y también tenían efectos intensos³⁷.

³⁶ Anna Péterfi y otros, "Changes in patterns of injecting drug use in Hungary: a shift to synthetic cathinones", *Drug Test and Analysis*, vol. 6, núms. 7 y 8 (2014), págs. 825 a 831.

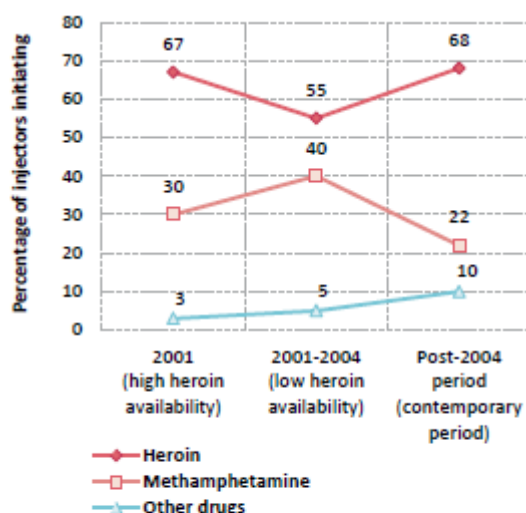
³⁷ *Ibid.*

Cambios en el mercado de drogas y patrones de consumo de drogas por inyección en Australia

En Australia, el mercado de heroína cambió considerablemente después de 2000; la heroína pasó de ser fácilmente accesible (barata, de gran pureza y disponible) y la droga inyectada con más frecuencia en Australia a ser menos accesible como consecuencia de su escasez³⁸. El cambio dio lugar a una disminución de la prevalencia y la frecuencia de inyección de heroína, así como a un descenso de las consecuencias adversas para la salud relacionadas con el consumo de esa droga³⁹.

En los años siguientes (2001-2004) se registró una disminución sostenida de la disponibilidad y el consumo de heroína en Australia. Durante el mismo período, apareció en el mercado metanfetamina a un precio relativamente bajo por gramo de metanfetamina pura, que era fácil de obtener, y eso dio lugar a un aumento del consumo de metanfetamina⁴⁰. De 2004 en adelante, los mercados ilícitos de heroína y metanfetamina siguieron mostrando un gran dinamismo, y el precio y la pureza de ambas drogas fluctuó. En el mismo período también se observó un aumento de la práctica de recetar opioides y de su consumo con fines no médicos (entre personas que se inyectaban drogas)⁴¹.

GRÁFICO 8 Tendencias de la iniciación del consumo de drogas por inyección, por sustancias, en Melbourne (Australia), 2001, 2001-2004 y desde 2004



Source: Danielle Horyniak and others, "How do drug market changes affect characteristics of injecting initiation and subsequent patterns of drug use? Findings from a cohort of regular heroin and methamphetamine injectors in Melbourne, Australia", *International Journal of Drug Policy*, vol. 26, No. 1 (2015), pp. 43-50.

Percentage of injectors initiating	Porcentaje de personas que se inyectan drogas que inician el consumo por inyección
2001 (high heroin availability)	2001 (elevada disponibilidad de heroína)

³⁸ Horyniak y otros, "How do drug market changes affect characteristics of injecting initiation and subsequent patterns of drug use?" (véase la nota 5).

³⁹ Louisa Dagenhardt y otros, "Effects of a sustained heroin short- age in three Australian States", *Addiction*, vol. 100, núm. 7 (2005), págs. 908 a 920.

⁴⁰ Louisa Dagenhardt y otros, "The epidemiology of methamphetamine use and harm in Australia", *Drug and Alcohol Review*, vol. 27, núm. 3 (2008), págs. 243 a 252.

⁴¹ Horyniak y otros, "How do drug market changes affect characteristics of injecting initiation and subsequent patterns of drug use?" (véase la nota 5).

2001-2004 (low heroin availability)	2001-2004 (baja disponibilidad de heroína)
Post-2004 period (contemporary period)	Período después de 2004 (período contemporáneo)
Heroin	Heroína
Methamphetamine	Metanfetamina
Other drugs	Otras drogas

Fuente: Danielle Horyniak y otros, “How do drug market changes affect characteristics of injecting initiation and subsequent patterns of drug use? Findings from a cohort of regular heroin and methamphetamine injectors in Melbourne, Australia”, *International Journal of Drug Policy*, vol. 26, núm. 1 (2015), págs. 43 a 50.

En un estudio de una cohorte de personas que se inyectaban drogas en Melbourne, que fueron captadas entre noviembre de 2008 y marzo de 2010, se examinó el impacto que el cambio de la dinámica del mercado pudiera haber tenido en los patrones de consumo de drogas⁴². Entre los participantes en el estudio, la iniciación en la inyección de heroína siguió siendo la práctica más común en cada uno de los tres períodos examinados, aunque disminuyó en el período en que la disponibilidad de heroína era baja. En ese período aumentó la proporción de personas que se inyectaban drogas que se iniciaron en la inyección de metanfetamina. En el último período (de 2004 en adelante), la proporción de personas que se inyectaban drogas que se iniciaron en la inyección de metanfetamina disminuyó, compensando un aumento de la iniciación de la inyección de heroína y otras drogas, principalmente opioides sujetos a prescripción médica.

En 2013, la mayoría de los participantes en el estudio eran policonsumidores (44%) o consumidores que principalmente se inyectaban heroína (41%). Entre las personas que se inyectaban drogas en aquel momento, la práctica de inyectarse principalmente metanfetamina no era común, pero la probabilidad de que los participantes que se iniciaron en la inyección durante el período en que la disponibilidad de heroína era baja se inyectaran varios tipos de drogas en aquel momento era casi el doble. Igualmente, las personas que se inyectaban drogas en aquel momento consumían más comúnmente una combinación de heroína y metanfetamina, y drogas como la heroína se consumían para contrarrestar los “efectos de bajón” de la metanfetamina⁴³.

Las conclusiones del estudio parecen indicar que la primera droga inyectada refleja las características del mercado de drogas en el momento, mientras que los patrones posteriores de consumo de drogas, incluido el policonsumo de drogas, parecen ser consecuencia de mecanismos de compensación o sustitución ocasionados por la dinámica del mercado. Esos patrones pueden reflejar el carácter cíclico de las epidemias de drogas y pueden seguir cambiando a medida que los mercados de drogas evolucionen.

Fumar metanfetamina entre consumidores de heroína y consumidores de varios tipos de drogas en Grecia

En los últimos años en Grecia, los servicios de umbral bajo y las agencias de tratamiento han comunicado que los consumidores de opioides por inyección fuman habitualmente metanfetamina cristalina. Se ha notificado esa práctica especialmente entre subpoblaciones de personas migrantes marginadas que se inyectan opioides en Atenas⁴⁴.

⁴² *Ibid.*

⁴³ Brendan Quinn y otros, “Methamphetamine use in Melbourne, Australia: baseline characteristics of a prospective methamphetamine-using cohort and correlates of methamphetamine dependence”, *Journal of Substance Use*, vol. 18, núm. 5 (2013), págs. 349 a 362.

⁴⁴ EMCDDA, “Perspectives on drugs: health and social responses for methamphetamine users in Europe”, 27 de mayo de 2014.

El policonsumo de drogas en Grecia es común entre los consumidores de drogas en tratamiento. En 2013, casi el 71% de los clientes en tratamiento comunicaron que habían consumido más de una sustancia, y el policonsumo de drogas era más común entre los consumidores de cocaína (80%) y de opiáceos (77%). El uso indebido de medicamentos de venta con receta y el consumo de cannabis y cocaína se notificaron con más frecuencia entre los consumidores de opiáceos, mientras que los consumidores de cocaína como droga principal notificaron con más frecuencia el consumo de cannabis y opiáceos⁴⁵.

Consumo emergente de metanfetamina entre los consumidores de opiáceos en la República Islámica del Irán

En la República Islámica del Irán, donde los opiáceos siguen siendo la principal droga consumida por los consumidores problemáticos de drogas, el consumo de metanfetamina ha hecho su aparición como otra droga que suscita preocupación en los últimos años. También se ha descrito el consumo de metanfetamina como una nueva forma de policonsumo de drogas entre los consumidores de opiáceos⁴⁶. En muchos estudios locales de consumidores de opiáceos en tratamiento con metadona se ha notificado el consumo de metanfetamina entre los clientes de los centros de tratamiento. Por ejemplo, un estudio de una clínica de tratamiento de sustitución de opiáceos de la provincia de Zahedan indicó que el consumo de metanfetamina entre los consumidores de opiáceos sometidos a tratamiento aumentó del 6% en 2009 a casi el 20% en 2011⁴⁷. En otro estudio de 378 personas que solicitaron tratamiento en un centro terapéutico comunitario se constató que las muestras de orina de casi el 7% de esas personas dieron resultados positivos en los análisis de metanfetamina^{48,49}. Según se informa, el consumo de metanfetamina ha influido negativamente en los pacientes dependientes de opiáceos sometidos a tratamiento que erróneamente creyeron que el consumo de metanfetamina podría ayudar a controlar su dependencia de opiáceos y los problemas conexos, como la depresión y el deficiente rendimiento sexual, y aumentar su energía física, atención y concentración y mejorar sus relaciones sociales⁵⁰. En otras partes de Asia también se ha notificado el consumo de metanfetamina entre los consumidores de heroína⁵¹.

⁴⁵ EMCDDA, *2014 National Report to the EMCDDA (2013 Data) by the Reitox Greek National Focal Point: Greece - New Developments, Trends* (Atenas, 2014).

⁴⁶ Zahra A. Mehrjerdi, Alasdair M. Barr y Alireza Noroozi, "Methamphetamine-associated psychosis: a new health challenge in Iran", *DARU Journal of Pharmaceutical Sciences* (2013).

⁴⁷ Zahra A. Mehrjerdi, "Crystal in Iran: methamphetamine or heroin kerack", *DARU Journal of Pharmaceutical Sciences*, 2013.

⁴⁸ Zahra Alam-Mehrjerdi, Azarakhsh Mokri y Kate Dolan, "Methamphetamine use and treatment in Iran: a systematic review from the most populated Persian Gulf country", *Asian Journal of Psychiatry*, vol. 16, 2015, págs. 17 a 25.

⁴⁹ Nasrindokht Sadir y otros, "Outcome evaluation of therapeutic community model in Iran", *International Journal of Health Policy and Management*, vol. 1, núm. 2 (2013), págs. 131 a 135.

⁵⁰ Schwann Shariatirad, Masoomeh Maarefvand y Hamed Ekhiari, "Methamphetamine use and methadone maintenance treatment: an emerging problem in the drug addiction treatment network in Iran", *International Journal of Drug Policy*, vol. 24, núm. 6 (2013), págs. e115 y e116.

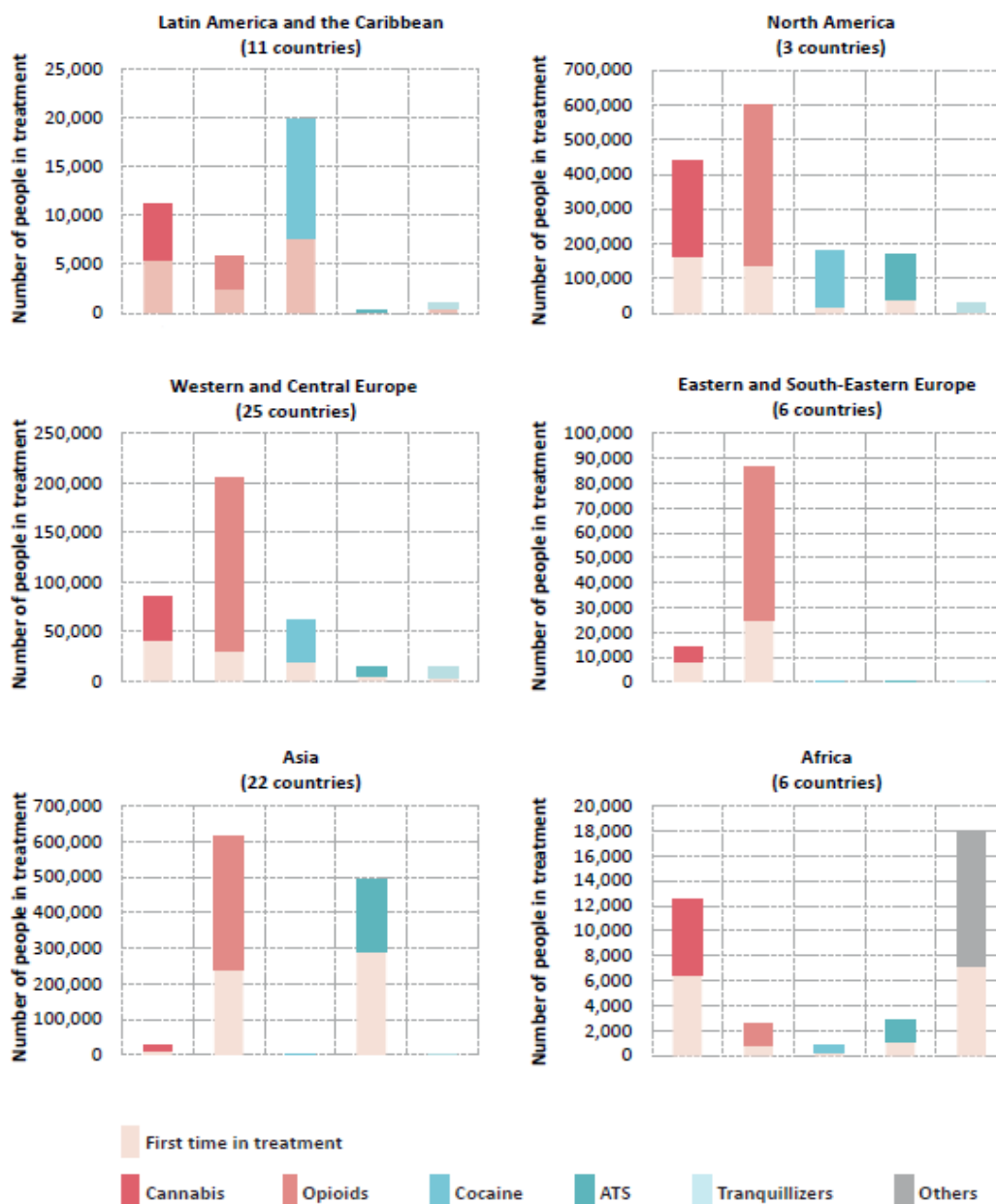
⁵¹ Darshan Singh y otros, "Substance abuse and HIV situation in Malaysia", *Journal of Food and Drug Analysis*, vol. 21, Supl. núm. 4 (2013), págs. S46 a S51.

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

La información sobre las personas en tratamiento por trastornos relacionados con el consumo de drogas puede servir de variable sustitutiva, así como de indicador latente, para entender el carácter de las tendencias del consumo de drogas que dan lugar a graves consecuencias para la salud.

Según las estimaciones mundiales, casi una de cada seis personas que sufren trastornos por consumo de drogas acceden a los servicios de tratamiento cada año. Los opioides destacan como principal droga que suscita preocupación en América del Norte, Europa (en particular, Europa oriental y sudoriental) y Asia. En Europa oriental y sudoriental, casi tres personas de cada cuatro en tratamiento por trastornos relacionados con el consumo de drogas reciben tratamiento por consumo de opioides. El número de personas en tratamiento por trastornos relacionados con el consumo de cocaína sigue siendo bastante elevado en América Latina y el Caribe, donde casi la mitad de las personas en tratamiento por trastornos relacionados con el consumo de drogas reciben tratamiento por consumo de cocaína. El tratamiento relacionado con trastornos por consumo de cannabis es más prominente en África y Oceanía que en otras regiones, lo que puede guardar relación con las opciones limitadas de tratamiento para los consumidores de otras drogas en África, donde casi la mitad de los ingresos para tratamiento por trastornos relacionados con el consumo de drogas se refieren al consumo de sustancias sin especificar, lo que oculta la verdadera magnitud del consumo de drogas que suscitan preocupación distintas del cannabis. Las anfetaminas siguen siendo un problema principalmente en Asia oriental y sudoriental y en cierta medida en América del Norte; mientras que el número de personas en tratamiento por trastornos relacionados con el consumo de anfetaminas ha estado aumentando en Asia, donde la mitad de las personas en tratamiento por consumo de drogas en la región reciben tratamiento por trastornos relacionados con el consumo de opioides.

GRÁFICO 9 Número total de personas en tratamiento por consumo de drogas, incluidas las personas en tratamiento por primera vez, por tipo de drogas y región, 2014



Source: Responses to the annual report questionnaire.
 Note: The figures are based on data for 2014 or the latest year since 2010 for which data are available. For each region, the number of people in treatment for the use of different drugs in the region is weighted by the total number of people treated in a country. Member States in Oceania (in particular, Australia and New Zealand) do not provide information on the proportion of people in treatment for the first time, and therefore information for Oceania is not reflected in the figures.

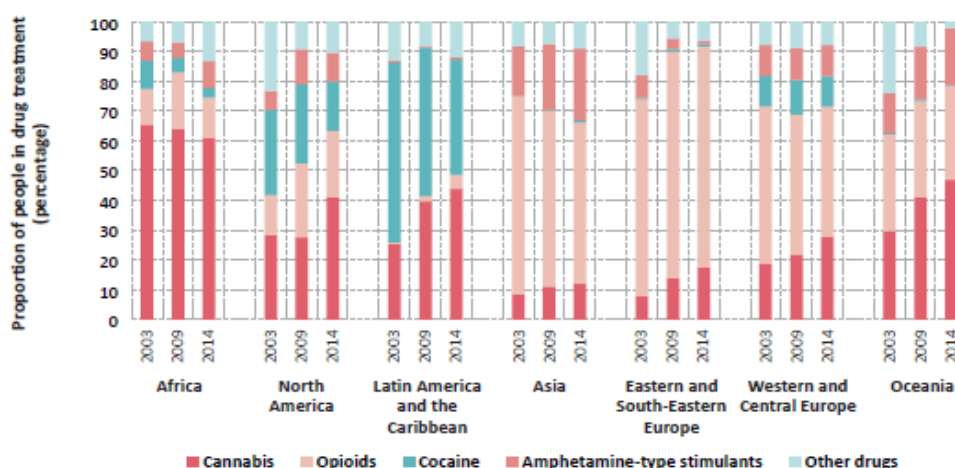
Number of people in treatment	Número de personas en tratamiento
Latin America and the Caribbean (11 countries)	América Latina y el Caribe (11 países)
North America (3 countries)	América del Norte (3 países)
Western and Central Europe (25 countries)	Europa occidental y central (25 países)
Eastern and South-Eastern Europe (6 countries)	Europa oriental y sudoriental (6 países)
Asia (22 countries)	Asia (22 países)

Africa (6 countries)	África (6 países)
First time in treatment	En tratamiento por primera vez
Cannabis	Cannabis
Opioids	Opioides
Cocaine	Cocaína
ATS	Estimulantes de tipo anfetamínico
Tranquillizers	Tranquilizantes
Others	Otras drogas

Fuente: Respuestas al cuestionario para los informes anuales.

Nota: Los gráficos se basan en datos correspondientes a 2014 o el último año desde 2010 sobre el que se dispone de datos. En el caso de cada región, el número de personas en tratamiento por el consumo de diferentes drogas se pondera por el número total de personas tratadas en un país. Los Estados Miembros de Oceanía (en particular, Australia y Nueva Zelanda) no facilitan información sobre la proporción de personas en tratamiento por primera vez, y, por lo tanto, la información correspondiente a Oceanía no está reflejada en los gráficos.

GRÁFICO 10 Droga principal consumida entre personas en tratamiento por drogas, por región, 2003, 2009 y 2014



Source: Responses to the annual report questionnaire.

Note: Data used for each point in time are based on reporting from countries in each region for the year cited or the latest year for which data are available.

Proportion of people in drug treatment (percentage)	Proporción de personas en tratamiento por drogas (porcentaje)
Africa	África
North America	América del Norte
Latin America and the Caribbean	América Latina y el Caribe
Asia	Asia
Eastern and South-Eastern Europe	Europa oriental y sudoriental
Western and Central Europe	Europa occidental y central
Oceania	Oceanía
Cannabis	Cannabis
Opioids	Opioides
Cocaine	Cocaína
Amphetamine-type stimulants	Estimulantes de tipo anfetamínico
Other drugs	Otras drogas

Fuente: Respuestas al cuestionario para los informes anuales.

Nota: Los datos utilizados para cada período se basan en los informes de los países de cada región correspondientes al año citado o al último año del que se dispone de datos.

El número y las características de las personas que solicitan tratamiento por primera vez son indicadores indirectos de las tendencias de las consecuencias sanitarias causadas por el consumo de diferentes sustancias en la región. A nivel mundial, la proporción de personas que solicitan tratamiento por primera vez por trastornos relacionados con el consumo de cannabis sigue siendo elevada, casi un 50%. En Asia, entre los que reciben tratamiento por trastornos relacionados con el consumo de anfetaminas, se informa de que casi el 60% está en tratamiento por primera vez; en Europa y América Latina, se informa de que casi el 40% de los que reciben tratamiento por trastornos relacionados con el consumo de cocaína está en tratamiento por primera vez. Las personas que solicitan tratamiento por trastornos relacionados con el consumo de cannabis y anfetaminas son más jóvenes (por término medio, 24 y 25 años de edad, respectivamente) que las que lo solicitan por trastornos relacionados con el consumo de otras drogas, incluidos los que solicitan el tratamiento por primera vez. Ello refleja las tendencias al aumento del consumo de cannabis y anfetaminas y el aumento resultante del número de personas que solicitan tratamiento por trastornos relacionados con el consumo de esas drogas. Menos personas se encuentran en tratamiento por primera vez por trastornos relacionados con el consumo de opioides o cocaína; sin embargo, su edad suele andar en la treintena y, en muchas subregiones, reflejan un envejecimiento de la cohorte de consumidores en tratamiento⁵² e indican una disminución general de la proporción de la demanda de tratamiento.

Además, en función de los datos comunicados por los Estados Miembros, se calcula que a entre un 40% y un 80% de personas en tratamiento por consumo de drogas se les diagnostica policonsumo de drogas, lo que refleja la complejidad de los patrones de consumo de drogas y las dificultades de tratar eficazmente a personas con trastornos relacionados con el consumo de drogas.

Las tendencias de la demanda de tratamiento durante el último decenio también corroboran los patrones cambiantes de consumo de drogas observados en diferentes regiones y subregiones. Aunque la demanda de tratamiento por trastornos relacionados con el consumo de cannabis ha aumentado en todas las regiones desde 2003, lo ha hecho en mucha mayor medida en América, Europa occidental y central y Oceanía. Al mismo tiempo, en América, la proporción de personas en tratamiento por consumo de cocaína ha disminuido durante el último decenio. En Asia se ha registrado un aumento considerable del tratamiento por consumo de estimulantes de tipo anfetamínico y una disminución del tratamiento por trastornos relacionados con el consumo de opioides. En Europa oriental y sudoriental, el tratamiento por trastornos relacionados con el consumo de opioides ha sido motivo de preocupación durante los últimos diez años.

El aumento de la demanda de tratamiento relacionado con el consumo de cannabis en algunas regiones merece especial atención⁵³. Existe gran variabilidad en la definición y la práctica de lo que constituye el tratamiento por trastornos relacionados con el consumo de cannabis. Actualmente, el tratamiento consiste en intervenciones de orientación del comportamiento o psicosociales que pueden variar de un contacto único en línea, o una breve intervención en un entorno ambulatorio, hasta un plan de tratamiento más amplio que incluye el tratamiento de otras co-morbilidades en un entorno ambulatorio u hospitalario⁵⁴.

⁵² Joseph Gfroerer y otros, "Substance abuse treatment need among older adults in 2020: the impact of the aging baby-boom cohort", *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 69, núm. 2 (2003), págs. 127 a 135.

⁵³ Wayne Hall, Maria Renström y Vladimir Poznyak, coords., *The Health and Social Effects of Nonmedical Cannabis Use* (Ginebra, OMS, 2016).

⁵⁴ Jan Copeland, Amie Frewen y Kathryn Elkins, *Management of Cannabis Use Disorder and Related Issues: A Clinician's Guide* (Sydney, National Cannabis Prevention and Information Centre, Universidad de Nueva Gales del Sur, 2009); Divya Ramesh y Margaret Haney, "Treatment of cannabis use disorders", en *Textbook of Addiction Treatment: International Perspectives*, N. El-Guebaly, G. Carrà y M. Galanter, coords. (Milán (Italia), Springer, 2015); y Alan J. Budney y otros, "Marijuana

¿Cuáles son los posibles factores que impulsan los cambios del número de personas en tratamiento por consumo de cannabis?

La naturaleza y magnitud de los posibles riesgos y peligros para la salud asociados con el consumo de cannabis son objeto de un debate continuo⁵⁵. Puede percibirse que el consumo de cannabis es relativamente inocuo^{56, 57} si se compara con el consumo de otras sustancias psicoactivas fiscalizadas, así como en relación con el consumo de tabaco o alcohol. Sin embargo, el hecho de que el riesgo sea más bajo no significa que no haya ningún riesgo: existen efectos perjudiciales para la salud asociados a una mayor frecuencia de consumo de cannabis y a la iniciación a una edad muy temprana, especialmente entre adolescentes durante el período de su desarrollo cognitivo y emocional⁵⁸.

Los efectos adversos para la salud del consumo de cannabis asociados a trastornos cognitivos o síntomas psiquiátricos están bien documentados en las publicaciones científicas^{59, 60, 61}. Por tanto, los trastornos relacionados con el consumo de cannabis exigen unas intervenciones de tratamiento importantes desde el punto de vista clínico. La transición del consumo de drogas a la dependencia de las drogas tiene lugar en el caso de una proporción mucho menor de los consumidores de cannabis que en el de los consumidores de opioides, anfetamina o cocaína⁶². Sin embargo, como tantas personas consumen cannabis, ello se traduce en un número más elevado que sufren trastornos relacionados con el consumo de cannabis; por ejemplo, en los Estados Unidos, de los 22,2 millones de consumidores actuales de cannabis en 2014, a 4,2 millones de personas mayores de 12 años se les diagnosticó un trastorno relacionado con el consumo de cannabis en el año anterior⁶³.

Se calcula que los trastornos relacionados con el consumo de cannabis se producen aproximadamente en 1 de cada 11 personas (9%) que lo han consumido alguna vez⁶⁴, y la proporción aumenta considerablemente a una de cada seis personas (17%) que comenzaron a

dependence and its treatment”, *Addiction Science and Clinical Practice*, vol. 4, núm. 1 (2004), págs. 4 a 16.

⁵⁵ Nora D. Volkow y otros, “Adverse health effects of marijuana use”, *New England Journal of Medicine*, vol. 370, núm. 23 (2014), pp. 2219 a 2227.

⁵⁶ David Nutt y otros, “Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse”, *The Lancet*, vol. 369, núm. 9566 (2007), págs. 1047 a 1053.

⁵⁷ Dirk W. Lachenmeier y Jürgen Rehm, “Comparative risk assessment of alcohol, tobacco, cannabis and other illicit drugs using the margin of exposure approach”, *Scientific Reports*, vol. 5, núm. 8126 (2015).

⁵⁸ Wayne Hall, “The adverse health effects of cannabis use: what are they, and what are their implications for policy?”, *International Journal of Drug Policy*, vol. 20, núm. 6 (2009), págs. 458 a 466; Robin Room y otros, *Cannabis Policy: Moving Beyond Stalemate* (Oxford, Oxford University Press, 2010); y Dan I. Lubman, Ali Cheetham y Murat Yücel, “Cannabis and adolescent brain development”, *Pharmacology and Therapeutics*, vol. 148 (2015), págs. 1 a 16.

⁵⁹ Wayne Hall, “What has research over the past two decades revealed about the adverse health effects of recreational cannabis use?”, *Addiction*, vol. 114, núm. 1 (2015), págs. 19 a 35; y Wayne Hall y Louisa Degenhardt, “Adverse health effects of non-medical cannabis use”, *The Lancet*, vol. 374, núm. 9698 (octubre de 2009), págs. 1383 a 1391.

⁶⁰ *Informe Mundial sobre las Drogas 2014*, notas 180 y 181, pág. 93.

⁶¹ Wayne Hall y otros, *The Health and Social Effects of Nonmedical Cannabis Use* (véase la nota 53).

⁶² James C. Anthony, Lynn A. Warner y Ronald C. Kessler, “Comparative epidemiology of dependence on tobacco, alcohol, controlled substances, and inhalants: basic findings from the National Comorbidity Survey”, *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, vol. 2, núm. 3 (1994), págs. 244 a 268.

⁶³ *Behavioral Health Trends in the United States: Results from the 2014 National Survey on Drug Use and Health* (véase la nota 23).

⁶⁴ C. López-Quintero y otros, “Probability and predictors of transition from first use to dependence on nicotine, alcohol, cannabis, and cocaine: results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC)”, *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 115, núms. 1 y 2 (2011), págs. 120 a 130.

consumir cannabis en sus años de adolescencia⁶⁵ y al 25%-50% de consumidores diarios de cannabis^{66,67}.

Entre los factores que pueden influir en el número de personas en tratamiento cuando el cannabis es la droga que suscita más preocupación⁶⁸ figuran los siguientes: los cambios del número de personas que realmente reciben tratamiento; los cambios en las derivaciones a tratamiento; los cambios de la concienciación acerca de los posibles problemas asociados al consumo de cannabis; y los cambios de la disponibilidad de tratamiento por consumo de cannabis. Lamentablemente, escasea la información detallada sobre las tendencias del número de personas en tratamiento y, en consecuencia, el análisis que se presenta a continuación se limita a la situación en los Estados Unidos y en países europeos.

¿Son los patrones cambiantes de tratamiento por consumo de cannabis consecuencia de patrones de consumo más nocivos?

El riesgo de efectos adversos para la salud aumenta con los patrones nocivos de consumo de cannabis que incluyen el consumo con elevada frecuencia (diariamente o casi diariamente), una edad más temprana de iniciación y el consumo de cannabis de mayor potencia.

En los Estados Unidos, el número de consumidores diarios (o casi diarios) de cannabis, medido por el número que consumieron cannabis durante 20 días o más en el mes anterior y el número que consumieron cannabis durante 300 días o más en el año anterior, aumentó considerablemente después de 2006, en un 58% y un 74%, respectivamente. Sin embargo, ese aumento del consumo diario (o casi diario) de cannabis no se ha traducido en un aumento del número de personas que se someten a tratamiento, incluso si se excluye a las personas en tratamiento remitidas por el sistema de justicia penal.

En Europa, donde el tratamiento por trastornos relacionados con el consumo de cannabis ha ido en aumento, aproximadamente el 1% de la población de 15 a 64 años de edad son consumidores diarios (o casi diarios) de cannabis; aunque los datos sobre el consumo diario son escasos, existen pocos indicios de que esa tasa haya cambiado durante el decenio anterior⁶⁹. En varios países de Europa que tienen los números más elevados de personas en tratamiento por consumo de cannabis (Alemania, el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte y España), la prevalencia del consumo de cannabis el mes anterior ha sido estable o ha disminuido en el decenio anterior, aunque el número de personas en tratamiento por consumo de cannabis haya aumentado continuamente.

⁶⁵ James C. Anthony, “The epidemiology of cannabis dependence”, en Roger A. Roffman y Robert S. Stephens, coords. (Cambridge, Cambridge University Press, 2006), págs. 58 a 105.

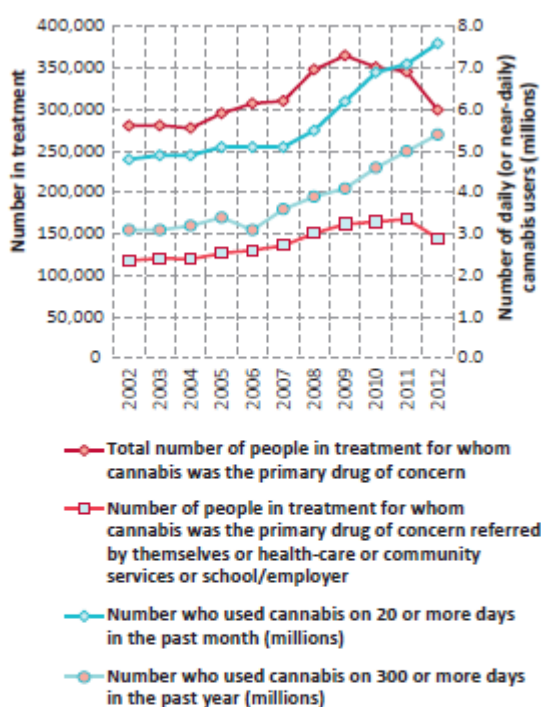
⁶⁶ Wayne Hall y Rosalie L. Pacula, *Cannabis Use and Dependence: Public Health and Public Policy* (Cambridge, Cambridge University Press, 2003).

⁶⁷ EMCDDA, *Prevalence of Daily Cannabis Use in the European Union and Norway* (Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2012).

⁶⁸ En el contexto de esta sección del presente informe, el tratamiento de cannabis se refiere a una situación en que el cannabis era la droga que causaba más preocupación. Las personas en tratamiento cuando otras drogas eran las que suscitaban más preocupación pueden ser tratadas al mismo tiempo por su consumo de cannabis. Por lo tanto, el número total de personas que reciben tratamiento que consumen cannabis es en realidad mucho más grande que el que se presenta en esta sección, especialmente porque el consumo de cannabis es frecuente entre los consumidores de otras drogas.

⁶⁹ *Prevalence of Daily Cannabis Use* (véase la nota 67).

GRÁFICO 11 Número de consumidores diarios (o casi diarios) de cannabis y número de personas en tratamiento por consumo de cannabis en los Estados Unidos, 2002-2012



Sources: United States, Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), *Results from the 2013 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings*, NSDUH Series H-48, HHS Publication No. (SMA) 14-4863 (Rockville, Maryland, SAMHSA, 2014); United States, Department of Health and Human Services, SAMHSA, Center for Behavioral Health Statistics and Quality, *Treatment Episode Data Set: Admissions (TEDS-A) – Concatenated, 1992 to 2012*, ICPSR25221 (Ann Arbor, Michigan, Inter-university Consortium for Political and Social Research, 2015).

Note: The data presented in the figure are for people aged 12 years and older; persons in treatment are those for whom cannabis was the primary drug of concern.

400,000 etc.	400.000 etc.
8.0 etc.	8,0 etc.
Number in treatment	Número en tratamiento
Number of daily (or near-daily) cannabis users (millions)	Número de consumidores diarios (o casi diarios) de cannabis (millones)
Total number of people in treatment for whom cannabis was the primary drug of concern	Número total de personas en tratamiento para las que el cannabis era la droga que suscitaba más preocupación
Number of people in treatment for whom cannabis was the primary drug of concern referred by themselves or health-care or community services or school/employer	Número de personas en tratamiento para las que el cannabis era la droga que suscitaba más preocupación que se remitieron personalmente o fueron remitidos por los servicios de atención de la salud o comunitarios o la escuela/el empleador
Number who used cannabis on 20 or more days in the past month (millions)	Número que consumieron cannabis 20 días o más en el mes anterior (millones)
Number who used cannabis on 300 or more days in the past year (millions)	Número que consumieron cannabis 300 días o más en el año anterior (millones)

Fuentes: Estados Unidos, Departamento de Salud y Servicios Humanos, Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA), *Results from the 2013 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings*, NSDUH Series H-48, HHS Publication No. (SMA) 14-4863 (Rockville, Maryland, SAMHSA, 2014); Estados Unidos, Departamento de Salud y Servicios Humanos, SAMHSA, Center for Behavioral Health Statistics and Quality, *Treatment Episode Data Set: Admissions (TEDS-A) – Concatenated, 1992 to 2012*, ICPSR25221 (Ann Arbor, Michigan, Inter-university Consortium for Political and Social Research, 2015).

Nota: Los datos presentados en el gráfico corresponden a personas mayores de 12 años; las personas en tratamiento son aquellas para las que el cannabis era la droga que suscitaba más preocupación.

Un factor que podría explicar el aumento de los efectos negativos para la salud del consumo de cannabis es la edad cada vez más baja de iniciación, pero existen pocos indicios de que los consumidores de cannabis estén comenzando a consumirlo ahora a una edad más temprana. La edad de iniciación del consumo de cannabis comunicada por las personas en tratamiento ha cambiado poco con el curso del tiempo en los Estados Unidos y no ha seguido una tendencia clara en Europa; por lo tanto, probablemente no ha sido un factor importante que haya influido en las tendencias observadas del número de personas en tratamiento^{70,71}.

Los aumentos de la potencia de los productos de cannabis (el contenido de *delta-9-tetrahidrocannabinol* o de tetrahidrocannabinol (THC)), incluso del coeficiente de THC a cannabidiol (un cannabinoide con propiedades antipsicóticas que puede contrarrestar parcialmente los daños causados por el THC), han recibido considerable atención en relación con los posibles aumentos de los efectos adversos para la salud. Existen pruebas en algunos países de que actualmente hay una gran variedad de productos de cannabis en el mercado y que las preparaciones de gran potencia han conseguido una disponibilidad más amplia^{72,73}. No obstante, no se conoce bien la interacción entre los productos de cannabis de gran potencia y la dosis y la forma en que se traduce en daños para los consumidores. Los consumidores pueden ajustar las cantidades de cannabis que consumen para lograr el efecto psicoactivo deseado, aunque se ha demostrado que eso es más difícil para los consumidores sin experiencia⁷⁴ y los consumidores de cannabis de gran potencia⁷⁵.

⁷⁰ Estados Unidos, Departamento de Salud y Servicios Humanos, Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA), Center for Behavioral Health Statistics and Quality, *Treatment Episode Data Set: Admissions (TEDS-A) – Concatenated, 1992 to 2012*, ICPSR25221 (Ann Arbor, Michigan, Inter-university Consortium for Political and Social Research, 2015).

⁷¹ EMCDDA, *Statistical Bulletin*, varios años.

⁷² Véanse más detalles en el *Informe Mundial sobre las Drogas 2015* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.15.XI.6), págs. 154 a 159.

⁷³ James R. Burgdorf, Beau Kilmer y Rosalie L. Pacula, “Heterogeneity in the composition of marijuana seized in California”, *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 117, núm. 1 (2011), págs. 59 a 61.

⁷⁴ Tom P. Freeman y otros, “Just say ‘know’: how do cannabinoid concentrations influence users’ estimates of cannabis potency and the amount they roll in joints?”, *Addiction*, vol. 109, núm. 10 (2014), págs. 1686 a 1694.

⁷⁵ Peggy van der Pol y otros, “Cross-sectional and prospective relation of cannabis potency, dosing and smoking behaviour with cannabis dependence: an ecological study”, *Addiction*, vol. 109, núm. 7 (2014), págs. 1101 a 1109.

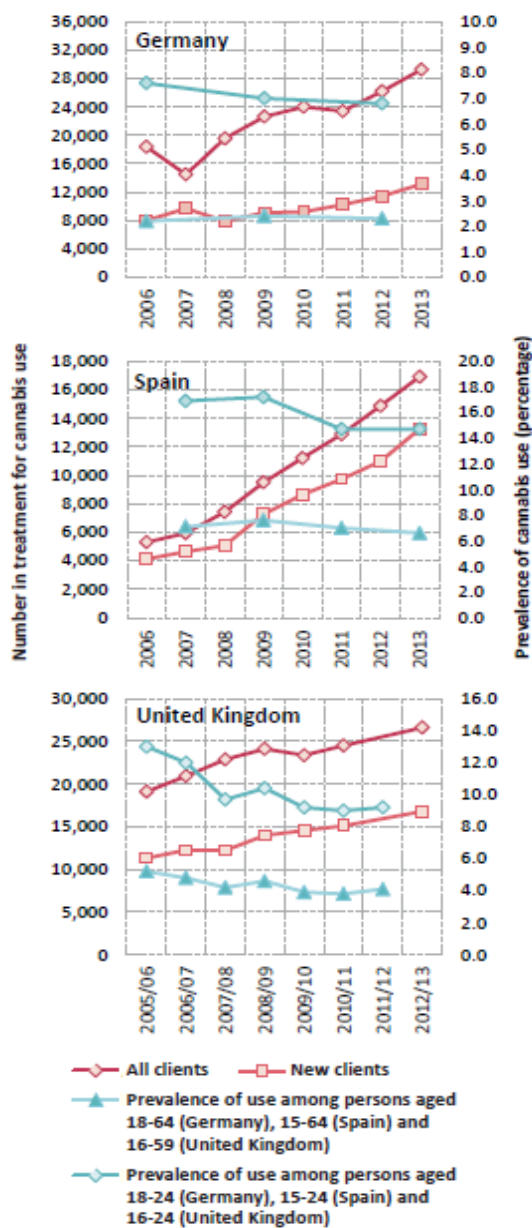
¿Son los patrones cambiantes del tratamiento por consumo de cannabis consecuencia de cambios en las derivaciones del sistema de justicia penal?

Varios países han adoptado medidas sustitutivas de la privación de libertad en casos leves de posesión de cannabis para consumo personal sin circunstancias agravantes (por ejemplo, multas, amonestaciones, libertad vigilada, asesoramiento o incluso exención de la sanción). En los Estados Unidos y la mayoría de los países de Europa existe la opción de remisión o derivación de las sanciones penales hacia el tratamiento. Así pues, la respuesta de justicia penal a casos de posesión de cannabis para consumo personal puede repercutir en el número de personas en tratamiento por consumo de cannabis.

En los Estados Unidos, las personas derivadas a tratamiento desde el sistema de justicia penal constituyen una proporción importante (47% a 58% en el período 1992-2012) de las que se encuentran en tratamiento por consumo de cannabis⁷⁶. Sin embargo, en ese mismo período de 20 años, el 40% de las personas derivadas del sistema de justicia penal comunicaron que no habían consumido cannabis en el mes anterior a su ingreso en tratamiento, y solo el 22% informaron del consumo diario de cannabis. El número de detenciones por posesión de cannabis sigue una pauta que es en su mayor parte similar al número de personas en tratamiento por consumo de cannabis, lo que sugiere que los cambios en el tratamiento por consumo de cannabis en los Estados Unidos probablemente son un reflejo de los cambios en las detenciones por posesión de cannabis.

⁷⁶ *Treatment Episode Data Set: Admissions (TEDS-A) – Concatenated, 1992 to 2012* (véase la nota 70).

GRÁFICO 12 Número de personas en tratamiento por consumo de cannabis y prevalencia de consumo de cannabis en el mes anterior en Alemania, España y el Reino Unido, 2006-2013



Source: Responses to the annual report questionnaire; and EMCDDA, *Statistical Bulletin*, 2015.

Note: The data presented in the figures are for persons in treatment for whom cannabis was the primary drug of concern; for the United Kingdom, the treatment data refer to the second year in the range given and are for the whole country, but the prevalence rates refer to England and Wales only; for Spain, the prevalence rate given for 2007 refers to the years 2007/08.

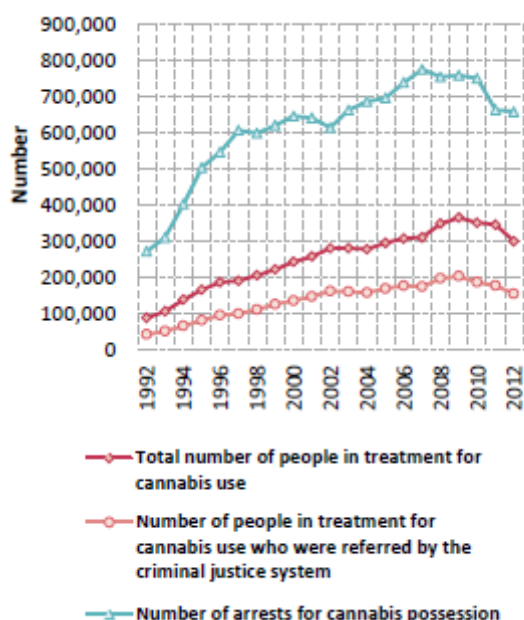
36,000 etc.	36.000 etc.
10.0 etc.	10,0 etc.
Germany	Alemania
Spain	España
United Kingdom	Reino Unido
Number in treatment for cannabis use	Número en tratamiento por consumo de cannabis
Prevalence of cannabis use (percentage)	Prevalencia del consumo de cannabis (porcentaje)

All clients	Todos los clientes
New clients	Nuevos clientes
Prevalence of use among persons aged 18-64 (Germany), 15-64 (Spain) and 16-24 (United Kingdom)	Prevalencia del consumo entre personas de 18 a 64 años (Alemania), 15 a 64 años (España) y 16 a 24 años (Reino Unido)

Fuente: Respuestas al cuestionario para los informes anuales; y EMCDDA, *Statistical Bulletin*, 2015.

Nota: Los datos presentados en los gráficos corresponden a personas en tratamiento para las que el cannabis era la droga que suscitaba más preocupación; en el caso del Reino Unido, los datos de tratamiento se refieren al segundo año en el intervalo presentado y corresponden a todo el país, pero las tasas de prevalencia se refieren a Inglaterra y Gales solamente; en el caso de España, la tasa de prevalencia mencionada para 2007 se refiere a los años 2007/2008.

GRÁFICO 13 Número de personas en tratamiento por consumo de cannabis y número de detenciones por posesión de cannabis en los Estados Unidos, 1992-2012



Sources: United States, Department of Health and Human Services, SAMHSA, Center for Behavioral Health Statistics and Quality, *Treatment Episode Data Set: Admissions (TEDS-A) – Concatenated, 1992 to 2012*, ICPSR25221 (Ann Arbor, Michigan, Inter-university Consortium for Political and Social Research, 2015); United States, Executive Office of the President, *National Drug Control Strategy: Data Supplement 2014* (Washington, D.C., 2014).

Note: The data on treatment presented in the figure are for people aged 12 years and older for whom cannabis was the primary drug of concern.

900,000 etc.	900.000 etc.
Number	Número
Total number of people in treatment for cannabis use	Número total de personas en tratamiento por consumo de cannabis
Number of people in treatment for cannabis use who were referred by the criminal justice system	Número de personas en tratamiento por consumo de cannabis que fueron derivadas por el sistema de justicia penal
Number of arrests for cannabis possession	Número de detenciones por posesión de cannabis

Fuentes: Estados Unidos, Departamento de Salud y Servicios Humanos, SAMHSA, Center for Behavioral Health Statistics and Quality, *Treatment Episode Data Set: Admissions (TEDS-A) – Concatenated, 1992 to 2012*, ICPSR25221 (Ann Arbor, Michigan, Inter-university Consortium for Political and Social Research, 2015); Estados Unidos, Oficina Ejecutiva del Presidente, National Drug Control Strategy: Data Supplement 2014 (Washington, D.C., 2014).

Nota: Los datos sobre tratamiento presentados en el gráfico corresponden a personas mayores de 12 años para las que el cannabis era la droga que suscitaba más preocupación.

En Europa, las derivaciones del sistema de justicia penal (de la policía, los tribunales y los servicios de libertad vigilada) también hacen una contribución importante al número de personas en tratamiento como consecuencia de su consumo de cannabis. Típicamente, una de cada cinco personas que se encuentran en tratamiento y para las que el cannabis era la droga que suscitaba más preocupación fueron derivadas del sistema de justicia penal⁷⁷, y la proporción variaba del 3,9% en los Países Bajos al 80,6% en Hungría⁷⁸. Lamentablemente, no se dispone de información en relación con los cambios con el curso del tiempo.

¿Han influido los obstáculos y las medidas de facilitación del acceso al tratamiento en las tendencias del tratamiento por consumo de cannabis?

Dado que las personas que dependen del cannabis son a menudo reacias a someterse a tratamiento⁷⁹, la concienciación y la comprensión, especialmente entre la juventud, de los posibles daños asociados al consumo de cannabis pueden alentar a los consumidores a solicitar ayuda. En los Estados Unidos se ha registrado un descenso continuo de la percepción entre la juventud de que el consumo de cannabis es nocivo. La proporción de estudiantes de enseñanza secundaria que consideran el consumo habitual de cannabis un “gran riesgo” ha disminuido desde principios del decenio de 1990 y ha habido un descenso especialmente rápido desde mediados del decenio de 2000. En 2014, menos del 40% de los estudiantes del 12º grado (de 17 y 18 años de edad) percibían un “gran riesgo” por el consumo habitual de cannabis, lo que supone un descenso desde casi un 80% a principios del decenio de 1990⁸⁰. En Europa, la percepción de los daños del consumo de cannabis es más alta entre la juventud que en los Estados Unidos y no ha mostrado disminución. Según unas encuestas europeas realizadas en 2003, 2007 y 2011, el porcentaje de estudiantes que percibían un “gran riesgo” de sufrir daños por el consumo habitual de cannabis se ha mantenido en un 70%-72%⁸¹. La mayor percepción del riesgo del consumo de cannabis observada en Europa puede haber sido un factor en el creciente número de personas en tratamiento.

Podría existir una considerable demanda no atendida de tratamiento por consumo de cannabis en Europa. Se calcula que hay 3 millones de consumidores diarios (o casi diarios) de cannabis (personas que consumieron cannabis 20 días o más en el mes anterior) en la región⁸². Sobre la base de algunos estudios, se ha calculado que existe dependencia de cannabis en el 25%-50% de consumidores diarios^{83, 84}. En Europa, aproximadamente 206.000 personas en total recibieron

⁷⁷ Mediana del 21% de 26 países informantes utilizando datos de 2013 o el año más reciente disponible.

⁷⁸ EMCDDA, Data and statistics, Statistical Bulletin 2015, cuadro TDI-0291. Se puede consultar en www.emcdda.europa.eu/.

⁷⁹ Peter Gates y otros, “Barriers and facilitators to cannabis treatment”, *Drug and Alcohol Review*, vol. 31, núm. 3 (2012), págs. 311 a 319.

⁸⁰ Richard A. Miech y otros, *Monitoring the Future National Survey Results on Drug Use: 1975-2014*, vol. 1, *Secondary school students* (Ann Arbor, Michigan, University of Michigan Institute for Social Research, 2015), cap. 2.

⁸¹ Bjorn Hibell y otros, *The 2011 ESPAD Report: Substance Use among Students in 36 European Countries; The 2007 ESPAD Report: Substance Use Among Students in 35 European Countries; y The 2003 ESPAD Report: Alcohol and other Drug Use among Students in 35 European Countries* (Estocolmo, Consejo Sueco para la Información sobre los Problemas del Alcohol y Otras Drogas, 2012, 2009 y 2004).

⁸² *Prevalence of Daily Cannabis Use* (véase la nota 67).

⁸³ Hall y Pacula, “Cannabis use and dependence” (véase la nota 66).

tratamiento en 2010 para las que el cannabis era la razón principal o secundaria para someterse a tratamiento⁸⁵, lo que sugiere que entre el 10% y el 30% del total de consumidores diarios dependientes del cannabis estaban recibiendo tratamiento.

A nivel de la política de atención de la salud y en las investigaciones internacionales, el tratamiento por consumo de cannabis ha venido recibiendo un grado relativamente elevado de visibilidad y financiación pública en Europa⁸⁶. Desde 2008, el número de personas en tratamiento por consumo de cannabis ha ido en aumento en Europa, lo que es en parte un reflejo de la ampliación de la prestación de tratamiento⁸⁷. En muchos países de Europa, se han registrado avances importantes en la prestación de tratamiento con programas que se han ejecutado, ampliado o modificado para atender las necesidades de los consumidores de cannabis, y algunos de ellos tienen como grupos destinatarios a los adolescentes y los adultos jóvenes^{88, 89}.

El género y el consumo de drogas

Se considera que la probabilidad de que los hombres consuman cannabis, cocaína o anfetaminas es tres veces mayor que la de las mujeres, y es más probable que estas consuman opioides y tranquilizantes de venta con receta con fines no médicos. Las disparidades de género en el consumo de drogas pueden atribuirse en mayor medida a las oportunidades de consumirlas en un entorno social que a la mayor susceptibilidad o vulnerabilidad de uno u otro género al consumo de drogas⁹⁰. Se considera que los hombres tienen más oportunidades de consumir drogas que las mujeres, pero las probabilidades de que ambos géneros las consuman son las mismas cuando se presenta la oportunidad de hacerlo^{91, 92}.

Las diferencias de género en cuanto al consumo de drogas se reducen en la generación más joven

En la mayoría de las encuestas se informa de que la prevalencia del consumo de drogas es más elevada en los jóvenes que en los adultos y las diferencias de género en cuanto al consumo de drogas son menores entre los jóvenes que entre los adultos⁹³. En Europa, por cada dos muchachas que consumen cannabis hay tres muchachos que lo hacen, y la prevalencia del consumo de cannabis en los adultos es casi el doble entre los hombres que entre las mujeres⁹⁴. En los Estados Unidos, el consumo de cannabis, cocaína y opioides sujetos a prescripción

⁸⁴ *Prevalence of Daily Cannabis Use* (véase la nota 67).

⁸⁵ *Ibid.*

⁸⁶ Sharon R. Sznitman, “Cannabis treatment in Europe: a survey of services”, en *A Cannabis Reader: Global Issues and Local Experiences – Perspectives on Cannabis Controversies, Treatment and Regulation in Europe*, vol. 2, S. R. Sznitman, B. Olsson y R. Room, coords., EMCDDA Monograph Series No. 8, (EMCDDA, Lisboa, 2008).

⁸⁷ J. Schettino y otros, *Treatment of Cannabis-related Disorders in Europe*, EMCDDA Insights Series (Lisboa, EMCDDA, 2015).

⁸⁸ Eva Hoch y otros, “CANDIS treatment program for cannabis use disorders: findings from a randomized multi-site translational trial”, *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 134 (2014), págs. 185 a 193.

⁸⁹ *Treatment of Cannabis-related Disorders in Europe* (véase la nota 87).

⁹⁰ Véase *Informe Mundial sobre las Drogas 2015*.

⁹¹ Michelle L. van Etten y James 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’s Health and Gender-based Medicine*, vol. 10, núm. 8 (2001).

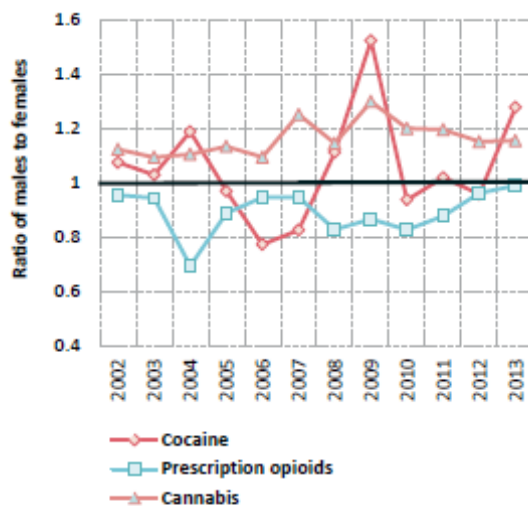
⁹² Michelle L. van Etten, Yehuda D. Neumark y James C. Anthony, “Male-female differences in the earliest stages of drug involvement”, *Addiction*, vol. 94, núm. 9 (1999), págs. 1413 a 1419.

⁹³ Jessica H. Cotto y otros, “Gender effects on drug use, abuse, and dependence: a special analysis of results from the National Survey on Drug Use and Health”, *Gender Medicine*, vol. 7, núm. 5 (2010), págs. 402 a 413.

⁹⁴ *The 2011 ESPAD Report*; y el promedio no ponderado de la prevalencia del consumo de drogas en el año anterior correspondiente a los Estados miembros de la Unión Europea comunicado por el EMCDDA.

médica entre los jóvenes (de 12 a 17 años de edad) fluctuó durante el último decenio, pero, en general, las diferencias de género han seguido siendo similares.

GRÁFICO 14 Relación de varones a mujeres entre los jóvenes (de 12 a 17 años de edad) que consumen cocaína, opioides sujetos a prescripción médica y cannabis en los Estados Unidos, 2002-2013



Source: United States, SAMHSA, Center for Behavioral Health Statistics and Quality, *Results from the 2013 National Survey on Drug Use and Health: Mental Health Detailed Tables* (Rockville, Maryland, 2014).

Ratio of males to females	Relación de varones a hembras
Cocaine	Cocaína
Prescription opioids	Opioides sujetos a prescripción médica
Cannabis	Cannabis

Fuente: Estados Unidos, SAMHSA, Center for Behavioral Health Statistics and Quality, *Results from the 2013 National Survey on Drug Use and Health: Mental Health Detailed Tables* (Rockville, Maryland, 2014).

Las diferencias de género en cuanto al consumo de drogas están cambiando

En los últimos años, en los países con un consumo de drogas establecido, las diferencias de género en cuanto al consumo de drogas también han cambiado entre la población adulta, lo que refleja en parte las crecientes oportunidades de consumir una sustancia concreta. En los Estados Unidos, entre la población mayor de 12 años, el consumo de heroína sigue siendo más elevado entre los hombres que entre las mujeres. Sin embargo, durante el decenio anterior han comenzado a consumir heroína más mujeres que hombres: la prevalencia del consumo de heroína en el año anterior en las mujeres fue de un 0,8% en el período 2002-2004 y el doble (1,6%) en el período 2011-2013, mientras que la prevalencia del consumo de heroína el año anterior en los hombres aumentó la mitad durante el mismo período. El aumento del consumo de heroína fue considerablemente más alto entre los hombres y las mujeres que eran más jóvenes (de 18 a 25 años de edad) y consumían opioides sujetos a prescripción médica con más frecuencia⁹⁵.

⁹⁵ Christopher M. Jones y otros, "Vital signs: demographic and substance use trends among heroin users – United States, 2002- 2013, *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 64, núm. 26 (2015), págs. 719 a 725.

En el Reino Unido, el consumo global de drogas en la población adulta disminuyó entre 1996 y el período 2013-2014. Sin embargo, ese descenso fue más pronunciado entre las mujeres (-30%) que entre los hombres (-13%). Aunque la prevalencia del consumo de anfetamina disminuyó un 75% en el caso tanto de los hombres como de las mujeres, la disminución del consumo de cannabis fue mayor entre las mujeres (-40%) que entre los hombres (-20%)⁹⁶.

B. EFECTOS DEL CONSUMO DE DROGAS PARA LA SALUD

Casi 12 millones de personas se inyectan drogas en todo el mundo

La estimación conjunta del número de personas que se inyectan drogas correspondiente a 2014 realizada por la UNODC, la OMS, el ONUSIDA y el Banco Mundial es de 11,7 millones (margen de variación: de 8,4 a 19,0 millones), o sea, un 0,25% (margen de variación: 0,18% a 0,40%) de la población de 15 a 64 años de edad. Las personas que se inyectan drogas sufren algunos de los daños más graves para la salud vinculados al consumo de drogas sin precauciones, a condiciones de salud deficientes en general, incluido un elevado riesgo de sobredosis, mortales o no, y una mayor probabilidad de muerte prematura⁹⁷. Esta situación se ve exacerbada por el deficiente acceso a servicios basados en principios empíricos para la prevención y el tratamiento de infecciones, en particular el VIH, la hepatitis C y la tuberculosis⁹⁸.

Europa oriental y sudoriental es la subregión que tiene de lejos la prevalencia más elevada de consumo de drogas por inyección: el 1,27% de la población de 15 a 64 años de edad. Prácticamente una de cada cuatro personas que se inyectan drogas en todo el mundo (24%) se encuentra en esa región; casi todas las personas que se inyectan drogas residen en la Federación de Rusia y Ucrania. En Asia central y Transcaucasia y en América del Norte la prevalencia del consumo de drogas por inyección también es elevada: el 0,72% de la población de 15 a 64 años en Asia central y Transcaucasia, y el 0,65% en América del Norte. El 46% del número total de personas que se inyectan drogas en todo el mundo se concentra en esas tres regiones. Aunque la prevalencia del consumo de drogas por inyección en Asia oriental y sudoriental se encuentra en un nivel inferior al promedio mundial, en la subregión reside un gran número de personas que se inyectan drogas (el 27% del número total de personas que se inyectan drogas en el mundo), ya que es la subregión más poblada. Casi la mitad del número total de personas que se inyectan drogas en todo el mundo se concentra en tres países (China, Estados Unidos y Federación de Rusia).

⁹⁶ Reino Unido, Ministerio del Interior, Drug Misuse: Findings for the 2013/14 Crime Survey for England and Wales (julio de 2014).

⁹⁷ Mathers M. Bradley 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.

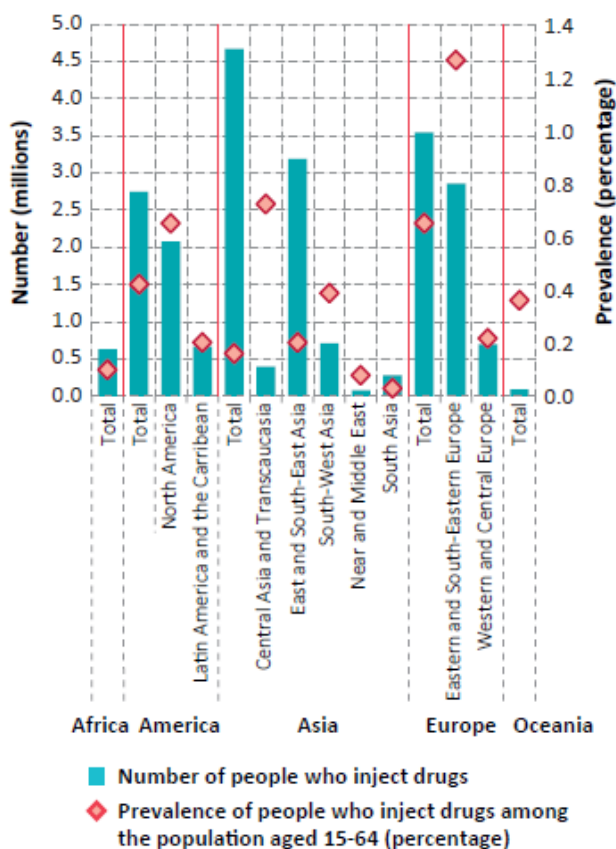
⁹⁸ Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA), *The GAP Report 2014* (Ginebra, 2014).

El consumo de drogas es un factor principal de riesgo para la transmisión de enfermedades infecciosas

Entre las personas que se inyectan drogas, una de cada siete vive con el VIH y una de cada dos con hepatitis C

Las personas que se inyectan drogas constituyen una de las principales poblaciones en riesgo de infecciones por el VIH y la hepatitis, y casi una tercera parte de las nuevas infecciones por el VIH fuera de África subsahariana se produce entre personas que se inyectan drogas⁹⁹. En comparación con los consumidores de drogas que no se inyectan, las personas que se inyectan drogas tienen aproximadamente tres veces más probabilidades de contraer el VIH¹⁰⁰, puesto que compartir agujas y jeringuillas contaminadas constituye un riesgo principal para la transmisión del VIH y la hepatitis viral. Según las estimaciones conjuntas correspondientes a 2014 de la UNODC, la OMS, el ONUSIDA y el Banco Mundial, el 14,0% (o sea, 1,6 millones) de personas que se inyectan drogas viven con el VIH, un 52% (o sea, 6,0 millones) de personas que se inyectan drogas están infectadas de hepatitis C y el 9,0% (es decir, 1,1 millones) están infectadas de hepatitis B.

GRÁFICO 15 Número y prevalencia estimados de personas que se inyectan drogas entre la población en general, por región, 2014



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

⁹⁹ *Ibid.*

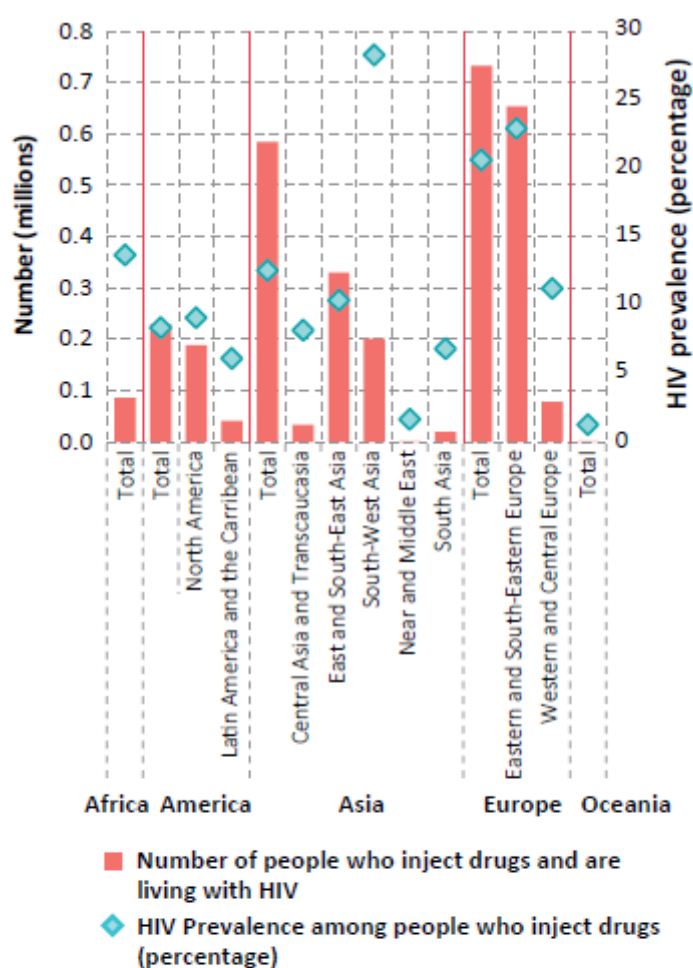
¹⁰⁰ Isabel Tavitian-Exley y otros, “Influence of different drugs on HIV risk in people who inject: systematic review and meta-analysis”, *Addiction*, vol. 110, núm. 4, págs. 572 a 584.

5.0 etc.	5,0 etc.
Number (millions)	Número (millones)
Prevalence (percentage)	Prevalencia (porcentaje)
Total	Total
North America	América del Norte
Latin America and the Caribbean	América Latina y el Caribe
Central Asia and Transcaucasia	Asia central y Transcaucasia
East and South-East Asia	Asia oriental y sudoriental
South-West Asia	Asia sudoccidental
Near and Middle East	Oriente Próximo y Oriente Medio
South Asia	Asia meridional
Eastern and South-Eastern Europe	Europa oriental y sudoriental
Western and Central Europe	Europa occidental y central
Africa	África
America	América
Asia	Asia
Europe	Europa
Oceania	Oceanía
Number of people who inject drugs	Número de personas que se inyectan drogas
Prevalence of people who inject drugs among the population aged 15-64 (percentage)	Prevalencia de personas que se inyectan drogas entre la población de 15 a 64 años (porcentaje)

Fuentes: Respuestas al cuestionario para los informes anuales; informes sobre la marcha de los trabajos del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) sobre la respuesta mundial al sida (varios años); el antiguo Grupo de Referencia de las Naciones Unidas sobre el VIH y el Consumo de Drogas por Inyección; e informes de los Gobiernos.

Nota: La estimación de 2014 del número total de personas que se inyectan drogas en todo el mundo (11,7 millones) es ligeramente más baja que la estimación publicada en el Informe Mundial sobre las Drogas 2015 (12,2 millones), aunque la prevalencia del consumo de drogas por inyección en la población de 15 a 64 años permanece estable. En particular, ya se incluyen estimaciones correspondientes a cinco países de África (incluso de países muy poblados como Nigeria) de los que anteriormente no se disponía de datos. Eso ha dado lugar a un aumento de la cobertura de las estimaciones de las personas que se inyectan drogas entre la población de 15 a 64 años de África, del 29% al 50%, y a una estimación general mejorada de las personas que se inyectan drogas en África, con la correspondiente reducción del nivel de incertidumbre de la estimación regional.

GRÁFICO 16 Número estimado de personas que se inyectan drogas que viven con el VIH y prevalencia del VIH en las personas que se inyectan drogas, por región, 2014



Sources: Responses to the 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 government reports.

Note: The prevalence of HIV among PWID in Western and Central Europe has been updated from 7.6 per cent (World Drug Report 2015) to 11.2 per cent. This is the result of updated information supplied by Italy, where nationally representative information became available to replace previously reported subnational data.

Number (millions)	Número (millones)
HIV Prevalence (percentage)	Prevalencia del VIH (porcentaje)
Total	Total
North America	América del Norte
Latin America and the Caribbean	América Latina y el Caribe
Central Asia and Transcaucasia	Asia central y Transcaucasia
East and South-East Asia	Asia oriental y sudoriental
South-West Asia	Asia sudoccidental
Near and Middle East	Oriente Próximo y Oriente Medio
South Asia	Asia meridional
Eastern and South-Eastern Europe	Europa oriental y sudoriental
Western and Central Europe	Europa occidental y central
Africa	África

America	América
Asia	Asia
Europe	Europa
Oceania	Oceanía
Number of people who inject drugs and are living with HIV	Número de personas que se inyectan drogas y viven con el VIH
HIV Prevalence among people who inject drugs (percentage)	Prevalencia del VIH entre las personas que se inyectan drogas (porcentaje)

Fuentes: Respuestas al cuestionario para los informes anuales; informes sobre la marcha de los trabajos del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) sobre la respuesta mundial al sida (varios años); el antiguo Grupo de Referencia de las Naciones Unidas sobre el VIH y el Consumo de Drogas por Inyección; e informes de los Gobiernos.

Nota: Se ha actualizado la prevalencia del VIH en las personas que se inyectan drogas en Europa occidental y central del 7,6% (Informe Mundial sobre las Drogas 2015) al 11,2%. Ello obedece a la información actualizada suministrada por Italia, donde se dispuso de información representativa a escala nacional para sustituir datos subnacionales notificados anteriormente.

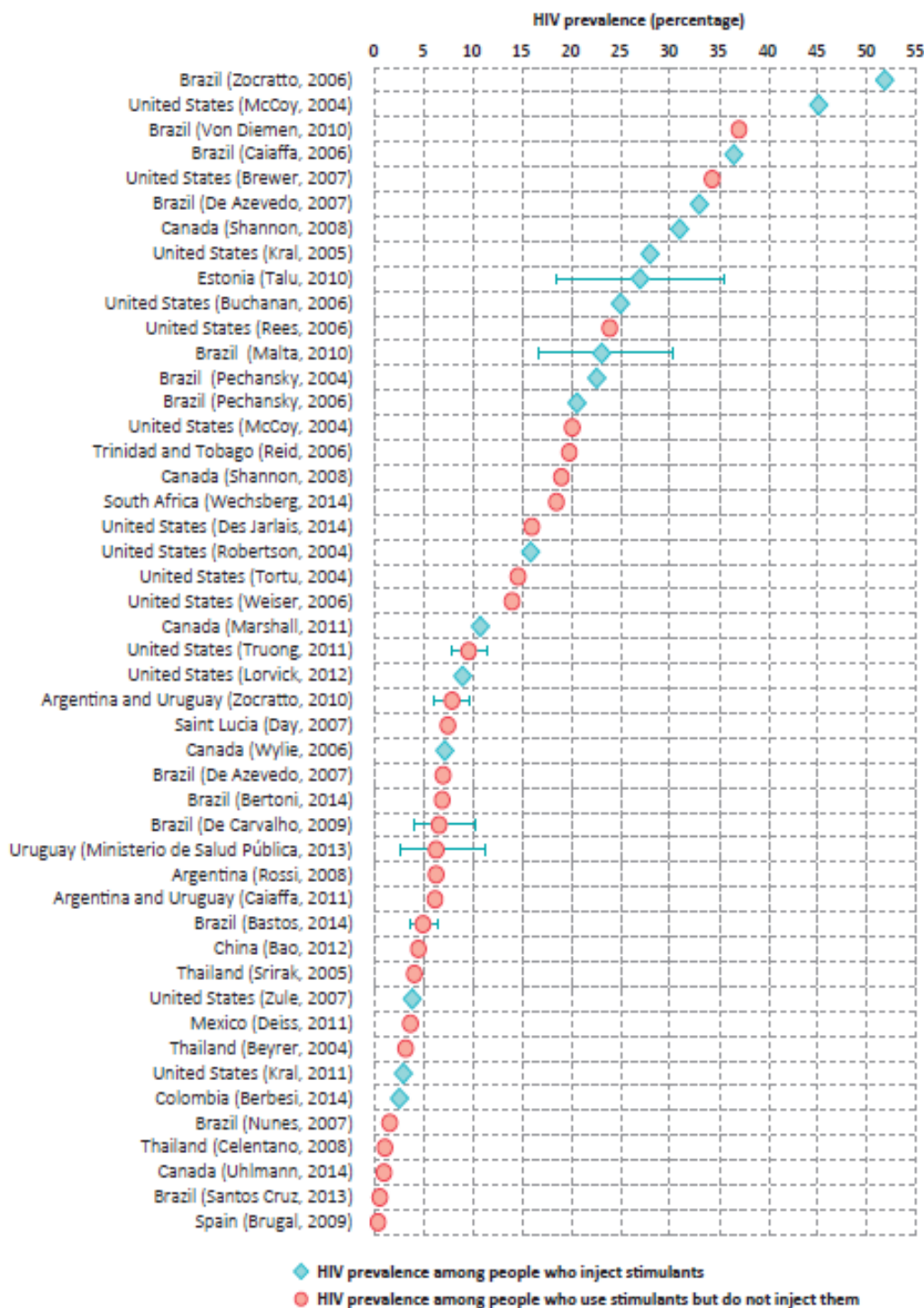
La prevalencia del VIH es especialmente elevada entre las personas que se inyectan drogas en Asia sudoccidental y Europa oriental y sudoriental, donde el 28,2% y el 22,9% de esas personas, respectivamente, viven con el VIH. El 53% del número total de personas que se inyectan drogas que viven con el VIH en todo el mundo se encuentra en esas dos subregiones. Aunque tanto la prevalencia del consumo de drogas por inyección y la prevalencia del VIH en las personas que se inyectan drogas en Asia oriental y sudoriental están por debajo de los promedios mundiales, un gran número de personas que se inyectan drogas que viven con el VIH (330.000, es decir, un 21% del total mundial) reside en la subregión. El 64% del número total de personas que se inyectan drogas que viven con el VIH se concentra en cuatro países (China, Estados Unidos, Federación de Rusia y Pakistán)

El comportamiento de riesgo y el VIH entre los consumidores de estimulantes siguen siendo elevados

Se ha comprobado en varios estudios que las personas que se inyectan estimulantes practican comportamientos sexuales de mayor riesgo y tienen una prevalencia del VIH más alta que las personas que se inyectan opiáceos. Se ha constatado que las personas que se inyectan estimulantes (cocaína y anfetaminas) tienen más parejas sexuales y mantienen relaciones sexuales más frecuentes con parejas esporádicas o habituales que las personas que se inyectan otras drogas. Además, en un examen sistemático se comprobó que el riesgo de contraer el VIH era 3,6 veces mayor entre las personas que se inyectaban cocaína que entre los consumidores de cocaína que no se inyectaban, y 3,0 veces mayor entre las personas que se inyectaban estimulantes de tipo anfetamínico que entre los consumidores de esos estimulantes que no se inyectaban¹⁰¹.

¹⁰¹ *Ibid.*

GRÁFICO 17 Prevalencia del VIH en personas que se inyectan estimulantes y personas que consumen estimulantes, pero no se los inyectan



Note: Based on a comprehensive review of studies commissioned by UNODC. (For details on the studies, see the relevant table in the online Statistical Annex to the World Drug Report.) Where available, the upper and lower bounds of 95 per cent confidence intervals are shown.

HIV prevalence (percentage)	Prevalencia del VIH (porcentaje)
Brazil	Brasil
United States	Estados Unidos
Canada	Canadá

Estonia	Estonia
Trinidad and Tobago	Trinidad y Tabago
South Africa	Sudáfrica
Argentina and Uruguay	Argentina y Uruguay
Saint Lucia	Santa Lucia
Uruguay	Uruguay
Argentina	Argentina
China	China
Thailand	Tailandia
Mexico	México
Colombia	Colombia
Spain	España
HIV prevalence among people who inject stimulants	Prevalencia del VIH en las personas que se inyectan estimulantes
HIV prevalence among people who use stimulants but do not inject them	Prevalencia del VIH en las personas que consumen estimulantes, pero no se los inyectan

Nota: Sobre la base de un examen amplio de los estudios encargados por la UNODC. (Véanse detalles sobre los estudios en el anexo estadístico de la versión en línea del Informe Mundial sobre las Drogas). Cuando se ha dispuesto de ellos, se muestran los límites superiores e inferiores de los intervalos de confianza del 95%.

Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la prevención y el tratamiento del consumo de drogas y el VIH

En su septuagésimo período de sesiones, la Asamblea General aprobó el documento final de la cumbre de las Naciones Unidas para la aprobación de la agenda para el desarrollo después de 2015, que contiene la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y los Objetivos de Desarrollo Sostenible^a Los 17 Objetivos se ocupan de las diferentes dimensiones del desarrollo sostenible. Muchos de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y sus metas guardan relación con la intersección entre las drogas, la paz y la justicia, pero en el presente informe solo se mencionan los relacionados con la salud y el bienestar. Véase un análisis más amplio de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y el problema mundial de las drogas en el capítulo II del presente informe.

En el marco del Objetivo 3 (“Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades”), los dirigentes mundiales se han ocupado por primera vez de cuestiones relacionadas con la prevención y el tratamiento del consumo de sustancias. La meta 3.5 consiste en fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol. Para alcanzar esa meta es preciso, entre otras cosas, ampliar la cobertura y la calidad de una serie de intervenciones basadas en principios científicos y con perspectiva de género para prevenir el consumo de drogas, así como para el cuidado, el tratamiento y la rehabilitación de los trastornos relacionados con el consumo de drogas. En ese contexto, la UNODC ha elaborado las Normas Internacionales sobre la Prevención del Uso de Drogas y las Normas Internacionales sobre el Tratamiento de los Trastornos Causados por el Consumo de Drogas, que los Estados Miembros han reconocido ya en numerosas resoluciones, así como en el documento final del período extraordinario de sesiones de la Asamblea General, como guías útiles para mejorar sus servicios. Medir el acceso a tratamiento por consumo de sustancias exige, a nivel nacional, estimaciones fiables del número de personas que necesitan tratamiento por trastornos relacionados con el consumo de drogas, o que sufren esos trastornos, y una estimación fiable del número de personas a las que se han administrado intervenciones de tratamiento por el consumo de diferentes drogas.

La segunda meta principal en el marco del Objetivo 3, a saber, la meta 3.3, es poner fin, de aquí a 2030, a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles. Otros Objetivos relacionados con la lucha contra el VIH y el sida incluyen los relativos a lograr la igualdad de género (Objetivo 5); reducir la desigualdad (Objetivo 10); promover sociedades inclusivas y facilitar el acceso a la justicia (Objetivo 16); y revitalizar la Alianza Mundial para el Desarrollo Sostenible (Objetivo 17). La estrategia 2016-2021 del ONUSIDA refleja esos Objetivos de Desarrollo Sostenible, estableciendo las siguientes metas para el tratamiento y la prevención del VIH y el sida^b:

1. Las metas de tratamiento 90-90-90 (y para 2030, las metas de tratamiento 95-95-95): para 2020:
 - i) Que el 90% de las personas (niños, adolescentes y adultos) que viven con el VIH conozcan su estado;
 - ii) Que el 90% de las personas que viven con el VIH que conocen su estado reciban tratamiento;
 - iii) Que el 90% de las personas en tratamiento logren la supresión viral;
2. La meta de prevención consiste en reducir el número de nuevas infecciones por el VIH a menos de 500.000 al año para 2020 (y a menos de 200.000 al año para 2030);
3. Discriminación cero (superar los obstáculos en materia de derechos humanos, los relacionados con el género y los jurídicos para acceder a servicios relacionados con el VIH).

^a Resolución 70/1 de la Asamblea General.

^b ONUSIDA, Estrategia del ONUSIDA para 2016–2021: “Acción acelerada para poner fin al SIDA” (2015).

El consumo de estimulantes (en particular, metanfetamina y anfetamina) para potenciar y prolongar la actividad sexual está bien documentado, especialmente entre hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres¹⁰². Existen firmes indicios de comportamientos sexuales de mayor riesgo y de una mayor prevalencia del VIH en hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres que consumen metanfetamina o anfetamina que entre los que consumen otras drogas¹⁰³. Esos comportamientos sexuales de alto riesgo incluyen las relaciones sexuales sin protección (o el uso no sistemático de condones) y la venta de sexo (a cambio de dinero o de drogas), así como una mayor frecuencia de actividad sexual y un mayor número de parejas sexuales^{104, 105, 106}.

¹⁰² Lydia N. Drumright y otros, “Unprotected anal intercourse and substance use among men who have sex with men with recent HIV infection”, *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 43, núm. 3 (2006), págs. 344 a 350.

¹⁰³ Nga Thi Thu Vu, Lisa Maher, e Iryna Zablotska, “Amphetamine-type stimulants and HIV infection among men who have sex with men: implications on HIV research and prevention from a systematic review and meta-analysis”, *Journal of the International AIDS Society*, vol. 18, núm. 1 (2015).

¹⁰⁴ Francisco I. Bastos y Neilane Bertoni, *Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?* (Río de Janeiro, ICICT/ FIOCRUZ, 2014).

¹⁰⁵ Tavitian-Exley y otros, “Influence of different drugs on HIV risk in people who inject” (véase la nota 100).

¹⁰⁶ John S. Atkinson y otros, “Multiple sexual partnerships in a sample of African-American crack smokers”, *AIDS and Behavior*, vol. 14, núm. 1 (2010), págs. 48 a 58; y J. A. Inciardi y otros, “The effect of serostatus on HIV risk behaviour change among women sex workers in Miami, Florida”, *AIDS Care: Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*, vol. 17, Supl. núm. 1 (2005), págs. S88 a S101.

Como los efectos de muchos estimulantes (especialmente las NSP que son estimulantes) tienen una duración más corta, los consumidores de estimulantes, en comparación con los consumidores de opiáceos, comunican una elevada frecuencia de inyección, con reinyección compulsiva y una probabilidad más alta de notificar la compartición y reutilización de agujas y jeringuillas que podrían estar contaminadas^{107, 108}.

Es difícil cuantificar la contribución del consumo de estimulantes al aumento de las tasas de infección por el VIH, pero, en comparación con el consumo de otras drogas, la preponderancia de las pruebas apunta a una asociación positiva entre el consumo de estimulantes, los comportamientos sexuales y de inyección de mayor riesgo y las infecciones por el VIH^{109, 110}.

Los brotes de VIH entre las personas que consumen drogas, especialmente las que se inyectan drogas, suscitan especial preocupación porque el VIH puede propagarse con gran rapidez entre estas últimas cuando no se dispone de servicios apropiados de reducción del daño, estos se han interrumpido o se ha reducido su escala¹¹¹. En 2011, se produjeron brotes de esa índole entre personas que se inyectan drogas en Grecia (Atenas) y Rumania, donde se informó de que un importante aumento del número de nuevos casos de VIH entre personas que se inyectaban drogas podía atribuirse, en parte, al aumento del consumo de estimulantes (NSP en Rumania y principalmente cocaína en Grecia, como sustitutos de los opiáceos en ambos casos), lo que se asociaba a una mayor frecuencia de inyección y a un aumento de la compartición de agujas y jeringuillas entre nuevas personas y jóvenes que se inyectaban drogas^{112, 113}.

Las muertes relacionadas con las drogas siguen siendo inaceptablemente numerosas

El número de muertes relacionadas con las drogas en todo el mundo se mantiene estable

En 2014, según se estima, hubo 207.400 (margen de variación: 113.700 a 250.100) muertes relacionadas con las drogas¹¹⁴ en todo el mundo, lo que corresponde a 43,5 (margen de variación: 23,8 a 52,5) muertes por millón de habitantes de 15 a 64 años de edad. Las muertes por sobredosis representan aproximadamente entre la tercera parte y la mitad de todas las

¹⁰⁷ Marie C. Van Hout y Tim Bingham, “A costly turn on”: patterns of use and perceived consequences of mephedrone based head shop products amongst Irish injectors”, *International Journal of Drug Policy*, vol. 23, núm. 3 (2012), págs. 188 a 197.

¹⁰⁸ Reino Unido, Public Health England, Health Protection Scotland, Public Health Wales, y Public Health Agency Northern Ireland, “Shooting up: infections among people who inject drugs in the United Kingdom” (Londres, noviembre de 2015).

¹⁰⁹ Louisa Degenhardt y otros, “Meth/amphetamine use and associated HIV: implications for global policy and public health”, *International Journal of Drug Policy*, vol. 21, núm. 5 (2010), págs. 347 a 358.

¹¹⁰ Tavitian-Exley y otros, “Influence of different drugs on HIV risk in people who inject” (véase la nota 100).

¹¹¹ A los efectos del presente informe, se entiende por reducción del daño el conjunto de medidas definidas por la OMS, la UNODC y el ONUSIDA para prevenir el VIH y otras infecciones de transmisión sanguínea entre las personas que se inyectan drogas (a las que también se hace referencia en la resolución 56/6 de la Comisión de Estupefacientes) para la prestación de servicios amplios de prevención, tratamiento y cuidados del VIH entre las personas que se inyectan drogas. Véase también el análisis en el documento de la OMS “Community management of opioid overdose” de 2014.

¹¹² EMCDDA, “HIV outbreak among injecting drug users in Greece” (Lisboa, noviembre de 2012).

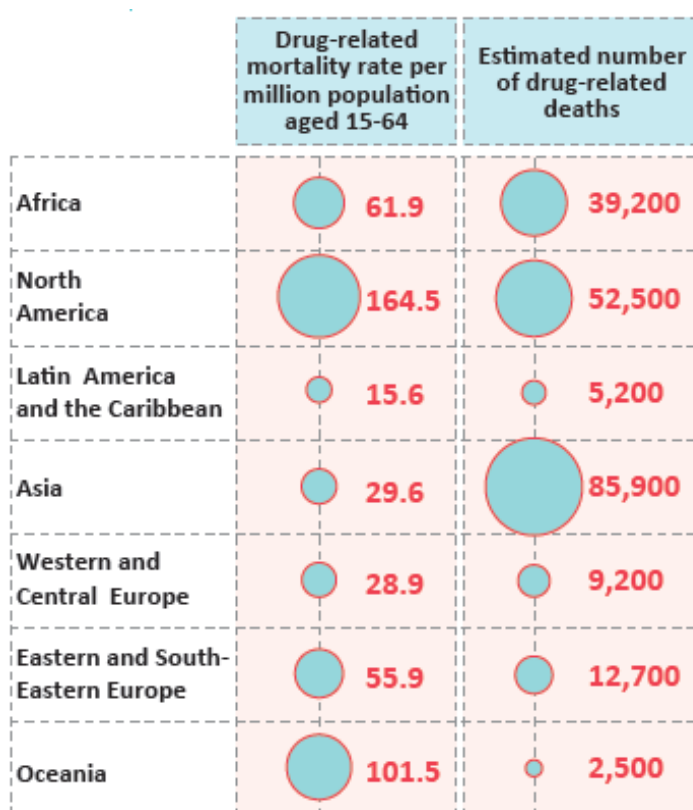
¹¹³ Andrei Botescu y otros, “HIV/AIDS among injecting drug users in Romania: report of a recent outbreak and initial response policies” (Lisboa, EMCDDA, 2012).

¹¹⁴ La definición de muertes relacionadas con las drogas varía de un Estado Miembro a otro, pero incluye algunas de las siguientes o todas ellas: sobredosis mortales de drogas; muertes debidas al VIH contraído mediante el consumo de drogas por inyección; suicidio; y muertes no intencionadas y trauma debido al consumo de drogas.

muerter relacionadas con las drogas en todo el mundo, y en la mayoría de los casos en esas muerter por sobredosis intervinieron los opioides^{115, 116}.

La tasa más elevada de mortalidad relacionada con las drogas sigue siendo la de América del Norte, que representa aproximadamente una de cada cuatro (el 25%) muerter relacionadas con las drogas en todo el mundo. La elevada tasa de mortalidad en América del Norte puede atribuirse en parte a una mejora de la vigilancia y la comunicación de las muerter relacionadas con drogas y a las tasas relativamente más altas de consumo de opioides en esa subregión. En los Estados Unidos, se estima que casi medio millón de personas han muerto por sobredosis de drogas desde 2004; el país registró un número sin precedentes de sobredosis mortales de drogas en 2014, de las que el 61% estuvieron asociadas a opioides sujetos a prescripción médica y heroína¹¹⁷.

GRÁFICO 18 Tasa de mortalidad relacionada con las drogas y número de muerter relacionadas con las drogas, por región, 2014



Sources: responses to the annual report questionnaire; Inter-American Drug Abuse Control Commission; and Louisa Degenhardt and others, "Illicit drug use", in *Comparative Quantification of Health Risks: Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors*, vol. 1, Majid Ezzati and others, eds. (Geneva, World Health Organization (WHO), 2004), p. 1,109.

¹¹⁵ Louisa Degenhardt y otros, "Illicit drug use", en *Comparative Quantification of Health Risks: Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors*, vol. 1, M. Ezzati y otros, coords. (Ginebra, OMS, 2004).

¹¹⁶ EMCDDA, *Mortality related to Drug Use in Europe: Public Health Implications* (Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2011).

¹¹⁷ Rose A. Rudd y otros, "Increases in drug and opioid overdose deaths: United States, 2000-2014", *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 64, núm. 50 (2016), págs. 1378 a 1382.

61.9 etc.	61,9 etc.
39,200 etc.	39.200 etc.
Drug-related mortality rate per million population aged 15-64	Tasa de mortalidad relacionada con las drogas por millón de habitantes de 15 a 64 años de edad
Estimated number of drug-related deaths	Número estimado de muertes relacionadas con las drogas
Africa	África
North America	América del Norte
Latin America and the Caribbean	América Latina y el Caribe
Asia	Asia
Western and Central Europe	Europa occidental y central
Eastern and South- Eastern Europe	Europa oriental y sudoriental
Oceania	Oceanía

Fuentes: Respuestas al cuestionario para los informes anuales; Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas; y Louisa Degenhardt y otros, “Illicit drug use”, en *Comparative Quantification of Health Risks: Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors*, vol. 1, M. Ezzati y otros, coords. (Ginebra, OMS, 2004), pág. 1.109.

En muchos países se informa de muertes por sobredosis relacionadas con el fentanilo

El fentanilo¹¹⁸, un opioide sintético, se ha visto implicado recientemente en un número considerable y creciente de muertes en algunos países. Últimamente se han suscitado preocupaciones en algunos países europeos, especialmente en Estonia, país que tiene una de las tasas más altas de Europa de mortalidad relacionada con las drogas (127 muertes relacionadas con las drogas por millón de habitantes de 15 a 64 años de edad en 2013), y en el que las sobredosis están vinculadas principalmente al consumo de fentanilo^{119,120}. En el Canadá, durante el sexenio de 2009 a 2014 se registraron al menos 655 muertes en las que se determinó que el fentanilo era la causa del fallecimiento o había contribuido a él, y el número de muertes aumentó de forma pronunciada en las cuatro provincias más grandes¹²¹. En los Estados Unidos se produjeron más de 700 muertes relacionadas con el consumo de fentanilo entre finales de 2013 y finales de 2014. Un motivo de preocupación es que la heroína se mezcla en ocasiones con fentanilo antes de su venta, por lo que los consumidores de heroína no saben que han consumido fentanilo. Esa situación podría verse exacerbada por el reciente aumento del consumo de heroína en los Estados Unidos¹²².

¹¹⁸ EMCDDA, “Fentanyl drug profile”. Puede consultarse en www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/fentanyl.

¹¹⁹ EMCDDA, *Informe Europeo sobre Drogas: Tendencias y novedades* (Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2014).

¹²⁰ Jane Mounteney y otros, “Fentanyls: are we missing the signs? Highly potent and on the rise in Europe”, *International Journal on Drug Policy*, vol. 26, núm. 7 (2015), págs. 626 a 631.

¹²¹ Centro Canadiense de Lucha contra las Toxicomanías, “Canadian Community Epidemiology Network on Drug Use (CCENDU) Bulletin: deaths involving fentanyl in Canada, 2009-2014” (agosto de 2015).

¹²² *2015 National Drug Threat Assessment Summary*.

¿Subestimamos el número de muertes relacionadas con las drogas?

Las estimaciones exactas del alcance y los patrones de las muertes relacionadas con las drogas son esenciales para vigilar la forma más extrema de daño que puede resultar del consumo de drogas y para evaluar la eficacia de las intervenciones introducidas para reducir esa mortalidad.

La definición de muertes relacionadas con las drogas varía de un país a otro, pero podría incluir todas las siguientes o al menos algunas de ellas: las sobredosis mortales de drogas; las muertes debidas al sida contraído mediante el consumo de drogas por inyección; el autoenvenenamiento intencional por exposición a sustancias sicotrópicas (suicidio); y las muertes y traumas no intencionados (accidentes de vehículos de motor y otras formas de muerte accidental) debidos al consumo de drogas. Sin embargo, muchos países solo informan de las muertes por sobredosis. Esa definición está formulada desde una perspectiva de salud, considerando las muertes relacionadas con las drogas en el contexto de la carga de enfermedad. No obstante, una perspectiva más amplia podría incluir también las muertes a consecuencia del funcionamiento de los mercados ilícitos de drogas y podría abarcar, por ejemplo, las muertes a consecuencia de la violencia asociada a la oferta y el tráfico ilícitos de drogas.

Verificar la causa de la muerte puede ser complicado en casos en que se sospeche que el consumo de drogas ha desempeñado un papel o a falta de información relativa a las circunstancias de la muerte o al entorno en que se produjo. El proceso para determinar la causa de la muerte puede variar de un país a otro e incluso en un mismo país. Dependiendo de la discreción del médico que expida el certificado y la información disponible sobre el historial médico y las circunstancias de la muerte de la persona fallecida, se podrán iniciar o no procedimientos de investigación más amplios, como investigaciones toxicológicas mediante autopsia. Aunque ya haya procedimientos establecidos para identificar muertes por sobredosis a consecuencia del consumo de drogas como la heroína, el proceso puede resultar complejo si intervienen varias drogas, como ocurre en muchos casos de sobredosis mortales. Asimismo, puede ser más difícil determinar el papel de las NSP en casos de sobredosis mortal, dado el desconocimiento de la toxicología de muchas de esas sustancias, especialmente cuando se consumen en combinación con otras drogas (incluido el alcohol), en cuyo caso el riesgo de sobredosis puede ser más alto. Los registros de mortalidad contienen a menudo un número importante de muertes clasificadas como de causa desconocida o mal definida o casos en que la verdadera causa fundamental puede clasificarse con un código erróneo, dependiendo de las prácticas de codificación y de la información de que disponga el médico encargado. Así pues, es probable que se dé una subnotificación de las muertes relacionadas con las drogas.

En muy pocos estudios se ha tratado de estimar el nivel de subnotificación de las muertes relacionadas con las drogas. En Francia, por ejemplo, se comprobaron importantes diferencias en las cifras oficiales de tres instituciones diferentes con una tasa muy baja de casos superpuestos; se produjo la subnotificación de la tercera parte aproximadamente del total de muertes relacionadas con las drogas^a. En un estudio realizado en Italia, utilizando un enfoque en el que se examinaron múltiples causas de muerte (el análisis de todas las condiciones notificadas en el certificado de defunción), se estimó que el número de muertes relacionadas con las drogas era un 60% superior al determinado por las notificaciones tradicionales sobre una sola causa fundamental de la muerte^b.

^a Eric Janssen, “Drug-related deaths in France in 2007: estimates and implications”, *Substance Use and Misuse*, vol. 46, núm. 12 (2011), págs. 1495 a 1501.

^b Francesco Grippo y otros, “Drug induced mortality: a multiple cause approach on Italian causes of death Register”, *Epidemiology Biostatistics and Public Health*, vol. 12, núm. 1 (2015).

Las cárceles son un entorno de alto riesgo para las enfermedades infecciosas

Entre las personas vulnerables que consumen drogas, especialmente las personas que se inyectan drogas, el encarcelamiento es un resultado habitual. Según estudios realizados en un gran número de países, entre el 56% y el 90% de personas que se inyectan drogas han sido encarceladas en algún momento¹²³. Muchas cárceles y otros entornos en régimen cerrado también informan de la iniciación y el consumo de drogas¹²⁴. Según los datos limitados puestos a disposición de la UNODC, se informa de que el consumo reciente de drogas (el consumo de drogas en los 12 meses anteriores) se sitúa alrededor del 23% entre la población reclusa, siendo el consumo de cannabis de alrededor del 19% y el de heroína y anfetamina de aproximadamente el 5%. Análogamente, en un gran número de estudios en países de todo el mundo se han constatado altos niveles de consumo de drogas por inyección tanto entre los reclusos como entre las reclusas¹²⁵.

CUADRO 1 Relación entre las tasas de mortalidad relacionada con las drogas entre antiguos reclusos y las tasas de mortalidad por todas las causas entre la población en general

Country or area	Time since release from prison							
	1 week	2 weeks	45 days	1 year	3 years	4-5 years	7-8 years	15 years
United Kingdom ^a	37.1	12.4						
United States		129						
Denmark		61.9						
Switzerland			50					
Taiwan Province of China					29.3			
United States ^b						10.3		
United States								3.5
United Kingdom ^a Males	28.9	15.8						
Females	68.9	56.3						
Australia ^c Males							14.5	
Females							50.3	
France Males aged 15-34				124.1				
Males aged 35-54				274.2				

37.1	37,1
Country or area	País o zona
Time since release from prison	Tiempo transcurrido desde la excarcelación
1 week	1 semana
2 weeks	2 semanas
45 days	45 días
1 year	1 año
3 years	3 años

¹²³ OMS, Multi-city study on drug injecting and risk of HIV infection: a report prepared on behalf of the WHO International Collaborative Group (WHO/PSA/94.4); Chris Beyrer y otros, "Drug use, increasing incarceration rates, and prison-associated HIV risks in Thailand", *AIDS and Behavior*, vol. 7, núm. 2 (2003), págs. 153 a 161; y Sheila M. Gore y otros, "Drug injection and HIV prevalence in inmates of Glenochil prison", *British Medical Journal*, vol. 310, núm. 6975 (1995), págs. 293 a 296.

¹²⁴ Rhidian Hughes y Meg Huby, "Life in prison: perspectives of drug injectors", *Deviant Behavior*, vol. 21, núm. 5 (2000), págs. 451 a 479; y S. Chu y K. Peddle, *Under the Skin: A People's Case for Prison Needle and Syringe Programs* (Toronto, Canadian HIV/AIDS Legal Network, 2010).

¹²⁵ Anne Marie DiCenso, Giselle Dias y Jacqueline Gahagan, *Unlocking Our Futures: A National Study on Women, Prisons HIV, and Hepatitis C* (Toronto, Prisoners' HIV/AIDS Support Action Network (PASAN), 2003); Ruth 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; y Kate Dolan y otros, "People who inject drugs in prison: HIV prevalence, transmission and prevention", *International Journal of Drug Policy*, vol. 26, Supl. núm. 1 (2015), págs. S12 a S15; Chloé Carpentier y otros, "Ten Years of Monitoring Illicit Drug Use in Prison Populations in Europe: Issues and Challenges", *The Howard Journal of Criminal Justice*, 51: 37–66. doi: 10.1111/j.1468-2311.2011.00677.x (2012).

4-5 years	4 a 5 años
7-8 years	7 a 8 años
15 years	15 años
United Kingdom ^a	Reino Unido ^a
United States	Estados Unidos
Denmark	Dinamarca
Switzerland	Suiza
Taiwan Province of China	Provincia China de Taiwán
United States ^b	Estados Unidos ^b
Australia ^c	Australia ^c
Males	Varones
Females	Mujeres
France	Francia
Males aged 15-34	Varones de 15 a 34 años
Males aged 35-54	Varones de 35 a 54 años

Fuente: OMS, *Preventing Overdose Deaths in the Criminal Justice System* (Copenhague, 2014).

Nota: Las cifras que se presentan son relaciones de mortalidad normalizadas. Expresan la relación de muertes por causas relacionadas con las drogas observadas entre ex-reclusos en comparación con el número de muertes por todas las causas que se esperarían entre personas de edad y género comparables en la población en general.

^a La primera y la segunda semana se calculan por separado.

^b No limitada en el tiempo (mediana = 4,4 años). ^c No limitada en el tiempo (mediana = 7,7 años).

El riesgo de infección por VIH, hepatitis y tuberculosis en las cárceles sigue siendo motivo de grave preocupación. En algunos entornos, la carga del VIH entre los reclusos puede ser hasta 50 veces más alta que entre la población en general¹²⁶, la incidencia de tuberculosis es por término medio 23 veces más alta que entre la población en general¹²⁷ y se calcula que dos de cada tres reclusos con un historial de trastornos relacionados con el consumo de drogas viven con hepatitis C¹²⁸.

Pese al entorno de alto riesgo y a los datos científicos sobre la eficacia de las intervenciones para el tratamiento de los trastornos relacionados con el consumo de drogas, y la prevención y el tratamiento del VIH, la hepatitis C y la tuberculosis¹²⁹, existen importantes lagunas en la prestación de esos servicios en la mayoría de las cárceles de todo el mundo. Las cárceles y otros entornos cerrados carecen a menudo de servicios de salud adecuados, de confidencialidad y de intimidad; además, los análisis obligatorios (no voluntarios) del VIH siguen siendo una práctica común¹³⁰.

¹²⁶ *The Gap Report*, 2014 (véase la nota 98).

¹²⁷ Iacopo Baussano y otros, "Tuberculosis incidence in prisons: a systematic review", *PLoS Medicine*, vol. 7, núm. 12 (2010).

¹²⁸ Sarah Larney y otros, "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.

¹²⁹ Nota sobre políticas de la UNODC, la OIT, el PNUD, la OMS y el ONUSIDA titulada "HIV prevention, treatment and care in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions" (2013).

¹³⁰ ONUSIDA, *Estrategia del ONUSIDA para 2016-2021: "Acción acelerada para poner fin al SIDA"* (2015).

Las pruebas disponibles indican que las intervenciones de tratamiento de la drogodependencia y de reducción del daño pueden aplicarse de manera eficaz en las cárceles sin poner en peligro la seguridad ni aumentar el consumo de drogas¹³¹. Sin embargo, en algunos países existen obstáculos políticos, jurídicos y normativos a la introducción o la ampliación de esos servicios en las cárceles. En 2014, la terapia de sustitución de opioides estaba disponible en las cárceles de solo 43 países, mientras que 80 países informaron de la disponibilidad de esa terapia en la comunidad. Se informó de la disponibilidad de programas de distribución de agujas y jeringuillas en las cárceles de tan solo 8 países, mientras 90 países comunicaron la disponibilidad de esos programas en la comunidad. La mayoría de los 8 países antes citados están en Europa y Asia central, y esas intervenciones no están disponibles en todos los entornos penitenciarios¹³².

Riesgo considerablemente mayor de muerte relacionada con las drogas poco después de la excarcelación

El período poco después de la excarcelación está asociado a un riesgo considerablemente mayor de muerte relacionada con las drogas (principalmente sobredosis mortal), con una tasa de mortalidad mucho más elevada que la debida a todas las causas de muerte entre la población en general¹³³. Las dos primeras semanas después de la excarcelación son un período de especial vulnerabilidad, con un riesgo de muerte relacionada con las drogas de 3 a 8 veces más alto en las 10 semanas siguientes¹³⁴. Además, se ha comprobado que la tasa de mortalidad relacionada con las drogas después de la excarcelación es de 50 a 100 veces más alta que la tasa de mortalidad de la población en general. Según los escasísimos datos disponibles, las ex-reclusas sufren al parecer peores resultados que los ex-reclusos, y los ex-reclusos de más edad sufren peores resultados que los más jóvenes, lo que puede reflejar diferentes historiales y patrones de consumo de drogas según el género y la edad de los ex-reclusos.

El mayor riesgo de muerte relacionada con las drogas tras la excarcelación se puede atribuir principalmente a dos causas: en primer lugar, la disminución de la tolerancia a las drogas, especialmente la heroína, tras un período de abstinencia relativa que se da en la cárcel, donde el consumo de drogas puede ser más infrecuente y la pureza de las drogas más baja que en el exterior; y, en segundo lugar, el consumo de varias drogas después de la excarcelación, en particular la combinación de depresores (como las benzodiazepinas y el alcohol) con heroína, que puede aumentar considerablemente el riesgo de sobredosis mortal¹³⁵.

¹³¹ Thomas Kerr y otros, "Harm reduction in prisons: a 'rights based analysis'", *Critical Public Health*, vol. 14, núm. 4 (2004), págs. 4 a 16.

¹³² Harm Reduction International, *The Global State of Harm Reduction 2014*, Katie Stone, coord. (Londres, 2014).

¹³³ OMS, *Preventing Overdose Deaths in the Criminal Justice System* (Copenhague, 2014).

¹³⁴ Elizabeth L. C. Merrall y otros, "Meta-analysis of drug-related deaths soon after release from prison", *Addiction*, vol. 105, núm. 9 (2010), págs. 1545 a 1554.

¹³⁵ *Preventing Overdose Deaths* (véase la nota 133).

C. ALCANCE DE LA OFERTA DE DROGAS

Durante el período 2009-2014, 129 países informaron a la UNODC del cultivo de plantas de cannabis, muchos más que los 49 países (principalmente de Asia y América) que comunicaron el cultivo de adormidera y los 7 países (de América) que informaron del cultivo de arbusto de coca¹³⁶. Según las estimaciones más recientes de la UNODC, por lo que se refiere a superficie, el cannabis es también la droga más cultivada¹³⁷, especialmente si se incluye la proliferación silvestre¹³⁸. Sin embargo, es difícil evaluar el alcance y las tendencias del cultivo y la producción de cannabis, dado que no existen mediciones sistemáticas.

A pesar de las tendencias divergentes del cultivo de adormidera y arbusto de coca, la producción de opio y cocaína ha vuelto a los niveles de finales del decenio de 1990

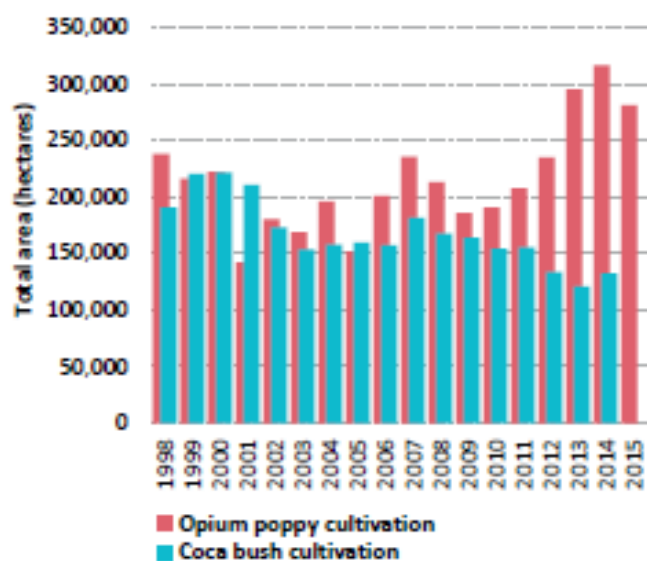
La información relativa a la superficie dedicada al cultivo ilícito es más fiable en el caso del cultivo de arbusto de coca y adormidera que en el de plantas de cannabis, ya que se basa en gran medida en estudios validados científicamente. Aunque fluctuaba, la superficie total dedicada al cultivo de adormidera en 2015 era más elevada que en 1998 (18%), año en que la Asamblea General celebró su anterior período extraordinario de sesiones dedicado al problema mundial de la droga; y la superficie total dedicada al cultivo de adormidera ha aumentado de forma pronunciada (en un 51%) desde 2009 (año en que se adoptó 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) principalmente como consecuencia del incremento del cultivo en el Afganistán. En cambio, la superficie total dedicada al cultivo de arbusto de coca ha mostrada una tendencia a la baja, disminuyendo un 31% desde 1998 y un 19% desde 2009.

¹³⁶ Sobre la base de los informes de los países acerca del cultivo, erradicación e incautación de plantas de cannabis, adormidera y coca, siendo la principal fuente de las incautaciones la producción interna de drogas.

¹³⁷ *Informe Mundial sobre las Drogas 2009* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.09.XI.12).

¹³⁸ Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización del Uso Indebido de Drogas, Sección de Investigaciones, “La cannabis como cultivo ilícito de plantas estupefacientes: examen de la situación mundial de la producción, el tráfico y el consumo de la cannabis”, *Boletín de Estupefacientes*, vol. XLIX, núms. 1 y 2 (1997), y vol. L, núms. 1 y 2 (1998) (publicación de las Naciones Unidas), págs. 49 a 88.

GRÁFICO 19 Superficie total estimada dedicada al cultivo de adormidera y arbusto de coca, 1998-2015



Sources: UNODC coca and opium surveys in various countries; responses to the annual report questionnaire; and United States, Department of State, *International Narcotics Control Strategy Report*, various years.

350,000	350.000
Total area (hectares)	Superficie total (hectáreas)
Opium poppy cultivation	Cultivo de adormidera
Coca bush cultivation	Cultivo de arbusto de coca

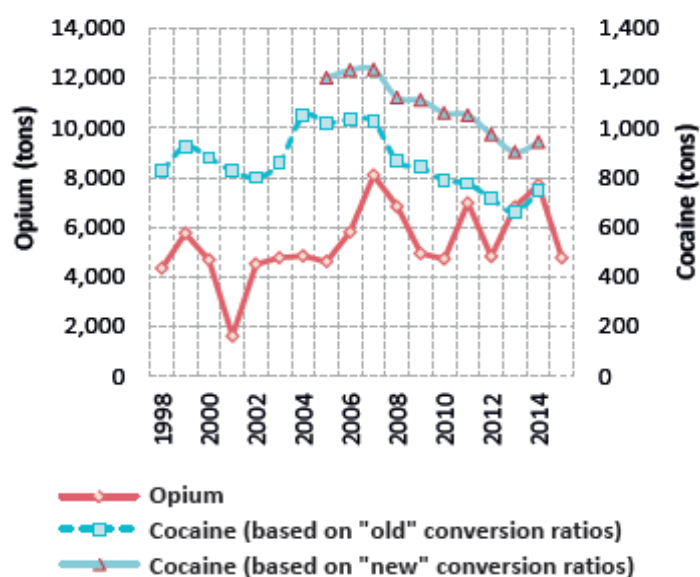
Fuentes: Estudios de la UNODC sobre la coca y el opio en varios países; respuestas al cuestionario para los informes anuales; y Estados Unidos, Departamento de Estado, *International Narcotics Control Strategy Report*, varios años.

Comparación de las relaciones de conversión “antigua” y “nueva” para estimar la producción de cocaína

El último paso para calcular la producción de cocaína exige que cada país productor estime los factores para convertir hoja de coca en clorhidrato de cocaína. En el presente informe, se utilizan dos factores de conversión para las estimaciones mundiales: i) una relación de conversión “antigua”, como la calculada por la Administración para el Control de Drogas (DEA) para el Estado Plurinacional de Bolivia y el Perú en el decenio de 1990, y por un estudio del Gobierno de Colombia y la UNODC para Colombia; ii) una relación de conversión “nueva”, basada en estudios realizados por la DEA en el Perú en 2005 y en el Estado Plurinacional de Bolivia en 2007-2008. Sin embargo, esas relaciones no han sido reconfirmadas en estudios nacionales. La “nueva” relación también tiene en cuenta el factor de conversión para Colombia establecido en 2004. (Véanse más detalles en *Informe Mundial sobre las Drogas 2010* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.10.XI.13, págs. 251 y 252) y la sección sobre metodología de la versión en línea del presente informe).

Las estimaciones mundiales indican que la producción ilícita de opio disminuyó de forma pronunciada en 2015 (en un 38%) a 4.770 toneladas, es decir, al nivel de finales del decenio de 1990. De esa cantidad, la parte transformada en heroína que se ha estimado daría una producción de 327 toneladas de heroína de pureza para la exportación, procedente en gran medida de la fabricación de heroína en el Afganistán. La producción de cocaína, que se ha calculado en 746 toneladas (sobre la base de la relación de conversión “antigua”) o en 943 toneladas (sobre la base de la relación de conversión “nueva”) de clorhidrato de cocaína puro en 2014, también disminuyó en el período 2007-2014, volviendo a su nivel de 1998. Así pues, pese a un importante descenso del cultivo de arbusto de coca, la producción de cocaína no ha bajado en relación con su nivel de 1998, principalmente a causa del aumento de la eficiencia de los laboratorios de procesamiento de cocaína en la subregión andina.

GRÁFICO 20 Producción mundial de opio y cocaína, 1998-2015



Sources: UNODC coca and opium surveys in various countries; responses to the annual report questionnaire; and United States, Department of State, *International Narcotics Control Strategy Report*, various years.

14,000 etc.	14.000 etc.
Opium (tons)	Opio (toneladas)
Cocaine (tons)	Cocaína (toneladas)
Opium	Opio
Cocaine (based on “old” conversion ratios)	Cocaína (sobre la base de las relaciones de conversión “antiguas”)
Cocaine (based on “new” conversion ratios)	Cocaína (sobre la base de las relaciones de conversión “nuevas”)

Fuentes: Estudios de la UNODC sobre la coca y el opio en varios países; respuestas al cuestionario para los informes anuales; y Estados Unidos, Departamento de Estado, *International Narcotics Control Strategy Report*, varios años.

Fuerte aumento del tráfico de drogas sintéticas a nivel mundial

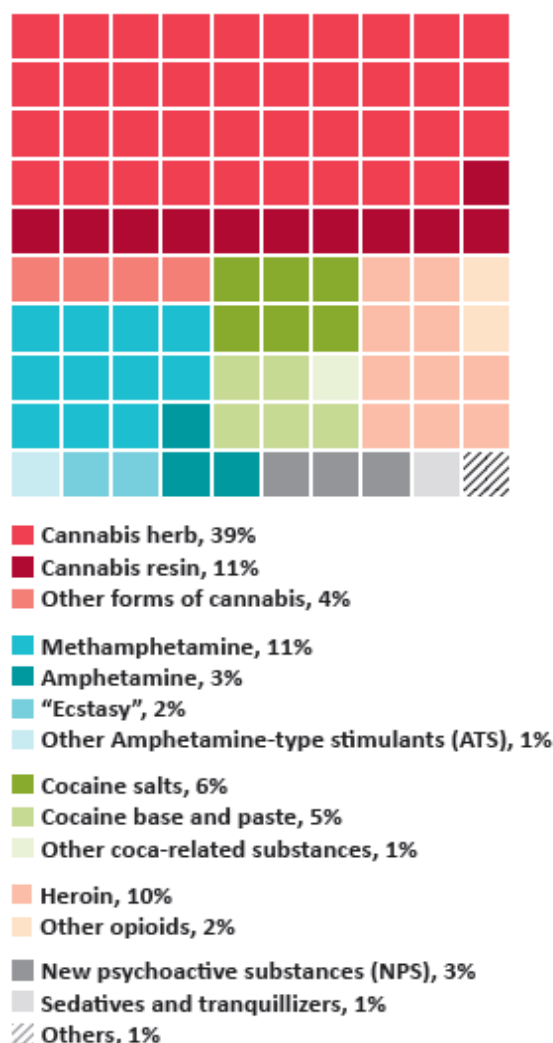
Aunque en 2014 había 234 sustancias sometidas a fiscalización internacional (244 en enero de 2016), los datos sobre incautaciones indican que la mayor parte del tráfico afectó a un número mucho menor de sustancias. El cannabis en sus diversas formas siguió siendo la droga más traficada en 2014 (ya que se incautó cannabis en el 95% de los países informantes en 2014 y los casos de incautación de cannabis representaron más de la mitad de los 2,2 millones de casos de incautación de drogas comunicados a la UNODC ese año); le siguieron los estimulantes de tipo anfetamínico (16%), los opioides y las sustancias relacionadas con la coca (un 12% cada uno).

Las cantidades de cannabis, cocaína, heroína y morfina incautadas en el mundo casi se duplicaron durante el período 1998-2008, pero se han mantenido en gran medida estables desde entonces. En cambio, las incautaciones de estimulantes de tipo anfetamínico se han multiplicado por más de siete desde 1998, lo que parece indicar que el crecimiento del tráfico de drogas ha afectado más a los estimulantes sintéticos que a las drogas habituales basadas en plantas. El crecimiento ha sido especialmente pronunciado en el caso de las incautaciones de metanfetamina y, en menor medida, las de anfetamina. Las mejoras de la fiscalización de precursores hicieron descender las cantidades de éxtasis interceptado desde el nivel de 2008 a un mínimo en 2011, pero ya pueden verse en el mercado las recientes innovaciones de la fabricación de éxtasis (en particular, la utilización de precursores no sometidos a fiscalización internacional), como parece indicarlo la duplicación de las cantidades incautadas entre 2011 y 2014.

Cómo interpretar las incautaciones de drogas

Las incautaciones de drogas, indicador directo de la actividad relacionada con las drogas que llevan a cabo los organismos encargados de hacer cumplir la ley, son el resultado de esas operaciones fructíferas que acaban en intercepciones de drogas y están influidas por tanto por la capacidad y las prioridades de dichos organismos. Al mismo tiempo, las incautaciones de drogas son uno de los principales elementos para conocer la dinámica del mercado ilícito de drogas, la disponibilidad de drogas y las pautas y tendencias del tráfico de drogas, especialmente si se consideran amplias entidades geográficas y se analizan períodos largos.

GRÁFICO 21 Desglose de casos de incautación de drogas comunicados en todo el mundo, por tipo de droga, 2014



Source: Responses to the annual report questionnaire.

Note: Information presented in the figure is based on 2.2 million seizure cases reported to UNODC by 63 countries.

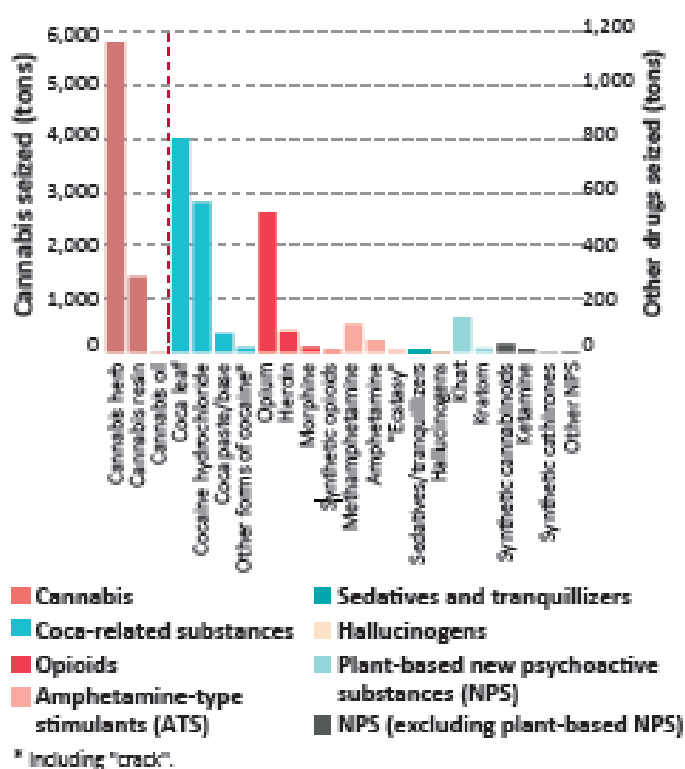
Cannabis herb, 39%	Hierba de cannabis, 39%
Cannabis resin, 11%	Resina de cannabis, 11%
Other forms of cannabis, 4%	Otras formas de cannabis, 4%
Methamphetamine, 11%	Metanfetamina, 11%
Amphetamine, 3%	Anfetamina, 3%
"Ecstasy", 2%	Éxtasis, 2%
Other Amphetamine-type stimulants (ATS), 1%	Otros estimulantes de tipo anfetamínico, 1%
Cocaine salts, 6%	Sales de cocaína, 6%
Cocaine base and paste, 5%	Cocaína base y pasta de cocaína, 5%
Other coca-related substances, 1%	Otras sustancias relacionadas con la coca, 1%
Heroin, 10%	Heroína, 10%
Other opioids, 2%	Otros opioides, 2%
New psychoactive substances (NPS), 3%	Nuevas sustancias psicoactivas (NSP), 3%
Sedatives and tranquillizers, 1%	Sedantes y tranquilizantes, 1%
Others, 1%	Otras drogas, 1%

Fuente: Respuestas al cuestionario para los informes anuales.

Nota: La información presentada en el gráfico se basa en 2,2 millones de casos de incautación comunicados a la UNODC por 63 países.

Los aumentos del tráfico han sido incluso mayores en el grupo de las NSP en los últimos años. Aunque representan el 3% del total de casos de incautación de drogas en 2014, las incautaciones de NSP siguen siendo relativamente pequeñas (un aumento respecto del 1% en 2009 y el 0,1% en 1998). Por lo que se refiere a la cantidad incautada, las incautaciones de NSP (excluidas las NSP de origen vegetal como el *khat* (*Catha edulis*) y el *kratom* (*Mitragyna speciosa*)) se multiplicaron por 15 entre 1998 y 2014. La mayoría de las incautaciones han sido de ketamina y cannabinoides sintéticos; la cantidad total de ketamina incautada en todo el mundo aumentó de un promedio anual de 3 toneladas en el período 1998-2008 a 10 toneladas en el período 2009-2014.

GRÁFICO 22 Cantidades de drogas incautadas en todo el mundo, por tipo de droga, 2014



Source: Responses to the annual report questionnaire.
 Note: Based on information from 120 countries.

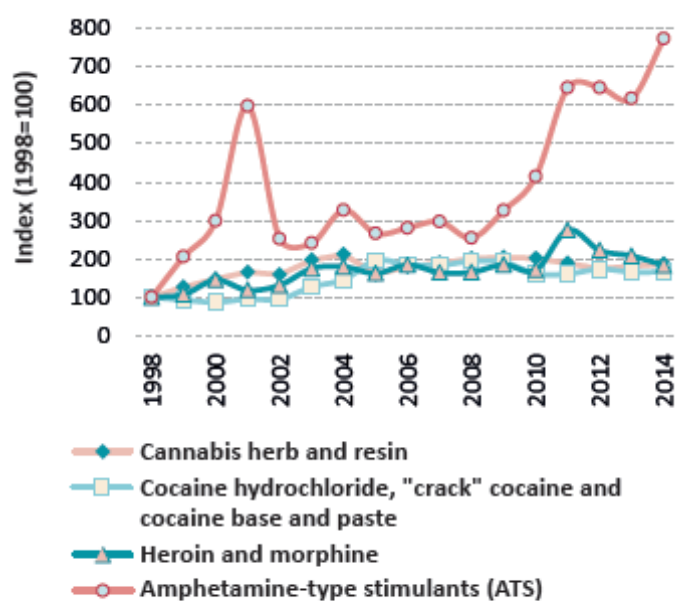
6,000, etc.	6.000, etc.
Cannabis seized (tons)	Cannabis incautado (toneladas)
Other drugs seized (tons)	Otras drogas incautadas (toneladas)
Cannabis herb	Hierba de cannabis
Cannabis resin	Resina de cannabis
Cannabis oil	Aceite de cannabis
Coca leaf	Hoja de coca
Cocaine hydrochloride	Clorhidrato de cocaína
Coca paste/base	Pasta/base de coca
Other forms of cocaine*	Otras formas de cocaína*
Opium	Opio

Heroin	Heroína
Morphine	Morfina
Synthetic opioids	Opioides sintéticos
Methamphetamine	Metanfetamina
Amphetamine	Anfetamina
“Ecstasy”	Éxtasis
Sedatives/tranquillizers	Sedantes/tranquilizantes
Hallucinogens	Alucinógenos
Khat	<i>Khat</i>
Kratom	<i>Kratom</i>
Synthetic cannabinoids	Cannabinoides sintéticos
Ketamine	Ketamina
Synthetic cathinones	Catinonas sintéticas
Other NPS	Otras NSP
Cannabis	Cannabis
Coca-related substances	Sustancias relacionadas con la coca
Opioids	Opioides
Amphetamine-type stimulants (ATS)	Estimulantes de tipo anfetamínico
Sedatives and tranquillizers	Sedantes y tranquilizantes
Hallucinogens	Alucinógenos
Plant-based new psychoactive substances (NPS)	Nuevas sustancias psicoactivas (NSP) de origen vegetal
NPS (excluding plant-based NPS)	NSP (excluidas las NSP de origen vegetal)
* Including “crack”.	* Incluido el <i>crack</i> .

Fuente: Respuestas al cuestionario para los informes anuales.

Notas: Sobre la base de información de 120 países.

GRÁFICO 23 Tendencias de las cantidades de drogas incautadas en todo el mundo, 1998-2014

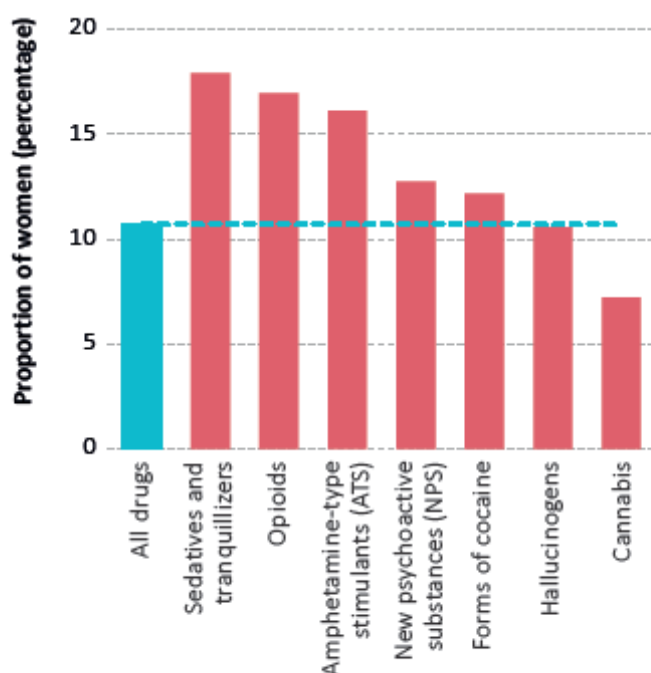


Source: Responses to the annual report questionnaire.

Index (1998=100)	Índice (1998=100)
Cannabis herb and resin	Hierba y resina de cannabis
Cocaine hydrochloride, "crack" cocaine and cocaine base and paste	Clorhidrato de cocaína, cocaína <i>crack</i> , cocaína base y pasta de cocaína
Heroin and morphine	Heroína y morfina
Amphetamine-type stimulants (ATS)	Estimulantes de tipo anfetamínico

Fuente: Respuestas al cuestionario para los informes anuales.

GRÁFICO 24 Proporción de mujeres que han entrado en contacto oficial con el sistema de justicia penal por tráfico de drogas, por tipo de droga, 2010-2014



Source: Responses to the annual report questionnaire.

Proportion of women (percentage)	Proporción de mujeres (porcentaje)
All drugs	Todas las drogas
Sedatives and tranquilizers	Sedantes y tranquilizantes
Opioids	Opioides
Amphetamine-type stimulants (ATS)	Estimulantes de tipo anfetamínico
New psychoactive substances (NPS)	Nuevas sustancias psicoactivas (NSP)
Forms of cocaine	Formas de cocaína
Hallucinogens	Alucinógenos
Cannabis	Cannabis

Fuente: Respuestas al cuestionario para los informes anuales.

Delitos relacionados con drogas, cultivo y género

Los hombres están más implicados que las mujeres en la delincuencia relacionada con drogas

En todos los países, más hombres que mujeres entran en contacto oficial con el sistema de justicia penal por posesión de drogas para consumo personal y por tráfico de drogas. En el período 1998-2014, el número de mujeres de las que se informó que habían sido detenidas por delitos relacionados con drogas aumentó en términos absolutos (al igual que lo hizo el número de países que proporcionaron a la UNODC un desglose de detenciones por géneros), mientras que la proporción de mujeres en casos relacionados con drogas, aunque fluctuó, siguió una tendencia descendente, especialmente en el caso de los delitos relacionados con el tráfico de drogas.

Según la información de 100 países, durante el período 2010-2014 las mujeres representaron alrededor del 10% de todos los casos en que personas entraron en contacto oficial con el sistema de justicia penal por delitos relacionados con las drogas. La proporción fue levemente más baja por posesión de drogas para consumo personal (9%) y levemente más alta por tráfico de drogas (11%); sin embargo, esas proporciones son considerablemente más bajas que la proporción de mujeres que consumen drogas (aproximadamente la tercera parte del número total de personas que consumen drogas).

La proporción de mujeres que entran en contacto oficial con el sistema de justicia penal en casos de tráfico de drogas está claramente por encima del promedio mundial (12%) en Oceanía (19%) y América (15%) y por debajo del promedio en África (2%). Los datos correspondientes a Asia muestran una proporción superior al promedio mundial en Asia oriental y sudoriental (13%), mientras que en otras subregiones asiáticas la proporción está por debajo del promedio mundial (menos de 1% en el Cercano Oriente y Oriente Medio y en Asia meridional). Los datos de Europa indican una proporción de mujeres que entran en contacto oficial con el sistema de justicia penal situada por debajo del promedio (10%), y esa proporción está por encima del promedio en Europa oriental (12%) y por debajo del promedio en Europa occidental y central (9%) y en Europa sudoriental (6%).

Las mujeres en el cultivo de adormidera: actitudes, percepciones y prácticas

Aunque las mujeres desempeñan tan solo un papel limitado en el tráfico de drogas en los países del Cercano Oriente y el Oriente Medio (menos del 1%), se involucran en el cultivo ilícito para la producción de drogas, en particular de adormidera en el Afganistán. Como parte del estudio anual sobre el opio realizado por la UNODC y el Gobierno del Afganistán, en 2015 se celebraron por primera vez debates en grupos temáticos con mujeres en cuatro provincias septentrionales a fin de aprender más sobre sus actitudes y su participación en el cultivo de adormidera y la producción de opio.

Los debates pusieron de manifiesto que las mujeres en el Afganistán tomaban parte en muchos de los procesos de producción de adormidera de gran intensidad de mano de obra, como erradicar las malas hierbas y limpiar los campos, así como sajar y más tarde (en interiores) romper las cápsulas de adormidera, quitar y limpiar las semillas, preparar la goma de opio para la venta y procesar subproductos como aceite y jabón. Los hombres se dedicaban principalmente a labrar los campos, cultivarlos y a veces, sajar las cápsulas.

En la mayoría de las comunidades rurales del Afganistán, las mujeres estaban menos empoderadas que los hombres y solo desempeñaban un papel limitado en la adopción de decisiones. Así pues, las decisiones sobre el cultivo del opio las tomaban principalmente los

hombres, aunque parecía que se consultaba cada vez más a las mujeres, también sobre la decisión de cultivar adormidera.

Al carecer de acceso a instalaciones y servicios de atención de la salud adecuados en las zonas rurales, las mujeres del Norte del Afganistán han utilizado el opio desde hace generaciones como remedio para las dolencias más comunes de los niños, como tos, cólicos, dolores, inquietud y diarrea. La automedicación con opio siguió siendo una práctica común para el tratamiento de dolencias entre adultos, como dolores, insomnio y dolores de pecho, que se debían probablemente a enfermedades respiratorias. Es posible que las mujeres de más edad hayan sido consumidoras habituales o dependientes de opio, pero las más jóvenes eran cada vez más conscientes de que el consumo habitual de opio podía causar dependencia y por lo tanto solían recurrir con más frecuencia a “medicamentos modernos”, cuando los había, para el tratamiento de enfermedades comunes.

Los debates también pusieron de relieve que las mujeres del Afganistán eran conscientes en general de que el opio podía generar dependencia y que su consumo con fines no médicos estaba prohibido por su religión. También les preocupaba que la siguiente generación pudiera llegar a ser dependiente del opio, aunque su principal preocupación seguía siendo resolver sus problemas económicos. Al no contar con oportunidades o alternativas económicas, las mujeres consideraban que los ingresos generados por la producción de adormidera podían utilizarse para pagar gastos domésticos, permitiéndoles comprar productos esenciales, como alimentos, así como muebles, ropa y joyas, y permitía a las familias liquidar sus deudas y pagar la educación y los matrimonios de sus hijos. La producción de adormidera no solo aportaba ingresos en efectivo a los hogares, sino que era también un pilar de apoyo en las zonas rurales, ya que las semillas de adormidera se utilizaban para extraer aceite para cocinar y la paja de adormidera se utilizaba como combustible en la cocina, así como para preparar jabón y hacer té de adormidera.

Las compras de drogas a través de la “red oscura” adquieren más importancia

La compra de drogas por Internet, especialmente la “red oscura”, puede haber aumentado en los últimos años. Esa tendencia suscita preocupaciones por lo que se refiere al potencial de la “red oscura” de atraer a nuevas poblaciones de consumidores al facilitar el acceso a drogas en un entorno que, aunque sea ilegal, permite a los consumidores evitar el contacto directo con los delincuentes y las autoridades encargadas de hacer cumplir la ley. Como no se puede acceder a la “red oscura” mediante las búsquedas tradicionales en la web, los compradores y vendedores acceden a ella a través del “Onion Router” (TOR) para garantizar que su identidad quede oculta. Los productos se suelen pagar en bitcoins o en otras criptomonedas y en la mayoría de los casos los entregan los servicios postales.

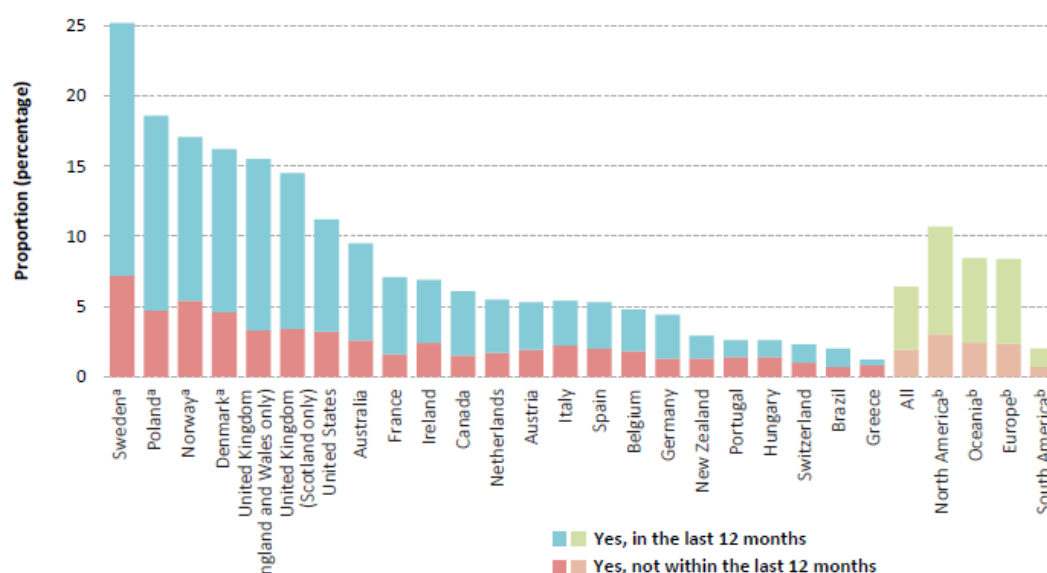
En los últimos años se han llevado a cabo algunas operaciones policiales fructíferas para clausurar plataformas de tráfico en la “red oscura”, como “Silk Road” en octubre de 2013 o “Silk Road 2.0” en noviembre de 2014, como parte de la Operación Onymous, coordinada por la Oficina Europea de Policía (Europol), que también dio lugar a la clausura de otros sitios en la “red oscura”, incluidos 33 mercados con una gran actividad. La presión de las autoridades encargadas de hacer cumplir la ley también dio lugar a algunos cierres temporales “voluntarios”, como el de “Agora” en agosto de 2015. Sin embargo, cuando cierra un mercado, el siguiente mercado más creíble tiende a absorber la mayor parte del negocio desplazado¹³⁹.

¹³⁹ Sobre la base de las conclusiones de una conferencia internacional sobre investigaciones conjuntas para combatir el tráfico de drogas a través del mercado virtual (“red oscura”) en la Unión Europea, Bad Erlach (Austria), 10 a 12 de noviembre de 2015.

Una encuesta mundial¹⁴⁰ de más de 100.000 usuarios de Internet (de los que las tres cuartas partes habían consumido drogas ilegales) en 50 países a finales de 2014 sugirió que la proporción de consumidores de drogas que compraban drogas por Internet había aumentado del 1,2% en 2000 al 4,9% en 2009, al 16,4% en 2013 y al 25,3% en 2014. La proporción de usuarios de Internet que recurrían a la “red oscura” para comprar drogas también había aumentado, alcanzando un 6,4% (alguna vez en la vida) en 2014, incluido un 4,5% (el 70% del 6,4%) que había comprado drogas a través de la “red oscura” en los 12 meses anteriores (con un margen de variación de menos del 1% al 18%).

Entre los consumidores “recientes” de drogas, la proporción aumentó más de un 25% de 2013 a 2014 (del 4,6% al 5,8%). En el período 2012-2014, la proporción se duplicó en Australia (del 4,3% al 10,4%), y en el período 2013-2014 la proporción también aumentó entre los consumidores “recientes” en los Estados Unidos (del 7,7% en 2013 al 9,6% en 2014).

GRÁFICO 25 Proporción de encuestados que habían comprado drogas en la “red oscura”, por países y regiones, 2014



Source: Global Drug Survey 2015 (www.globaldrugsurvey.com).

Note: The figure shows the proportion of people participating in the Global Drug Survey who bought drugs via the “dark net” between November and December 2014. ^a Based on the replies of fewer than 600 respondents. ^b Regional results show the national (and subnational) results weighted by population.

Proportion (percentage)	Proporción (porcentaje)
Sweden ^a	Suecia ^a
Poland ^a	Polonia ^a
Norway ^a	Noruega ^a
Denmark ^a	Dinamarca ^a
United Kingdom (England and Wales only)	Reino Unido (Inglaterra y Gales solamente)
United Kingdom (Scotland only)	Reino Unido (Escocia solamente)
United States	Estados Unidos
Australia	Australia
France	Francia
Ireland	Irlanda
Canada	Canadá
Netherlands	Países Bajos
Austria	Austria
Italy	Italia

¹⁴⁰ Conclusiones de la Global Drug Survey 2015 (www.globaldrugsurvey.com).

Spain	España
Belgium	Bélgica
Germany	Alemania
New Zealand	Nueva Zelanda
Portugal	Portugal
Hungary	Hungría
Switzerland	Suiza
Brazil	Brasil
Greece	Grecia
All	Todos los países
North America ^b	América del Norte ^b
Oceania ^b	Oceanía ^b
Europe ^b	Europa ^b
South America ^b	América del Sur ^b
Yes, in the last 12 months	Sí, en los últimos 12 meses
Yes, not within the last 12 months	Sí, no en los últimos 12 meses

Fuente: Global Drug Survey 2015 (www.globaldrugsurvey.com).

Nota: El gráfico muestra la proporción de personas participantes en la Global Drug Survey (encuesta mundial sobre drogas) que compraron drogas a través de la “red oscura” entre noviembre y diciembre de 2014.

^a Sobre la base de las respuestas de menos de 600 encuestados.

^b Los resultados regionales muestran los resultados nacionales (y subnacionales) ponderados por la población.

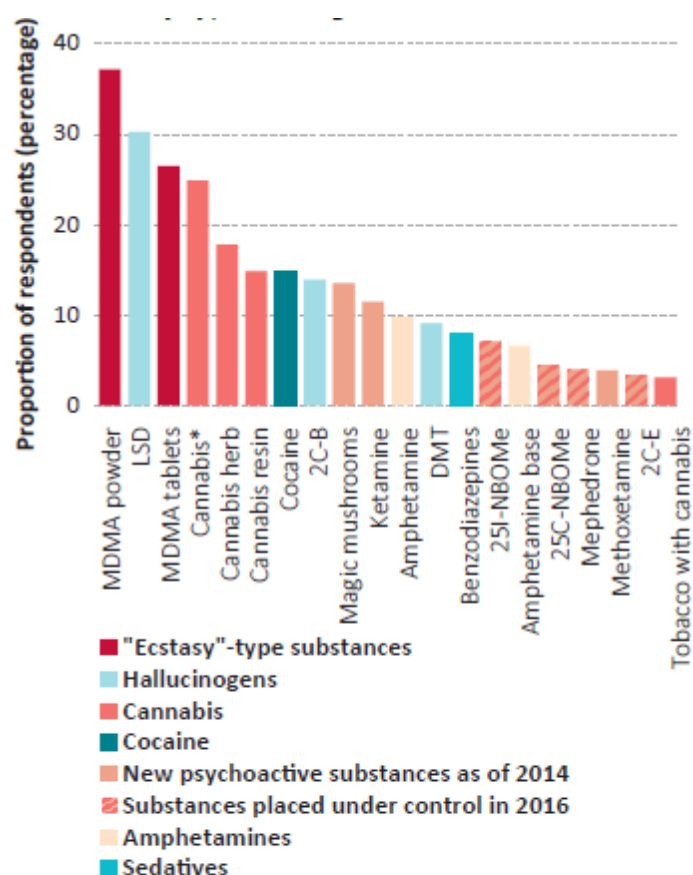
Los encuestados informaron de algunas de las ventajas de comprar drogas en la “red oscura”. Algunas de esas ventajas guardaban relación con los propios productos de drogas, que, según se informó, eran por lo general de mejor calidad y disponibles con gran facilidad. Entre otras ventajas figuraba el hecho de que las interacciones del comprador eran virtuales, lo que disminuía el riesgo para la seguridad personal durante las transacciones, también por no existir exposición a la violencia física; además, existía una disminución percibida del riesgo de ser detenido por las autoridades encargadas de hacer cumplir la ley¹⁴¹. Eso puede ayudar a explicar la razón de que, en general, los consumidores de drogas estén dispuestos a pagar una prima por las drogas compradas a través de la “red oscura”¹⁴² y de que las personas que nunca han consumido drogas anteriormente se sientan tentadas de comprarlas en línea; la encuesta indicó que aproximadamente el 4% de los consumidores de drogas de la “red oscura” no habían consumido ninguna droga antes de acceder a ellas a través de esa red¹⁴³. Al mismo tiempo, el 30% de las personas que compraron drogas a través de la “red oscura” comunicaron haber consumido una variedad más amplia de drogas que antes de que comenzaran a comprarlas a través de esa red.

¹⁴¹ *Ibid.*

¹⁴² Conferencia internacional sobre investigaciones conjuntas para combatir el tráfico de drogas a través del mercado virtual (“red oscura”) en la Unión Europea, Bad Erlach (Austria), 10 a 12 de noviembre de 2015.

¹⁴³ Global Drug Survey 2015 (véase la nota 140).

GRÁFICO 26 Drogas compradas en la “red oscura”, por tipos de drogas, 2014



* Hydroponically grown cannabis.

Source: Global Drug Survey 2015 (www.globaldrugsurvey.com).

Note: Proportion of survey respondents who bought each drug on the "dark net" among participants in the Global Drug Survey between November and December 2014.

Proportion of respondents (percentage)	Proporción de encuestados (porcentaje)
MDMA powder	MDMA en polvo
LSD	LSD
MDMA tablets	Comprimidos de MDMA
Cannabis*	Cannabis*
Cannabis herb	Hierba de cannabis
Cannabis resin	Resina de cannabis
Cocaine	Cocaína
2C-B	2C-B
Magic mushrooms	Hongos mágicos
Ketamine	Ketamina
Amphetamine	Anfetamina
DMT	DMT
Benzodiazepines	Benzodiazepinas
25I-NBOMe	25I-NBOMe
Amphetamine base	Anfetamina base
25C-NBOMe	25C-NBOMe
Mephedrone	Mefedrona
Methoxetamine	Metoxetamina
2C-E	2C-E

Tobacco with cannabis	Tabaco con cannabis
“Ecstasy”-type substances	Sustancias del tipo del éxtasis
Hallucinogens	Alucinógenos
Cannabis	Cannabis
Cocaine	Cocaína
New psychoactive substances as of 2014	Nuevas sustancias psicoactivas en 2014
Substances placed under control in 2016	Sustancias sometidas a fiscalización en 2016
Amphetamines	Anfetaminas
Sedatives	Sedantes
* Hydroponically grown cannabis.	* Cannabis de cultivo hidropónico

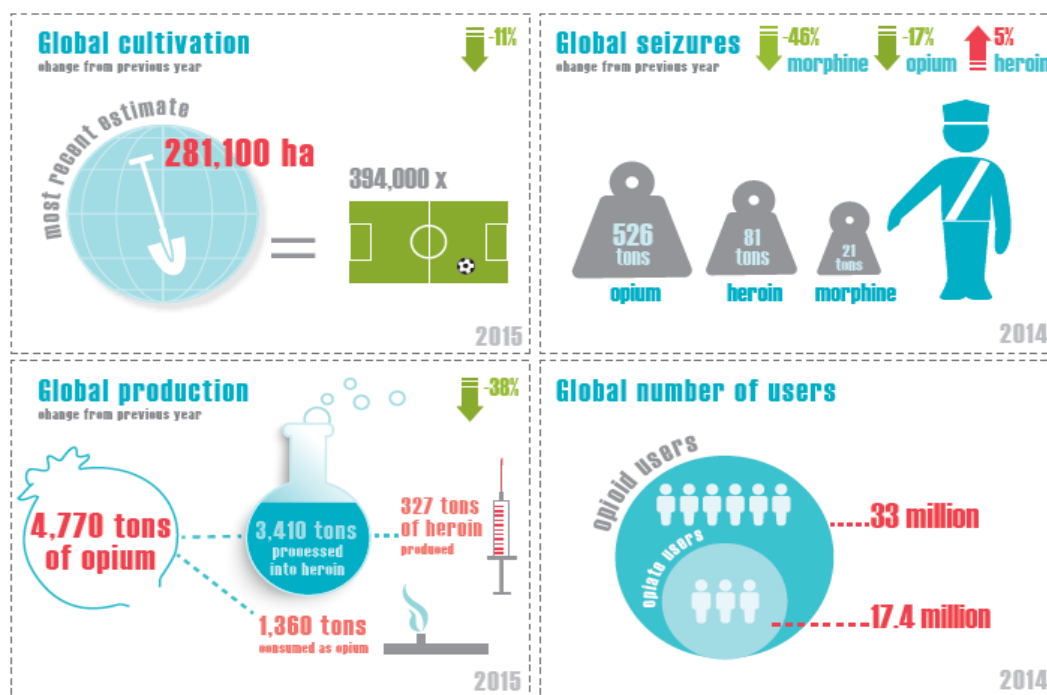
Fuente: Global Drug Survey 2015 (www.globaldrugsurvey.com).

Nota: Proporción de encuestados que compraron cada droga en la “red oscura” entre los participantes en la Global Drug Survey (encuesta mundial sobre drogas) entre noviembre y diciembre de 2014.

D. ANÁLISIS DE LOS MERCADOS POR TIPOS DE DROGAS

OPIÁCEOS

Cifras principales



Note: Opioids include the non-medical use of prescription opioids and opiates (opiates include opium and heroin).

Global cultivation	Cultivo mundial
change from previous year	variación respecto del año anterior
most recent estimate	estimación más reciente
281,000 ha	281.000 hectáreas
394,000 x	394.000 x
Global seizures	Incautaciones mundiales
change from previous year	variación respecto del año anterior
-46% morphine	-46% morfina

-17% opium	-17% opio
5% heroin	5% heroína
tons	toneladas
opium	opio
heroin	heroína
morphine	morfina
Global production	Producción mundial
change from previous year	variación respecto del año anterior
4,770 tons of opium	4.770 toneladas de opio
3,410 tons processed into heroin	3.410 toneladas procesadas en heroína
327 tons of heroin produced	327 toneladas de heroína producidas
1,360 tons consumed as opium	1.360 toneladas consumidas como opio
Global number of users	Número de consumidores mundiales
Opioid users	Consumidores de opioides
33 million	33 millones
Opiate users	Consumidores de opiáceos
17.4 million	17,4 millones

Nota: En los opioides se incluye el consumo con fines no médicos de opioides sujetos a prescripción médica y opiáceos (los opiáceos incluyen el opio y la heroína).

Novedades del mercado de opiáceos

Condiciones especiales dieron lugar a una disminución del 38% de la producción mundial de opio en 2015

Las zonas principales de producción de opiáceos se encuentran en tres subregiones. Los países de Asia sudoccidental (principalmente el Afganistán) suministran a los mercados de los países vecinos y de países de Europa, el Cercano Oriente y el Oriente Medio, África y Asia meridional, y pequeñas proporciones se destinan a Asia oriental y sudoriental, América del Norte y Oceanía. Los países de Asia sudoriental (principalmente Myanmar y, en menor medida, la República Democrática Popular Lao) suministran a los mercados de Asia oriental y sudoriental y Oceanía, y proporciones más pequeñas se destinan a Asia meridional. Los países de América Latina (principalmente México, Colombia y Guatemala) suministran a los mercados de países de América del Norte (excepto el Canadá, que se suministra predominantemente de opiáceos originarios del Afganistán) y a los mercados más limitados de América del Sur. Además, en algunos países se cultivan cantidades importantes de adormidera para el mercado interno (por ejemplo, en la India). Así pues, se produce ilícitamente opio en casi 50 países de todo el mundo.

En 2015, la superficie total dedicada al cultivo de adormidera en todo el mundo disminuyó un 11% respecto del nivel del año anterior, a unas 281.000 hectáreas; esa disminución es reflejo principalmente de un descenso del cultivo comunicado por el Afganistán (-19%), aunque, con 183.000 hectáreas, al Afganistán le seguían correspondiendo casi dos terceras partes de la superficie total dedicada al cultivo ilícito de adormidera. Myanmar representó el 20% del total (55.500 hectáreas), a México le correspondió el 9% y a la República Democrática Popular Lao el 2%.

La producción mundial de opio descendió un 38% en 2015 con respecto al año anterior, a unas 4.770 toneladas¹⁴⁴ (es decir, al nivel de finales del decenio de 1990). La disminución obedeció principalmente a un descenso de la producción de opio en el Afganistán (-48% en comparación con el año anterior), lo que puede atribuirse principalmente a las malas cosechas en las provincias meridionales del país.

Primeros resultados del estudio sobre el cultivo de adormidera en México, 2014-2015

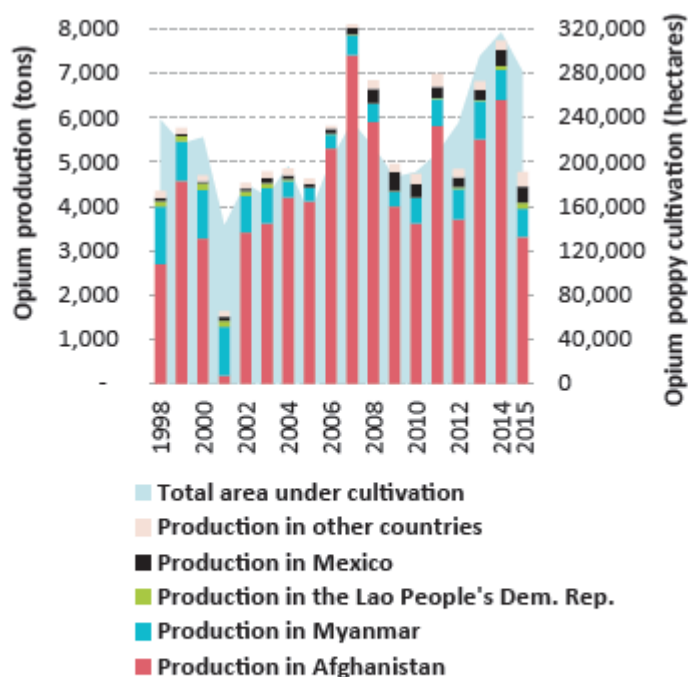
En el período 2014-2015, el Gobierno de México, con el apoyo de la UNODC, llevó a cabo el primer estudio conjunto sobre la adormidera en México. Las superficies dedicadas al cultivo de adormidera, cuya superficie se ha calculado que ascendía a 28.100 hectáreas, están situadas principalmente en las zonas montañosas de la parte occidental del país. Cabe señalar, no obstante, que las nuevas cifras correspondientes a México no son comparables, por razones metodológicas, con las publicadas anteriormente.

El proyecto no ha podido producir hasta ahora estimaciones de la producción de opio. A los efectos del presente informe, se utilizaron las estimaciones de las cosechas establecidas a partir de los datos proporcionados por los Estados Unidos para los años 2001, 2002 y 2003 para producir estimaciones de la producción de opio^a. La cifra correspondiente a la producción de opio se ajustará cuando se disponga de nuevos datos sobre cosechas procedentes del proyecto de monitoreo de cultivos y se haya elaborado una metodología apropiada para las estimaciones de la producción de opio.

^a El Gobierno de México no valida las estimaciones facilitadas por los Estados Unidos hasta 2014, ya que no son parte de sus cifras oficiales y no posee información sobre la metodología utilizada para calcularlas.

¹⁴⁴ Los datos correspondientes a 2015 son preliminares, ya que falta aún la información de algunos países productores de opio más pequeños. A los efectos del presente informe, se supone que no se registraron cambios del cultivo de adormidera y la producción de opio en el mundo de 2014 a 2015.

GRÁFICO 27 Cultivo de adormidera y producción de opio, 1998-2015



Source: Calculations based on UNODC illicit crop monitoring surveys and responses to the annual report questionnaire.

Note: Data for 2015 are preliminary, as production data for a few countries in South America are still missing.

Opium production (tons)	Producción de opio (toneladas)
Opium poppy cultivation (hectares)	Cultivo de adormidera (hectáreas)
8,000 etc.	8.000 etc.
320,000 etc.	320.000 etc.
Total area under cultivation	Superficie total dedicada al cultivo
Production in other countries	Producción en otros países
Production in Mexico	Producción en México
Production in the Lao People's Dem. Rep.	Producción en la Rep. Dem. Popular Lao
Production in Myanmar	Producción en Myanmar
Production in Afghanistan	Producción en el Afganistán

Fuente: Cálculos basados en los estudios de monitoreo de cultivos ilícitos de la UNODC y las respuestas al cuestionario para los informes anuales.

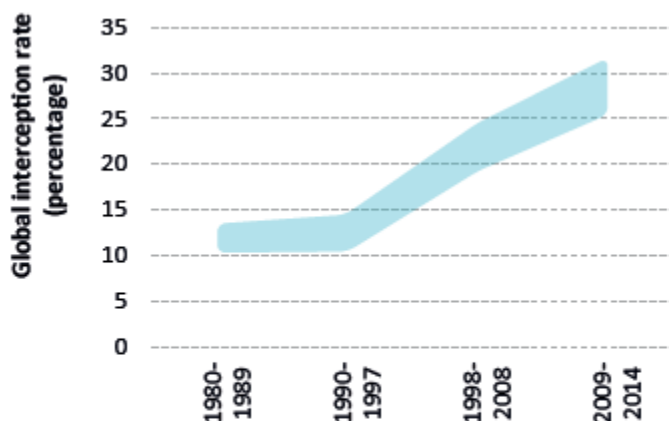
Nota: Los datos correspondientes a 2015 son preliminares, ya que aún faltan los datos de producción de algunos países de América del Sur.

No obstante, el Afganistán sigue siendo el mayor productor de opio del mundo, representando aproximadamente el 70% (3.300 toneladas) de la producción mundial; le sigue Myanmar, país al que corresponde un 14% (650 toneladas) de la producción mundial. La producción de opio en América Latina se duplicó con creces durante el período 1998-2014, alcanzando unas 500 toneladas y representando casi el 11% de la producción mundial estimada de opio en 2015.

Después de deducir de las 4.770 toneladas de opio producidas en 2015 las cantidades estimadas de opio consumido, la fabricación potencial de heroína a partir de la cosecha mundial de adormidera de 2015 puede calcularse en 327 toneladas de heroína (de pureza para la

exportación). Como la demanda no suele variar rápidamente y los datos sobre las incautaciones de heroína parecen indicar una oferta bastante constante (véase el análisis en esta sección), es probable que la oferta de heroína en el mercado siguiera siendo considerablemente más elevada que la demanda. Tras el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General en 1998, los datos también indican un importante aumento de la tasa de interceptación mundial de opiáceos, que se duplicó con creces entre los períodos 1990-1997 y 2009-2014.

GRÁFICO 28 Tendencias de la tasa de interceptación mundial de opiáceos, 1980-2014



Source: Calculations based on responses to the annual report questionnaire and UNODC opium poppy cultivation surveys.
 Note: For details of the calculation methods see the online methodology section of the present report.

Global interception rate (percentage)	Tasa de interceptación mundial (porcentaje)
---------------------------------------	---

Fuente: Cálculos basados en las respuestas al cuestionario para los informes anuales y los estudios sobre el cultivo de adormidera de la UNODC.

Nota: Véanse detalles de los métodos de cálculo en la sección sobre metodología de la versión en línea del presente informe.

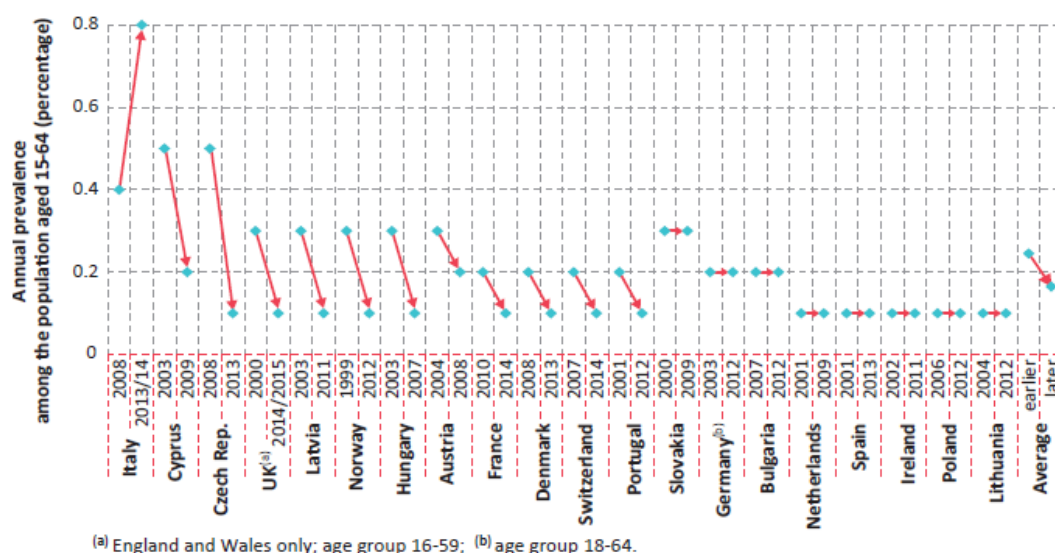
El mercado mundial de opiáceos parece ser estable pese a importantes cambios regionales

Las estimaciones de la UNODC parecen indicar que el número de consumidores de opiáceos (es decir, opio, morfina y heroína) a nivel mundial ha cambiado poco en los últimos años y que el consumo de opiáceos continuó afectando a un 0,4% de la población mundial de 15 a 64 años de edad, o sea, el equivalente de unos 17 millones de personas, en 2014. Aunque sigue habiendo grandes lagunas de datos que pueden ocultar los cambios, la prevalencia del consumo de opiáceos no ha cambiado en más de un decenio, y sigue siendo relativamente alta en Asia occidental (0,9%), Asia central (0,8%), Europa (0,56%) y América del Norte (0,5%).

Existen indicios de un reciente aumento del consumo de heroína en algunos mercados de Europa occidental y central, lo que sugiere que la tendencia descendente a largo plazo del consumo de heroína puede haber llegado a su fin. De hecho, el consumo de heroína ha sido estable o ha descendido en Europa occidental y central desde finales del decenio de 1990. Esto puede comprobarse, por ejemplo, en los datos de encuestas de hogares, aunque solo abarquen una determinada proporción del total de consumidores de heroína. Sin embargo, recientemente, algunos aumentos de los casos de incautaciones en gran escala y el aumento de la pureza de la

heroína indican que la oferta puede haber aumentado¹⁴⁵. Al menos en un mercado principal europeo de heroína (el Reino Unido)^{146, 147} las muertes relacionadas con la heroína también aumentaron de forma pronunciada entre 2012 y 2014. Además, las estimaciones de consumidores problemáticos de opiáceos en Francia mostraron un aumento pronunciado en los últimos años. Además, las tasas de prevalencia de heroína en Italia, basadas en encuestas de hogares, mostraron un aumento importante entre 2008 y 2014.

GRÁFICO 29 Prevalencia del consumo de heroína en el año anterior según encuestas de hogares en Europa, determinados países, 1999-2014



Source: Responses to the annual report questionnaire.

0.8 etc.	0,8 etc.
Annual prevalence among the population aged 15-64 (percentage)	Prevalencia anual entre la población de 15 a 64 años de edad (porcentaje)
Italy	Italia
Cyprus	Chipre
Czech Rep.	Rep. Checa
UK ^(a)	Reino Unido ^{a)}
Latvia	Letonia
Norway	Noruega
Hungary	Hungría
Austria	Austria
France	Francia
Denmark	Dinamarca
Switzerland	Suiza
Portugal	Portugal
Slovakia	Eslovaquia
Germany ^(b)	Alemania ^{b)}
Bulgaria	Bulgaria
Netherlands	Países Bajos

¹⁴⁵ EMCDDA y Europol, *EU Drug Markets Report*, In-depth Analysis, Lisboa y La Haya 2016, págs. 73 a 94.

¹⁴⁶ Office for National Statistics, *Statistical Bulletin: Deaths Related to Drug Poisoning in England and Wales: 2014 registrations*, 3 de septiembre de 2015.

¹⁴⁷ National Records of Scotland, *Drug-related deaths in Scotland in 2014*, revisado el 15 de marzo de 2016.

Spain	España
Ireland	Irlanda
Poland	Polonia
Lithuania	Lituania
Average	Promedio
earlier	antes
later	después

a) Inglaterra y Gales solamente; grupo de edad de 16 a 59 años; b) grupo de edad de 18 a 64 años.

Fuente: Respuestas al cuestionario para los informes anuales.

Aumenta el consumo de heroína entre los muchachos de 15 años en Italia

Existen indicios de que el consumo de heroína puede estar aumentando entre los jóvenes en Italia. Según el estudio más reciente sobre el consumo de drogas por la juventud (2015), el consumo de heroína entre los muchachos de 15 años se duplicó hasta el 2% en 2015, aunque se registró una leve disminución (del 1,3% en 2014 al 1% en 2015) de la tasa entre los jóvenes de 15 a 19 años de ambos sexos. Las autoridades sanitarias italianas también notificaron un aumento de los ingresos para tratamiento relacionado con el consumo de heroína.

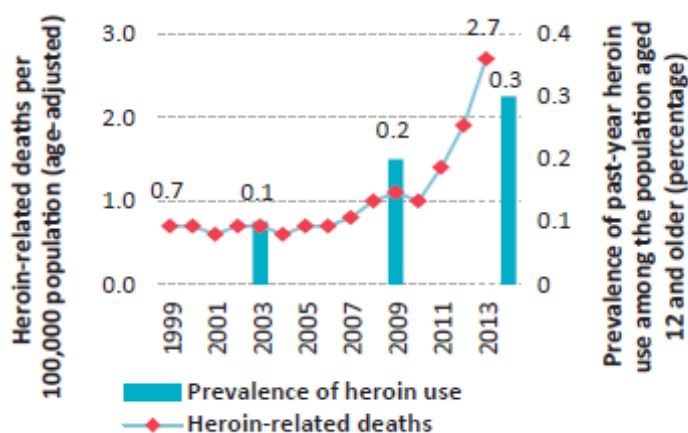
El consumo de cannabis y estimulantes aumentó ligeramente, y el consumo de cocaína y alucinógenos disminuyó en 2015. Aproximadamente el 1,4% de hombres y el 0,6% de mujeres se habían inyectado drogas en el año anterior.

Fuente: Istituto de Fisiologia Clinica del Cnr, *Italian Report for the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD)*, Pisa, citado en *Corriere Della Sera*, “Il Raporto ESPAD – Droga a Scuola: Crese il consume di eroina tra i 15enni”, 8 de abril de 2016.

En América del Norte, el consumo de heroína ha estado aumentando desde hace cierto tiempo, situación que se refleja en encuestas nacionales de hogares y en el número de muertes relacionadas con la heroína. Sobre la base de las tendencias percibidas comunicadas a la UNODC, el consumo de opioides también ha aumentado en África.

Sin embargo, se informa de que el consumo de opiáceos en Asia no ha registrado prácticamente cambios durante el período 1998-2014, mientras que en Oceanía descendió. El descenso del consumo de opiáceos en Oceanía refleja en gran medida los cambios ocurridos en Australia, el mayor mercado de opiáceos de la región, donde la prevalencia del consumo de heroína en el año anterior disminuyó de un máximo de 0,8% en 1998 al 0,2% en 2001 (tras una “sequía de heroína” causada por la intensificación de las actividades de los organismos encargados de hacer cumplir la ley) antes de descender aún más al 0,1% en 2013, compensando con creces los aumentos del consumo de opioides sintéticos con fines no médicos.

GRÁFICO 30 Prevalencia del consumo de heroína en el año anterior y número de muertes relacionadas con la heroína por 100.000 habitantes en los Estados Unidos, 1999-2014

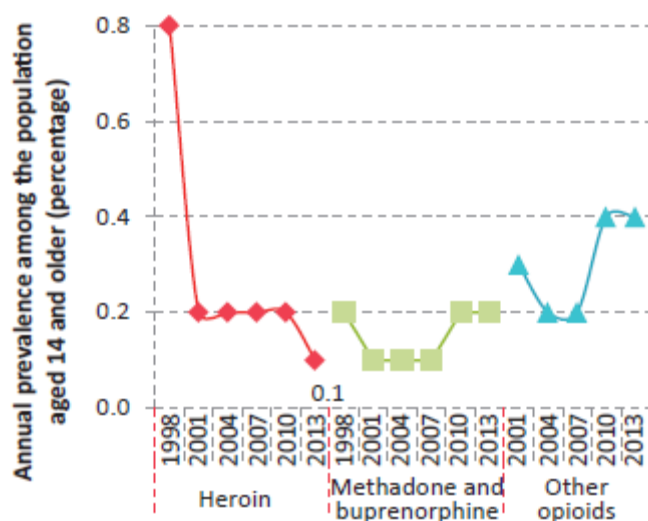


Source: United States, Center for Behavioral Health Statistics and Quality, *Behavioral Health Trends in the United States: Results from the 2014 National Survey on Drug Use and Health*, HHS Publication No. SMA 15-4927, NSDUH Series H-50 (Rockville, Maryland, 2015); and Office of National Drug Control Policy, *National Drug Control Strategy: Data Supplement 2015*.

3.0 etc.	3,0 etc.
Heroin-related deaths per 100,000 population (age-adjusted)	Muertes relacionadas con la heroína por 100.000 habitantes (ajustadas por edades)
Prevalence of past-year heroin use among the population aged 12 and older (percentage)	Prevalencia del consumo de heroína en el año anterior en la población mayor de 12 años (porcentaje)
Prevalence of heroin use	Prevalencia del consumo de heroína
Heroin-related deaths	Muertes relacionadas con la heroína

Fuente: Estados Unidos, Center for Behavioral Health Statistics and Quality, *Behavioral Health Trends in the United States: Results from the 2014 National Survey on Drug Use and Health*, HHS Publication No. SMA 15-4927, NSDUH Series H-50 (Rockville, Maryland, 2015); y Oficina de la Política Nacional para el Control de Drogas, *National Drug Control Strategy: Data Supplement 2015*.

GRÁFICO 31 Prevalencia del consumo de opioides en el año anterior en Australia, 1998-2013

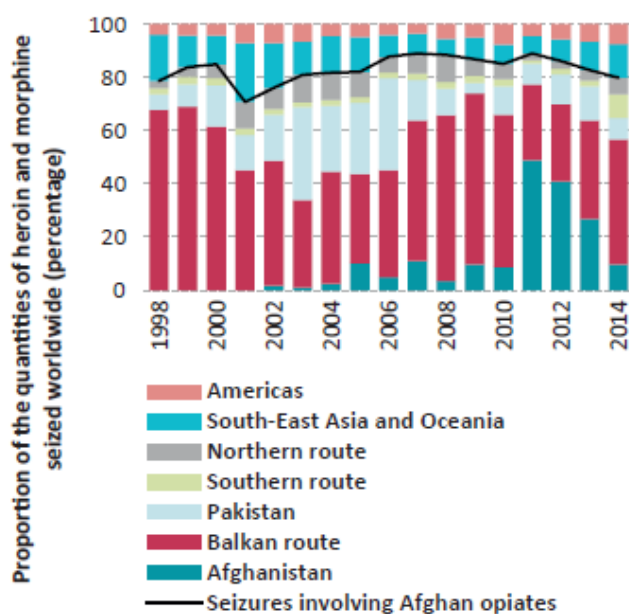


Source: Australian Institute of Health and Welfare, *National Drug Strategy Household Survey Detailed Report 2013*, Drug statistics series No. 28 (Canberra, 2014).

0.8 etc.	0,8 etc.
Annual prevalence among the population aged 14 and older (percentage)	Prevalencia anual entre la población mayor de 14 años (porcentaje)
Heroin	Heroína
Methadone and buprenorphine	Metadona y buprenorfina
Other opioids	Otros opioides

Fuente: Australian Institute of Health and Welfare, *National Drug Strategy Household Survey Detailed Report 2013*, Drug statistics series núm. 28 (Canberra, 2014).

GRÁFICO 32 Cantidades de heroína y morfina incautadas en todo el mundo, por rutas de tráfico, 1998-2014



Source: Responses to the annual report questionnaire.

Proportion of the quantities of heroin and morphine seized worldwide (percentage)	Proporción de las cantidades de heroína y morfina incautadas en todo el mundo (porcentaje)
Americas	América
South-East Asia and Oceania	Asia sudoriental y Oceanía
Northern route	Ruta septentrional
Southern route	Ruta meridional
Pakistan	Pakistán
Balkan route	Ruta de los Balcanes
Afghanistan	Afganistán
Seizures involving Afghan opiates	Incautaciones de opiáceos afganos

Fuente: Respuestas al cuestionario para los informes anuales.

Asia occidental y, en menor medida, Europa siguen dominando las incautaciones de opiáceos

En 2014, las mayores cantidades de opiáceos fueron incautadas en Asia sudoccidental, seguida de Europa. A nivel de los países, la República Islámica del Irán comunicó las mayores incautaciones de opiáceos del mundo en 2014, representando el 75% de las incautaciones mundiales de opio, el 61% de las incautaciones mundiales de morfina y el 17% de las incautaciones mundiales de heroína. Las siguientes incautaciones de heroína en magnitud fueron comunicadas por Turquía (representando el 16% de las incautaciones mundiales de heroína), China (12%), el Pakistán (9%), Kenya (7%), los Estados Unidos (7%), el Afganistán (5%) y la Federación de Rusia (3%).

Los datos sobre las incautaciones, si bien reflejan las prioridades y los recursos de los órganos encargados de hacer cumplir la ley, también parecen indicar un aumento del contrabando de opiáceos desde el “Triángulo de Oro”, en Asia sudoriental, a los mercados ilícitos de esa subregión, así como un aumento del contrabando de heroína desde las zonas de cultivo ilícito de adormidera de América Latina a los Estados Unidos desde 2007. Las incautaciones de opiáceos afganos representan aproximadamente el 80% de las incautaciones mundiales de opiáceos. En parte como consecuencia de la disminución de las incautaciones de opiáceos en el Afganistán, se han comunicado aumentos de las incautaciones de opiáceos en los últimos años en los países de la denominada “ruta de los Balcanes” (a través de Irán (República Islámica del)) y Turquía por Europa sudoriental a Europa occidental y central), la denominada “ruta septentrional” (a través de Asia central a la Federación de Rusia) y la denominada “ruta meridional” (hacia el sur a la región del Golfo, Asia meridional y África). No obstante, los datos sobre incautaciones parecen indicar que la ruta de los Balcanes, a la que corresponde casi la mitad del total de incautaciones de heroína y morfina en todo el mundo, sigue siendo la ruta de tráfico de opiáceos más importante del mundo.

La ruta de los Balcanes es el conducto más importante para el tráfico de heroína

Un estudio reciente de la UNODC sobre el tráfico de opiáceos en la ruta de los Balcanes parece indicar que la mayoría de los opiáceos que salieron del Afganistán durante el período 2009-2012 fueron objeto de contrabando en la ruta de los Balcanes (es decir, a través de Irán (República Islámica del) y Turquía por Europa sudoriental a Europa occidental y central)¹⁴⁸. Las incautaciones de heroína y morfina en la ruta de los Balcanes ascendieron a unas 48 toneladas en 2014, lo que supone un aumento frente a 36 toneladas en 2012, pero un descenso desde un máximo de 66 toneladas en 2009. Si bien la ruta de los Balcanes es la

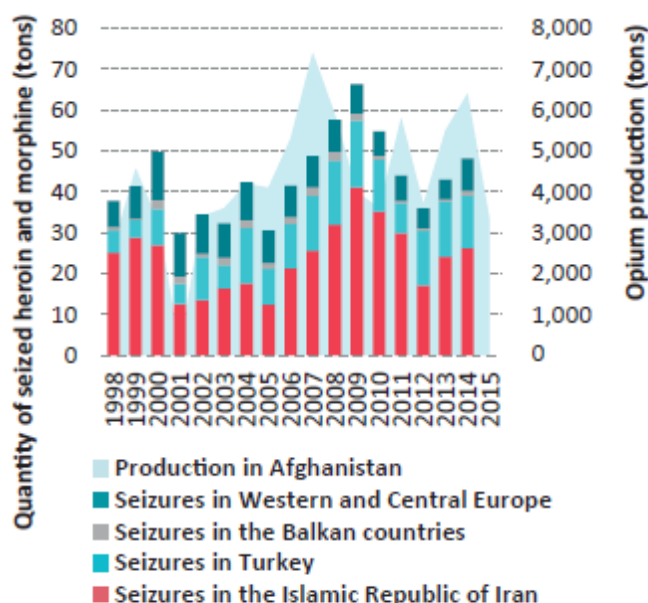
¹⁴⁸ UNODC, *Drug Money: the illicit proceeds of opiates trafficked on the Balkan route* (Viena, 2015), pág. 72.

principal ruta de tráfico de heroína en dirección a Europa occidental y central, no toda la heroína introducida de contrabando en esa subregión llega por esa ruta de tráfico. Las autoridades del Reino Unido, por ejemplo, comunicaron que, aunque la mayor parte de la heroína que entra en ese país sigue siendo objeto de contrabando en la ruta de los Balcanes hacia los Países Bajos y Francia antes de ser enviada al Reino Unido, también entran cantidades importantes de heroína en el Reino Unido cada año en vuelos directos procedentes del Pakistán. Análogamente, Bélgica e Italia informaron de que importantes cantidades de heroína habían sido objeto de tráfico a través de la ruta meridional en los últimos años.

La ruta meridional ha adquirido más importancia

Los cambios registrados en las incautaciones, respaldados por informes de inteligencia, parecen indicar que el contrabando de opiáceos afganos por la ruta meridional (es decir, saliendo del Pakistán o la República Islámica del Irán por vía marítima para su envío a la región del Golfo, África (en particular, África oriental), Asia meridional y, en menor medida, Asia sudoriental, Oceanía y América del Norte) han aumentado en los últimos años¹⁴⁹.

GRÁFICO 33 Producción de opio en el Afganistán e incautaciones de heroína y morfina en los principales países a lo largo de la ruta de los Balcanes, 1998-2015



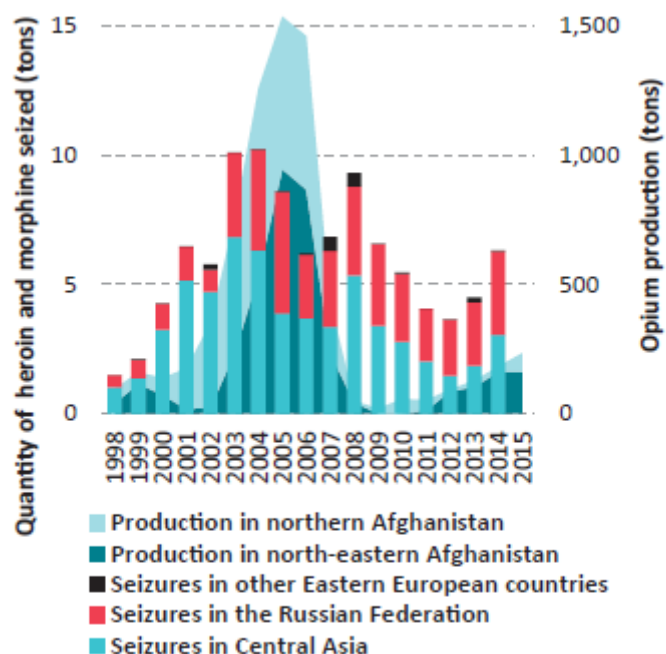
Source: UNODC Afghanistan opium survey, 2015 and previous years; and responses to the annual report questionnaire.

8,000 etc.	8.000 etc.
Quantity of seized heroin and morphine (tons)	Cantidad de heroína y morfina incautadas (toneladas)
Opium production (tons)	Producción de opio (toneladas)
Production in Afghanistan	Producción en el Afganistán
Seizures in Western and Central Europe	Incautaciones en Europa occidental y central
Seizures in the Balkan countries	Incautaciones en los países balcánicos
Seizures in Turkey	Incautaciones en Turquía
Seizures in the Islamic Republic of Iran	Incautaciones en la República Islámica del Irán

¹⁴⁹ UNODC, *Afghan Opiate Trafficking through the Southern Route* (Viena, junio de 2015).

Fuente: Estudio sobre el opio en el Afganistán de la UNODC, 2015 y años anteriores; y respuestas al cuestionario para los informes anuales.

GRÁFICO 34 Producción de opio en el norte y el nordeste del Afganistán y cantidades de heroína y morfina incautadas en los principales países y subregiones a lo largo de la ruta septentrional, 1998-2015



Source: Responses to the annual report questionnaire.

1,500 etc.	1.500 etc.
Quantity of heroin and morphine seized (tons)	Cantidad de heroína y morfina incautadas (toneladas)
Opium production (tons)	Producción de opio (toneladas)
Production in northern Afghanistan	Producción en el norte del Afganistán
Production in north-eastern Afghanistan	Producción en el nordeste del Afganistán
Seizures in other Eastern European countries	Incautaciones en otros países de Europa oriental
Seizures in the Russian Federation	Incautaciones en la Federación de Rusia
Seizures in Central Asia	Incautaciones en Asia central

Fuente: Respuestas al cuestionario para los informes anuales.

Los principales países de la ruta meridional se encuentran en Asia, la zona del Golfo y los países vecinos del Cercano Oriente y el Oriente Medio y África. El promedio de las incautaciones anuales de heroína y morfina comunicadas por los países de la ruta meridional aumentó más del 80%, hasta 3,6 toneladas al año, entre los periodos 1998-2008 y 2009-2014. El aumento obedeció principalmente a un incremento del séxtuple de las incautaciones comunicadas en África (principalmente África oriental). La cantidad de opiáceos incautada en la ruta meridional fue menor que la notificada en la ruta de los Balcanes, pero, al haber alcanzado 9 toneladas de heroína y morfina, superó a la cantidad incautada en la ruta septentrional en 2014. Dada la capacidad limitada de los órganos encargados de hacer cumplir la ley en muchos de los países de la ruta meridional, es posible que la importancia real del tráfico en esa ruta sea mayor que la que parece indicar la cantidad incautada.

El tráfico en la ruta septentrional ha comenzado a recuperarse del descenso registrado en el período 2004-2012

La ruta septentrional sale del Afganistán hacia los países vecinos de Asia central, la Federación de Rusia y otros miembros de la Comunidad de Estados Independientes. Tradicionalmente, la ruta septentrional se suministraba principalmente del opio producido en las provincias del noreste y el norte del Afganistán, aunque durante el último decenio la ruta también se ha suministrado del opio producido en el sur del Afganistán. Tras unos aumentos pronunciados del tráfico durante el período 1998-2004, en consonancia con el importante incremento de la producción de opio en las zonas del norte del Afganistán, las incautaciones descendieron entre 2004 y 2012, en paralelo a la disminución de la producción de opio, antes de comenzar a recuperarse en los años siguientes y alcanzar 6,3 toneladas en 2014, lo que supone una vuelta al nivel comunicado en 2009.

Está aumentando el tráfico de opiáceos desde el Triángulo de Oro

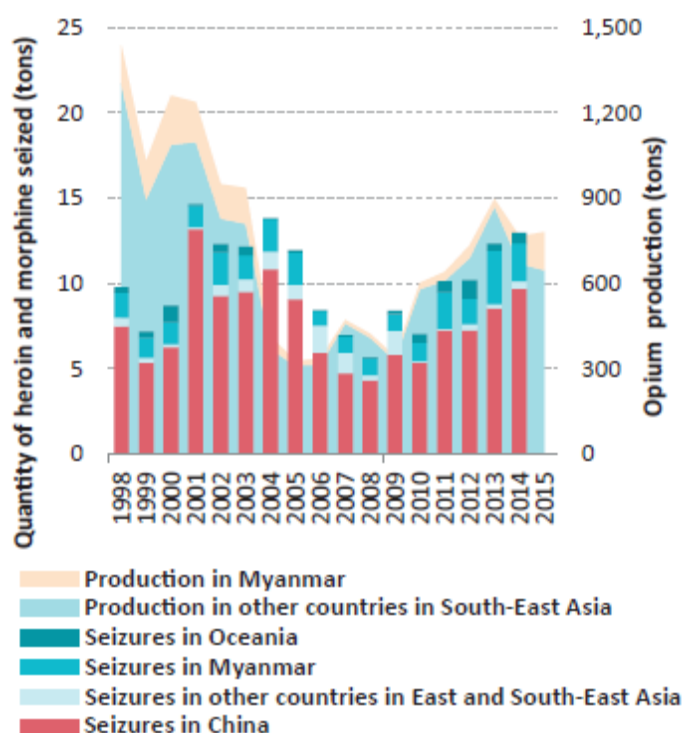
En parte debido a los cambios de la producción de opio en Myanmar, las incautaciones de opiáceos (principalmente heroína) que salen de la zona conocida como el Triángulo de Oro han repuntado desde 2008, después de haber disminuido entre 2001 y 2008. La cantidad de heroína y morfina incautada aumentó de un mínimo de 5,7 toneladas en 2008 a 13 toneladas en 2014.

No todos los opiáceos incautados en Asia sudoriental y Oceanía eran originarios de Myanmar. En las respuestas al cuestionario para los informes anuales presentadas por los países de Asia sudoriental y Oceanía, el Afganistán y el Pakistán representaron el 27% de los países mencionados como países de origen o salida de los opiáceos incautados en el período 2009-2014, aunque esa proporción cayó al 11% en 2014.

Los datos facilitados por China parecen indicar que, para 2010, la proporción de heroína introducida de contrabando en el país desde Asia sudoriental puede haber disminuido a aproximadamente un 70%, mientras que la proporción de heroína del Afganistán aumentó a casi un 30%¹⁵⁰. En 2013, la proporción de heroína del Afganistán había descendido al 10% y, en 2014, ya no se mencionaba al Afganistán entre los principales países de origen de remesas de opiáceos a China; los “nuevos” países principales de origen de remesas de heroína eran Myanmar, seguido de la República Democrática Popular Lao y Viet Nam.

¹⁵⁰ China, Comisión Nacional de Fiscalización de Estupefacientes, Informe Anual sobre la Fiscalización de Drogas en China 2011 y años anteriores; *Transnational Organized Crime in East Asia and the Pacific: A Threat Assessment (2013)*; y *Afghan Opiate Trafficking*.

GRÁFICO 35 Producción de opio en Asia sudoriental y cantidades de heroína y morfina incautadas en los principales países y regiones afectados por esa producción, 1998-2014

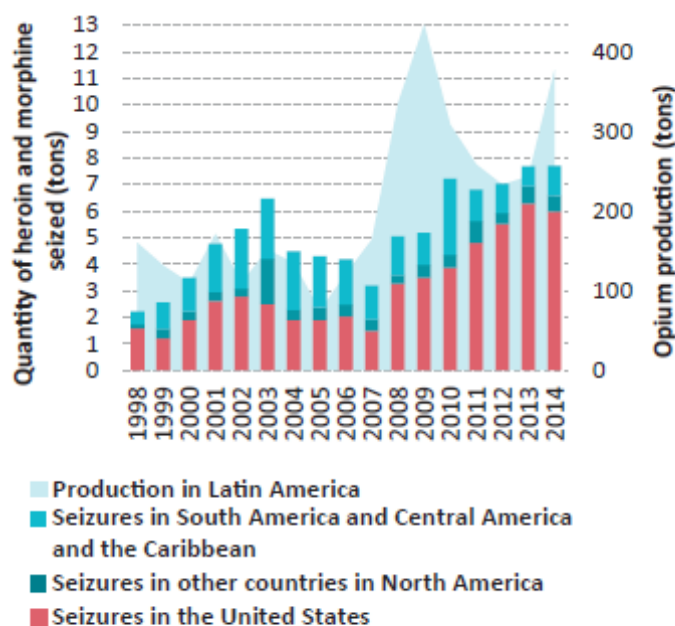


Source: UNODC opium surveys in South-East Asia; and responses to the annual report questionnaire.

1,500 etc.	1.500 etc.
Quantity of heroin and morphine seized (tons)	Cantidad de heroína y morfina incautadas (toneladas)
Opium production (tons)	Producción de opio (toneladas)
Production in Myanmar	Producción en Myanmar
Production in other countries in South-East Asia	Producción en otros países de Asia sudoriental
Seizures in Oceania	Incautaciones en Oceanía
Seizures in Myanmar	Incautaciones en Myanmar
Seizures in other countries in East and South-East Asia	Incautaciones en otros países de Asia oriental y sudoriental
Seizures in China	Incautaciones en China

Fuente: Estudios sobre el opio en Asia sudoriental de la UNODC; y respuestas al cuestionario para los informes anuales.

GRÁFICO 36 Cantidades de heroína y morfina incautadas en América y producción de opio en América Latina, 1998-2014



Source: Responses to the annual report questionnaire; government reports.

Quantity of heroin and morphine seized (tons)	Cantidad de heroína y morfina incautadas (toneladas)
Opium production (tons)	Producción de opio (toneladas)
Production in Latin America	Producción en América Latina
Seizures in South America and Central America and the Caribbean	Incautaciones en América del Sur y Centroamérica y el Caribe
Seizures in other countries in North America	Incautaciones en otros países de América del Norte
Seizures in the United States	Incautaciones en los Estados Unidos

Fuente: Respuestas al cuestionario para los informes anuales; e informes de los Gobiernos.

Sobre la base de los análisis forenses de las incautaciones, Australia notificó una tendencia similar. Tradicionalmente, casi toda la heroína que circulaba en Australia era originaria de Asia sudoriental. Esa heroína representó el 79% del total en 2005, pero la proporción descendió a solo el 26% en 2008 antes de repuntar en los años siguientes hasta el 72% del total durante el período de enero a junio de 2014¹⁵¹.

El tráfico de heroína en América sigue en aumento

Las incautaciones de heroína y morfina en América aumentaron de un promedio de 4 toneladas al año durante el período 1998-2008 a 7 toneladas al año durante el período 2009-2014 (8 toneladas en 2014). En paralelo, la producción de opio comunicada en América Latina se duplicó de un promedio de 151 toneladas al año durante el período 1998-2008 a 309 toneladas durante el período 2009-2014.

¹⁵¹ Comisión Australiana de Represión del Delito, Annual Report 2013-2014 (Canberra, 2014).

Más del 70% del total de incautaciones de heroína y morfina en América durante el período 2009-2014 se practicaron en los Estados Unidos, país en el que se duplicaron con creces de un promedio de unas 2 toneladas al año durante el período 1998-2008 a 5 toneladas al año durante el período 2009-2014 (6 toneladas en 2014). El tráfico y el consumo de heroína adquirieron relieve en 2015 como la principal amenaza nacional relacionada con las drogas para los organismos encargados de la aplicación de la ley en los Estados Unidos (aumentando en su percepción como la amenaza principal del 8% del total de amenazas planteadas por las drogas en 2007 al 33% en 2015)¹⁵².

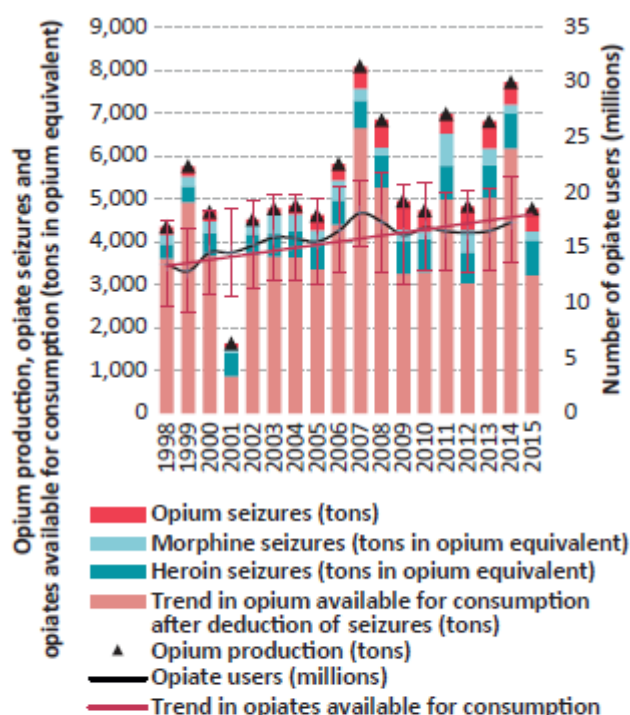
Dada la volatilidad de la producción de opio, ¿qué está ocurriendo en el mercado de heroína?

Aunque la cantidad de opiáceos disponibles para el consumo, expresada en equivalente de opio (calculado en función de la producción de opio de la que se restaron las incautaciones de opiáceos), dio muestras de pronunciadas fluctuaciones anuales (descendiendo más del 75% en un año y multiplicándose por cuatro al año siguiente), los cambios del número de consumidores de opiáceos fueron mucho menos pronunciados durante el período 1998-2014. Parece que el número de consumidores de opiáceos sigue la tendencia lineal a largo plazo de los opiáceos disponibles para el consumo en lugar de los aumentos y disminuciones anuales de la cantidad de opio disponible. ¿Cómo se puede explicar eso?

Una hipótesis es que el número de consumidores de drogas cambia con arreglo a la disponibilidad interanual de opio, pero esos cambios no se reflejan en las estimaciones del número de consumidores de opiáceos a causa de las limitaciones de los datos. Otra hipótesis es que el número probable de consumidores de opiáceos puede ser correcto, pero el consumo per cápita cambia con arreglo a la disponibilidad. La tercera hipótesis es que la acumulación de existencias atenúa las variaciones interanuales de la producción. Si bien en las dos primeras hipótesis se supone que el consumo de opiáceos reacciona a las variaciones interanuales de la oferta, la tercera hipótesis parece indicar que los ajustes a corto plazo consisten en los cambios de las existencias acumuladas a lo largo de la cadena de suministro.

¹⁵² 2015 *National Drug Threat Assessment Summary*, Departamento de Justicia de los Estados Unidos, Administración para el Control de Drogas.

GRÁFICO 37 Producción de opio, incautaciones de opiáceos, opiáceos disponibles para el consumo y número de consumidores de opiáceos, 1998-2015



Source: Calculations based on UNODC opium surveys and responses to the annual report questionnaire.

Note: A conversion ratio of 10 kg of opium for 1 kg of morphine or heroin was used. Estimates for 2015 are preliminary; seizure data from 2014 were used as a proxy for seizures in 2015, and consumption estimates for 2014 were used as a proxy for consumption in 2015.

9,000 etc.	9.000 etc.
Opium production, opiate seizures and opiates available for consumption (tons in opium equivalent)	Producción de opio, incautaciones de opiáceos y opiáceos disponibles para el consumo (toneladas en equivalente de opio)
Number of opiate users (millions)	Número de consumidores de opiáceos (millones)
Opium seizures (tons)	Incautaciones de opiáceos (toneladas)
Morphine seizures (tons in opium equivalent)	Incautaciones de morfina (toneladas en equivalente de opio)
Heroin seizures (tons in opium equivalent)	Incautaciones de heroína (toneladas en equivalente de opio)
Trend in opium available for consumption after deduction of seizures (tons)	Tendencia del opio disponible para el consumo después de deducir las incautaciones (toneladas)
Opium production (tons)	Producción de opio (toneladas)
Opiate users (millions)	Consumidores de opiáceos (millones)
Trend in opiates available for consumption	Tendencia de los opiáceos disponibles para el consumo

Fuente: Cálculos basados en los estudios sobre el opio de la UNODC y las respuestas al cuestionario para los informes anuales.

Nota: Se ha utilizado una relación de conversión de 10 kilogramos de opio por kilogramo de morfina o heroína. Las estimaciones correspondientes a 2015 son preliminares; los datos sobre incautaciones en 2014 se utilizaron como variable sustitutiva de las incautaciones en 2015, y las estimaciones del consumo en 2014 se utilizaron como variable sustitutiva del consumo en 2015.

Hipótesis 1. El número de consumidores de opiáceos varía periódicamente en consonancia con la disponibilidad de opio

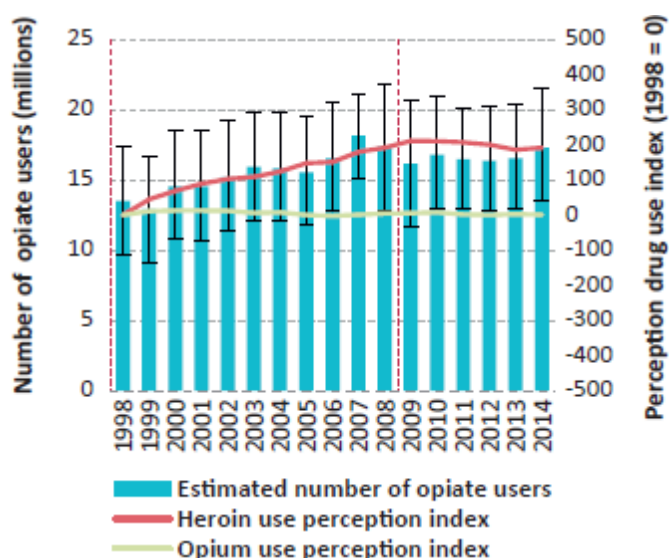
Unos márgenes de error importantes rodean las estimaciones de los consumidores de opiáceos, lo que no excluye la posibilidad de que puedan producirse algunos ajustes a las variaciones de la oferta a corto plazo, pero que pasen inadvertidos en esas estimaciones. Las estimaciones de la UNODC se basan en un número limitado de países informantes, en su mayoría de Europa, América y Oceanía, con informaciones muy deficientes en África y solo informes limitados en Asia. Eso plantea un problema, ya que solo se dispone de indicadores indirectos (como los consumidores de drogas inscritos en registros o los datos de los organismos encargados de hacer cumplir la ley), y no existen datos sobre prevalencia observados periódicamente de algunos de los mercados de opiáceos potencialmente grandes en países de Asia (especialmente China y la India). No existen datos de la prevalencia en la mayoría de los mercados emergentes de opiáceos de África, y las estimaciones se basan en extrapolaciones de tan solo algunos países.

Sin embargo, cabe establecer una distinción entre las limitaciones de datos relativas a la capacidad de fijar correctamente el nivel (lo que plantea un problema) y las limitaciones relativas a la capacidad de detectar tendencias a corto plazo del consumo. Los aumentos de la oferta podrían inducir a los traficantes a ampliar el mercado de opiáceos y vender opiáceos a nuevos grupos de consumidores en mercados nuevos, aunque esa evolución se reflejaría probablemente en las incautaciones de opiáceos. Es incluso más difícil imaginar, dada la naturaleza altamente adictiva de los opiáceos, que millones de consumidores dejaran de consumir opiáceos en el plazo de un año si se redujese la oferta y que nada de eso se notara.

La UNODC también recibió datos de un número mucho mayor de países sobre las tendencias percibidas durante el período 1998-2014. Al transformar las respuestas en un índice sencillo¹⁵³ se pone de manifiesto un nivel en gran medida estable de consumo de opio durante el período 1998-2014, lo que parece indicar que tras algunos aumentos iniciales durante el período 1998-2008, el consumo de heroína puede haberse estabilizado durante el período 2009-2014. Además, esos datos no indican ningún movimiento interanual ascendente o descendente pronunciado y están a grandes rasgos en consonancia con las estimaciones del consumo de opiáceos (y las tendencias de las incautaciones de heroína).

¹⁵³ Véase la sección sobre metodología de la versión en línea del presente informe.

GRÁFICO 38 Tendencias mundiales del número de consumidores de opiáceos en el año anterior e índices de percepción del consumo de heroína y opio, 1998-2014



Source: World Drug Report, 2000-2016; UNODC, Global Illicit Drug Trends, 2001-2003; and responses to the annual report questionnaire.

Note: The uncertainty intervals for the estimated number of opiate users were calculated by UNODC for the period 2007-2014; for data prior to 2007, the average value of the uncertainty intervals found over the period 2007-2014 was used as a proxy. For more details of perception indices, see the online methodology section of the present report.

Number of opiate users (millions)	Número de consumidores de opiáceos (millones)
Perception drug use index (1998 = 0)	Índice de percepción del consumo de drogas (1998 = 0)
Estimated number of opiate users	Número estimado de consumidores de opiáceos
Heroin use perception index	Índice de percepción del consumo de heroína
Opium use perception index	Índice de percepción del consumo de opio

Fuente: Informe Mundial sobre las Drogas, 2000-2016; UNODC, Tendencias mundiales de las drogas ilícitas, 2001-2003; y respuestas al cuestionario para los informes anuales.

Nota: La UNODC calculó los intervalos de incertidumbre del número estimado de consumidores de opiáceos para el período 2007-2014; en el caso de los datos anteriores a 2007, se utilizó como variable sustitutiva el valor medio de los intervalos de incertidumbre constatados durante el período 2007-2014. Véanse más detalles de los índices de percepción en la sección sobre metodología de la sección en línea del presente informe.

Hipótesis 2. Los consumidores de opiáceos reaccionan a los cambios de la oferta aumentando o disminuyendo los niveles de consumo per cápita

Los consumidores de opiáceos podrían ajustar sus patrones de consumo a las cantidades disponibles. Los opiáceos disponibles para el consumo registraron un aumento anual de más del 30% en seis ocasiones durante el período 1998-2015, y de más del 50% en cuatro ocasiones. Lo más probable es que unos aumentos de la oferta de tal magnitud hubieran dado lugar a incrementos pronunciados de los niveles de pureza de los opiáceos y, en consecuencia, a un aumento de las muertes relacionadas con las drogas en años concretos, pero no existen pruebas

de ello. Incluso si se tiene en cuenta que la capacidad del cuerpo humano de ajustarse puede ser bastante alta, los espectaculares aumentos del consumo de opiáceos darían lugar de todos modos a un aumento de las muertes relacionadas con las drogas.

Del mismo modo, los enormes descensos del consumo de opiáceos per cápita se habrían notado. En cuatro ocasiones, la cantidad de opiáceos disponible para el consumo descendió más de un 30% en comparación con el año anterior. Cabría argumentar que en muchos países desarrollados la terapia de sustitución podría dar lugar a un giro del consumo de heroína ilegal al consumo de opioides disponibles legalmente. Sin embargo, esos giros a corto plazo hacia el tratamiento de sustitución probablemente habrían quedado registrados. Además, cuando los clientes ya están en tratamiento de sustitución, la mayoría de ellos no vuelven rápidamente a consumir heroína cuando está disponible de nuevo. Asimismo, no ha habido informes de los principales países consumidores de ningún cambio interanual drástico de los precios o los niveles de pureza de la heroína en los últimos años que pudieran haber dado lugar a esos patrones de reacción. Análogamente, las incautaciones de heroína, que deberían reflejar esos cambios, observaron una tendencia bastante igualada durante el período 1998-2014.

Hipótesis 3. Los niveles de existencias estabilizan la fluctuación de la oferta frente a los cambios anuales de la producción de opio

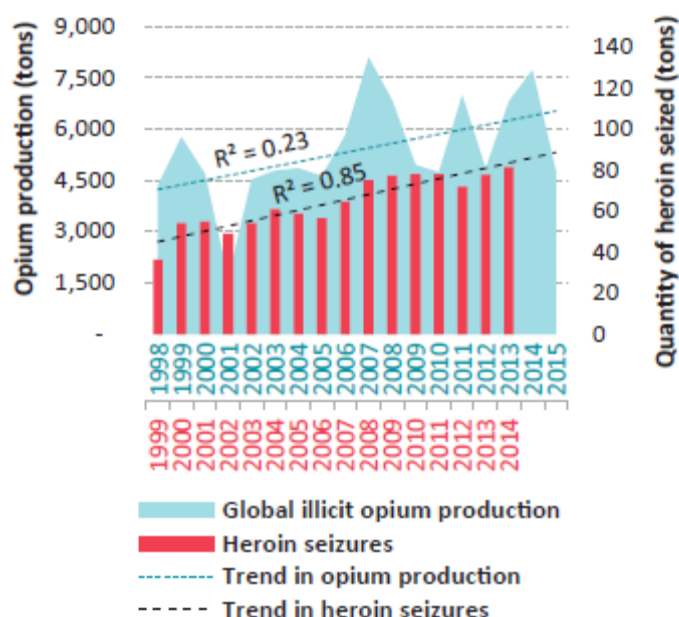
Por último, existe la posibilidad de que no todo el opio producido en un año concreto se consuma realmente y que las existencias varíen en consecuencia. Tales existencias son habituales en todos los tipos de comercio, y el material de venta al por mayor almacenado se utiliza para complementar las irregularidades de la oferta y ayudar a atender una demanda estable. Además, se sabe que el opio se conserva bien en almacén durante varios años y las existencias de opio pueden acumularse como reserva financiera o con fines especulativos¹⁵⁴.

Varios estudios de la UNODC y el Banco Mundial han indicado la presencia de existencias de opio en el Afganistán, y algunas variaciones del precio del opio en el Afganistán desde 1998 solo pueden explicarse cuando se han tenido en cuenta esas existencias¹⁵⁵. Su existencia se hizo patente en 2001, cuando se impuso una prohibición del opio en el territorio controlado por los talibanes, que dio lugar a un enorme descenso de la producción de opio en el Afganistán y a una disminución del 65% de la producción mundial de opio. Sin embargo, el consumo mundial no se redujo en un porcentaje tan alto y la cantidad total de heroína incautada en todo el mundo no disminuyó. Incluso un año después, en 2002, las incautaciones de heroína disminuyeron solamente un 11% antes de repuntar de nuevo en 2003. Todo ello solo puede explicarse por la acumulación anterior de grandes existencias de opio en el Afganistán que se utilizaron posteriormente para garantizar la oferta de heroína a los mercados de consumo. Así pues, las incautaciones de heroína no varían mucho de un año a otro, aunque la producción mundial de opio sea sumamente volátil.

¹⁵⁴ Doris Buddenberg y William A. Byrd, coords., *Afghanistan's Drug Industry: Structure, Functioning, Dynamics, and Implications for Counter-Narcotics Policy* (UNODC y Banco Mundial, 2006); William A. Byrd, "Responding to Afghanistan's opium economy challenge: lessons and policy implications from a development perspective", Policy Research Working Paper núm. 4545 (Washington, D.C, Banco Mundial, marzo de 2008).

¹⁵⁵ *The Opium Economy in Afghanistan: An International Problem* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta E.03.X.6); William A. Byrd y Christopher Ward, *Drugs and Development in Afghanistan*, World Bank Social Development Papers, Paper núm. 18, diciembre de 2004; *Afghanistan's Drug Industry*; "Responding to Afghanistan's opium economy challenge"; UNODC y Ministerio de Lucha contra los Estupefacientes del Afganistán, *Afghanistan: Opium Winter Rapid Assessment Survey* (febrero, 2008); *Informe Mundial sobre las Drogas 2010* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.10.XI.13); *Addiction, Crime and Insurgency: The Transnational Threat of Afghan Opium* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta E.09.IV.15); *The Global Afghan Opium Trade: A Threat Assessment* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta E.11.XI.11); e *Informe Mundial sobre las Drogas 2014*.

GRÁFICO 39 Producción ilícita de opio en comparación con la cantidad de heroína incautada en el año siguiente, 1998-2015



Source: UNODC opium surveys in key opium-producing countries; and responses to the annual report questionnaire.

Note: Standard deviation of changes on a year earlier over the period 1998-2014: Opium production: 0.53; Heroin seizures: 0.14.

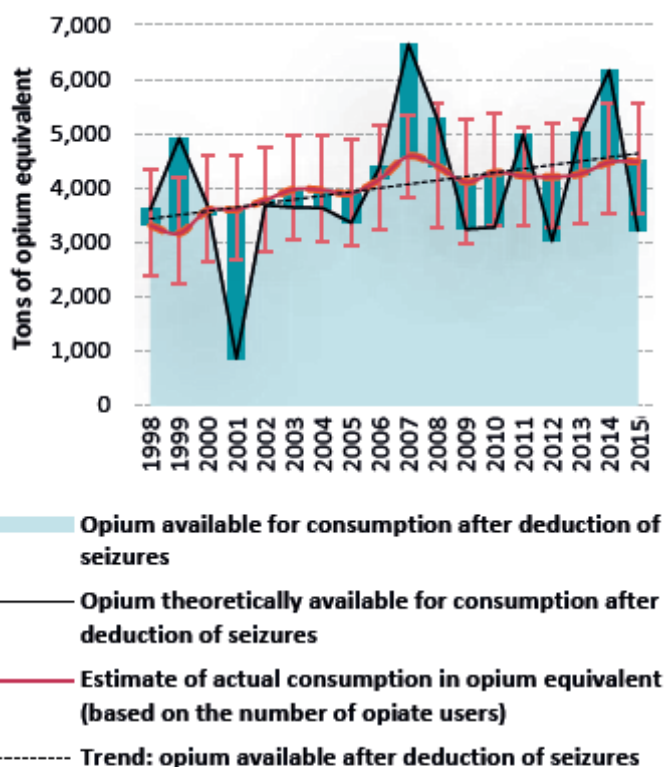
9,000 etc.	9.000 etc.
Opium production (tons)	Producción de opio (toneladas)
Quantity of heroin seized (tons)	Cantidad de heroína incautada (toneladas)
Global illicit opium production	Producción ilícita mundial de opio
Heroin seizures	Incautaciones de heroína
Trend in opium production	Tendencia de la producción de opio
Trend in heroin seizures	Tendencia de las incautaciones de heroína

Fuente: Estudios sobre el opio de la UNODC en los principales países productores de opio; y repuestas al cuestionario para los informes anuales.

Nota: Desviación típica de los cambios respecto de un año antes durante el período 1998-2014: Producción de opio: 0,53; incautaciones de heroína: 0,14.

Existe una correlación bastante pronunciada entre la cantidad de heroína incautada y el número de consumidores de opiáceos ($r = 0,82$ durante el período 1998-2014), lo que parece indicar un factor fundamental común (la oferta). También existe una correlación positiva entre la producción de opio y la cantidad de opio incautada ($r = 0,63$). La correlación entre la producción de opio y las incautaciones de heroína, sin embargo, es débil ($r = 0,45$), aunque aumenta cuando se correlaciona la producción de opio con las incautaciones de heroína practicadas en el año siguiente ($r = 0,59$), lo que cuadra con los informes de que a menudo transcurre un año (o más) hasta que el opio, transformado en heroína, llega a los principales mercados de consumo. Sin embargo, existe una fuerte correlación entre un promedio cuatrienal de producción de opio y la cantidad de heroína incautada un año después ($r = 0,81$).

GRÁFICO 40 Modelo de opiáceos disponibles para el consumo, consumo de opiáceos y variaciones de las existencias, 1998-2015



Source: Calculations based on UNODC opium surveys and responses to the annual report questionnaire.

Note: A conversion ratio of 10 kg of opium for 1 kg of morphine or heroin was used. Estimates for 2015 are preliminary; seizure data from 2014 were used as a proxy for seizures in 2015, and consumption estimates for 2014 were used as a proxy for consumption in 2015. For details of the calculation methods, see the online methodology section of the present report.

7,000 etc.	7.000 etc.
Tons of opium equivalent	Toneladas de equivalente de opio
Opium available for consumption after deduction of seizures	Opio disponible para el consumo después de deducir las incautaciones
Opium theoretically available for consumption after deduction of seizures	Opio disponible teóricamente para el consumo después de deducir las incautaciones
Estimate of actual consumption in opium equivalent (based on the number of opiate users)	Estimación del consumo real en equivalente de opio (basada en el número de consumidores de opiáceos)
Trend: opium available after deduction of seizures	Tendencia: opio disponible después de deducir las incautaciones

Fuente: Cálculos basados en los estudios sobre el opio de la UNODC y las respuestas al cuestionario para los informes anuales.

Nota: Se ha utilizado una relación de conversión de 10 kilogramos de opio por kilogramo de morfina o heroína. Las estimaciones correspondientes a 2015 son preliminares; los datos sobre incautaciones en 2014 se utilizaron como variable sustitutiva de las incautaciones en 2015, y las estimaciones del consumo en 2014 se utilizaron como variable sustitutiva del consumo en 2015.

Todo eso parece indicar que es posible que exista una oferta constante de heroína que llega al mercado, al margen de la cosecha de opio en un año determinado. Dada la larga duración del opio, que se conserva varios años, es posible que la mayoría de las existencias consistan en opio, antes que en morfina o heroína. Las voluminosas incautaciones de opio, más que de heroína o morfina, también apuntan en esa dirección.

Las diferencias que existen en relación con el opio disponible para el consumo en el modelo representado en el gráfico 40 parecen indicar una acumulación o un agotamiento de las existencias en años específicos.

Mantener tales cantidades en existencias parecería viable porque el opio es sumamente compacto. Su volumen y peso son relativamente pequeños en comparación con los de las mercancías convencionales. La producción mundial de opio ascendió en promedio a unas 5.800 toneladas al año durante el período 2009-2015 (margen de variación: 4.730 a 7.720 toneladas). Esa cifra equivale a 233 contenedores (margen de variación: 189 a 309 contenedores), dado que un contenedor polivalente de 20 pies para carga seca tiene una capacidad aproximada de 25 toneladas. Como los buques portacontenedores modernos de gran tonelaje pueden llevar más de 19.000 contenedores, almacenar todo el opio producido en el mundo en un solo año exigiría tan solo el 1,2% de la capacidad de un buque de ese tipo (1,0% a 1,6% en el período 2009-2015).

No es necesario que las existencias las mantenga una persona o una organización; se pueden dispersar entre un gran número de participantes, como cultivadores de adormidera, propietarios de laboratorios, traficantes de opio en pequeña, mediana y gran escala (tanto en los países productores de opio como fuera de ellos) o señores de la guerra locales. No hay información reciente sobre las posibles existencias de opio en el Afganistán. Sin embargo, un estudio de la UNODC y el Banco Mundial de 2005 parecía indicar que, cuando mantenían existencias, los cultivadores de adormidera (de los que existen varios cientos de miles en el Afganistán) solían mantener en existencias de 2 a 10 kilogramos de opio como reserva financiera, acumulados durante varios años. El estudio también parecía indicar que aproximadamente el 40% de las compras de opio se guardaban como existencias para la venta hasta la siguiente cosecha y que los traficantes en gran escala, que compraban 2 toneladas de opio al año, podían haber acumulado unas existencias totales a largo plazo de opio de al menos 1 tonelada durante los 4 o 5 años anteriores¹⁵⁶.

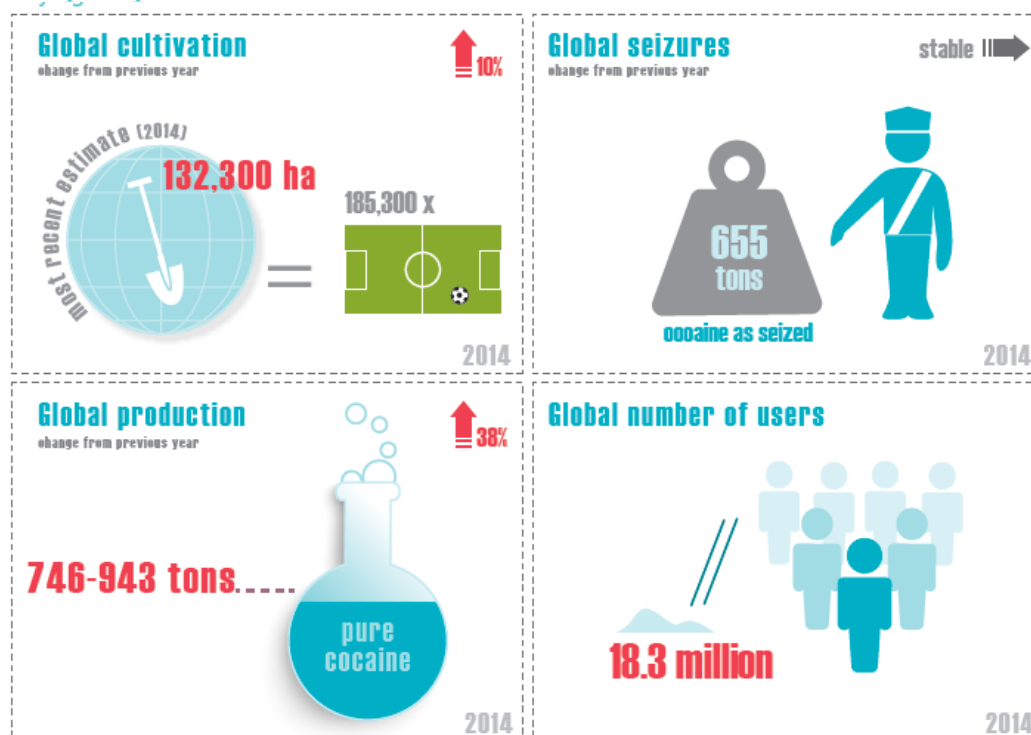
Es poco probable que el fuerte descenso de la producción de opio en 2015 dé lugar a una gran escasez en los mercados mundiales de heroína

Es probable que no pueda refutarse por completo ninguna de las tres hipótesis de los patrones de reacción a las variaciones de la oferta de opio. De hecho, esas hipótesis no son mutuamente excluyentes en absoluto. Las tres pueden ayudar a explicar cómo reacciona el mercado a las variaciones de la oferta. Puede haber adaptaciones a las variaciones de la oferta mediante cambios del número de consumidores de opiáceos, aumentos o disminuciones del consumo per cápita y la acumulación o el agotamiento de las existencias.

Sin embargo, es poco probable que la enorme disminución de casi un 40% de la producción de opio en 2015 vaya a dar lugar a un descenso de la misma magnitud del número mundial de consumidores de opiáceos o del consumo medio per cápita de opiáceos en el plazo de un año. Parece más probable que las existencias de opiáceos acumuladas en años anteriores, se utilizarán para la fabricación de heroína (se necesitarían unas 450 toneladas al año para atender el consumo anual) y que solo un período de disminución sostenida de la producción de opio podría tener algún efecto real en el mercado mundial de heroína.

¹⁵⁶ *Afghanistan's Drug Industry*, págs. 86 y 87 (véase la nota anterior).

COCAÍNA
Cifras principales



Note: Cocaine seizures are mostly of cocaine hydrochloride (of varying purity), but also include other cocaine products (paste, base and "crack").

Global cultivation	Cultivo mundial
change from previous year	variación respecto del año anterior
most recent estimate	estimación más reciente
132,300 ha	132.300 hectáreas
185,300 x	185.300 x
Global seizures	Incautaciones mundiales
change from previous year	variación respecto del año anterior
stable	estable
655 tons	655 toneladas
Cocaine as seized	Cocaína incautada
Global production	Producción mundial
change from previous year	variación respecto del año anterior
746-943 tons	746 a 943 toneladas
Global number of users	Número mundial de consumidores
18.3 million	18,3 millones

Nota: Las incautaciones de cocaína consisten principalmente de clorhidrato de cocaína (de diferente pureza), pero incluyen también otros productos de la cocaína (pasta, base, crack).

Novedades del mercado de cocaína

Disminución pronunciada del cultivo de arbusto de coca desde 1998

Aunque el cultivo mundial de arbusto de coca aumentó un 10% en 2014 en comparación con el año anterior, la superficie total dedicada a ese cultivo en todo el mundo (132.300 hectáreas) fue la segunda más reducida desde finales del decenio de 1980. El cultivo mundial de arbusto de coca en 2014 fue un 19% más bajo que en 2009, un 40% más bajo que el nivel máximo en 2000 y un 31% más bajo que en 1998¹⁵⁷.

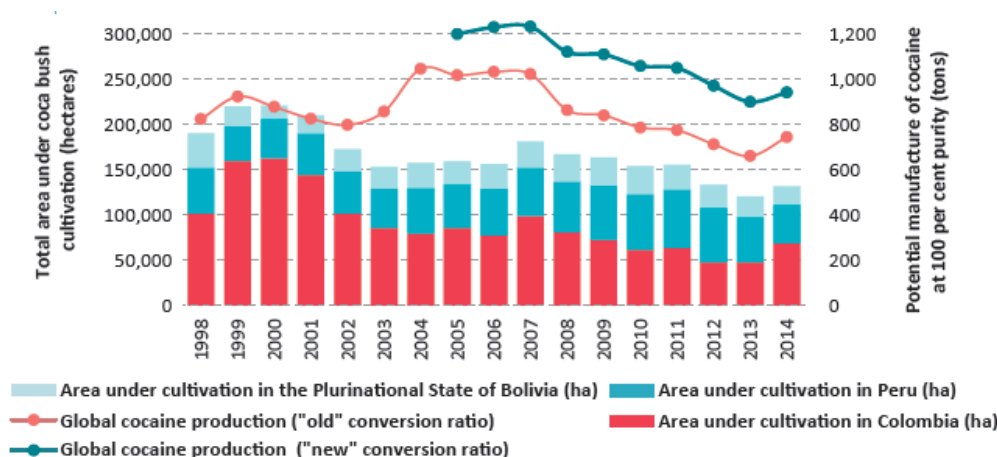
De los tres países principales que cultivan arbusto de coca, Colombia ha mostrado la disminución más pronunciada de la superficie total dedicada a ese cultivo (-58%) desde el máximo de 2000; esa disminución guardó relación inicialmente con la fumigación aérea generalizada, seguida de la erradicación manual y, después de 2007, del aumento de las actividades de desarrollo alternativo. Sin embargo, en 2014 se registró un fuerte aumento (del 44%) de la superficie total dedicada al cultivo de arbusto de coca, así como un incremento del precio y de las expectativas de los agricultores de que tal vez podrían obtener más beneficios del desarrollo alternativo si cultivaban arbusto de coca durante las negociaciones de paz¹⁵⁸. Existen también indicios de que la nueva tendencia ascendente del cultivo de arbusto de coca en Colombia continuó en 2015. En 2014, la superficie total dedicada al cultivo de arbusto de coca en Colombia alcanzó 69.000 hectáreas, lo que representó el 52% del cultivo mundial.

En el decenio de 1990 el cultivo de coca en el Perú registró una disminución, vinculada a la interrupción del “puente aéreo” que transportaba pasta o base de coca de las zonas de cultivo en el Perú a los laboratorios de procesamiento de cocaína en Colombia, y, en consecuencia, al descenso de los precios de la coca. Sin embargo, el cultivo de arbusto de coca en el Perú aumentó un 44% entre 2000 y 2011, al ponerse fin a la utilización de la estrategia del “puente aéreo” y aumentar posteriormente los precios de la coca. Durante el período 2011-2014, la superficie total dedicada al cultivo de arbusto de coca en el Perú disminuyó una vez más (un 31%). Ahora, con 42.900 hectáreas (lo que representa el 32% del cultivo mundial de arbusto de coca), ha vuelto a su nivel de 2000. La disminución más reciente puede vincularse a los logros en materia de desarrollo alternativo, así como a la intensificación de las actividades de erradicación.

¹⁵⁷ Se constatan las mismas pautas cuando las comparaciones se basan en un promedio de varios años. La superficie anual media dedicada al cultivo de arbusto de coca se redujo en un 12% al comparar los períodos 1990-1997 y 1998-2008 y en un 19% al comparar los períodos 1998-2008 y 2009-2014.

¹⁵⁸ UNODC y Gobierno de Colombia, *Colombia: monitoreo de cultivos de coca, 2014* (Bogotá, julio de 2015), pág. 13.

GRÁFICO 41 Cultivo de arbusto de coca y producción de cocaína a nivel mundial, 1998-2014



Source: UNODC coca bush cultivation surveys in Bolivia (Plurinational State of), Colombia and Peru conducted in 2014 and in previous years.
Note: See box on cocaine conversion ratios in the section entitled "Extent of drug supply" (p. 21).

300,000 etc.	300.000 etc.
1,200 etc.	1.200 etc.
Total area under coca bush cultivation (hectares)	Superficie total dedicada al cultivo de arbusto de coca (hectáreas)
Potential manufacture of cocaine at 100 per cent purity (tons)	Fabricación potencial de cocaína de pureza 100% (toneladas)
Area under cultivation in the Plurinational State of Bolivia (ha)	Superficie dedicada al cultivo en el Estado Plurinacional de Bolivia (hectáreas)
Area under cultivation in Peru (ha)	Superficie dedicada al cultivo en el Perú (hectáreas)
Area under cultivation in Colombia (ha)	Superficie dedicada al cultivo en Colombia (hectáreas)
Global cocaine production ("old" conversion ratio)	Producción mundial de cocaína (relación de conversión "antigua")
Global cocaine production ("new" conversion ratio)	Producción mundial de cocaína (relación de conversión "nueva")

Fuente: UNODC, estudios de monitoreo de cultivos de coca en Bolivia (Estado Plurinacional de), Colombia y el Perú realizados en 2014 y en años anteriores.

Nota: Véase el recuadro sobre las relaciones de conversión de cocaína en la sección titulada "Alcance de la oferta de drogas" (pág. [xx]).

En el Estado Plurinacional de Bolivia, la superficie total dedicada al cultivo de arbusto de coca disminuyó a finales del decenio de 1990 como consecuencia del incremento de las intervenciones del Gobierno, consistentes también en actividades de desarrollo alternativo (Plan Dignidad), que pudieron contar con amplia asistencia externa. Sin embargo, la superficie total dedicada al cultivo se dobló entre 2000 y 2010 antes de reducirse de nuevo (en un 34%) en el período 2010-2014. El descenso más reciente estuvo vinculado a las actividades de desarrollo alternativo (realizadas con asistencia externa muy limitada)¹⁵⁹, así como a la fuerte presión social ejercida sobre los cultivadores de arbusto de coca por las autoridades y los sindicatos para limitar el cultivo a 1 *cato* (0,16 hectáreas) por familia. La superficie total dedicada al cultivo de arbusto de coca en el país en 2014 (20.400 hectáreas, o sea, el 15% del total mundial) era menos

¹⁵⁹ Informe Mundial sobre las Drogas 2015, capítulo II.

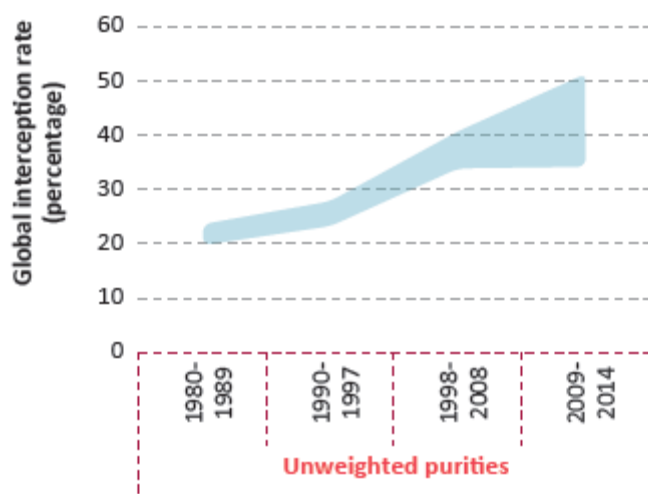
de la mitad de la superficie total dedicada a ese cultivo en el período 1990-1997, pero no obstante un 40% mayor que en 2000.

La producción mundial de cocaína (expresada en una pureza del 100%) en 2014 puede calcularse en 746 toneladas (utilizando la relación de conversión “antigua”) y 943 toneladas (utilizando la relación de conversión “nueva”); esas cifras son levemente más altas que en el año anterior, pero están aún entre un 24% y un 27% por debajo del máximo de 2007, y por ello nuevamente en los niveles de finales del decenio de 1990. Sin embargo, existen indicios de que la tendencia ascendente general observada en 2014 continuó en 2015.

Los datos parecen indicar que la tasa mundial de interceptación de cocaína, basada en las estimaciones de la producción y las cantidades de cocaína decomisada, alcanzó un nivel situado entre el 43% y el 68% en 2014.

La mayoría de los aumentos de la tasa mundial de interceptación de cocaína se produjeron después de 1998, cuando la Asamblea General celebró su vigésimo período extraordinario de sesiones, dedicado a la acción común para contrarrestar el problema mundial de las drogas. La tasa mundial de interceptación de cocaína casi se dobló entre los períodos 1990-1997 y 2009-2014.

GRÁFICO 42 Tasas mundiales de interceptación de cocaína, 1980-2014



Source: UNODC coca bush cultivation surveys, responses to the annual report questionnaire and government reports.
 Note: For details of the calculation methods see the online methodology section of the present report.

Global interception rate (percentage)	Tasa mundial de interceptación (porcentaje)
Unweighted purities	Purezas no ponderadas

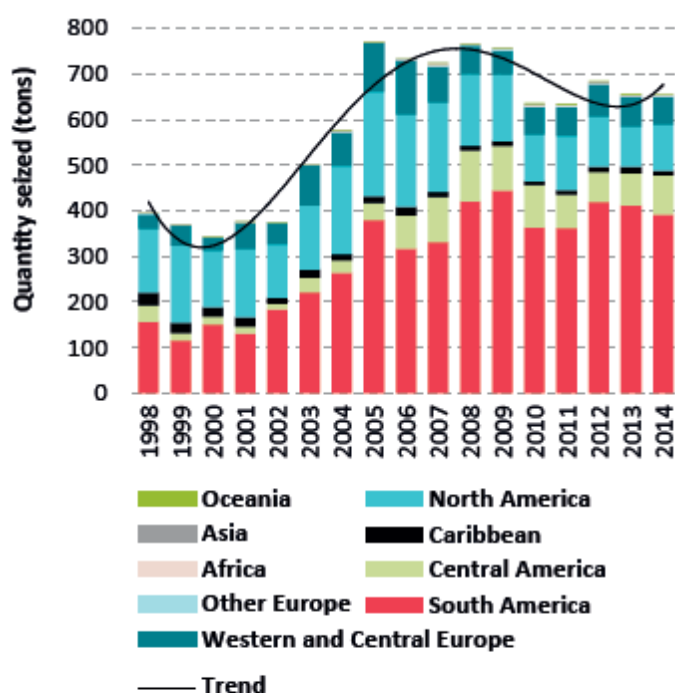
Fuente: UNODC, estudios de monitoreo del cultivo de coca, respuestas al cuestionario para los informes anuales e informes de los Gobiernos.

Nota: Véanse detalles de los métodos de cálculo en la sección sobre metodología de la versión en línea del presente informe.

La cocaína sigue siendo traficada principalmente desde América del Sur a América del Norte y Europa occidental y central

Un total de 153 países informaron de incautaciones de cocaína durante el período 2009-2014. La mayor parte del tráfico de cocaína, sin embargo, sigue teniendo lugar desde la subregión andina hacia América del Norte y Europa. La parte más importante de las incautaciones de cocaína en 2014 se practicó en América, a la que correspondió el 90% de las incautaciones mundiales de cocaína (en particular, América del Sur (60%). Las incautaciones de cocaína en Europa occidental y central representaron el 9% de las incautaciones mundiales de cocaína.

GRÁFICO 43 Cantidades de cocaína incautadas, por región, 1998-2014



Source: Responses to the annual report questionnaire.

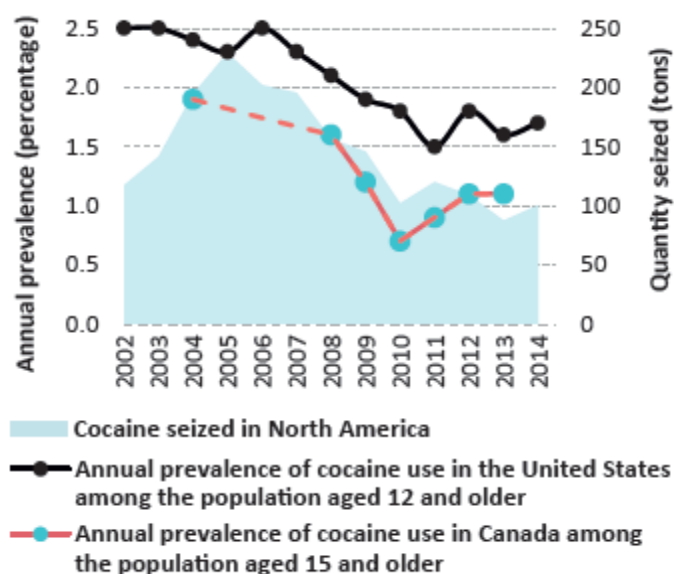
Note: The seized forms of cocaine included cocaine hydrochloride, coca paste and base and "crack" cocaine, and the quantities seized were not adjusted for purity.

Quantity seized (tons)	Cantidad incautada (toneladas)
Oceania	Oceanía
Asia	Asia
Africa	África
Other Europe	Otras regiones de Europa
Western and Central Europe	Europa occidental y central
North America	América del Norte
Caribbean	Caribe
Central America	Centroamérica
South America	América del Sur
Trend	Tendencia

Fuente: Respuestas al cuestionario para los informes anuales.

Nota: Las formas de cocaína incautadas incluyeron clorhidrato de cocaína, pasta de coca y base de coca y cocaína crack, y las cantidades incautadas no se ajustaron para tener en cuenta la pureza.

GRÁFICO 44 Cantidades de cocaína incautadas en América del Norte y prevalencia del consumo de cocaína en el año anterior en el Canadá y los Estados Unidos, 2002-2014



Source: Responses to the annual report questionnaire, the United States National Household Survey on Drug Use and Health and the Canadian Alcohol and Drug Use Monitoring Survey.

Note: Data for 2002 have been used as baseline data, as the United States National Household Survey changed its methodology several times between 1998 and 2002.

2.5 etc.	2,5 etc.
Annual prevalence (percentage)	Prevalencia anual (porcentaje)
Quantity seized (tons)	Cantidad incautada (toneladas)
Cocaine seized in North America	Cocaína incautada en América del Norte
Annual prevalence of cocaine use in the United States among the population aged 12 and older	Prevalencia anual del consumo de cocaína en los Estados Unidos en la población mayor de 12 años
Annual prevalence of cocaine use in Canada among the population aged 15 and older	Prevalencia anual del consumo de cocaína en el Canadá Unidos en la población mayor de 15 años

Fuente: Respuestas al cuestionario para los informes anuales, la Encuesta Nacional por Hogares de los Estados Unidos sobre el Consumo de Drogas y la Encuesta de Vigilancia del Consumo de Alcohol y Drogas del Canadá.

Nota: Se han utilizado los datos de 2002 como datos de base, ya que la Encuesta Nacional por Hogares de los Estados Unidos modificó su metodología en varias ocasiones entre 1998 y 2002.

Estabilización del tráfico de cocaína en América del Sur

La cantidad total de cocaína incautada se duplicó con creces en América del Sur durante el período 1998-2014 (alcanzando 392 toneladas en 2014), aunque datos recientes parecen indicar una estabilización. En el período 2009-2014, Colombia representó el 56% del total de incautaciones de cocaína en América del Sur (y más de la tercera parte de las incautaciones mundiales de cocaína); le siguió el Ecuador (al que correspondió el 10% del total de incautaciones de cocaína en América del Sur), el Brasil (aproximadamente un 7%), el Estado Plurinacional de Bolivia (aproximadamente un 7%), el Perú (aproximadamente un 7%) y la

República Bolivariana de Venezuela (6%). El aumento de las incautaciones de cocaína entre los períodos 1998-2008 y 2009-2014 fue especialmente pronunciado en el Ecuador, donde el incremento se vinculó a la intensificación de la actividad de los organismos encargados de hacer cumplir la ley. En el Brasil, el aumento de la cantidad de cocaína incautada pudo atribuirse a una combinación de la mejora de las medidas de represión, el creciente mercado interno de cocaína y el aumento de las remesas de cocaína a los mercados de ultramar.

En América del Norte, la cocaína se mantiene en gran medida estable después de una disminución en los últimos años

América del Norte ha sido el principal mercado mundial de cocaína desde hace años. Dado el descenso de la producción de cocaína en Colombia y el aumento de la violencia vinculada a los carteles de la droga en México¹⁶⁰, la oferta de cocaína al Canadá y los Estados Unidos ha disminuido, lo que ha hecho subir su precio ajustado por pureza y provocado un descenso del consumo. En los Estados Unidos, la prevalencia del consumo de cocaína en el año anterior en la población en general descendió un 32% de 2006 a 2014, y las muertes relacionadas con la cocaína disminuyeron un 34% de 2006 a 2013 (el último año del que se dispone de datos), los ingresos para tratamiento relacionado con el consumo de cocaína se redujeron en un 54% entre 2006 y 2012 (el último año del que se dispone de datos)¹⁶¹ y también se informó de una disminución de los análisis de orina positivos por cocaína entre la fuerza laboral en general, en un 66% durante el período 2006-2014. Las incautaciones de cocaína en América del Norte se redujeron en un 50% aproximadamente, a 100 toneladas, en el mismo período.

Las mayores incautaciones de cocaína en América del Norte durante el período 2009-2014 fueron comunicadas por los Estados Unidos (a los que correspondieron el 90% de las incautaciones en América del Norte), México (8%) y el Canadá (2%). A los Estados Unidos les correspondió el 15% de las incautaciones mundiales de cocaína durante el período 2009-2014 y solo fueron superados por Colombia.

Según el Programa de Signaturas Químicas de la Cocaína de la DEA¹⁶², más del 90% de la cocaína traficada a América del Norte es originaria de Colombia. La cocaína a menudo se pasa de contrabando por barco o semisumergible directamente a México, o por Centroamérica a México, y luego por vía terrestre a los Estados Unidos y el Canadá. Los grupos delictivos organizados basados en México siguen dominando el transporte de cocaína a través de la frontera de los Estados Unidos, así como el transporte en gran escala de cocaína en los Estados Unidos, suministrando a grupos delictivos organizados locales. Aunque el volumen de cocaína ha ido descendiendo, las estimaciones de los Estados Unidos correspondientes a 2014 parecen indicar que el 87% de la cocaína se sigue transportando por el corredor centroamericano-mexicano, y el 13% de la cocaína que llega a los Estados Unidos pasa por la subregión del Caribe, principalmente a través de la República Dominicana y Puerto Rico¹⁶³.

El mercado europeo de cocaína se está estancando

En consonancia con los informes sobre aumentos enormes del mercado europeo de cocaína, las incautaciones de cocaína en Europa se cuadruplicaron entre 1998 y 2006, alcanzando unas 120 toneladas, antes de descender a 62 toneladas en 2014. Los Estados miembros de la Unión Europea representaron el 98% de la cantidad total de cocaína interceptada en Europa durante el período 2009-2014.

¹⁶⁰ Véase también el capítulo 2 sobre la violencia.

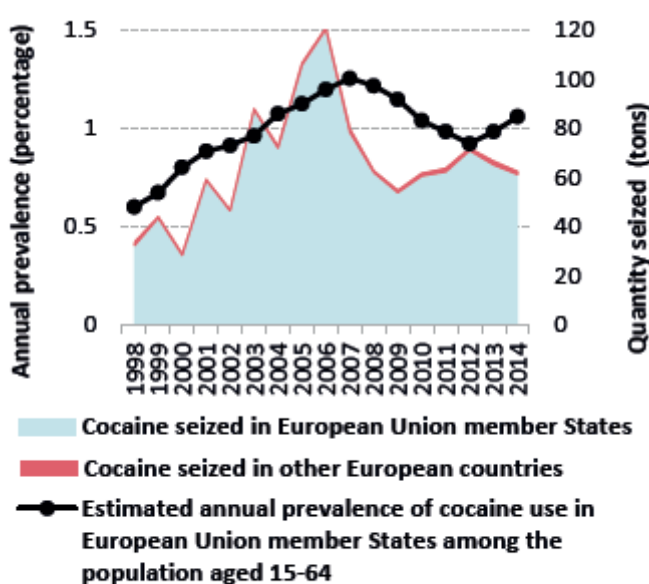
¹⁶¹ 2015 *National Drug Threat Assessment Summary* (véase la nota 30).

¹⁶² *Ibid.*

¹⁶³ *Ibid.*, págs. 55 a 63.

La prevalencia del consumo de cocaína en los Estados miembros de la Unión Europea parece haber disminuido de un máximo en 2007 y ahora es bastante estable, a un nivel de aproximadamente el 1% de la población de 15 a 64 años de edad. Sin embargo, ese dato oculta tendencias y patrones a nivel subregional y nacional; en particular, la prevalencia del consumo de cocaína tiende a situarse por encima del promedio en varios países de Europa occidental y a ser más baja en el resto de Europa, y en varios países con una prevalencia elevada de consumo de cocaína se registró una disminución, mientras que algunos países más pequeños con prevalencia baja registraron un aumento.

GRÁFICO 45 Cantidades de cocaína incautadas en Europa y prevalencia del consumo de cocaína el año anterior en los Estados miembros de la Unión Europea, 1998-2014

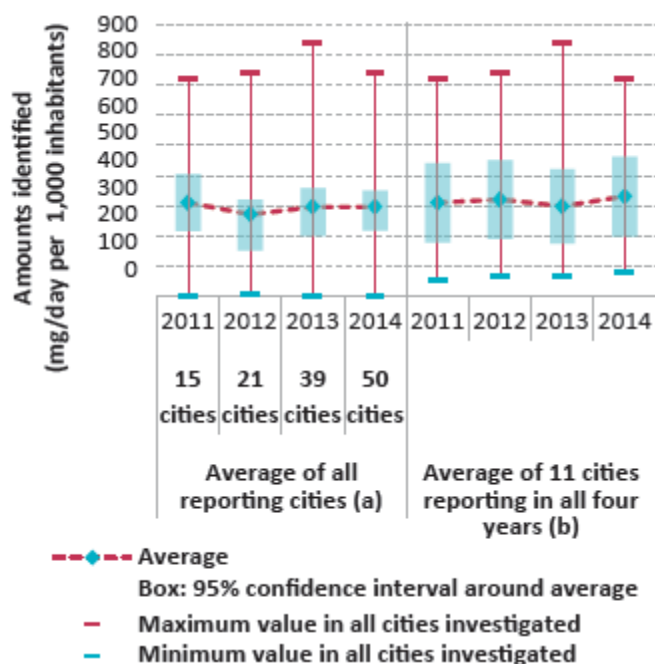


Source: Responses to the annual report questionnaire and data from EMCDDA.

1.5 etc.	1,5 etc.
Annual prevalence (percentage)	Prevalencia anual (porcentaje)
Quantity seized (tons)	Cantidad incautada (toneladas)
Cocaine seized in European Union member States	Cocaína incautada en los Estados miembros de la Unión Europea
Cocaine seized in other European countries	Cocaína incautada en otros países europeos
Estimated annual prevalence of cocaine use in European Union member States among the population aged 15-64	Prevalencia anual estimada del consumo de cocaína en los Estados miembros de la Unión Europea en la población de 15 a 64 años de edad

Fuente: Respuestas al cuestionario para los informes anuales y datos del EMCDDA.

GRÁFICO 46 Benzoilecgonina (un metabolito de la cocaína) detectada en las aguas residuales de 67 ciudades europeas: promedios y márgenes de variación, 2011-2014



Source: Sewage Analysis CORE group Europe (SCORE).

Note: (a) The cities were in the following countries: Belgium, Bosnia and Herzegovina, Croatia, Cyprus, Czech Republic, Denmark, Finland, France, Germany, Greece, Italy, Netherlands, Norway, Portugal, Serbia, Slovakia, Spain, Sweden, Switzerland and the United Kingdom. The analysis in each city was based on the amounts of benzoilecgonine identified in the wastewater over a 7-day period and was weighted by the population of the wastewater catchment area. (b) The population-weighted average of 11 cities reporting each year in the wastewater catchment area were located in Belgium, Croatia, France, Italy, Netherlands, Norway and Spain were located.

Amounts identified (mg/day per 1,000 inhabitants)	Cantidades detectadas (mg/día por 1.000 habitantes)
cities	ciudades
Average of all reporting cities (a)	Promedio de todas las ciudades que informaron a)
Average of 11 cities reporting in all four years (b)	Promedio de 11 ciudades que informaron cada uno de los cuatro años b)
Average	Promedio
Box: 95% confidence interval around average	Recuadro: intervalo de confianza del 95% alrededor del promedio
Maximum value in all cities investigated	Valor máximo en todas las ciudades investigadas
Minimum value in all cities investigated	Valor mínimo en todas las ciudades investigadas

Fuente: Sewage Analysis CORE group Europe (SCORE).

Nota: a) Las ciudades estaban en los siguientes países: Alemania, Bélgica, Bosnia y Herzegovina, Chipre, Croacia, Dinamarca, Eslovaquia, España, Finlandia, Francia, Grecia, Italia, Noruega, Países Bajos, Portugal, Reino Unido, República Checa, Serbia, Suecia y Suiza. El análisis en cada ciudad se basó en las cantidades de benzoilecgonina detectadas en las

aguas residuales durante un período de 7 días y se ponderó en función de la población de la zona de captación de las aguas residuales. b) El promedio ponderado en función de la población de las 11 ciudades que informaron cada año en la zona de captación de las aguas residuales, que estaban situadas en Bélgica, Croacia, España, Francia, Italia, Noruega y los Países Bajos.

El análisis de la benzoilecgonina, un metabolito de la cocaína, presente en las aguas residuales, basado en la información de 67 ciudades situadas en 20 países de Europa occidental, central y sudoriental, indica pronunciadas diferencias entre las ciudades por lo que se refiere al consumo de cocaína y las tendencias, pero también indica unos niveles de consumo de cocaína estables en general durante el período 2011-2014¹⁶⁴.

De los principales países productores de coca, el principal país de origen o de salida de remesas de cocaína con destino a Europa sigue siendo Colombia (mencionado en el 42% de las respuestas de los países europeos en el cuestionario para los informes anuales durante el período 2009-2014), seguido del Perú (31%) y el Estado Plurinacional de Bolivia. Sin embargo, la importancia de la cocaína colombiana en Europa se ha ido reduciendo en comparación con la situación durante el período 1998-2008.

Los países no europeos de salida de remesas de cocaína durante el período 2009-2014 mencionados con más frecuencia fueron el Brasil, seguido de Colombia, el Ecuador, la República Dominicana, la Argentina y Costa Rica. Se mencionaron países de África (principalmente de África occidental) como países no europeos de tránsito en el 10% de las respuestas al cuestionario para los informes anuales durante el período 2009-2014. Los principales puntos de entrada en Europa fueron los países de la Península Ibérica, sobre todo España, seguidos de los Países Bajos y Bélgica.

El tráfico de cocaína a través de África puede estar recobrando importancia

Las incautaciones de cocaína en África aumentaron de 0,8 toneladas en 1998 a 5,5 toneladas en 2007, lo que refleja el rápido crecimiento de la importancia de África occidental como zona de tránsito. En 2014, las incautaciones de cocaína en África disminuyeron a 1,9 toneladas. Dada la capacidad limitada de los organismos encargados de hacer cumplir la ley, la disminución de las incautaciones en 2014 no refleja necesariamente un descenso del tráfico de cocaína en África, aunque la disminución se produjo en paralelo a una reducción de los informes de Europa que indicaban que África había sido utilizada como zona de tránsito. Entretanto, es posible que la situación haya cambiado otra vez: durante el período de diciembre de 2014 a marzo de 2016, se incautaron al menos 22 toneladas de cocaína en ruta desde América del Sur a través de África occidental a Europa, aunque la mayoría de esas incautaciones se practicaron fuera de África¹⁶⁵.

¹⁶⁴ Véanse los datos utilizados en el análisis y los detalles de los cálculos en la sección sobre metodología de la versión en línea del presente informe.

¹⁶⁵ La Oficina Regional para África Occidental y Central de la UNODC informó de lo siguiente en febrero de 2016: en dos operaciones efectuadas cerca de Cabo Verde en 2015, las autoridades españolas se incautaron de unas 3 toneladas de cocaína; en marzo de 2015, las autoridades bolivianas detuvieron a dos personas de África occidental y se incautaron de 5,9 toneladas de cocaína en ruta hacia países de África occidental (principalmente Ghana y Burkina Faso); a principios de 2016 fueron incautadas en Mauritania más de 1,4 toneladas de cocaína; en enero de 2016, las autoridades bolivianas comunicaron la incautación de 8 toneladas de cocaína (ocultas entre 80 toneladas de sulfato de bario), con destino a África occidental (Côte d'Ivoire), que se habían enviado a través de la Argentina y el Uruguay; y en 2015 se incautaron remesas de menos de una tonelada de cocaína –en su mayoría procedentes del Brasil y organizadas por grupos delictivos nigerianos– en Benin (casi 0,3 toneladas), Gambia (0,2 toneladas) y Guinea (81 kilogramos).

Durante el período 2009-2014, la proporción del total de incautaciones de cocaína en África que le correspondió a África occidental aumentó al 78%; África septentrional representó el 11% de las incautaciones de cocaína practicadas en África. La mayor cantidad de cocaína incautada fue comunicada por Cabo Verde, seguido de Gambia, Nigeria y Ghana.

Con frecuencia, se suministra a África cocaína que sale del Brasil (que representa el 51% del total de menciones de países de América del Sur en las respuestas de los países africanos al cuestionario para los informes anuales durante el período 2009-2014), Colombia (18%), el Perú (13%) y Chile (9%). El país africano mencionado con más frecuencia (por otros países africanos) como país de salida o tránsito de remesas de cocaína en África fue Nigeria, seguido de Ghana, Malí y Guinea.

Los principales países de destino final de la cocaína traficada a África se encuentran en Europa (que representa el 58% del total de menciones; sobre todo Italia, España, Francia, el Reino Unido y los Países Bajos), África (26%), América del Norte (sobre todo los Estados Unidos (12%)) y Asia (3%, sobre todo China y Malasia). La mayor parte de las remesas de cocaína que pasaron en tránsito por África salieron de la región por vía aérea. En los últimos años, de las remesas de cocaína que salieron de Nigeria con destino a otros países, entre un 50% y un 70% salió del país por vía aérea, un 20% salió del país por carretera hacia los países vecinos y el 5% lo hizo por barco; esos datos difieren de los informes de que, de las remesas de cocaína que salieron de Ghana, el 61% lo hizo por barco y el 39% por vía aérea.

Indicios de un aumento del contrabando de cocaína a Asia

Las incautaciones de cocaína en Asia se triplicaron de 0,4 toneladas durante el período 1998-2008 a 1,5 toneladas al año durante el período 2009-2014, en consonancia con los indicios de que el consumo de cocaína entre las clases altas de varios de los países más desarrollados de Asia ha empezado a aumentar.

La mayoría de las incautaciones de cocaína en Asia durante el período 2009-2014 se practicaron en Asia oriental y sudoriental (59%) y en el Oriente Medio (39%). Sin embargo, en 2014 la proporción de incautaciones de cocaína en el Oriente Medio aumentó al 49%.

Los países latinoamericanos de origen, salida y tránsito de remesas de cocaína a Asia mencionados con más frecuencia en el período 2009-2014 fueron el Brasil, seguido de Colombia, el Perú, el Estado Plurinacional de Bolivia, la Argentina y México. Los países africanos utilizados como zonas de transbordo fueron principalmente Nigeria y Sudáfrica, y los países de salida y tránsito en Asia se encontraban sobre todo en el Oriente Medio (los Emiratos Árabes Unidos, seguidos de Jordania y el Líbano) y en Asia meridional y Asia sudoriental (Tailandia, seguida de Malasia, Filipinas y la India). El destino final mencionado más frecuentemente en Asia fue Israel, seguido de China.

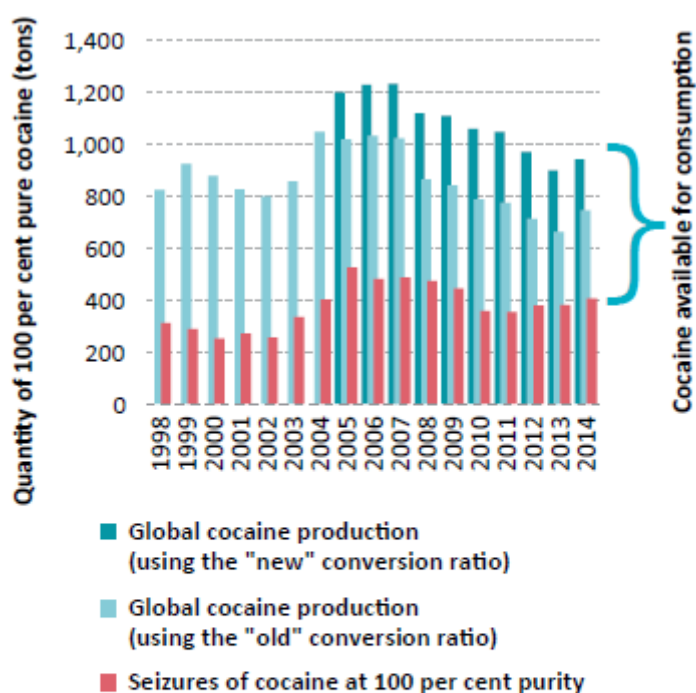
Rápido crecimiento del mercado de cocaína en Oceanía durante el último decenio

Las incautaciones de cocaína en Oceanía se duplicaron con creces, de un promedio anual de 0,5 toneladas durante el período 1998-2008 a 1,2 toneladas durante el período 2009-2014, correspondiéndole a Australia el 99% del total de incautaciones de cocaína en la región de 1998 a 2014. El aumento está en consonancia con los informes sobre el rápido crecimiento de la prevalencia del consumo de cocaína: la prevalencia del consumo de cocaína en el año anterior entre la población en general (mayor de 14 años) en Australia se duplicó del 1% en 2004 al 2,1% en 2010 y se mantuvo estable en ese nivel en 2013.

¿Se está contrayendo el mercado mundial de cocaína?

El cultivo mundial estimado de arbusto de coca disminuyó más de un 30% durante el período 1998-2014 – en un 40% después de 2000, cuando alcanzó su máximo. La disminución fue mucho menos pronunciada en el caso de la producción estimada de cocaína, lo que refleja mejoras en las cosechas y en la eficiencia de los laboratorios en la subregión andina. La producción de cocaína disminuyó un 10% entre 1998 y 2014, según cálculos basados en la “antigua” relación de conversión (disponibles para ambos años), pero la comparación de las estimaciones basadas en la relación de conversión “nueva” correspondiente a 2014 con la estimación de 1998 (basada en la suposición de que la relación de conversión “antigua” puede haber sido correcta en 1998) indica un pequeño aumento de la producción de cocaína (aproximadamente un 14% entre 1998 y 2014).

GRÁFICO 47 Producción e incautaciones mundiales de cocaína, 1998-2014



Source: UNODC coca bush cultivation surveys conducted in Bolivia (Plurinational State of), Colombia and Peru in 2014 and in previous years.

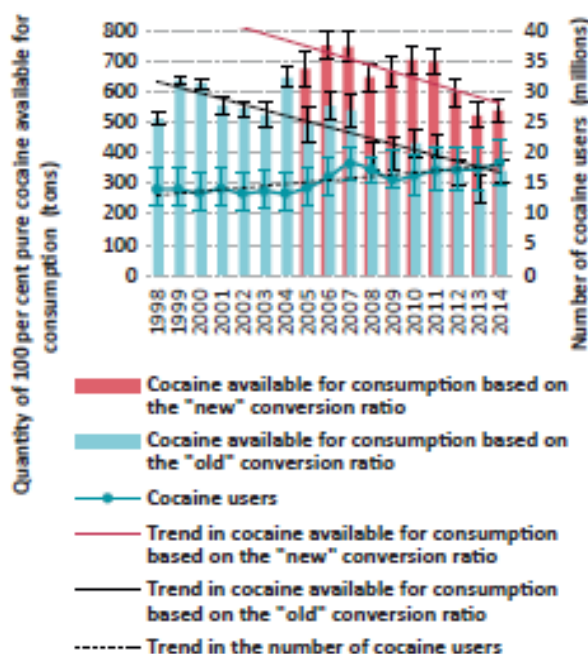
Note: As production is shown in pure cocaine equivalent, reported seizures have been purity-adjusted. Individual seizures reported to UNODC indicate that more than 99 per cent of the seized cocaine (measured in terms of quantity) was intercepted at the wholesale level. The seizures were therefore adjusted to the purity level at wholesale and expressed in quantities of pure cocaine.

1,400 etc.	1.400 etc.
Quantity of 100 per cent pure cocaine (tons)	Cantidad de cocaína 100% pura (toneladas)
Cocaine available for consumption	Cocaína disponible para el consumo
Global cocaine production (using the "new" conversion ratio)	Producción mundial de cocaína (utilizando la “nueva” relación de conversión)
Global cocaine production (using the "old" conversion ratio)	Producción mundial de cocaína (utilizando la “antigua” relación de conversión)
Seizures of cocaine at 100 per cent purity	Incautaciones de cocaína de pureza 100%

Fuente: Estudios de monitoreo de cultivos de coca de la UNODC realizados en Bolivia (Estado Plurinacional de), Colombia y el Perú en 2014 y en años anteriores.

Nota: Como la producción se indica en equivalente de cocaína pura, las incautaciones comunicadas se han ajustado en función de la pureza. Las distintas incautaciones comunicadas a la UNODC indican que más del 99% de la cocaína incautada (medida en términos de cantidad) fue interceptado a nivel de venta al por mayor. Por lo tanto, las incautaciones se ajustaron en función del nivel de pureza en la venta al por mayor y se expresaron en cantidades de cocaína pura.

GRÁFICO 48 Cocaína disponible para el consumo, 1998-2014



Source: UNODC coca bush cultivation surveys conducted in 2014 and in previous years, responses to the annual report questionnaire and government reports.

Quantity of 100 per cent pure cocaine available for consumption (tons)	Cantidad de cocaína 100% pura disponible para el consumo (toneladas)
Number of cocaine users (millions)	Número de consumidores de cocaína (millones)
Cocaine available for consumption based on the "new" conversion ratio	Cocaína disponible para el consumo en función de la "nueva" relación de conversión
Cocaine available for consumption based on the "old" conversion ratio	Cocaína disponible para el consumo en función de la "antigua" relación de conversión
Cocaine users	Consumidores de cocaína
Trend in cocaine available for consumption based on the "new" conversion ratio	Tendencia de la cocaína disponible para el consumo en función de la "nueva" relación de conversión
Trend in cocaine available for consumption based on the "old" conversion ratio	Tendencia de la cocaína disponible para el consumo en función de la "antigua" relación de conversión
Trend in the number of cocaine users	Tendencia del número de consumidores de cocaína

Fuente: Estudios de monitoreo de cultivos de coca de la UNODC realizados en 2014 y en años anteriores, respuestas al cuestionario para los informes anuales e informes de los Gobiernos.

La deducción de las incautaciones ajustadas en función de la pureza de la producción de cocaína arroja una reducción de la cocaína disponible para el consumo en el curso del tiempo, al margen de que las estimaciones se basen en la relación de conversión de cocaína “antigua” o “nueva”.

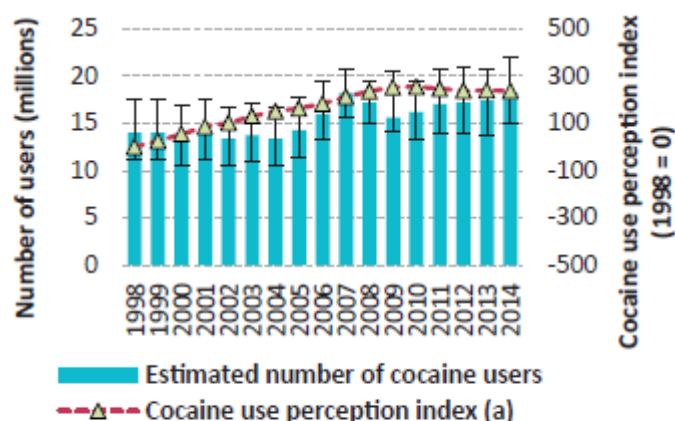
Al mismo tiempo, la prevalencia mundial del consumo de cocaína en el año anterior en la población de 15 a 64 años se mantuvo en gran medida estable durante el período 1998-2014, fluctuando entre el 0,3% y el 0,4%, mientras que el número de consumidores de cocaína aumentó (en un 30%) de unos 14 millones en 1998 a 18,3 millones en 2014. El aumento del número de consumidores de cocaína puede atribuirse al crecimiento de la población.

El hecho de que las cantidades de cocaína disponible para el consumo disminuyeran durante el período 1998-2014 y de que hubiera un aumento del número de consumidores de cocaína (30%) durante el mismo período (el número de consumidores fue en gran medida estable durante el período 2007-2014) parece algo contradictorio. Tres hipótesis diferentes pueden ayudar a explicar esa situación.

Hipótesis 1. Ningún aumento del número de consumidores de cocaína

Una hipótesis podría ser que el número de consumidores de cocaína no aumentara realmente durante el período 1998-2014 y que pudiera incluso haber disminuido entre 2007 y 2014. Los márgenes de error alrededor de las estimaciones de prevalencia son amplios, lo que refleja principalmente la falta de información fiable sobre África y Asia; así pues, no cabe excluir del todo la posibilidad de que no hubiera un aumento del número de consumidores de cocaína durante el período 1998-2014. Sin embargo, esa hipótesis no está respaldada por datos sobre el consumo percibido de drogas comunicado por los Estados Miembros, que indican una clara tendencia ascendente del consumo de cocaína (incluso en África y Asia), especialmente entre 1998 y 2008, seguida de un período de estabilización o un leve descenso desde 2009.

GRÁFICO 49 Tendencias mundiales del número de consumidores de cocaína en el año anterior y el índice de percepción del consumo de cocaína, 1998-2014



Source: World Drug Report, 2000-2016; UNODC, *Global Illicit Drug Trends*, 2001-2003; and responses to the annual report questionnaire.

Note: For more details of perception indices, see the online methodology section of the present report.

Number of users (millions)	Número de consumidores (millones)
Cocaine use perception index (1998 = 0)	Índice de percepción del consumo de cocaína (1998 = 0)
Estimated number of cocaine users	Número estimado de consumidores de cocaína
Cocaine use perception index (a)	Índice de percepción del consumo de cocaína a)

Fuente: Informe Mundial sobre las Drogas, 2000-2016; UNODC, *Tendencias mundiales de las drogas ilícitas*, 2001-2003; y respuestas al cuestionario para los informes anuales.

Nota: Véanse más detalles de los índices de percepción en la sección sobre metodología de la versión en línea del presente informe.

CUADRO 2 Consumo de cocaína pura per cápita entre personas que consumen cocaína, 1998, 2007 y 2014

Year	Amount of cocaine available for consumption (tons)	Number of (annual) cocaine users (millions)	Average number of pure grams of cocaine consumed per user per year
1998	512	14.0	36.6
2007	747	18.2	41.0
2014	537	18.8	28.6

Year	Año
Amount of cocaine available for consumption (tons)	Cantidad de cocaína disponible para el consumo (toneladas)
Number of (annual) cocaine users (millions)	Número de consumidores (anuales) de cocaína (millones)
Average number of pure grams of cocaine consumed per user per year	Número medio de gramos de cocaína pura consumidos por consumidor al año
14.0 etc.	14,0 etc.

Fuente: Cálculos de la UNODC basados en la información facilitada por los Estados Miembros.

Hipótesis 2. Disminución del consumo per cápita entre los consumidores de cocaína (desplazamiento de mercados maduros a nuevos)

Otra hipótesis es que el consumo per cápita de los consumidores de cocaína puede haber disminuido, existiendo una serie de indicadores que parecen ser compatibles con esa hipótesis.

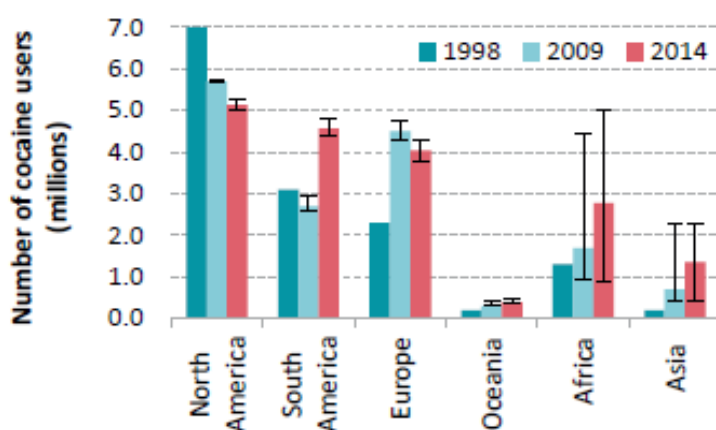
Se ha producido al parecer un cambio de la composición de la población de consumidores de cocaína, con un desplazamiento hacia un aumento del número de consumidores ocasionales en relación con el número de consumidores de gran frecuencia o dependientes como consecuencia de un desplazamiento geográfico.

Sobre la base de la cantidad de cocaína disponible para el consumo y el número de consumidores de cocaína, el cuadro 2 parece indicar que la cantidad media consumida por consumidor puede haber aumentado durante el período 1998-2007, de 37 a 41 gramos por consumidor, antes de disminuir a 29 gramos por consumidor en 2014¹⁶⁶.

Pueden haberse producido esos cambios del consumo per cápita, ya que el consumo de cocaína ha disminuido en los mercados establecidos, en los que el consumo per cápita era elevado, y aumentado en los nuevos mercados, en los que el consumo per cápita es aún bajo, pues la epidemia de cocaína en los nuevos mercados se encuentra aún en una fase temprana.

El número de consumidores de cocaína mostró un descenso pronunciado en América del Norte y disminuciones menos importantes en Europa durante el período 2007-2014. En cambio, se pudieron constatar aumentos del consumo de cocaína en los mercados emergentes de América del Sur, sobre todo entre 2009 y 2014, así como en Oceanía y, muy probablemente, en África y Asia (aunque las pruebas cuantitativas son débiles para esas dos regiones).

GRÁFICO 50 Número de consumidores de cocaína en el año anterior, por región, 1998-2014



Source: World Drug Report, various years.

¹⁶⁶ Esos niveles son similares a las conclusiones de investigaciones anteriores de la UNODC. En un estudio sobre el valor del mercado ilícito de drogas, basado en datos del período 2002-2003, se llegó a un nivel de consumo medio per cápita de 37 gramos de cocaína pura por consumidor a nivel mundial (*Informe Mundial sobre las Drogas 2005, Volumen 1: Análisis* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.05.XI.10), cuadro 3, pág. 131). La UNODC ha sugerido una disminución de los niveles de consumo per cápita a 30 gramos por consumidor a nivel mundial (*Informe Mundial sobre las Drogas 2010* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.10.XI.13), cuadro 8, pág. 71)).

7.0 etc.	7,0 etc.
Number of cocaine users (millions)	Número de consumidores de cocaína (millones)
North America	América del Norte
South America	América del Sur
Europe	Europa
Oceania	Oceanía
Africa	África
Asia	Asia

Fuente: *Informe Mundial sobre las Drogas*, varios años.

Un análisis de la UNODC sobre el valor al por menor y al por mayor del mercado ilícito de drogas, basado en datos correspondientes al período 2002-2003¹⁶⁷, pareció indicar que el consumo per cápita de cocaína en América del Norte (44 gramos por consumidor) era superior al promedio mundial (37 gramos por consumidor). En las demás regiones, en las que el consumo per cápita estaba por debajo del promedio mundial, el consumo de cocaína había ido en aumento. Esto parece indicar que el consumo intensivo de cocaína estaba concentrado en América del Norte, lo que fue confirmado indirectamente por la proporción relativamente alta de personas que consumían cocaína en los Estados Unidos que recibían tratamiento por consumo de cocaína y una mayor proporción de personas que consumían cocaína que fallecían a consecuencia de dicho consumo. Este hecho reviste importancia ya que, en paralelo, los indicadores de América del Norte mostraban que no solo el consumo de cocaína con fines recreativos, sino también el gran consumo, habían descendido de forma pronunciada durante el decenio anterior. Las estimaciones correspondientes a los Estados Unidos parecían indicar que el número de “consumidores crónicos de cocaína”, definidos como consumidores que consumieron cocaína cuatro días o más en el mes anterior, había descendido un 22% durante el período 2006-2010¹⁶⁸ (es decir, casi tanto como el número global de consumidores de cocaína en el año anterior durante ese período) y no había indicios de ninguna inversión de esa situación en los años siguientes¹⁶⁹.

Aunque solo representen una pequeña proporción del número total de consumidores, a los grandes consumidores de cocaína les corresponde la mayor parte de la cocaína consumida. Los análisis anteriores del mercado de cocaína de los Estados Unidos parecían indicar que el consumo de cocaína solía adoptar una distribución de Pareto, correspondiendo a la cuarta parte de los consumidores dos terceras partes del consumo de cocaína¹⁷⁰. Una actualización reciente¹⁷¹ indicó que a los consumidores de cocaína con frecuencia mayor que la semanal (18% del total de consumidores de cocaína en 2010) les correspondían dos terceras partes del consumo total de cocaína en los Estados Unidos en 2010.

¹⁶⁷ *Informe Mundial sobre las Drogas 2005*, cuadro 3, pág. 131.

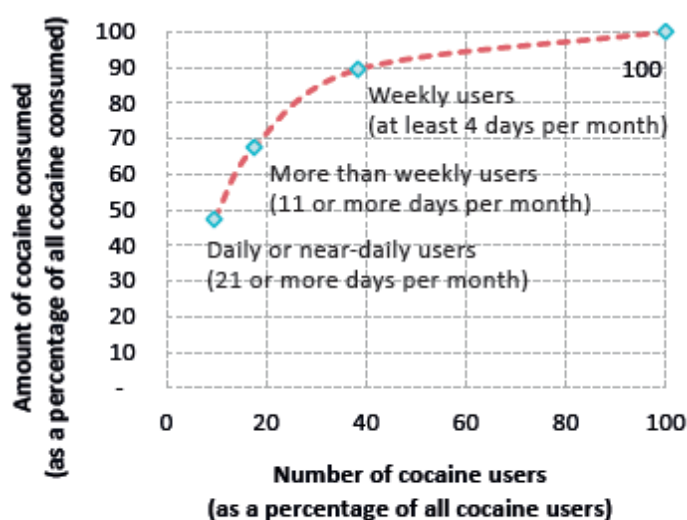
¹⁶⁸ Beau Kilmer y otros, *What America's Users Spend on Illegal Drugs: 2000-2010*, Research Reports Series, document No. RR- 534-ONDCP (Santa Monica, California, Rand Corporation, 2014), pág. 5.

¹⁶⁹ Estados Unidos, SAMHSA, Center for Behavioral Health Statistics and Quality, *Results from the 2014 National Survey on Drug Use and Health: Detailed Tables* (Rockville, Maryland, 2015), cuadro 7.2A.

¹⁷⁰ Estados Unidos, Oficina Ejecutiva del Presidente, *The National Drug Control Strategy: 1996* (Washington, D.C., Oficina de la Política Nacional para el Control de Drogas, 1996), pág. 25, y años anteriores.

¹⁷¹ *What America's Users Spend on Illegal Drugs* (véase la nota 168).

GRÁFICO 51 Distribución del consumo de cocaína en los Estados Unidos, 2010



Source: UNODC calculations based on ONDCP, *What America's Users Spend on Illegal Drugs: 2000-2010*, February 2014.

Amount of cocaine consumed (as a percentage of all cocaine consumed)	Cantidad de cocaína consumida (como porcentaje del total de cocaína consumida)
Weekly users (at least 4 days per month)	Consumidores semanales (al menos 4 días al mes)
More than weekly users (11 or more days per month)	Consumidores de frecuencia mayor que la semanal (11 días o más al mes)
Daily or near-daily users (21 or more days per month)	Consumidores diarios o casi diarios (21 días o más al mes)
Number of cocaine users (as a percentage of all cocaine users)	Número de consumidores de cocaína (como porcentaje del total de consumidores de cocaína)

Fuente: Cálculos de la UNODC basados en Oficina de la Política Nacional para el Control de Drogas, *What America's Users Spend on Illegal Drugs: 2000-2010*, febrero de 2014.

Así pues, reducir el número de grandes consumidores de cocaína puede reducir eficazmente el mercado de cocaína. Un estudio reciente realizado en los Estados Unidos demostró que el consumo de cocaína y el gasto en cocaína cayeron un 50% entre 2000 y 2010 (sobre todo entre 2006 y 2010). La reducción del gasto entre un pequeño grupo de consumidores de cocaína de gran frecuencia (consumidores “de frecuencia mayor que la semanal”) representaban aproximadamente el 75% de la reducción global del gasto y, en consecuencia, del consumo de cocaína durante el período 2000-2010¹⁷². Es probable que el cambio en los Estados Unidos haya afectado al tamaño del mercado mundial de cocaína y, en consecuencia, al nivel de consumo mundial per cápita.

¹⁷² *Ibid.*, pág. 34.

Hipótesis 3. Las estimaciones de la oferta no son correctas

No puede excluirse la posibilidad de que las estimaciones de la producción de cocaína hayan sido incorrectas. De hecho, existen lagunas de los conocimientos en relación con las estimaciones de la producción de cocaína y así lo ha reconocido desde hace mucho la UNODC. Aunque se pueda debatir sobre las estimaciones “correctas” de la cocaína producida, no parece probable que hubiera un fuerte aumento de la producción de cocaína durante el período 1998-2014. En primer lugar, no es probable que hayan surgido nuevos países productores de coca, aparte de los de la subregión andina, durante los dos últimos decenios; y si hubieran surgido, esa situación no habría pasado completamente desapercibida. En segundo lugar, la superficie total dedicada al cultivo de arbusto de coca en la subregión andina ha disminuido (en más del 30%), como lo demuestran estudios de teleobservación validados científicamente. Aunque haya habido cambios en las cosechas y aumentos de la eficiencia de los laboratorios, es poco probable que la producción total de cocaína aumentara más del 30% (lo que corresponde al aumento del número de consumidores de cocaína).

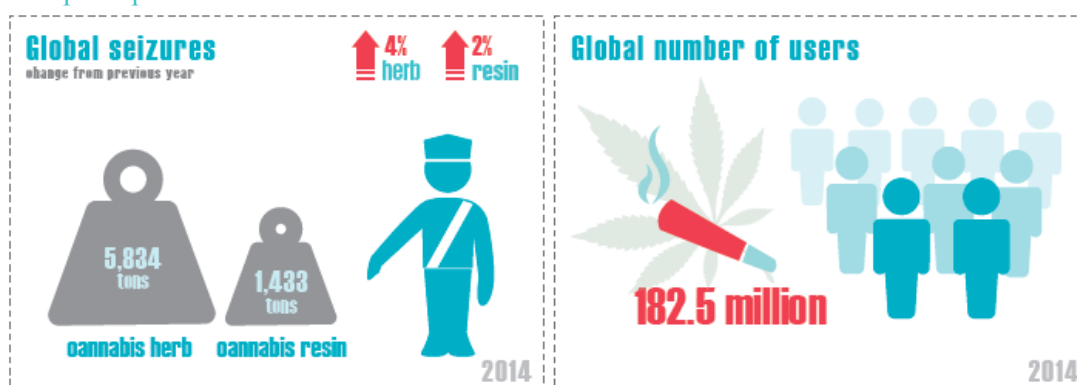
La contracción del mercado mundial de cocaína no es motivo de satisfacción

Tras haber analizado las tres hipótesis, lo más probable es que el mercado mundial de cocaína se haya contraído realmente, impulsado por una disminución de la cocaína disponible para el consumo, vinculada principalmente a una disminución de la producción de cocaína en la subregión andina, y del consumo de cocaína en América del Norte y, en cierta medida, en Europa. Suponiendo que, como parecen indicar las estimaciones de la prevalencia del consumo de cocaína, el número de consumidores de cocaína no ha disminuido, hoy día se consume menos cocaína en promedio per cápita que en años anteriores.

El resultado neto de todo ello, a corto plazo, debería ser positivo por lo que se refiere a reducir la delincuencia relacionada con las drogas y los efectos negativos para la salud, ya que quienes más sufren los daños derivados del consumo de cocaína son los grandes consumidores. Sin embargo, como un mayor número de personas experimentan con cocaína en todo el mundo, especialmente en los países en desarrollo, una determinada proporción de ellas pueden con el tiempo llegar a ser grandes consumidoras de cocaína, como ya puede comprobarse por los patrones emergentes en algunos países. Como muchos de los países en que está emergiendo el consumo de cocaína no cuentan con la infraestructura sanitaria y social necesaria para hacer frente a esos problemas, la contracción del mercado mundial de cocaína no debería dar lugar a satisfacción. Además, la tendencia descendente general de la producción mundial de cocaína puede haber llegado a su fin, exacerbando la vulnerabilidad de numerosos países en desarrollo.

CANNABIS

Cifras principales



Global seizures	Incautaciones mundiales
change from previous year	variación respecto del año anterior
herb	hierba
resin	resina
5,834 tons	5.834 toneladas
1,433 tons	1.433 toneladas
Cannabis herb	Hierba de cannabis
Cannabis resin	Resina de cannabis
Global number of users	Número mundial de consumidores
182.5 million	182,5 millones

Novedades del mercado de cannabis

El cannabis sigue siendo la droga que más se cultiva, produce, trafica y consume en todo el mundo

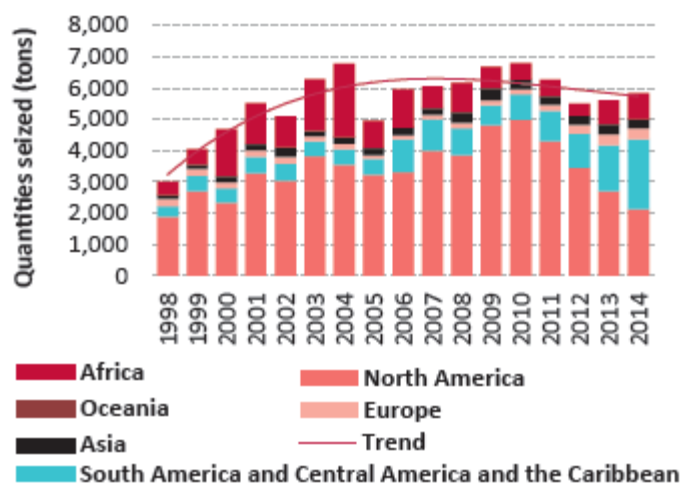
El cultivo de la planta de cannabis –mediante indicadores directos (cultivo o erradicación de plantas de cannabis) o indirectos (incautaciones de plantas de cannabis, indicación de la producción interna de cannabis como fuente de las incautaciones, etc.)– fue comunicado en el territorio de 129 países durante el período 2009-2014. Sin embargo, dada la inexistencia de mediciones sistemáticas, es difícil evaluar el alcance y las tendencias del cultivo y la producción de cannabis. La mayoría de los indicadores indirectos proceden de las autoridades encargadas de hacer cumplir la ley y, en cierta medida, reflejan sus prioridades y actividades¹⁷³ y no meramente la existencia del cultivo y la producción de cannabis. Desde 1998, aunque la superficie total de plantas de cannabis erradicadas (en hectáreas) ha fluctuado, en realidad ha disminuido, al igual que lo han hecho las incautaciones de plantas de cannabis. Esas tendencias contrastan con las incautaciones de hierba de cannabis y resina de cannabis, que, tras duplicarse durante el período 1998-2004, se han mantenido en gran medida estables.

Los informes de los Estados Miembros sobre los países de origen de la resina de cannabis durante el período 2009-2014 parecen indicar que el principal productor de resina de cannabis del mundo sigue siendo Marruecos, seguido del Afganistán y, en menor medida, el Líbano, la India y el Pakistán. Utilizando como base las incautaciones de cannabis (que reflejan la actividad de las autoridades encargadas de hacer cumplir la ley, así como la producción de cannabis), el tamaño de los mercados locales de cannabis (derivado del número de consumidores) y la información sobre las fuentes del cannabis consumido, se puede dar por supuesto que la mayor parte de la producción mundial de hierba de cannabis tiene lugar en América del Norte. En América del Norte, la hierba de cannabis se produce principalmente en

¹⁷³ Véase un análisis en *Informe Mundial sobre las Drogas 2015*, recuadro titulado “Cómo interpretar las incautaciones de droga”, págs. 100 y 101.

México y los Estados Unidos, para el consumo en la subregión, mientras que el cultivo hidropónico de plantas de cannabis parece estar concentrado en el Canadá y los Estados Unidos. Los informes de los Estados Miembros durante el período 2009-2014 indican que Albania, Colombia, Jamaica, los Países Bajos y el Paraguay son países importantes de origen de la hierba de cannabis vendida en los mercados internacionales.

GRÁFICO 52 Cantidades de hierba de cannabis incautadas, por región, 1998-2014



Source: Responses to the annual report questionnaire and government reports.

8,000 etc.	8.000 etc.
Quantities seized (tons)	Cantidades incautadas (toneladas)
Africa	África
Oceania	Oceanía
Asia	Asia
South America and Central America and the Caribbean	América del Sur y Centroamérica y el Caribe
North America	América del Norte
Europe	Europa
Trend	Tendencia

Fuente: Respuestas al cuestionario para los informes anuales e informes de los Gobiernos.

América, seguida de África, sigue siendo el principal mercado de hierba de cannabis

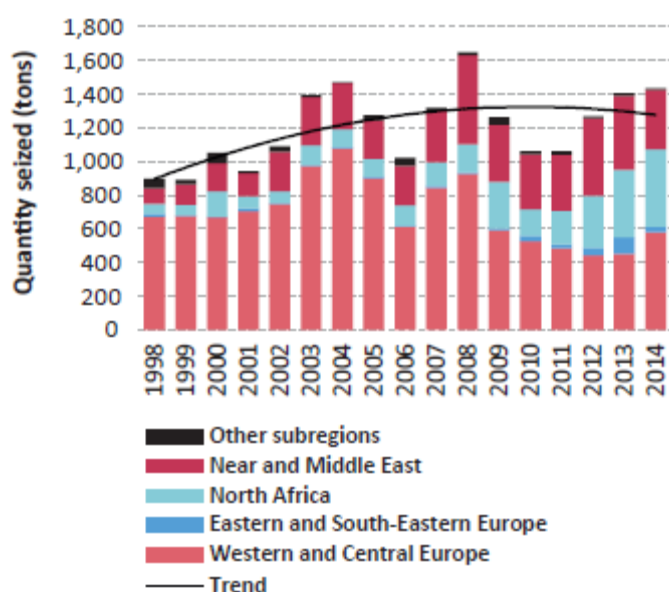
En 2014, a América le correspondieron unas tres cuartas partes del total de hierba de cannabis incautada en todo el mundo, África representó el 14% y Europa el 6%. A nivel subregional, la mayor cantidad de hierba de cannabis fue incautada en América del Norte (representando el 37% de las incautaciones mundiales de hierba de cannabis en 2014), América del Sur (24%) y el Caribe (13%). Pese a un aumento del consumo de cannabis, la cantidad de hierba de cannabis interceptada en América del Norte, tras alcanzar un máximo en 2010, ha ido disminuyendo, lo que refleja el hecho de que se ha comunicado una disminución de la producción de cannabis en México y que la interceptación del cannabis puede haber recibido menos prioridad desde la despenalización y legalización del consumo de cannabis con fines recreativos en algunos de los estados de ese país. No obstante, la cantidad de hierba de cannabis incautada en otras partes del mundo, especialmente en América del Sur, el Caribe y África, va realmente en aumento.

Europa, África septentrional y el Cercano Oriente y el Oriente Medio siguen siendo los principales mercados de resina de cannabis

La subregión en la que se incautó la mayor cantidad de resina de cannabis en 2014 fue de nuevo Europa occidental y central, a la que correspondió el 40% de las incautaciones mundiales de resina de cannabis (solamente España representó el 26% del total mundial); el 32% del total mundial correspondió a los países de África septentrional (principalmente Marruecos y Argelia) y el 25% a países del Cercano Oriente y el Oriente Medio (principalmente el Pakistán, seguido de la República Islámica del Irán y el Afganistán). La proporción de las cantidades mundiales de resina de cannabis incautada correspondiente a Europa descendió del 77% del total mundial en 1998 al 48% en 2009 y al 43% en 2014, lo que refleja la disminución de la proporción de resina de cannabis en el mercado europeo de cannabis, en el que la hierba de cannabis de producción nacional ha ganado popularidad.

Como en años anteriores, la resina de cannabis procedente de Marruecos se pasó de contrabando principalmente a Europa y otros países de África septentrional, mientras que la resina de cannabis producida en el Afganistán siguió pasándose de contrabando a los países vecinos, especialmente el Pakistán y la República Islámica del Irán. En el Cercano Oriente, la resina de cannabis producida en el Líbano se utiliza para suministrar a otros mercados de la subregión.

GRÁFICO 53 Cantidades de resina de cannabis incautadas, por subregiones, 1998-2014



Source: Responses to the annual report questionnaire and on government reports.

1,800 etc.	1.800 etc.
Quantity seized (tons)	Cantidad incautada (toneladas)
Other subregions	Otras subregiones
Near and Middle East	Cercano Oriente y Oriente Medio
North Africa	África septentrional
Eastern and South-Eastern Europe	Europa oriental y sudoriental
Western and Central Europe	Europa occidental y central
Trend	Tendencia

Fuente: Respuestas al cuestionario para los informes anuales e informes de los Gobiernos.

Pese a importantes variaciones en algunas regiones, el consumo mundial de cannabis se ha mantenido bastante estable en los últimos años

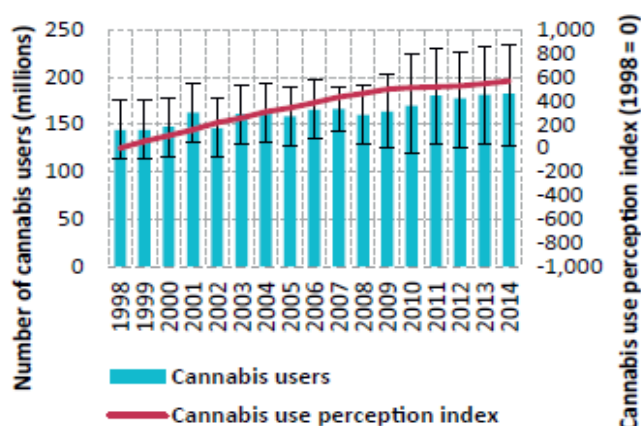
Aproximadamente el 3,8% de la población mundial consumió cannabis en 2014. Como esa proporción ha permanecido más bien estable desde 1998, eso significa que consumieron cannabis según las estimaciones 183 millones de personas (margen de variación: de 128 millones a 234 millones de personas) en 2014. Esa cifra, que es un 27% más elevada que en 1998, refleja el crecimiento de la población mundial durante el período 1998-2014. Dado el amplio margen de error, es preciso proceder con cautela al considerar esa cifra; sin embargo, un análisis de la percepción de las variaciones del consumo comunicadas por los Estados Miembros muestra un patrón similar, lo que indica que el consumo de cannabis aumentó hasta 2009 y luego creció con menos rapidez.

Oceanía es la única región en la que se observado un descenso pronunciado del consumo de cannabis, partiendo de niveles relativamente altos, desde 1998, lo que refleja principalmente una reducción del consumo de cannabis en Australia. En Europa, tras un aumento del doble de principios del decenio de 1990 en adelante, se constató una disminución temporal del consumo de cannabis después de 2009, hasta que ese consumo aumentó de nuevo en 2013 y 2014, volviendo al nivel comunicado en 2009¹⁷⁴.

El consumo de cannabis ha ido en aumento en América desde 2009. Aunque los Estados Unidos siguen siendo el mercado de cannabis más grande de América, el consumo de cannabis sigue siendo considerablemente menos prevalente en ese país en la actualidad que a finales del decenio de 1970. También se ha comunicado un incremento del consumo de cannabis en África, pero esos informes se basan en información limitada y por lo tanto debe procederse con cautela al tenerlos en cuenta.

¹⁷⁴ La encuesta del Eurobarómetro también muestra un leve aumento del consumo de cannabis de 2011 a 2014 entre los jóvenes en la Unión Europea (el consumo en el mes anterior aumentó de 6,2% a 7,0% durante ese período (Gallup Organization, *Youth Attitudes on Drugs: Analytical Report*, Flash Eurobarometer series núm. 330 (Comisión Europea, julio de 2011); y Comisión Europea, *Young People and Drugs*, Flash Eurobarometer series núm. 401 (agosto de 2014)).

GRÁFICO 54 Tendencias mundiales del número de consumidores de cannabis en el año anterior y el índice de percepción del consumo de cannabis, 1998-2014



Source: *World Drug Report, 2000-2016*; UNODC, *Global Illicit Drug Trends, 2001-2003*; and responses to the annual report questionnaire.

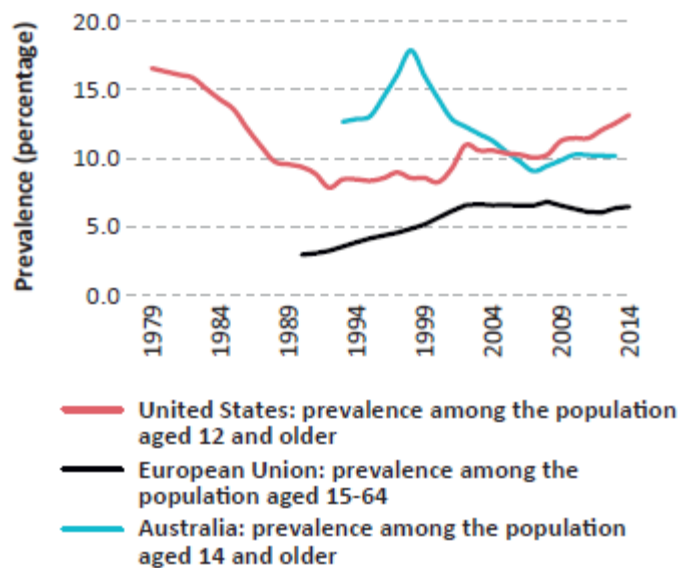
Note: The uncertainty intervals were calculated by UNODC for the period 2007-2014; for data prior to 2007, the three-year average of the uncertainty intervals found over the period 2007-2009 was used as a proxy. For more details of perception indices, see the online methodology section of the present report.

1,000 etc.	1.000 etc.
Number of cannabis users (millions)	Número de consumidores de cannabis (millones)
Cannabis use perception index (1998 = 0)	Índice de percepción del consumo de cannabis (1998 = 100)
Cannabis users	Consumidores de cannabis
Cannabis use perception index	Índice de percepción del consumo de cannabis

Fuente: *Informe Mundial sobre las Drogas, 2000-2016*; UNODC, *Tendencias mundiales de las drogas ilícitas, 2001-2003*; y respuestas al cuestionario para los informes anuales.

Nota: La UNODC calculó los intervalos de incertidumbre correspondientes al período 2007-2014; en el caso de los datos anteriores a 2007, se utilizó como variable sustitutiva el promedio trienal de los intervalos de incertidumbre constatados durante el período 2007-2009. Véanse más detalles de los índices de percepción en la sección sobre metodología de la versión en línea del presente informe.

GRÁFICO 55 Prevalencia del consumo de cannabis en el año anterior en Australia, los Estados Unidos y la Unión Europea, 1970-2014



Source: Responses to the annual report questionnaire and data from EMCDDA.

20.0 etc.	20,0 etc.
Prevalence (percentage)	Prevalencia (porcentaje)
United States: prevalence among the population aged 12 and older	Estados Unidos: prevalencia en la población mayor de 12 años
European Union: prevalence among the population aged 15-64	Unión Europea: prevalencia en la población de 15 a 64 años de edad
Australia: prevalence among the population aged 14 and older	Australia: prevalencia en la población mayor de 14 años

Fuente: Respuestas al cuestionario para los informes anuales y datos del EMCCDA.

Novedades en los países donde se ha producido la legalización del cannabis

En los últimos cuatro años, cuatro jurisdicciones de los Estados Unidos y el Uruguay han aprobado leyes para permitir la producción, distribución y venta de cannabis con fines no médicos (es decir, para consumo con fines recreativos), lo que va en contra del espíritu de los tratados de fiscalización internacional de drogas.

Estados Unidos

En los Estados Unidos, el cannabis está prohibido a nivel federal como sustancia incluida en la lista I de la Ley de Sustancias Fiscalizadas¹⁷⁵. Los estados de Colorado y Washington, tras aprobar iniciativas legislativas populares en noviembre de 2012, fueron las primeras jurisdicciones del país en legalizar la producción comercial a gran escala de cannabis para el consumo recreativo por adultos (personas mayores de 21 años); Colorado también permitió el cultivo casero de cannabis. En noviembre de 2014, unas iniciativas similares fueron aprobadas por los votantes en los estados de Alaska y Oregón. Washington, D.C. adoptó un enfoque más estricto al legalizar solamente la posesión y el cultivo casero de cannabis.

Aunque cada una de las jurisdicciones que han legalizado el cannabis había aprobado previamente leyes sobre la utilización del cannabis con fines médicos, tan solo Colorado, Oregón y Washington D.C. regularon las actividades comerciales relacionadas con el cannabis con fines médicos¹⁷⁶. Colorado restringió las solicitudes iniciales de licencias para cannabis con fines recreativos a empresas que ya tenían licencias para vender cannabis con fines médicos, y las primeras tiendas de venta con fines recreativos se abrieron el 1 de enero de 2014. Oregón permitió temporalmente la venta de cannabis con fines recreativos a través de los dispensarios médicos existentes a partir de octubre de 2015, pero se prevé que las tiendas de venta con fines recreativos no abrirán hasta finales de 2016. El estado de Washington contaba con una extensa industria de cannabis con fines médicos, incluidos muchos dispensarios no virtuales que operaban abiertamente, pero sin reglamentación. En Alaska no habrá ventas de cannabis para uso recreativo hasta que abran las tiendas con licencia, lo que se prevé que ocurra a finales de 2016. A fin de elaborar y aplicar reglamentos para la industria del cannabis legal, cada estado ha nombrado una agencia reguladora. Los detalles de la reglamentación varían según la jurisdicción, incluidos los límites de las cantidades que pueden poseerse o comprarse, y la estructura del mercado (véanse los detalles de la reglamentación en cada jurisdicción en el cuadro de la página [...] del anexo del presente informe)^{177, 178}.

Uruguay

El Uruguay anunció a mediados de 2012 que permitiría la producción y distribución de cannabis para uso recreativo por residentes adultos (personas mayores de 18 años). La Ley 19.172 fue promulgada en diciembre de 2013, y la reglamentación de la nueva industria se publicó en mayo de 2014¹⁷⁹. La ley y su correspondiente decreto reglamentario permiten la venta a través de farmacias y el consumo no médico de hasta 40 gramos de cannabis al mes a las personas registradas en el Instituto de Regulación y Control del Cannabis (IRCCA).

Las circunstancias de la legalización en el Uruguay fueron muy diferentes de la situación en los Estados Unidos porque el propio poder legislativo inició la ley, si bien con un apoyo popular limitado (solo la tercera parte de los uruguayos)^{180, 181}. Anteriormente, el consumo de cannabis

¹⁷⁵ Rosalie L. Pacula y otros, "Assessing the effects of medical marijuana laws on marijuana use: the devil is in the details", *Journal of Policy Analysis and Management*, vol. 34, núm. 1 (2015), págs. 7 a 31.

¹⁷⁶ *Ibid.*

¹⁷⁷ Bryce Pardo, "Cannabis policy reforms in the Americas: a comparative analysis of Colorado, Washington, and Uruguay", *International Journal of Drug Policy*, vol. 25, núm. 4 (2014), págs. 727 a 735.

¹⁷⁸ Becky Bohrer, "Alaska regulators are 1st to OK marijuana use at pot shops", *Big Story* (Juneau, Alaska), 20 de noviembre de 2015.

¹⁷⁹ Pardo, "Cannabis policy reforms in the Americas" (véase la nota 177).

¹⁸⁰ Maria F. Boidi y otros, "Marijuana legalization in Uruguay and beyond" (Miami (Estados Unidos), Florida International University, Latin American and Caribbean Centre, Latin American Marijuana Research Initiative, 2015).

¹⁸¹ John Walsh y Geoff Ramsey, "Uruguay's drug policy: major innovations, major challenges" (Washington, D.C., Brookings Institute, 2015).

con fines médicos no estaba reglamentado (aunque la posesión de cannabis no era delito), ni existía una producción ilícita importante de cannabis en el Uruguay¹⁸².

El Uruguay ha establecido tres canales legales para obtener cannabis: el cultivo casero; el acceso a clubes sociales; y las farmacias de venta al por menor. Los particulares solo pueden acceder a un modo de suministro, que deben declarar al inscribirse en el registro del cannabis.

Casi dos años después de la promulgación de la ley, aún no se han implantado algunos de los elementos fundamentales del sistema de distribución. En octubre de 2015, solo se habían expedido licencias para cultivar cannabis a dos empresas privadas, y hasta la fecha no se ha vendido cannabis en las farmacias. Los funcionarios estiman que el cannabis de la primera cosecha no estará listo para la venta hasta mediados de 2016. En febrero de 2016, unas 4.300 personas se habían inscrito ya en el registro para cultivar cannabis en casa, y 21 clubes de cannabis habían obtenido licencias. Unas encuestas recientes ponen de manifiesto que el 40% de los consumidores de cannabis del país están indecisos sobre si registrarse en el sistema para obtener cannabis¹⁸³, y el resto ha indicado que tienen la intención de inscribirse en el registro y obtener la droga a través de las farmacias¹⁸⁴.

Resultados

Aunque han transcurrido tres años y medio desde que entraran en vigor los primeros reglamentos sobre cannabis legal en Colorado y Washington, los resultados de la legalización del cannabis en esas jurisdicciones aún no se conocen en profundidad y no se conocerán por algún tiempo. Algunos podrán comprobarse a más largo plazo, especialmente a medida que evolucionen los reglamentos y maduren los mercados. En los Estados Unidos será especialmente difícil evaluar los efectos de la legalización del cannabis, pues muchos estados han efectuado modificaciones graduales de sus leyes sobre el cannabis durante los últimos años que pueden haber afectado a las tendencias de los resultados antes de la legalización del cannabis para uso recreativo. Actualmente, los mejores datos sobre los resultados de la legalización del cannabis proceden de Colorado y Washington, los estados que primero adoptaron la legislación sobre el cannabis. No se puede decir lo mismo de las demás jurisdicciones de los Estados Unidos (Alaska, Oregón y Washington D.C.) o del Uruguay, que aún no han establecido plenamente sus sistemas de venta al por menor.

Consumo de cannabis

En los Estados Unidos, la Encuesta Nacional sobre la Salud y el Consumo de Drogas indicó que la prevalencia del consumo de cannabis en el mes anterior en los mayores de 12 años había aumentado de aproximadamente un 6% a mediados del decenio de 2000 al 8% en el período 2013-2014. Sin embargo, en las jurisdicciones que legalizaron el cannabis para uso recreativo, en las que la prevalencia del consumo de cannabis en el mes anterior siempre ha sido más alta, la prevalencia en el mes anterior aumentó con mayor rapidez que a nivel nacional durante ese período. Los datos disponibles parecen indicar que el aumento de la prevalencia del consumo de cannabis en el mes anterior está impulsado por el aumento del consumo entre los adultos jóvenes (personas de 18 a 25 años de edad), que es más pronunciado en Colorado, donde la prevalencia del consumo de cannabis en el mes anterior aumentó de aproximadamente el 27% en 2011 al 31% en 2014. En el Uruguay, la prevalencia del consumo de cannabis es

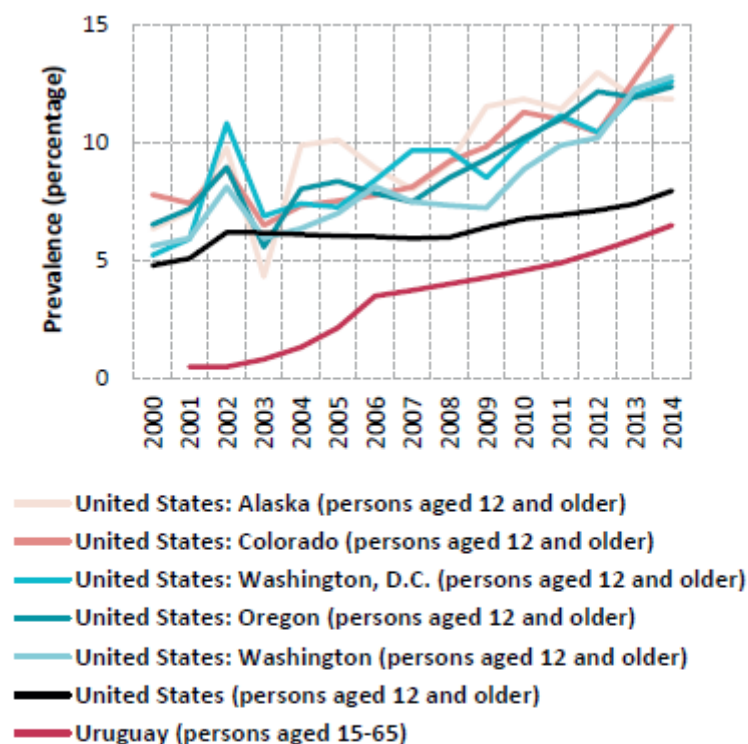
¹⁸² Uruguay, Junta Nacional de Drogas, “Regulación controlada del mercado de marihuana: una alternativa al control penal y a la criminalización de los usuarios”. Puede consultarse en www.infodrogas.gub.uy.

¹⁸³ Maria F. Boidi, Rosario Queirolo y José M. Cruz, “Marijuana consumption patterns among frequent consumers in Montevideo”, ponencia presentada en la novena Conferencia de la Sociedad Internacional para el Estudio de la Política sobre Drogas, Gante (Bélgica), 19 a 22 de mayo de 2015.

¹⁸⁴ Daniela Kreher, “Uruguay: a dos años de la aprobación de la ley que regula el cannabis” (Montevideo, IEPES, 2016). Se puede consultar en <http://esiglesia.org/>.

mucho más baja, pero las encuestas de hogares parecen indicar que existía una tendencia al aumento incluso antes de la legalización del consumo de cannabis. Las tendencias del consumo de cannabis pueden variar a medida que evoluciona la curva de la demanda en respuesta a cambios de precio, disponibilidad y normas sociales.

GRÁFICO 56 Prevalencia del consumo de cannabis en el mes anterior en la población en general de los Estados Unidos, incluidas determinadas zonas, y el Uruguay, 2000-2014

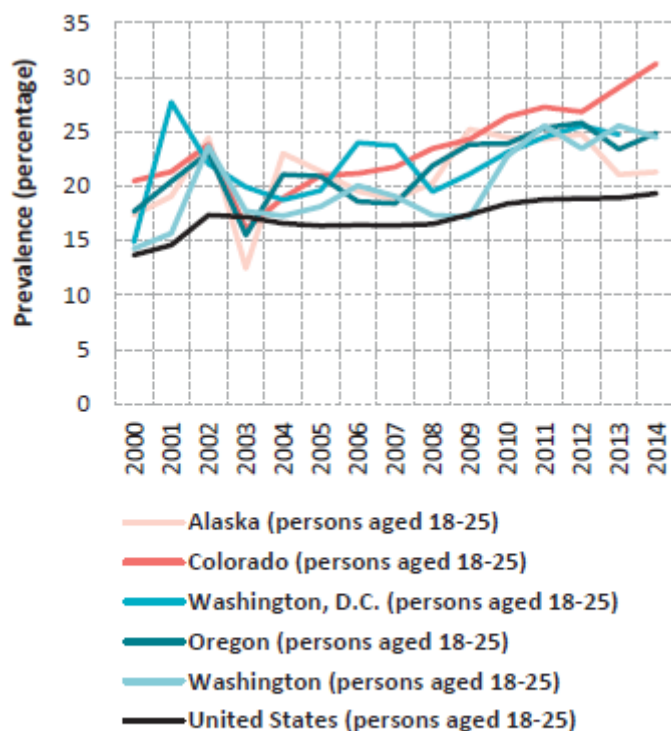


Source: United States, Department of Health and Human Services, SAMHSA, National Survey on Drug Use and Health; and Uruguay, Junta Nacional de Drogas, Observatorio Uruguayo de Drogas, Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Hogares.

Prevalence (percentage)	Prevalencia (porcentaje)
United States: Alaska (persons aged 12 and older)	Estados Unidos: Alaska (personas mayores de 12 años)
United States: Colorado (persons aged 12 and older)	Estados Unidos: Colorado (personas mayores de 12 años)
United States: Washington, D.C. (persons aged 12 and older)	Estados Unidos: Washington, D.C. (personas mayores de 12 años)
United States: Oregon (persons aged 12 and older)	Estados Unidos: Oregón (personas mayores de 12 años)
United States: Washington (persons aged 12 and older)	Estados Unidos: Washington (personas mayores de 12 años)
United States (persons aged 12 and older)	Estados Unidos (personas mayores de 12 años)
Uruguay (persons aged 15-65)	Uruguay (personas de 15 a 65 años)

Fuente: Estados Unidos, Departamento de Salud y Servicios Humanos, SAMHSA, Encuesta Nacional sobre la Salud y el Consumo de Drogas; y Uruguay, Junta Nacional de Drogas, Observatorio Uruguayo de Drogas, Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Hogares.

GRÁFICO 57 Prevalencia del consumo de cannabis en el mes anterior en adultos jóvenes en los Estados Unidos, incluidas determinadas zonas, 2000-2014



Source: United States, Department of Health and Human Services, SAMHSA, National Survey on Drug Use and Health.

Prevalence (percentage)	Prevalencia (porcentaje)
Alaska (persons aged 18-25)	Alaska (personas de 18 a 25 años)
Colorado (persons aged 18-25)	Colorado (personas de 18 a 25 años)
Washington, D.C. (persons aged 18-25)	Washington, D.C. (personas de 18 a 25 años)
Oregon (persons aged 18-25)	Oregón (personas de 18 a 25 años)
Washington (persons aged 18-25)	Washington (personas de 18 a 25 años)
United States (persons aged 18-25)	Estados Unidos (personas de 18 a 25 años)

Fuente: Estados Unidos, Departamento de Salud y Servicios Humanos, SAMHSA, Encuesta Nacional sobre la Salud y el Consumo de Drogas.

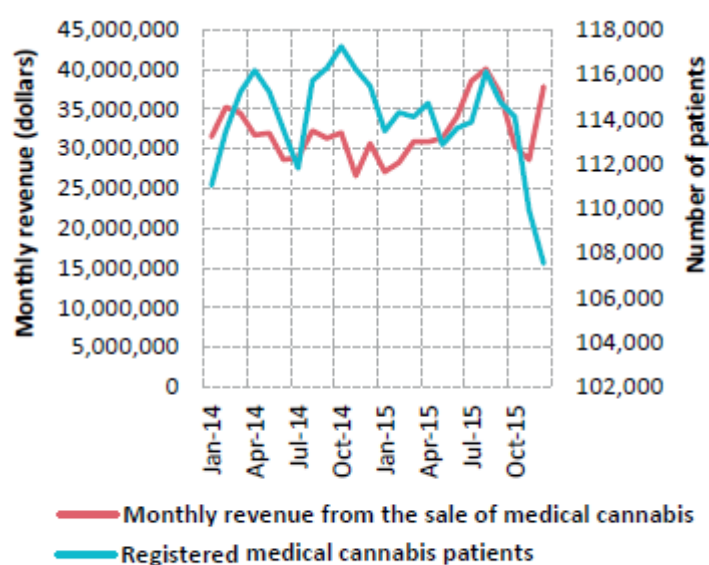
Los mercados de cannabis para uso médico después de la legalización en los Estados Unidos

No está claro que la legalización del cannabis para consumo recreativo vaya a tener algún efecto discernible en el tamaño del mercado de cannabis para uso médico. La finalidad inicial de las leyes sobre el cannabis para uso médico era facilitar el acceso al cannabis a las personas con una necesidad médica acreditable. Desde la legalización del uso recreativo del cannabis, las personas ya pueden obtener cannabis sin tener una recomendación médica y sin presentar sus datos personales para que se introduzcan en una base de datos administrada por el estado. Sin embargo, los mercados de cannabis para uso recreativo en la mayoría de las jurisdicciones tienen actualmente precios más altos (incluidos los impuestos) y a menudo cuentan con menos puntos de venta al por menor que el mercado de cannabis para uso médico existente. La introducción de mercados regulados de cannabis para uso recreativo tal vez no constituya un

incentivo para que los pacientes registrados o que cumplen los requisitos renuncien a los beneficios de su condición de consumidores de cannabis con fines médicos¹⁸⁵.

Tras la legalización del consumo de cannabis con fines no médicos, el número de pacientes inscritos en el registro obligatorio de pacientes de cannabis con fines médicos se mantuvo bastante estable, aunque disminuyó en el último trimestre de 2015. Además, las ventas mensuales de cannabis con fines médicos no han mostrado una tendencia descendente en los dos años transcurridos desde la legalización. Dada la evolución de los mercados y la validez de un año de las tarjetas de identificación de los consumidores de cannabis con fines médicos, los efectos de la legalización en el mercado del cannabis para uso médico pueden tardar mucho más en darse a conocer en las jurisdicciones que tienen mercados de cannabis tanto para uso médico como para uso recreativo.

GRÁFICO 58 Mercado de cannabis para uso médico en el estado de Colorado (Estados Unidos), 2014-2015



Source: Colorado Department of Public Health and Environment and Colorado Department of Revenue.

45,000,000 etc.	45.000.000 etc.
118,000 etc.	118.000 etc.
Monthly revenue (dollars)	Ingresos mensuales (dólares)
Number of patients	Número de pacientes
Jan-14 Apr-14 Jul-14 Oct-14 Jan-15 Apr-15 Jul-15 Oct-15	Ene-14 Abr-14 Jul-14 Oct-14 Ene-15 Abr-15 Jul-15 Oct-15
Monthly revenue from the sale of medical cannabis	Ingresos mensuales de la venta de cannabis para uso médico
Registered medical cannabis patients	Pacientes de cannabis para uso médico inscritos en el registro

Fuente: Departamento de Salud Pública y Medio Ambiente de Colorado y Departamento de Hacienda de Colorado.

¹⁸⁵ Clinton W. Saloga, "The effect of legalized retail marijuana on the demand for medical marijuana in Colorado", ponencia presentada en la novena Conferencia de la Sociedad Internacional para el Estudio de la Política sobre Drogas, Gante (Bélgica), 19 a 22 de mayo de 2015.

En Colorado, y actualmente en Oregón, se ha permitido a las tiendas de cannabis que operen simultáneamente como tiendas de cannabis para uso recreativo y para uso médico, pero a largo plazo no está claro si esos sistemas serán independientes o estarán entrelazados o si un sistema se incorporará al otro, como en el estado de Washington.

Productos y potencia

La potencia del cannabis en los Estados Unidos ha ido aumentando durante los tres últimos decenios, especialmente en las jurisdicciones que han permitido dispensarios para uso médico¹⁸⁶. En comparación con el promedio nacional del 11% (basado en datos del período 2002-2008)¹⁸⁷, el contenido medio de THC de la hierba de cannabis para uso recreativo vendida en los estados de Washington y Colorado es casi del 17%, y algunas muestras llegan al 30%. Los datos sobre la potencia del cannabis son escasos en el Uruguay, ya que las autoridades de ese país comenzaron hace poco a analizar el cannabis incautado¹⁸⁸, pero el Gobierno se ha planteado limitar al 15% el contenido de THC de los productos de cannabis vendidos en las farmacias. Según las autoridades, este límite se ha establecido con miras a reducir los riesgos para la salud causados por el consumo de cannabis.

La innovación en los mercados comerciales también ha dado lugar al aumento de la disponibilidad de una amplia gama de productos de cannabis, especialmente extracto de cannabis concentrado y productos comestibles con infusión de cannabis, que suscitan preocupaciones adicionales en materia de salud pública. En 2014, esos productos representaron un 35% estimado de las ventas al por menor de cannabis para uso recreativo en Colorado¹⁸⁹. La gran potencia de los concentrados a base de extractos como el aceite, la “cera” o el “cascajo” que pueden tener un contenido de THC de hasta un 80% o 90%; la vaporización de esos productos supone una inhalación rápida de grandes cantidades de THC, lo que dificulta que incluso los consumidores con experiencia puedan determinar una dosis apropiada y puede dar lugar a la sobreintoxicación. Con los productos comestibles, el inicio más lento y la duración más prolongada de la intoxicación podría aumentar el riesgo de sobreintoxicación, especialmente para los consumidores nuevos o sin experiencia¹⁹⁰.

Un enfoque común de la reglamentación de esos productos ha consistido en aplicar estrictos requisitos de empaquetado y etiquetado. Los cuatro estados de los Estados Unidos exigen que los comestibles con infusión de cannabis se empaqueten en porciones individuales según la cantidad de THC: Washington y Colorado establecieron la cantidad de la porción en 10 miligramos de THC; y en Alaska y Oregón, los proyectos de reglamento propusieron un máximo de 5 miligramos¹⁹¹. Además, Washington exige que todos los productos derivados del cannabis se sometan, antes de su aprobación, a un proceso para determinar si resultan atractivos para los niños¹⁹², y Oregón está estudiando una norma similar¹⁹³.

¹⁸⁶ Eric L. Sevigny, Rosalie L. Pacula y Paul Heaton, “The effects of medical marijuana laws on potency”, *International Journal of Drug Policy*, vol. 25, núm. 2 (2014), págs. 308 a 319.

¹⁸⁷ Zlatko 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 (2010), págs. 1209 a 1217.

¹⁸⁸ Inés Acosta y Emilio Godoy, “Marihuana, de las sombras a los laboratorios”, *Inter Press Service*, 24 de septiembre de 2013.

¹⁸⁹ Adam Orens y otros, “Marijuana equivalency in portion and dosage: an assessment of physical and pharmacokinetic relationships in marijuana production and consumption in Colorado” (Boulder, Colorado, Marijuana Policy Group, University of Colorado Boulder, Leeds School of Business, 2015).

¹⁹⁰ Mark A. R. Kleiman, “Legal commercial cannabis sales in Colorado and Washington: what can we learn?” (Washington, D.C., Brookings Institute, 2015).

¹⁹¹ Estados Unidos, Oregón, Oficina del Secretario de Estado, *Oregon Administrative Rules* (Salem, Oregon Health Authority, Public Health Division, 2015), cap. 333, división 7.

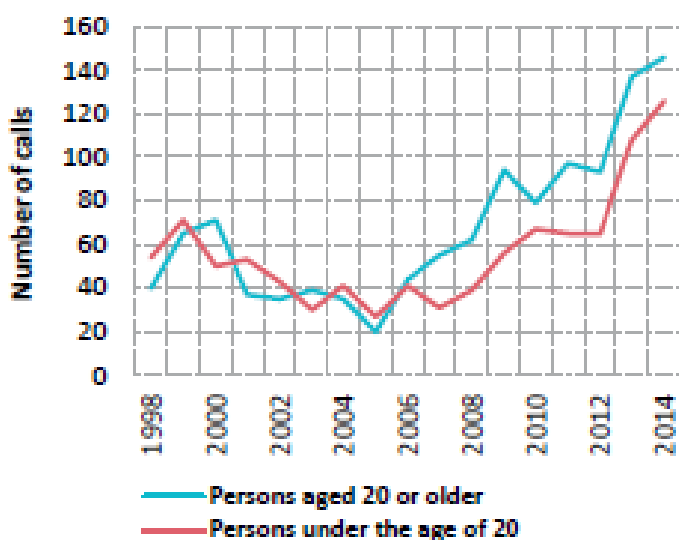
¹⁹² Estados Unidos, Government Accountability Office, *State Marijuana Legalization: DOJ Should Document Its Approach to Monitoring the Effects of Legalization*, GAO report GAO-16-1 (Washington, D.C., diciembre de 2015).

Consecuencias sanitarias

La proliferación de extracto de cannabis concentrado y de productos comestibles con infusión de cannabis ha suscitado preocupaciones de ingestión accidental o sobreintoxicación, especialmente entre los niños y los consumidores inexpertos, ya que esos productos pueden parecerse a menudo a dulces conocidos¹⁹⁴. Desde la legalización del cannabis para uso recreativo en los estados de Colorado y Washington, han aumentado los incidentes de ingestión accidental de cannabis entre niños de corta edad. En Colorado, el número de casos de exposición a productos comestibles con infusión de cannabis entre niños pequeños casi se quintuplicó, de 19 casos en 2013 a 95 en 2014, y el número de llamadas al Centro de Toxicología de Washington de personas menores de 20 años por exposición al cannabis se ha duplicado desde el período 2010-2011¹⁹⁵. No está claro hasta qué punto ha tenido un efecto en esos casos la legalización del cannabis para uso recreativo, ya que los productos comestibles con infusión de cannabis y el extracto concentrado de cannabis ya existían en cierta medida en los mercados de cannabis para uso médico regulados con poca rigurosidad años antes de la legalización del cannabis para uso recreativo.

Es posible que la legalización del consumo de cannabis con fines recreativos también haya incrementado el número de accidentes o lesiones asociados al consumo o la intoxicación de cannabis. En 2014, en el plazo de un año desde la legalización del consumo de cannabis con fines recreativos, hubo un aumento del 29% del número de visitas relacionadas con el cannabis a las salas de urgencias en Colorado y un aumento del 38% del número de hospitalizaciones relacionadas con el cannabis¹⁹⁶.

GRÁFICO 59 Llamadas por exposición al cannabis al Centro de Toxicología de Washington del estado de Washington (Estados Unidos), 1998-2014



Source: Washington Poison Center.

¹⁹³ Oregon Liquor Control Commission, Recreational marijuana, Packaging and labeling pre-approval. Se puede consultar en www.oregon.gov/olcc/.

www.oregon.gov/olcc/marijuana/Pages/PackagingLabelingPre-Approval.aspx.

¹⁹⁴ Robert J. MacCoun y Michelle M. Mello, “Half-baked: the retail promotion of marijuana edibles”, *New England Journal of Medicine*, vol. 372, núm. 11 (2015), págs. 989 a 991.

¹⁹⁵ Estados Unidos, Zona de Tráfico de Drogas de Gran Intensidad de las Montañas Rocosas, *Legalization of Marijuana in Colorado: The Impact*, vol. 3 (septiembre de 2015).

¹⁹⁶ *Ibid.*

Number of calls	Número de llamadas
Persons aged 20 or older	Personas mayores de 20 años
Persons under the age of 20	Personas menores de 20 años

Fuente: Centro de Toxicología de Washington.

Los datos sobre el tratamiento de los trastornos relacionados con el consumo de cannabis son desiguales: en Colorado, el número de ingresos para ese tratamiento se mantuvo estable de 2011 a 2014, mientras que en Washington y en el conjunto del país ese número ha ido disminuyendo desde 2009. Sin embargo, el descenso del número de ingresos para tratamiento del consumo de cannabis en los Estados Unidos puede estar vinculado a los cambios en el proceso de derivación utilizado por el sistema de justicia penal (véase el análisis en este capítulo sobre el tratamiento del consumo de cannabis en la sección titulada “Alcance del consumo de drogas”). Actualmente no se dispone de datos sobre ingresos para tratamiento de trastornos relacionados con el consumo de cannabis en el Uruguay.

Seguridad pública

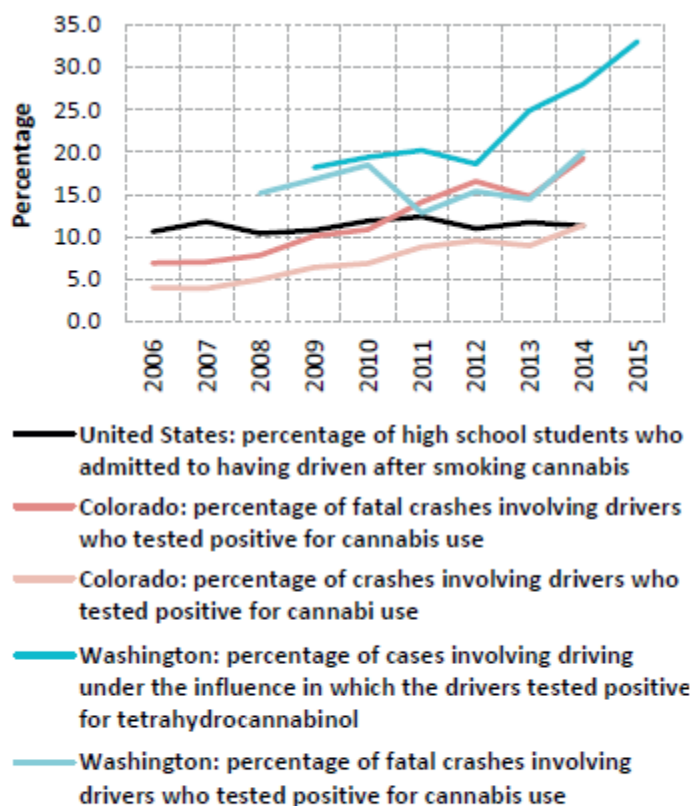
Es probable que la mayor disponibilidad de cannabis para uso recreativo haga aumentar el número de consumidores que conducen automóviles bajo los efectos del cannabis. Varios estudios parecen indicar que el cannabis es menos peligroso que el alcohol por lo que se refiere al deterioro de la capacidad de conducir, pero mucho más peligroso cuando se consume mezclado^{197, 198, 199}. Los datos de los estados de Colorado y Washington muestran un aumento sustancial del número de casos en que los conductores involucrados en accidentes de tráfico o detenidos por violaciones de conducción bajo los efectos del alcohol o drogas han dado resultados positivos en los análisis de cannabis. Sin embargo, ello puede haber sido consecuencia de un mayor escrutinio por parte de las autoridades encargadas de hacer cumplir la ley.

¹⁹⁷ Richard P. Compton y Amy Berning, “Drug and alcohol crash risk”, informe núm. DOT HS 812117 (Washington, D.C., Departamento de Transporte de los Estados Unidos, National Highway Traffic Safety Administration, Office of Behavioral Safety Research, febrero de 2015).

¹⁹⁸ Rebecca L. Hartman y otros, “Cannabis effects on driving lateral control with and without alcohol”, *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 154 (2015), págs. 25 a 37.

¹⁹⁹ Johannes G. Ramaekers, Hindrik W. J. Robbe y James F. O’Hanlon, “Marijuana, alcohol and actual driving performance”, *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, vol. 15, núm. 7 (2000), págs. 551 a 558.

GRÁFICO 60 Accidentes de tráfico relacionados con el cannabis y víctimas mortales de todos los accidentes de tráfico y víctimas mortales en los Estados Unidos, incluidos determinados estados, 2006-2015

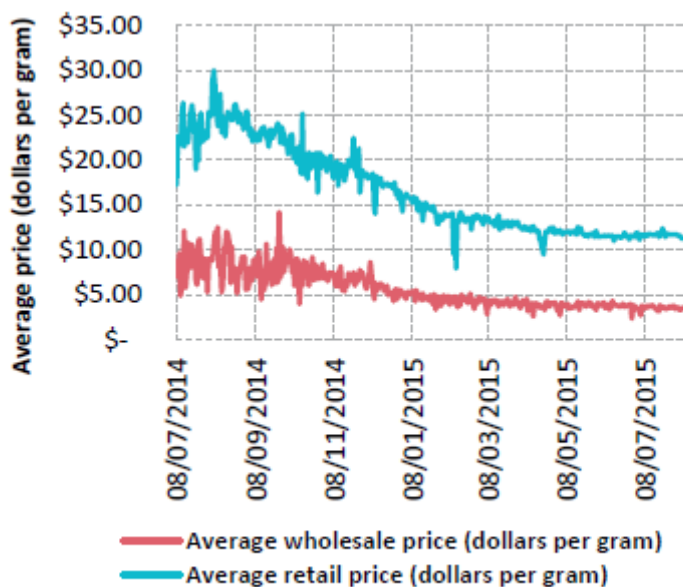


Source: Monitoring the Future; National Highway Traffic Safety Administration's Fatality Analysis Reporting System; Colorado Department of Transportation; and Washington State Toxicology Laboratory.

35.0 etc.	35,0 etc.
Percentage	Porcentaje
United States: percentage of high school students who admitted to having driven after smoking cannabis	Estados Unidos: porcentaje de estudiantes de enseñanza superior que reconocieron haber conducido después de fumar cannabis
Colorado: percentage of fatal crashes involving drivers who tested positive for cannabis use	Colorado: porcentaje de accidentes mortales con conductores que dieron positivo en los análisis de consumo de cannabis
Colorado: percentage of crashes involving drivers who tested positive for cannabis use	Colorado: porcentaje de accidentes con conductores que dieron positivo en los análisis de consumo de cannabis
Washington: percentage of cases involving driving under the influence in which the drivers tested positive for tetrahydrocannabinol	Washington: porcentaje de casos de conducción bajo los efectos de las drogas en los que los conductores dieron positivo en los análisis de tetrahydrocannabinol
Washington: percentage of fatal crashes involving drivers who tested positive for cannabis use	Washington: porcentaje de accidentes mortales con conductores que dieron positivo en los análisis de consumo de cannabis

Fuente: Monitoring the Future; National Highway Traffic Safety Administration’s Fatality Analysis Reporting System; Departamento de Transporte de Colorado; y Laboratorio de Toxicología del Estado de Washington.

GRÁFICO 61 Precios de mercado del cannabis para uso recreativo después de impuestos en el estado de Washington (Estados Unidos), diciembre de 2014 a diciembre de 2015



Source: Washington State Liquor and Cannabis Board.

\$35.00 etc.	\$35,00 etc.
Average price (dollars per gram)	Precio medio (dólares por gramo)
Average wholesale price (dollars per gram)	Precio medio de venta al por mayor (dólares por gramo)
Average retail price (dollars per gram)	Precio medio de venta al por menor (dólares por gramo)

Fuente: Junta del Alcohol y el Cannabis del Estado de Washington.

Mercados de cannabis

Pese a la legalización del consumo de cannabis con fines recreativos, el mercado ilícito de cannabis no se ha visto completamente desplazado en los estados de Colorado y Washington. En Washington, los mercados de cannabis para uso médico, cannabis para uso recreativo y cannabis ilícito representan respectivamente aproximadamente la tercera parte de las ventas de cannabis en el estado²⁰⁰, y en Colorado el mercado ilícito de cannabis seguía suministrando según las estimaciones un 40% de la demanda total de cannabis del estado en 2014.

A corto plazo, es probable que los precios del cannabis se mantengan más altos en el mercado de cannabis para uso recreativo que en los mercados de cannabis para uso médico y de cannabis ilícito, debido en parte a una oferta limitada, la tributación más elevada y la carga regulatoria. Aunque la comercialización ya se había producido en cierta medida en los mercados de cannabis para uso médico, la maduración de los mercados lícitos de cannabis ya ha hecho bajar considerablemente los precios al por menor, por el aumento de la competencia y el hecho de que

²⁰⁰ Mark A. R. Kleiman y otros, “Estimating the size of the medical cannabis market in Washington State” (Los Ángeles, California, BOTEC Analysis Corporation, 2015).

las empresas logran alcanzar economías de escala²⁰¹. Los precios han bajado en Washington desde 2014²⁰², y en Colorado el precio medio de un octavo de onza de cannabis (3,5 gramos, la cantidad comprada con más frecuencia) registró un espectacular descenso de casi 60 dólares a mediados de 2014 a 25-40 dólares en noviembre de 2015²⁰³. La normativa uruguaya no ha establecido aún un precio, pero se proyecta establecerlo entre 1,20 y 1,30 dólares por gramo de cannabis²⁰⁴.

Cada una de las jurisdicciones que han legalizado el consumo de cannabis ha elaborado un régimen tributario único para el cannabis lícito (véase el cuadro de la página xlv del anexo del presente informe). Los mercados de cannabis para uso recreativo de Colorado y Washington han crecido considerablemente desde que se implantaron esos regímenes. En Colorado, los beneficios del mercado de cannabis para uso recreativo ascendieron a casi 600 millones de dólares en 2015, en comparación con 313 millones de dólares en 2014. El estado recaudó 56 millones de dólares en concepto de ingresos fiscales por impuestos al cannabis para uso recreativo en 2014 y más de 114 millones de dólares en 2015. Aunque esas cifras son voluminosas, representan tan solo una proporción muy pequeña de los ingresos totales del estado, que totalizaron casi 11.000 millones de dólares en el ejercicio financiero de 2014²⁰⁵. En Colorado, los primeros 40 millones de dólares de ingresos tributarios están destinados a las escuelas públicas, tal como lo exige la ley. Los demás ingresos se distribuyen principalmente a la División de Aplicación de la Ley sobre Marihuana y a programas de salud pública, como programas de intervención y prevención del uso indebido de sustancias y campañas educativas²⁰⁶.

²⁰¹ Jonathan P. Caulkins, “Estimated cost of production for legalized cannabis”, Working Paper No. WR-764-RC (Santa Mónica, California, RAND Corporation, 2010).

²⁰² B. Smith, Junta del Alcohol y el Cannabis del Estado de Washington., “Data on LCB prices”, correspondencia por correo electrónico, 2016.

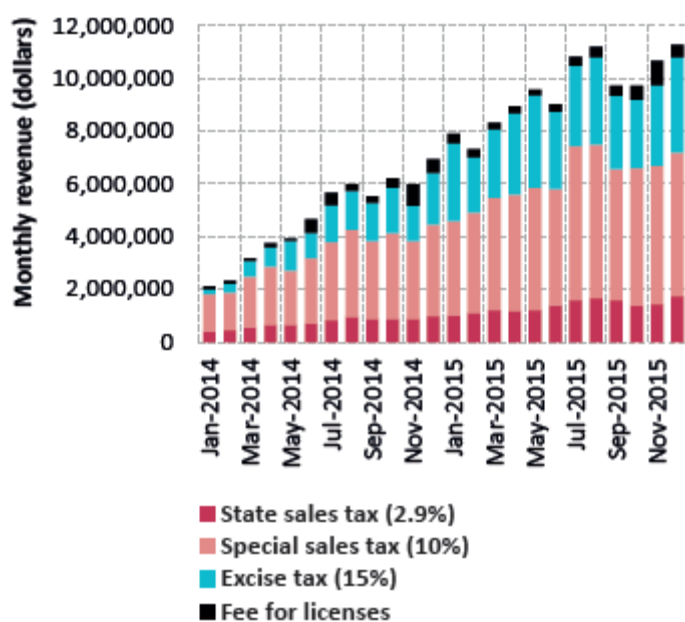
²⁰³ Jessica Rabe, “Marijuana store survey and industry outlook Q4 2015”, 18 de diciembre de 2015. Se puede consultar en www.convergex.com/.

²⁰⁴ “Cannabis llega a farmacias en 8 meses; tres porros, US\$ 1,20”, *El País* (Montevideo), 2 de octubre de 2015. Se puede consultar en <http://www.elpais.com.uy/informacion/cannabis-llega-farmacias-meses-tres.html>.

²⁰⁵ Estados Unidos, Departamento de Ingresos Fiscales de Colorado, *2014 Annual Report*, (2015).

²⁰⁶ Larson Silbaugh, “Distribution of marijuana tax revenue”, Issue Brief No. 15-10 (Denver, Colorado Legislative Council Staff, 2015).

GRÁFICO 62 Venta de cannabis al por menor: ingresos mensuales por el impuesto sobre las ventas, el impuesto sobre el consumo y tasas de licencias y solicitudes en el estado de Colorado (Estados Unidos), 2014-2015

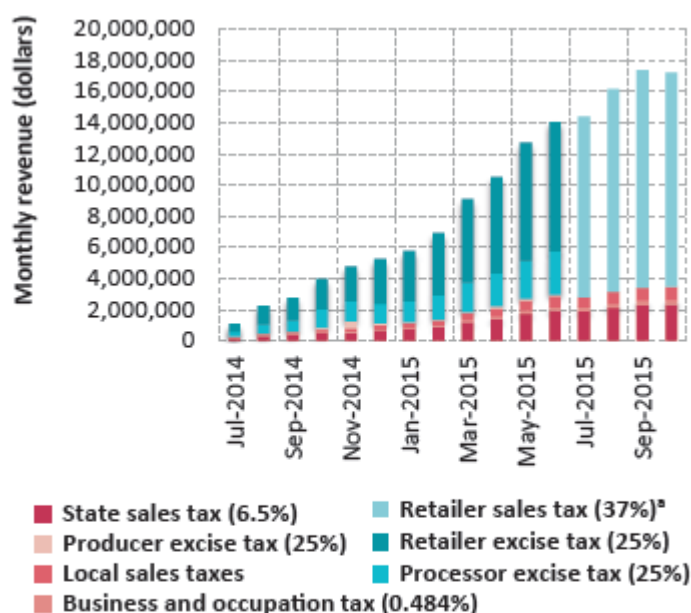


Source: Colorado Department of Revenue.

12,000,000 etc.	12.000.000 etc.
Monthly revenue (dollars)	Ingresos fiscales mensuales (dólares)
Jan-2014 Mar-2014 May-2014 Jul-2014 Sep-2014 Nov-2014 Jan-2015 Mar-2015 May-2015 Jul-2015 Sep-2015 Nov-2015	Ene-14 Mar-2014 May-2014 Jul-2014 Sep-2014 Nov-2014 Ene-2015 Mar-2015 May-2015 Jul-2015 Sep-2015 Nov-2015
State sales tax (2.9%)	Impuesto estatal sobre las ventas (2,9%)
Special sales tax (10%)	Impuesto especial sobre las ventas (10%)
Excise tax (15%)	Impuesto especial de consumo (15%)
Fee for licenses	Tasas de licencias

Fuente: Departamento de Ingresos Fiscales de Colorado.

GRÁFICO 63 Ingresos mensuales de la venta de cannabis para uso recreativo en el estado de Washington (Estados Unidos), julio de 2014 a octubre de 2015



Source: Washington State Liquor and Cannabis Board; and Washington State Department of Revenue

^a The excise tax was changed to 37 per cent on 1 July 2015.

20,000,000 etc.	20.000.000 etc.
Monthly revenue (dollars)	Ingresos fiscales mensuales (dólares)
Jul-2014 Sep-2014 Nov-2014 Jan-2015 Mar-2015 May-2015 Jul-2015 Sep-2015	Jul-2014 Sep-2014 Nov-2014 Ene-2015 Mar-2015 May-2015 Jul-2015 Sep-2015
State sales tax (6.5%)	Impuesto estatal sobre las ventas (6,5%)
Producer excise tax (25%)	Impuesto especial de consumo al productor (25%)
Local sales taxes	Impuestos locales sobre las ventas
Business and occupation tax (0.484%)	Impuesto de empresas y de ocupación (0,484%)
Retailer sales tax (37%) ^a	Impuesto sobre las ventas de minoristas (37%) ^a
Retailer excise tax (25%)	Impuesto especial de consumo a minoristas (25%)
Processor excise tax (25%)	Impuesto especial de consumo al elaborador (25%)

Fuente: Junta del Alcohol y el Cannabis del Estado de Washington; y Departamento de Ingresos Fiscales del Estado de Washington.

^a El impuesto especial de consumo fue modificado al 37% el 1 de julio de 2015.

En Washington, en el ejercicio financiero de 2015 (julio de 2014 a junio de 2015), las ventas de cannabis legal totalizaron 256 millones de dólares. Solo ocho meses después del comienzo del ejercicio financiero de 2016, las ventas ya se han duplicado con creces, alcanzando casi 580 millones de dólares. Washington recaudó 65 millones de dólares en ingresos fiscales en el ejercicio financiero de 2015 (lo que representó el 0,3% de los ingresos totales del estado) y más de 100 millones durante los ocho primeros meses del ejercicio financiero de 2016^{207, 208}. Todos los ingresos fiscales recaudados de la producción y venta de cannabis para uso recreativo se destinan al fondo general de Washington, con la excepción de las asignaciones para determinados programas: 5 millones de dólares a la Junta del Alcohol y el Cannabis del Estado de Washington para regular la industria; 500.000 dólares a la Encuesta de Juventud Sana del Estado de Washington; 200.000 dólares para financiar análisis de costos y beneficios de los efectos de la legalización del cannabis en la economía, la salud pública y la seguridad pública; y 20.000 dólares a la Iniciativa sobre el Uso Indebido de Alcohol y Drogas de la Universidad de Washington para publicar información médica y científicamente exacta sobre el cannabis.

En Oregón no se dispone aún de datos sobre las ventas o los ingresos fiscales iniciales, aunque la Comisión de Control del Alcohol de Oregón ha indicado que los ingresos fiscales por ventas de cannabis para uso recreativo después de deducir los gastos de regulación se distribuirán de la siguiente forma: el 40% al fondo escolar común; 20% para servicios de tratamiento de salud mental, alcoholismo y consumo de drogas; 15% a los departamentos de policía estatal; y 5% a la Autoridad de Salud de Oregón para la prevención del consumo de alcohol y drogas.

En el Uruguay se ha aplazado la tributación sobre la venta de cannabis, aunque el IRCAA podría imponer un impuesto en el futuro. Aunque Colorado y Washington son ejemplos de que los ingresos fiscales derivados de la legalización del cannabis pueden ser considerables, aún no está claro cómo se compararán los costos totales de diseñar, implantar y regular un mercado de cannabis legal con los costos actuales de la prohibición del cannabis. Un factor importante para la legalización es si los costos de hacer cumplir la prohibición superan los costos presupuestarios de la regulación. En un reciente estudio se calculó que, en 2014, el Estado de Vermont gastó aproximadamente 1 millón de dólares en hacer cumplir las leyes penales contra el cannabis en comparación con una estimación de “una cifra baja a mediana de 1 a 9 millones” de dólares para establecer y mantener un régimen regulador²⁰⁹. Sin embargo, es preciso ponderar esos costos con los ingresos fiscales, que cubren los costos corrientes de las regulaciones y los factores externos adicionales, como el aumento de los costos de prevención y tratamiento, que a menudo no están incluidos en los presupuestos de los organismos reguladores.

Justicia penal

El número de detenciones y causas judiciales asociadas a delitos relacionados con el cannabis ha disminuido sustancialmente en los estados que han legalizado el cannabis. Cabe señalar, sin embargo, que esa tendencia refleja el número de delitos registrados en el sistema de justicia penal, y que, antes de la legalización, los delitos relacionados con el cannabis no tienen que haber dado lugar necesariamente a enjuiciamiento o condena. No se dispone con facilidad de datos sobre otras interacciones policiales relacionadas con el cannabis, como citas o advertencias verbales por consumo público. El Uruguay no desglosa sus cifras de justicia penal por delitos relacionados con las drogas, aunque las detenciones anuales globales relacionadas

²⁰⁷ Junta del Alcohol y el Cannabis del Estado de Washington, “Weekly marijuana report”, 6 de abril de 2016. Se puede consultar en www.leb.wa.gov/.

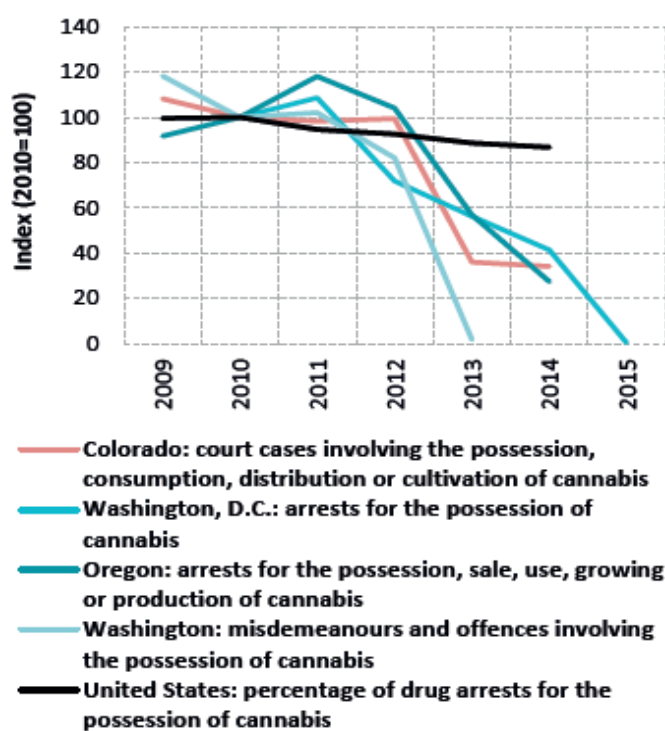
²⁰⁸ Departamento de Ingresos Fiscales del Estado de Washington, División de Investigación y Análisis Fiscal, “Tax statistics 2015”, diciembre de 2015. Se puede consultar en www.dor.wa.gov/.

²⁰⁹ Jonathan P. Caulkins y otros, *Considering Marijuana Legalization: Insights for Vermont and other Jurisdictions* (Santa Mónica, California, RAND Corporation, 2015), p. 150.

con las drogas se han mantenido más o menos estables en el último decenio²¹⁰. Queda por ver si la legalización afecta a otros tipos de delitos o detenciones y de qué forma.

El cannabis de producción lícita e ilícita en las jurisdicciones que han legalizado el consumo de cannabis con fines recreativos puede utilizarse para suministrar a los mercados ilícitos de cannabis de las jurisdicciones vecinas, aunque es difícil evaluar el grado en que ha aumentado el contrabando como consecuencia de la legalización del cannabis. Sin embargo, en diciembre de 2014 los estados de Nebraska y Oklahoma solicitaron que el Tribunal Supremo de los Estados Unidos revocara la decisión de Colorado de legalizar el cannabis, quejándose de que la nueva ley de Colorado había generado un aumento del tráfico de cannabis en las jurisdicciones vecinas²¹¹. Análogamente, funcionarios de la Argentina y el Brasil expresaron preocupación tras la legalización del consumo de cannabis en el Uruguay²¹². La interceptación de cannabis originario de Colorado aumentó de 2011 a 2014²¹³, aunque puede haberse debido al aumento de los registros por las autoridades encargadas de hacer cumplir la ley. Las primeras declaraciones de funcionarios policiales del Uruguay indican que el tráfico de cannabis se ha mantenido igual y que los grupos delictivos organizados podrían haberse beneficiado en el período inicial antes del establecimiento del sistema de farmacias de venta al por menor²¹⁴.

GRÁFICO 64 Detenciones, cargos y delitos relacionados con el cannabis en los Estados Unidos, incluidas determinadas zonas, 2009-2015



Source: Colorado Judicial Branch; Washington State, Administrative Office of the Courts; Metropolitan Police Department of the District of Columbia; and Oregon Annual Uniform Crime Reports.

²¹⁰ Uruguay, Junta Nacional de Drogas, Observatorio Uruguayo de Drogas, “Indicadores de control de la oferta” (mayo de 2012).

²¹¹ Caulkins y otros, *Considering Marijuana Legalization*, pág. 4 (véase la nota 209).

²¹² “Preocupa a la región el proyecto de legalización de la marihuana”, *El País* (Montevideo), 9 de diciembre de 2013.

²¹³ *Legalization of Marijuana in Colorado* (véase la nota 195).

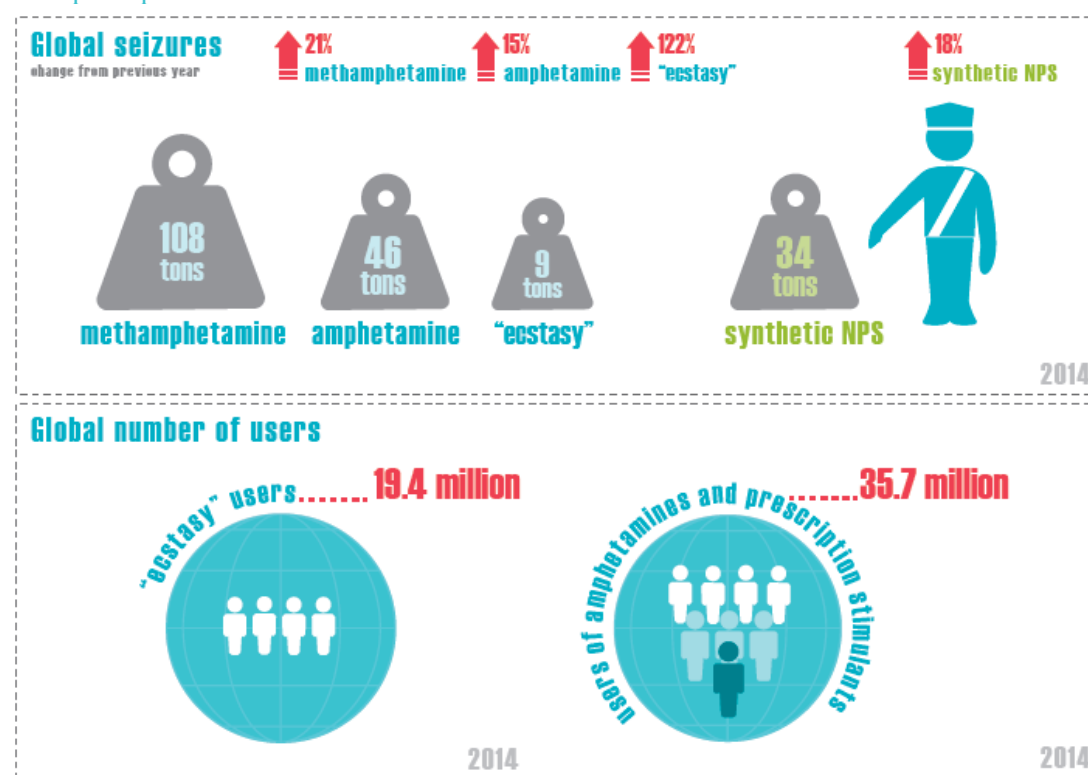
²¹⁴ “Policía: a pesar de regular, no varía comercio clandestino de marihuana”, *El País* (Montevideo), 28 de enero de 2016.

Index (2010=100)	Índice (2010 = 100)
Colorado: court cases involving the possession, consumption, distribution or cultivation of cannabis	Colorado: causas judiciales por posesión, consumo, distribución o cultivo de cannabis
Washington, D.C.: arrests for the possession of cannabis	Washington, D.C.: detenciones por posesión de cannabis
Oregon: arrests for the possession, sale, use, growing or production of cannabis	Oregón: detenciones por posesión, venta, consumo, cultivo o producción de cannabis
Washington: misdemeanours and offences involving the possession of cannabis	Washington: delitos leves y delitos graves de posesión de cannabis
United States: percentage of drug arrests for the possession of cannabis	Estados Unidos: porcentaje de detenciones relacionadas con drogas por posesión de cannabis

Fuente: Poder Judicial de Colorado; Estado de Washington, Oficina Administrativa de los Tribunales; Departamento de Policía Metropolitana del Distrito de Columbia; e Informes Anuales Uniformes sobre Delincuencia de Oregón.

DROGAS SINTÉTICAS: ESTIMULANTES DE TIPO ANFETAMÍNICO Y NUEVAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Cifras principales



Note: Amphetamines include both amphetamine and methamphetamine. Seizures of synthetic NPS refer to synthetic NPS only and do not include seizures of plant-based substances and ketamine.

Global seizures	Incautaciones mundiales
change from previous year	variación respecto del año anterior
methamphetamine	metanfetamina
amphetamine	anfetamina
"ecstasy"	éxtasis
tons	toneladas
synthetic NPS	NSP sintéticas

Global number of users	Número mundial de consumidores
“ecstasy” users	consumidores de éxtasis
19.4 million	19,4 millones
users of amphetamines and prescription stimulants	consumidores de anfetaminas y estimulantes de venta con receta
35.7 million	35,7 millones

Nota: Las anfetaminas incluyen la anfetamina y la metanfetamina. Las incautaciones de NSP sintéticas se refieren a esas sustancias solamente y no incluyen incautaciones de sustancias de origen vegetal y de ketamina.

Estimulantes de tipo anfetamínico: novedades del mercado

Los estimulantes de tipo anfetamínico son drogas sintéticas que, en principio, pueden fabricarse en cualquier lugar. A diferencia de la heroína y la cocaína, no dependen de la extracción de constituyentes activos de plantas que tienen que ser cultivadas y necesitan determinadas condiciones para desarrollarse. Existe la fabricación de estimulantes de tipo anfetamínico a pequeña escala utilizando “recetas” sencillas en los denominados “laboratorios caseros”, para la venta y el consumo locales, pero la fabricación de estimulantes de tipo anfetamínico a gran escala con equipo de fabricación avanzado que utiliza una gama de precursores y de vías de síntesis también desempeña un papel importante. Todo análisis del mercado de estimulantes de tipo anfetamínico resulta complicado por el hecho de que la información sobre la fabricación de estimulantes de tipo anfetamínico es limitada y no permite realizar estimaciones del volumen de fabricación mundial de esos estimulantes. Los datos sobre el consumo de estimulantes de tipo anfetamínico en algunos de los principales mercados, como Asia oriental y sudoriental, también son muy limitados, y la situación se complica aún más por la aparición de NSP, que a veces se venden bajo los nombres de estimulantes de tipo anfetamínico tradicionales.

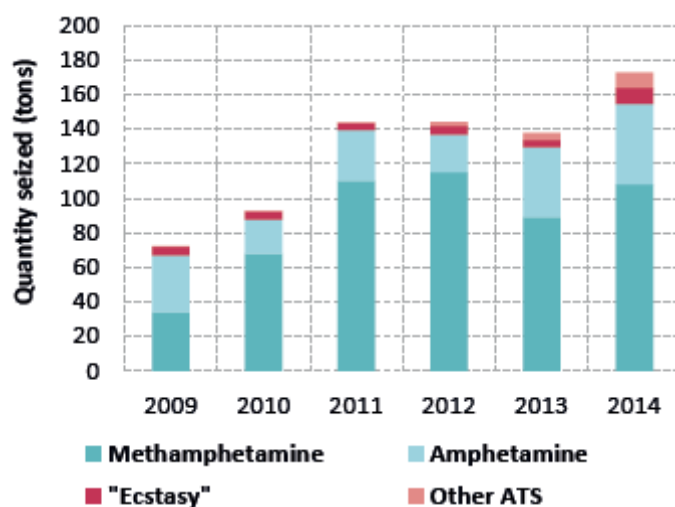
Las incautaciones mundiales de estimulantes de tipo anfetamínico alcanzan un nuevo máximo

Las incautaciones mundiales de estimulantes de tipo anfetamínico casi se duplicaron de 72 toneladas en 2009 a 144 toneladas en 2011. Después de tres años de estabilidad relativa, las incautaciones de estimulantes de tipo anfetamínico alcanzaron un nuevo máximo de 173 toneladas en 2014. Durante los últimos años, las incautaciones de metanfetamina han representado la mayor proporción de las incautaciones mundiales de estimulantes de tipo anfetamínico. Desde 2009, las incautaciones mundiales de anfetamina han fluctuado anualmente entre 20 y 46 toneladas. Las incautaciones de éxtasis se duplicaron con creces en 2014, alcanzando 9 toneladas, en comparación con 4-5 toneladas al año en el período 2009-2013.

La metanfetamina sigue dominando los mercados de estimulantes de tipo anfetamínico en América del Norte, Asia oriental y sudoriental y Oceanía

Aunque la metanfetamina es una característica de los mercados de estimulantes de tipo anfetamínico en todo el mundo, es especialmente dominante en Asia oriental y sudoriental y América del Norte. Desde 2009, a América del Norte y Asia oriental y sudoriental en conjunto les ha correspondido la mayor parte de la metanfetamina incautada en todo el mundo. América del Norte ha comunicado sistemáticamente la mayor cantidad de metanfetamina incautada cada año. Entre 2009 y 2014, las cantidades de metanfetamina incautadas en Asia oriental y sudoriental casi se cuadruplicaron.

GRÁFICO 65 Cantidades de estimulantes de tipo anfetamínico incautadas en todo el mundo, 2009-2014



Source: Responses to the annual report questionnaire.

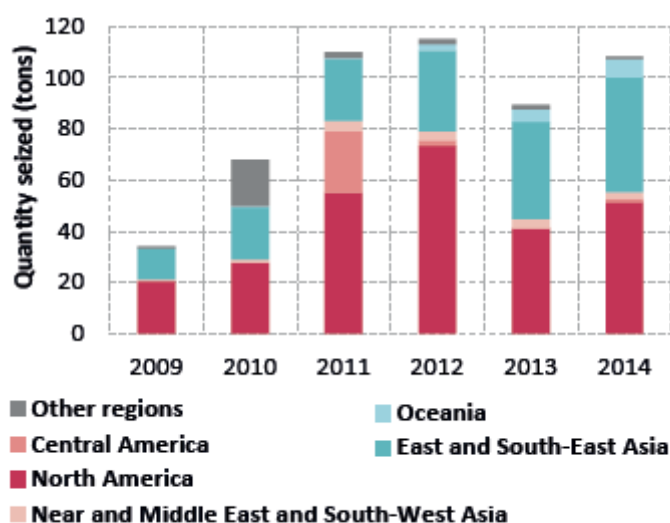
Note: The data presented in the figure do not include seizures of prescription stimulants and substances placed under international control after 2014.

Quantity seized (tons)	Cantidad incautada (toneladas)
Methamphetamine	Metanfetamina
Amphetamine	Anfetamina
"Ecstasy"	Éxtasis
Other ATS	Otros estimulantes de tipo anfetamínico

Fuente: Respuestas al cuestionario para los informes anuales.

Nota: Los datos presentados en el gráfico no incluyen incautaciones de estimulantes de venta con receta y sustancias sometidas a fiscalización internacional después de 2014.

GRÁFICO 66 Cantidades de metanfetamina incautadas en todo el mundo, 2009-2014



Source: Responses to the annual report questionnaire.

Quantity seized (tons)	Cantidad incautada (toneladas)
Other regions	Otras regiones
Central America	Centroamérica
North America	América del Norte
Near and Middle East and South-West Asia	Cercano Oriente y Oriente Medio y Asia sudoccidental
Oceania	Oceanía
East and South-East Asia	Asia oriental y sudoriental

Fuente: Respuestas al cuestionario para los informes anuales.

En los mercados de estimulantes de tipo anfetamínico de Asia oriental y sudoriental, la metanfetamina se puede obtener en forma de metanfetamina cristalina y comprimidos de metanfetamina. Los comprimidos de metanfetamina, llamados comúnmente “yaba” en la subregión, son pequeños comprimidos, generalmente de baja pureza y disponibles en varias formas y colores. Los comprimidos de metanfetamina se fabrican principalmente en la zona del Mekong en Asia oriental y sudoriental, y los informes sobre incautaciones indican que esas tabletas están destinadas principalmente a mercados de esa subregión. La metanfetamina cristalina se sigue fabricando en gran escala en Asia oriental y sudoriental y también es objeto de tráfico desde otras subregiones²¹⁵.

En Asia oriental y sudoriental existe un mercado grande y en expansión de comprimidos de metanfetamina y metanfetamina cristalina. En 2014, la metanfetamina cristalina era la droga que suscitaba más preocupación en Brunei Darussalam, Camboya, Filipinas, Indonesia, el Japón y la República de Corea, mientras que los comprimidos de metanfetamina eran la droga que suscitaba más preocupación en la República Democrática Popular Lao y Tailandia. Además, ese mismo año, los expertos percibieron un aumento del consumo de metanfetamina cristalina en Camboya, China, Filipinas, el Japón, Malasia y Viet Nam y un incremento del consumo de comprimidos de metanfetamina en Camboya, China, Malasia, Myanmar y Viet Nam. Los datos sobre tratamiento por consumo de drogas en Asia oriental y sudoriental indican que el consumo de metanfetamina ha pasado a ser una preocupación creciente. En 2014, las personas que

²¹⁵ UNODC, *The Challenge of Synthetic Drugs in East and South-East Asia: Trends and Patterns of Amphetamine-type Stimulants and New Psychoactive Substances* (Viena, 2015).

recibían tratamiento por consumo de metanfetamina constituyeron la mayor proporción de personas tratadas por consumo de drogas en Brunei Darussalam, Camboya, Filipinas, la República Democrática Popular Lao, Singapur y Tailandia²¹⁶. Aunque esos datos indican la importancia de las dos formas de metanfetamina, los datos sobre tratamiento no son representativos de la prevalencia global del consumo de metanfetamina y la demanda de tratamiento por consumo de metanfetamina en Asia oriental y sudoriental.

En Oceanía, tanto en Australia como en Nueva Zelanda se han registrado aumentos pronunciados de las incautaciones de metanfetamina desde 2012. En Australia, la metanfetamina se fabrica ilícitamente. Además, en Australia se produjo la llegada de remesas de metanfetamina cristalina a gran escala en cargamentos marítimos. Un informe del Gobierno ha puesto de relieve el número creciente de consumidores de metanfetamina en Australia, la mayor frecuencia de consumo de la droga entre determinados grupos de edades, un aumento de la pureza de la metanfetamina y una disminución de los precios ajustados en función de la pureza, y todo ello podría agravar los efectos negativos del consumo de metanfetamina en la salud de las personas y en la sociedad²¹⁷.

Aunque la demanda de estimulantes de tipo anfetamínico se ha atendido desde hace muchos años principalmente mediante la fabricación en la misma subregión, recientemente ha habido informes de nuevas corrientes de tráfico que conectan subregiones previamente independientes, especialmente en relación con la metanfetamina²¹⁸. De 2011 a 2014 se comunicó que la metanfetamina se había introducido de contrabando principalmente desde África occidental, América del Norte, Asia occidental y Asia oriental y sudoriental. Mientras que Asia sudoriental y Oceanía son predominantemente receptoras de la metanfetamina objeto de tráfico en todo el mundo, el Oriente Medio y extensas partes de Europa funcionan principalmente como zonas de tránsito del tráfico de metanfetamina. En todas las regiones con mercados ilícitos de metanfetamina existe también la fabricación ilícita de esa sustancia.

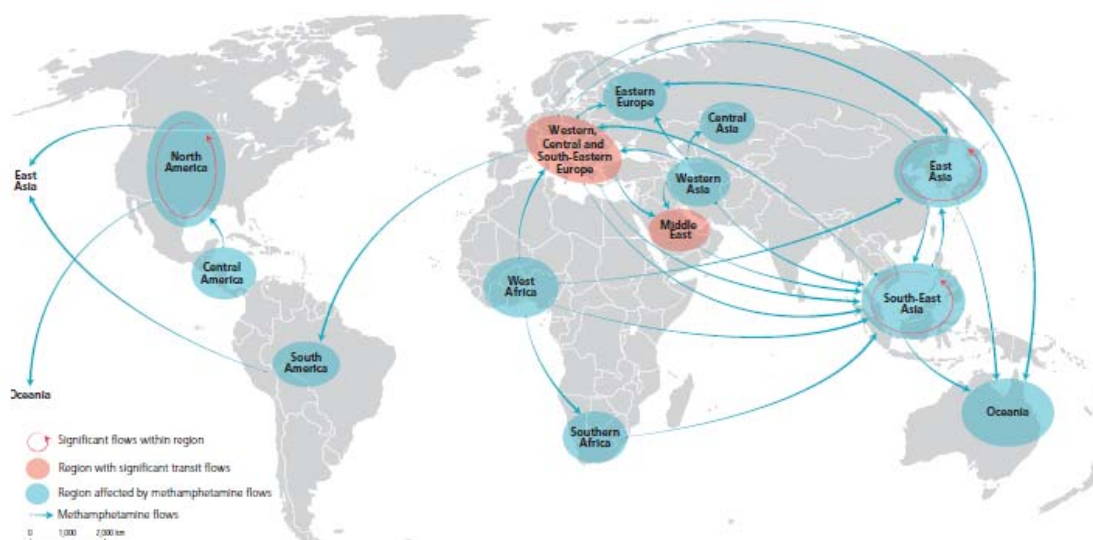
²¹⁶ Según las respuestas al cuestionario para los informes anuales enviadas por Filipinas para 2014 y las percepciones de los expertos del consumo de las principales drogas que suscitan preocupación en la Red de Información sobre el Uso Indebido de Drogas para Asia y el Pacífico.

²¹⁷ Australia, Departamento del Primer Ministro y del Gabinete, *Final Report of the National Ice Taskforce 2015* (Canberra, 2015).

²¹⁸ UNODC, *Global SMART Update 2014*, vol. 12 (septiembre de 2014).

MAPA 2

Corrientes interregionales de tráfico de metanfetamina, 2011-2014



Source: UNODC elaboration based on responses to annual report questionnaire, 2011-2013.

Note: The arrows do not imply the involvement of any specific country in the regions mentioned nor do they represent the level of importance of any methamphetamine trafficking flow. 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.

East Asia	Asia oriental
Oceania	Oceanía
North America	América del Norte
Central America	Centroamérica
South America	América del Sur
Western, Central and South-Eastern Europe	Europa occidental, central y sudoriental
West Africa	África occidental
Southern Africa	África meridional
Eastern Europe	Europa oriental
Central Asia	Asia central
Western Asia	Asia occidental
Middle East	Oriente Medio
South-East Asia	Asia sudoriental
Significant flows within region	Corrientes importantes dentro de la región
Region with significant transit flows	Región con importantes corrientes de tránsito
Region affected by methamphetamine flows	Región afectada por corrientes de metanfetamina
Methamphetamine flows	Corrientes de metanfetamina

Fuente: Elaboración de la UNODC basada en las respuestas al cuestionario para los informes anuales, 2011-2013.

Nota: Las flechas no denotan la implicación de ningún país específico en las regiones mencionadas ni representan el nivel de importancia de ninguna corriente de tráfico de metanfetamina. Los límites que figuran en este mapa no implican una aprobación o aceptación oficial por parte de las Naciones Unidas. Las líneas discontinuas representan límites sin 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 ha determinado la frontera definitiva entre el Sudán y Sudán del Sur.

Anfetamina: un mecanismo intrarregional de suministro

Los informes sobre incautaciones en todo el mundo indican que la anfetamina, a diferencia de la metanfetamina, es objeto de tráfico y se suministra con carácter intrarregional y que solo existen escasos vínculos entre los mercados regionales de anfetamina. Así se demuestra en especial en Europa y el Oriente Medio, donde los países siguen notificando grandes cantidades de anfetamina incautada.

Las incautaciones de anfetamina comunicadas en el Oriente Medio en los últimos años apuntan a una dinámica del tráfico que queda contenida principalmente dentro de la región. En 2013 y 2014, se consideró que la mayor parte de la anfetamina incautada en el Oriente Medio era originaria del Líbano y la República Árabe Siria. Durante el mismo período, las autoridades de algunos países del Oriente Medio que comunicaron la incautación de remesas de anfetamina comprobaron que las remesas iban destinadas a otros países de la región, como la Arabia Saudita y Jordania. Además, se percibió que Israel, Jordania, el Líbano y la República Árabe Siria eran los principales países de tránsito de las remesas de anfetamina incautadas en el Oriente Medio en 2013 y 2014.

En particular, se informó de que grandes cantidades de comprimidos de anfetamina etiquetados con el nombre de marca “Captagon”²¹⁹ habían sido incautadas en el Oriente Medio entre marzo de 2014 y noviembre de 2015. Aunque en el Oriente Medio se ha informado principalmente de un tráfico interregional de comprimidos de “Captagon”, también se ha informado de grandes cantidades objeto de tráfico desde el Líbano y la República Árabe Siria a países de fuera de la región, como el Sudán y Turquía.

Aunque el Líbano fue el único país del Oriente Medio que informó del descubrimiento de laboratorios clandestinos de anfetamina entre 2009 y 2014, la disponibilidad de precursores y la existencia de algunas zonas de control gubernamental limitado en algunos países de la subregión son factores de riesgo para la fabricación potencial de anfetamina.

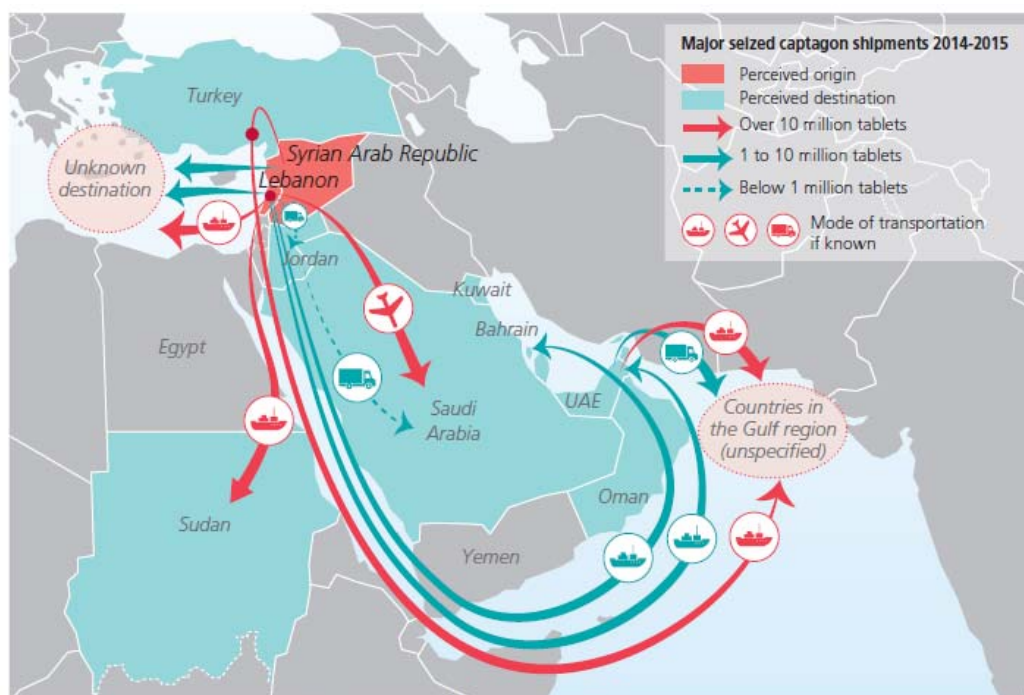
Variaciones de la pureza y la composición del éxtasis

En los últimos años ha habido indicios de un mercado de éxtasis cada vez más diversificado en el que figuran tres tipos de productos diferentes: comprimidos de éxtasis que contienen poca cantidad de 3,4-metilendioximetanfetamina (MDMA) o ninguna; comprimidos de éxtasis con una dosis inusualmente alta de MDMA; y éxtasis vendido en polvo que contiene MDMA de gran pureza. Se han observado esas composiciones de comprimidos de éxtasis en los mercados ilícitos de drogas sintéticas de Europa, en particular, y de Asia oriental y sudoriental y Oceanía, donde por lo general existe una nutrida presencia de éxtasis.

²¹⁹ Captagon fue al principio el nombre comercial de un preparado farmacéutico que contenía fenetilina, un estimulante sintético. En los últimos años, la mayoría de los comprimidos incautados como “Captagon” contenían esencialmente anfetamina, generalmente en combinación con cafeína y en ocasiones con otros adulterantes (*Informe Mundial sobre las Drogas 2010*, págs. 114 y 115).

MAPA 3

Casos importantes de incautaciones de Captagon en el Oriente Medio comunicados en los medios informativos, marzo de 2014 a noviembre de 2015



Source: Based on seizures reported in media reports available in December 2015.
 Note: Arrows may not represent actual routes. Destination countries reported may not be the intended final destination of the shipment. 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. Destination country may not be final destination of seized shipment. Arrows represent individual case, not routes or flows.

Major seized captagon shipments 2014-2015	Grandes remesas de Captagon incautadas en 2014-2015
Perceived origin	Origen percibido
Perceived destination	Destino percibido
Over 10 million tablets	Más de 10 millones de comprimidos
1 to 10 million tablets	1 a 10 millones de comprimidos
Below 1 million	Menos de 1 millón
Turkey	Turquía
Unknown destination	Destino desconocido
Syrian Arab Republic	República Árabe Siria
Jordan	Jordania
Egypt	Egipto
Sudan	Sudán
Kuwait	Kuwait
Bahrain	Bahrein
Saudi Arabia	Arabia Saudita
Yemen	Yemen
UAE	Emiratos Árabes Unidos
Oman	Omán
Countries in the Gulf Region	Países de la región del Golfo

Fuente: Basado en incautaciones comunicadas en informes de medios informativos disponibles en diciembre de 2015.

Nota: Es posible que las flechas no representen las rutas reales. Es posible que los países de destino comunicados no sean el destino final previsto de la remesa. Las líneas discontinuas representan límites sin 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 ha determinado la frontera definitiva entre el Sudán y Sudán del Sur. El país de destino puede no ser el destino final de la remesa incautada. Las flechas representan casos concretos, no rutas ni corrientes.

La presencia de diferentes productos de éxtasis en el mercado obedece a circunstancias diferentes. Cuando se endurecieron las medidas de fiscalización del principal precursor utilizado en la fabricación de MDMA, se utilizaron a menudo otras sustancias como sucedáneas de la MDMA. En 2013 se informó de incautaciones de comprimidos de éxtasis que contenían poca MDMA o ninguna y que consistían principalmente de una mezcla de sustancias no sometidas a fiscalización que, en algunos casos, incluían NSP en Asia oriental y sudoriental (en Brunei Darussalam; Hong Kong, China (incluidas NSP); Indonesia (incluidas nuevas sustancias psicoactivas); Macao, China; Malasia; República de Corea; Singapur (incluidas NSP); y Tailandia) y en Oceanía (en Nueva Zelandia (incluidas NSP)). En Europa, varios países emitieron advertencias de alerta de riesgos para la salud en 2014 cuando se vincularon informes de fallecimientos al consumo de comprimidos vendidos como éxtasis que contenían *para*-metoximetanfetamina (PMMA), a veces en combinación con MDMA²²⁰.

La disponibilidad de comprimidos de éxtasis que contienen una dosis elevada de MDMA parece haber aumentado en los últimos años, especialmente en Europa. Aunque el número de fallecimientos causados por el éxtasis es en general bajo, el consumo de dosis elevadas puede causar la muerte como consecuencia de la toxicidad directa o de hipertermia y deshidratación²²¹. Según el EMCDDA, existen indicios de que la fabricación ilícita de MDMA se concentra en Bélgica y los Países Bajos, donde se han desmantelado laboratorios clandestinos utilizados para la fabricación a gran escala de MDMA²²². En toda Europa se venden comprimidos de éxtasis con un alto contenido de MDMA; tienen formas y logotipos distintivos para diferenciarlos de otros comprimidos de éxtasis²²³.

Además de la creciente disponibilidad de comprimidos de éxtasis con un alto contenido de MDMA, parece que ha hecho su aparición un nicho del mercado para la MDMA en polvo o cristalina. En Australia, el Sistema de Información sobre el Éxtasis y Drogas Conexas²²⁴ constató que en 2014 aproximadamente la mitad de los consumidores de éxtasis del país lo habían consumido en forma de cápsulas que contenían MDMA en polvo o cristalina (53% de consumidores) o en forma de “cristal/roca” de MDMA (49%, un aumento del 10% respecto del nivel de 2013), y los comprimidos siguieron siendo la forma utilizada por la inmensa mayoría de consumidores de éxtasis (92%). Se comprobó que entre los consumidores de éxtasis en Australia la principal vía de administración de “cristal/roca” de MDMA era la ingestión oral (87%), seguida de la inhalación nasal (13%). El consumo global de éxtasis en Australia disminuyó del 3% (prevalencia anual) en 2013 al 2,5% en 2014.

²²⁰ Sistema de alerta temprana de la UNODC sobre nuevas sustancias psicoactivas. “February 2015 – United Kingdom: high dose PMMA sold as “ecstasy” possibly still available”. Puede consultarse en www.unodc.org/.

²²¹ *Terminology and Information on Drugs* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta E.16.XI.8).

²²² EMCDDA, *Informe Europeo sobre Drogas: Tendencias y novedades 2015* (Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2015).

²²³ *Ibid.*

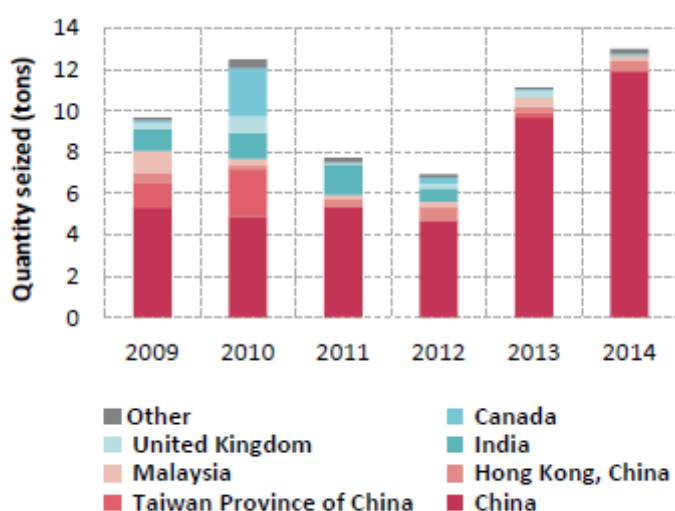
²²⁴ Se podían formular varias respuestas (Natasha Sindichich y Lucy Burns, *An Overview of the 2014 Ecstasy and Related Drugs Reporting System* (Sydney, Universidad de Nueva Gales del Sur, Centro Nacional de Investigaciones sobre las Drogas y el Alcohol, octubre de 2015)).

Asia oriental y sudoriental impulsa el aumento de las incautaciones mundiales de ketamina

En el curso de los años, las incautaciones mundiales de ketamina han fluctuado considerablemente. El importante aumento de las incautaciones mundiales de ketamina comunicado desde 2012 puede atribuirse en gran parte a Asia oriental y sudoriental, donde las incautaciones de esa sustancia se duplicaron con creces, de 6 toneladas a más de 12 toneladas, en 2014. Según las percepciones de los expertos, existen también indicios de un creciente consumo de ketamina con fines no médicos en Asia oriental y sudoriental. En los últimos años, se ha comunicado el desmantelamiento de laboratorios de ketamina en Asia oriental y sudoriental. En China, por ejemplo, el número de laboratorios de ketamina desmantelados aumentó de 81 en 2012 a 122 en 2013; y en Hong Kong, China, se informó del desmantelamiento de un laboratorio de ketamina en 2012.

Según la OMS, entre los consumidores de ketamina con fines recreativos existen crecientes pruebas de síntomas de dependencia de la ketamina, así como de efectos físicos adversos, en particular problemas del tracto urinario y biliar, tras un consumo prolongado de altas dosis de ketamina²²⁵. Grupos específicos de consumidores han comunicado un aumento de las tasas de comportamiento de inyección de alto riesgo en asociación con el consumo de ketamina²²⁶.

GRÁFICO 67 Cantidades de ketamina incautadas en todo el mundo, 2009-2014



Source: Responses to the annual report questionnaire.

Quantity seized (tons)	Cantidad incautada (toneladas)
Other	Otros países
United Kingdom	Reino Unido
Malaysia	Malasia
Taiwan Province of China	Provincia China de Taiwán

²²⁵ “Ketamine (INN): update review report”, presentado al Comité de Expertos en Farmacodependencia de la OMS en su 37ª reunión, Ginebra, 16 a 20 de noviembre de 2015.

²²⁶ Stephen E. Lankenau y Michael C. Clatts, “Ketamine injection among high risk youth: preliminary findings from New York”, *Journal of Drug Issues*, vol. 32, núm. 3 (2000), págs. 893 a 905; y Stephen E. Lankenau y otros, “The first injection event: differences among heroin, methamphetamine, cocaine, and ketamine initiates”, *Journal of Drug Issues*, vol. 40, núm. 2 (2010), págs. 241 a 261.

Canada	Canadá
India	India
Hong Kong, China	Hong Kong, China
China	China

Fuente: Respuestas al cuestionario para los informes anuales.

Nuevas sustancias psicoactivas: novedades del mercado

El mercado mundial de nuevas sustancias psicoactivas (NSP) sigue en expansión. La aparición y persistencia de esas sustancias difieren considerablemente de unos países y regiones a otros. Las NSP, comercializadas de muchas maneras y formas diferentes, pueden observarse entre muchos grupos de consumidores distintos. Aún no se conocen plenamente los efectos del consumo de las NSP en el cuerpo humano –a menudo no se dispone de datos sobre la toxicidad y se desconocen los efectos secundarios a largo plazo–. La variedad de drogas disponibles en el mercado probablemente nunca ha sido tan amplia. Esa situación plantea problemas adicionales para las actividades de prevención, tratamiento, fiscalización e identificación.

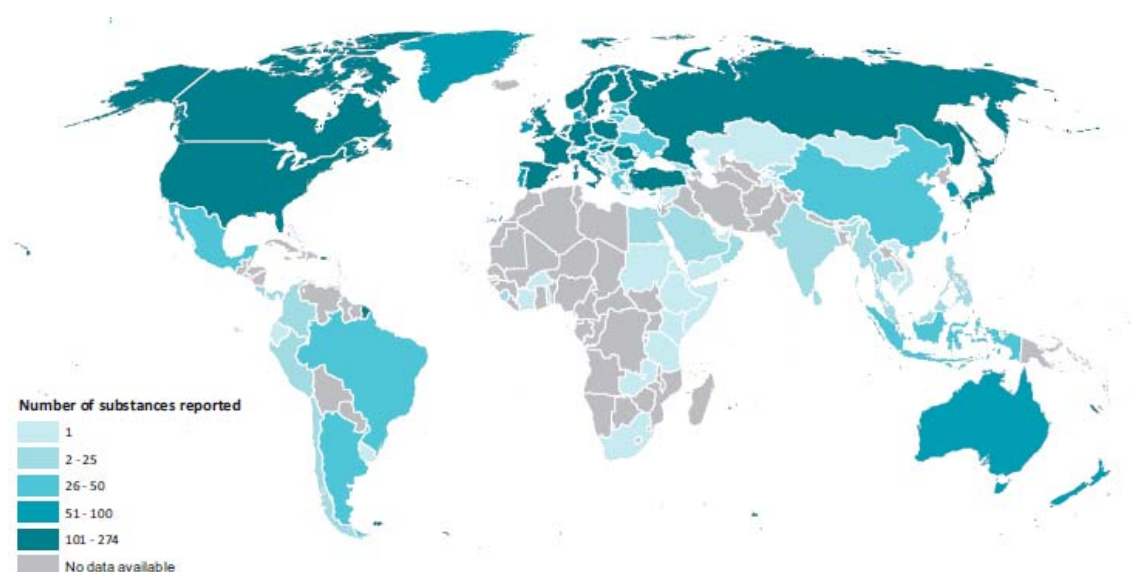
Se informa de una variedad más amplia de nuevas sustancias psicoactivas

Entre 2008 y 2015, 102 países y territorios habían comunicado al sistema de alerta temprana de la UNODC sobre nuevas sustancias psicoactivas un total de 644 NSP. Se comunicó la aparición de NSP por primera vez en 2015 en Kirguistán y Mauricio. En 2015, el sistema de alerta temprana también registró la aparición de NSP en años anteriores en Belarús, Serbia, Sudáfrica y Tayikistán. La mayoría de los países y territorios que comunicaron la aparición de NSP hasta diciembre de 2015 fueron de Europa (41), seguida de Asia (30), África (16), América (13) y Oceanía (2).

El mercado de NSP sigue caracterizándose por el gran número de nuevas sustancias que se comunica. Aunque la reunión de datos correspondientes a 2015 está aún en marcha, se han comunicado a la UNODC por primera vez 75 nuevas sustancias, en comparación con un total de tan solo 66 en 2014. Entre 2012 y 2014, la mayoría de las sustancias notificadas por primera vez pertenecían al grupo de los cannabinoides sintéticos. Los datos comunicados para 2015 muestran hasta ahora un patrón diferente: en primer lugar, se comunicaron por primera vez 20 catinonas sintéticas (grupo de sustancias con efectos estimulantes similares a los de la cocaína o la metanfetamina), casi tantas como cannabinoides sintéticos (21); y, en segundo lugar, se comunicaron por primera vez 21 “otras sustancias” (sustancias que no pertenecen a ninguno de los principales grupos identificados en años anteriores), incluidos opioides sintéticos (por ejemplo, derivados del fentanilo) y sedantes (por ejemplo, benzodiazepinas).

MAPA 4

Número de nuevas sustancias psicoactivas comunicadas por países, 2008-2015



Source: UNODC early warning advisory on new psychoactive substances, 2008-2015.

Note: The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply official endorsement or acceptance by the United Nations. Dashed lines represent undetermined boundaries. 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. A dispute exists between the Governments of Argentina and the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland concerning sovereignty over the Falkland Islands (Malvinas).

Number of substances reported	Número de sustancias comunicadas
No data available	No se dispone de datos

Fuente: Sistema de alerta temprana de la UNODC sobre nuevas sustancias psicoactivas, 2008-2015

Nota: Los límites y los nombres y designaciones que figuran en el mapa no implican una aprobación o aceptación oficial por parte de las Naciones Unidas. Las líneas discontinuas representan límites sin 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 ha determinado la frontera definitiva entre el Sudán y Sudán del Sur. Existe una disputa entre los Gobiernos de la Argentina y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte sobre la soberanía de las Islas Malvinas (Falkland).

Nuevas sustancias psicoactivas: estabilidad y cambio

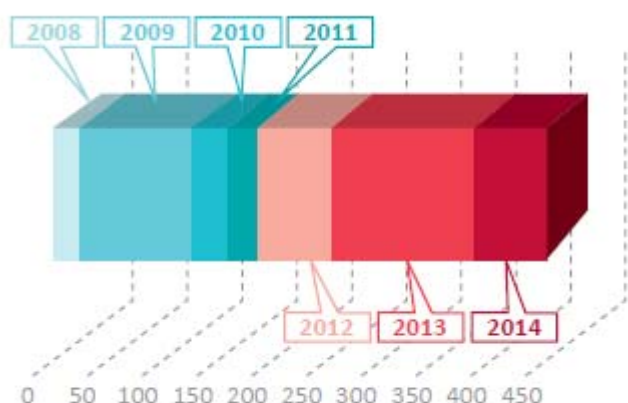
Un gran número de países y territorios de todo el mundo comunica cada año un creciente número de NSP. Entre las NSP que tienen una presencia establecida en el mercado figuran la ketamina (comunicada por 62 países y territorios), el *khat* (comunicado por 56), el JWH-018 (comunicado por 50), la mefedrona (comunicada por 49) y la metilona (comunicada por 47)²²⁷. Otras NSP tienen un carácter transitorio y solo las comunica un pequeño número de países y territorios durante un par de años.

Aproximadamente el 19% de los países y territorios que comunicaron nuevas sustancias psicoactivas han identificado más de 100 sustancias diferentes desde 2008. Al mismo tiempo, más de la cuarta parte de los países y territorios que comunican la aparición de NSP han notificado solo una sustancia, lo que podría atribuirse a una capacidad técnica limitada para identificar NSP.

²²⁷ El JWH-018, la mefedrona y la metilona han estado sometidos a fiscalización internacional desde 2015.

Algunas NSP parecen tener una presencia estable en el mercado de drogas. Una gran proporción de las 451 sustancias registradas en el sistema de alerta temprana de la UNODC sobre NSP en 2014 ya habían sido notificadas en años anteriores. Veintitrés de esas sustancias comunicadas en 2014 habían sido notificadas por primera vez en 2008 y nuevamente cada año desde entonces; entre esas sustancias figuran la fenetilamina 4-fluoranfetamina, el cannabinoide sintético JWH-018 y la catinona sintética mefedrona. Muchas otras NSP que aparecieron en años posteriores también fueron notificadas cada año hasta 2014. Así pues, existe un elemento de estabilidad en el mercado de NSP. No obstante, se comunicaron al sistema de alerta temprana de la UNODC 66 nuevas sustancias por primera vez en 2014.

GRÁFICO 68 Número de nuevas sustancias psicoactivas comunicadas en 2014 y año en que esas sustancias fueron notificadas por primera vez a la UNODC



Source: UNODC early warning advisory on new psychoactive

Fuente: Sistema de alerta temprana de la UNODC sobre nuevas sustancias psicoactivas.

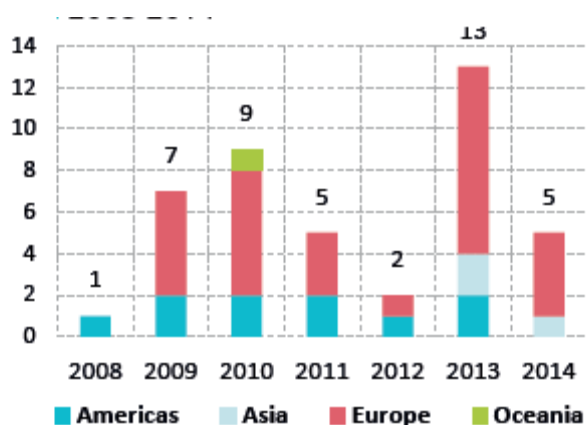
Varias NSP más han sido notificadas por un número reducido de países durante un período de solo uno o dos años. Entre 2008 y 2014, se comunicó que había en el mercado un total de 569 NSP; sin embargo, en 2012 se informó de que 26 de esas sustancias ya no estaban disponibles en el mercado y en 2013 se informó de que 69 sustancias ya no estaban disponibles. Por ejemplo, seis países de Europa y Oceanía notificaron la *N*-bencil-1-feniletilamina entre 2009 y 2012, pero desde entonces no se han presentado a la UNODC nuevos informes sobre esa sustancia, lo que parece indicar que ya no está disponible.

Muchas NSP notificadas recientemente son en realidad derivados de sustancias notificadas con anterioridad cuya estructura molecular ha sido modificada levemente. Un ejemplo de ello es la serie de fenetilaminas 2,5-dimetoxi de anillo sustituido (la serie 2C). Hasta 2014 se notificaron en todo el mundo 20 nuevas sustancias psicoactivas pertenecientes a la serie 2C, que toma como modelo la 4-bromo 2,5-dimetoxifenetilamina (2C-B), sustancia fiscalizada de conformidad con el Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971. Sin embargo, aproximadamente la mitad de esas sustancias no permanecieron en el mercado y fueron notificadas solamente durante un número reducido de años. Figuraban entre ellas la 2C-T, que fue notificada solamente en 2011 por el Canadá, y la 2C-G y 2C-N, que fueron notificadas en 2011 y 2012 por el Canadá y Polonia. Otras sustancias pertenecientes a la serie 2C parecen ser más persistentes, como 2C-T-2 y 2C-T-7, que fueron notificadas de 2009 a 2014 por 14 países de América, Europa y Oceanía.

La disponibilidad en el mercado de otras sustancias, como las pertenecientes a la serie CP de cannabinoides sintéticos, han mostrado grandes variaciones desde 2008. Por ejemplo, el homólogo CP-47,497-C8 fue notificado por primera vez por un país de Asia (el Japón) en 2008; después de varias fluctuaciones, la notificación de ese cannabinoide sintético alcanzó su máximo en 2013, cuando 13 países de América, Asia y Europa comunicaron su presencia.

Existen elementos que influyen en el mercado de NSP, como las preferencias de los consumidores, las respuestas legales y las actividades de las autoridades encargadas de hacer cumplir la ley para incautarse de sustancias antes de que pueda establecerse una base importante de consumidores. La vigilancia de las NSP por la UNODC desde 2008 ha puesto de manifiesto una situación bastante dinámica de la oferta, caracterizada por la persistencia (sustancias que aparecen, se propagan y permanecen varios años) y el cambio (sustancias que aparecen durante poco tiempo o solo a nivel local).

GRÁFICO 69 Número de países que notifican el homólogo CP-47,497-C8, un cannabinoide sintético, por años y regiones, 2008-2014



Source: UNODC early warning advisory on new psychoactive substances.

Americas	América
Asia	Asia
Europe	Europa
Oceania	Oceanía

Fuente: Sistema de alerta temprana de la UNODC sobre nuevas sustancias psicoactivas.

Cuantiosas incautaciones de nuevas sustancias psicoactivas

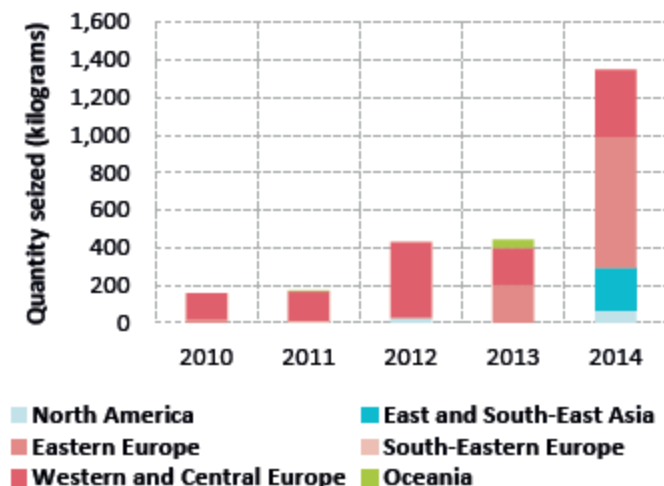
Durante los últimos años se han incautado cantidades importantes de NSP sintéticas²²⁸, hasta alcanzar 34 toneladas en 2014. El mercado mundial de NSP sigue estando dominado por los cannabinoides sintéticos. Las mayores cantidades incautadas en todo el mundo corresponden a América del Norte, en particular a los Estados Unidos: de las 32 toneladas de cannabinoides sintéticos incautadas en todo el mundo en 2014²²⁹, 26,5 toneladas fueron incautadas solo en los Estados Unidos. En Europa también se registraron incautaciones voluminosas de cannabinoides sintéticos: en 2014 se incautaron 5,4 toneladas de cannabinoides sintéticos (principalmente en Chipre y Turquía), en comparación con 1,2 toneladas en 2013. De todos los grupos de drogas,

²²⁸ Las incautaciones de NSP sintéticas se refieren a esas sustancias y no incluyen incautaciones de sustancias de origen vegetal y de ketamina.

²²⁹ Las incautaciones suelen estar asociadas a medidas de fiscalización; por lo tanto, un aumento de las incautaciones de nuevas sustancias psicoactivas puede reflejar el hecho de que se sometió a fiscalización nacional un número más elevado de sustancias.

los cannabinoides sintéticos representaron las incautaciones más voluminosas en Chipre en 2012 (8,3 toneladas) y 2014 (4,4 toneladas); en la mayoría de los casos, el cannabinoide sintético incautado era AM-2201²³⁰.

GRÁFICO 70 Cantidades de catinonas sintéticas incautadas, por región, 2010-2014



Source: Responses to the annual report questionnaire.

1,600 etc.	1.600 etc.
Quantity seized (kilograms)	Cantidad incautada (kilogramos)
North America	América del Norte
Eastern Europe	Europa oriental
Western and Central Europe	Europa occidental y central
East and South-East Asia	Asia oriental y sudoriental
South-Eastern Europe	Europa sudoriental
Oceania	Oceanía

Fuente: Respuestas al cuestionario para los informes anuales.

Las incautaciones mundiales de catinonas sintéticas han experimentado un aumento constante desde que se informó de ellas por primera vez en 2010. Entre 2013 y 2014 se triplicaron y llegaron a 1,3 t. La mayoría de las catinonas sintéticas se incautaron en Europa oriental (692 kg en la Federación de Rusia), en Europa occidental y central y en Asia oriental y sudoriental (226 kg en Hong Kong, (China)). En 2014, la Federación de Rusia también comunicó importantes incautaciones de aminoindanos (438 kg).

El riesgo de las mezclas de nuevas sustancias psicoactivas vendidas en diversas composiciones

Los informes sobre incautaciones indican que las NSP se venden frecuentemente en diversas composiciones en una combinación de diferentes compuestos, incluidas drogas sometidas a fiscalización internacional, productos farmacéuticos y adulterantes. Durante los últimos años, varios países de Europa y Asia sudoriental han comunicado incautaciones de comprimidos de éxtasis que contenían principalmente una mezcla de sustancias no sujetas a fiscalización, incluidas NSP, y poca MDMA, o ninguna. Sin embargo, los informes recientes sobre incautaciones indican que los productos empaquetados de NSP contenían mezclas de una

²³⁰ El AM-2201 ha estado sometido a fiscalización internacional desde 2015.

variedad de compuestos de NSP. Las mezclas pueden surgir intencionadamente (por ejemplo, si el productor cree que algunas mezclas tendrán mayores efectos para el consumidor que cualquiera de las sustancias por sí solas) o sin intención (por ejemplo, si el productor carece de la habilidad o las instalaciones para producir un producto que siempre sea puro).

En 2013, los países europeos notificaron más de 110 productos de NSP que contenían una mezcla de hasta siete compuestos diferentes de NSP vendidos como un solo producto. Se comprobó la presencia de cannabinoides sintéticos en el 55% de esos productos de NSP, y las catinonas sintéticas estaban presentes en más del 25%²³¹.

Además de las mezclas de NSP que contenían sustancias pertenecientes al mismo grupo de NSP, en 2013 cuatro países europeos comunicaron diez productos diferentes de NSP que incluían mezclas de sustancias de diferentes grupos químicos de NSP. La combinación de grupos de NSP identificada con más frecuencia en esos productos incluía fenetilaminas mezcladas con catinonas sintéticas. Por lo general, las catinonas sintéticas se identificaron con mayor frecuencia en productos de NSP que combinaban grupos diferentes de dichas sustancias y se observaron habitualmente en combinación con ketamina y otras sustancias del tipo de la fenciclidina, fenetilaminas y triptaminas²³².

Cabe señalar que el policonsumo de drogas no se limita al consumo de NSP. Las personas que consumen drogas optan a menudo por tomar varias sustancias simultáneamente, mezclando incluso drogas de venta callejera con alcohol y medicamentos de venta con receta. Pero el gran número de posibles combinaciones de NSP y, lo que reviste más importancia, el hecho de que los consumidores de NSP a menudo no saben lo que están realmente consumiendo puede complicar la situación en lo que respecta a esas sustancias. El consumo de productos de NSP que contienen una variedad de sustancias psicoactivas que el consumidor puede o no conocer expone a este a graves riesgos adicionales para la salud, ya que se dispone de escasa información científica, o esta no existe, para determinar los efectos psicoactivos que puedan tener esas combinaciones.

GRÁFICO 71 Ejemplos de productos de nuevas sustancias psicoactivas incautados que contenían mezclas de sustancias



Source: UNODC survey on new psychoactive substances, 2014.

Note: The main substance found in each product is listed first.

^a Substance under international control at the time the product was seized.

^b Different chemical NPS group.

^c Pharmaceutical product.

^d Adulterant.

²³¹ Encuesta de la UNODC sobre nuevas sustancias psicoactivas, 2014.

²³² *Ibid.*

PRODUCT	PRODUCTO
NPS group of the main substance:	Grupo de NSP de la principal sustancia
Synthetic cannabinoids	Cannabinoides sintéticos
Phenethylamines	Fenetilaminas
Amphetamine ^a	Anfetamina ^a
Synthetic cathinones	Catinonas sintéticas
Pentedrone	Pentodrona
Cocaine ^a	Cocaína ^a
5-MeO-DALT ^b	5-MeO-DALT ^b
Piperazines	Piperazinas
Lidocaine ^c	Lidocaína ^c
<i>alpha</i> -PVP	<i>alfa</i> -PVP
Caffeine ^d	Cafeína ^d

Fuente: Encuesta de la UNODC sobre nuevas sustancias psicoactivas, 2014.

Nota: Se enumera en primer lugar la sustancia principal detectada en cada producto.

^a *Sustancia sometida a fiscalización internacional en el momento en que fue incautado el producto.*

^b *Diferente grupo químico de NSP.*

^c *Producto farmacéutico.*

^d *Adulterante.*

Comprender el consumo de nuevas sustancias psicoactivas

En los últimos años se ha vendido en los mercados ilícitos de drogas un creciente número de NSP. Las NSP disponibles pueden o no tener efectos y perfiles similares a los de las sustancias sometidas a fiscalización internacional que están concebidos para imitar²³³. Un gran número de NSP están concebidas para imitar los efectos de drogas fiscalizadas como cannabis, cocaína, heroína, LSD, MDMA (éxtasis) o metanfetamina. Un análisis de los efectos farmacológicos de las NSP notificadas hasta diciembre de 2015²³⁴ puso de manifiesto que la mayoría de esas sustancias eran agonistas de los receptores de cannabinoides sintéticos, estimulantes y alucinógenos clásicos.

Los datos sobre la prevalencia del consumo de NSP indican diversas tendencias. Ello se debe entre otras cosas a los datos limitados disponibles para comparar la prevalencia del consumo de NSP en el curso del tiempo, los instrumentos limitados de encuesta para detectar el consumo de NSP y el conocimiento limitado que tienen los consumidores de NSP de las sustancias que consumen. En los Estados Unidos existen indicios de un aumento del consumo de nuevas sustancias psicoactivas entre determinados grupos de consumidores de 2009 a 2013; la prevalencia en la población de 12 a 34 años del consumo en toda la vida de una “nueva sustancia psicoactiva” era de 1,2% en 2013²³⁵. Existen indicios de un descenso del consumo de

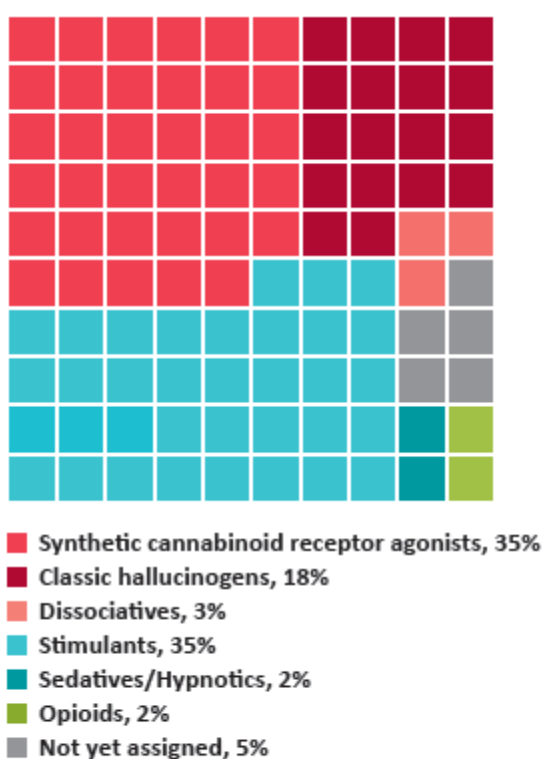
²³³ Véase más información en UNODC, *The Challenge of New Psychoactive Substances* (Viena, marzo de 2013).

²³⁴ El análisis abarcó los efectos farmacológicos de 621 NSP sintéticas registradas en el sistema de alerta temprana hasta diciembre de 2015. Se excluyeron del análisis las sustancias a base de plantas, ya que suelen contener un gran número de distintas sustancias, algunas de las cuales pueden ser incluso desconocidas o tener efectos e interacciones que no se conocen plenamente. Los efectos farmacológicos de las restantes sustancias no pudieron determinarse con seguridad en función de los datos científicos disponibles.

²³⁵ Algunos autores han informado de un aumento del consumo de NSP entre personas de 12 a 34 años de edad en los Estados Unidos de 2009 a 2013, pero también pusieron de relieve el riesgo de subnotificar el consumo de NSP (véase, por ejemplo, Joseph J. Palamar y otros, “Self-reported use of novel psychoactive substances in a US nationally representative survey: prevalence, correlates, and a

cannabinoides sintéticos entre los estudiantes de enseñanza secundaria en los Estados Unidos. La prevalencia del consumo de cannabinoides sintéticos en el año anterior en los estudiantes del grado 12º disminuyó del 11,4% en 2011 al 5,2% en 2015²³⁶. Eso está vinculado a un aumento, durante el mismo período, del riesgo percibido de consumir cannabinoides sintéticos entre el mismo grupo. El consumo de NSP con efectos estimulantes (notificadas como “sales de baño”) entre estudiantes del 12º grado se mantuvo estable en el 1% en 2015. La prevalencia del consumo de cannabinoides sintéticos en los estudiantes de los grados 8º, 10º y 12º ha disminuido a los niveles más bajos desde que empezaron a recogerse esos datos. Sin embargo, la gran cantidad de cannabinoides sintéticos incautados entre 2012 y 2014 (más de 93 toneladas) y el gran número de llamadas a los centros de intoxicación por problemas relacionados con el consumo de cannabinoides sintéticos (3.682 en 2014 y 7.779 en 2015)²³⁷ indican la presencia y el consumo continuos de este grupo de NSP en los Estados Unidos.

GRÁFICO 72 Proporción de nuevas sustancias psicoactivas por sus efectos farmacológicos, diciembre de 2015



Source: UNODC early warning advisory on new psychoactive substances, 2008-2015.

Synthetic cannabinoid receptor agonists, 35%	Agonistas de los receptores de los cannabinoides sintéticos, 35%
Classic hallucinogens, 18%	Alucinógenos clásicos, 18%
Dissociatives, 3%	Disociativos, 3%
Stimulants, 35%	Estimulantes, 35%

call for new survey methods to prevent underreporting”, *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 156, págs. 112 a 119).

²³⁶ Lloyd D. Johnston y otros, *Monitoring the Future National Survey Results on Drug Use: 1975-2015 – Overview, Key Findings on Adolescent Drug Use* (Ann Arbor, Institute for Social Research, University of Michigan, 2016).

²³⁷ American Association of Poison Control Centers, “Synthetic cannabinoid data”, actualizado el 31 de marzo de 2016.

Sedatives/Hypnotics, 2%	Sedantes/Hipnóticos, 2%
Opioids, 2%	Opioides, 2%
Not yet assigned, 5%	Sin asignar aún, 5%

Fuente: Sistema de alerta temprana de la UNODC sobre nuevas sustancias psicoactivas, 2008-2015.

Según la Encuesta sobre Delitos en Inglaterra y Gales²³⁸, 279.000 adultos (el 0,9% de la población de 16 a 59 años de edad) comunicó el consumo de NSP durante el período 2014-2015. Entre los adultos jóvenes (de 16 a 24 años), la prevalencia del consumo de NSP fue mucho más elevado (2,8%) y la mayoría de los consumidores eran hombres jóvenes. Las mezclas de hierbas para fumar eran la forma de NSP consumida con más frecuencia, y un 61% de la población de 16 a 59 años comunicó su consumo. Según Public Health England²³⁹, el número de personas “que se presentan para tratamiento” por una “droga de discoteca” o una NSP se duplicó con creces, de 2.727 a 5.532, entre los ejercicios financieros 2009-2010 y 2014-2015. El mayor aumento se registró en el caso de la mefedrona: de 953 en el período 2010-2011 a 2.024 en el período 2014-2015. En comparación con el período anterior, la prevalencia del consumo de mefedrona en el año anterior en Inglaterra y Gales en el ejercicio financiero 2014-2015 se mantuvo estable en un 1,9% de adultos jóvenes y un 0,5% de adultos, que es similar a la prevalencia del consumo de anfetaminas en el año anterior (0,6%) y más elevada que la de LSD (0,4%) o la de heroína (0,1%)²⁴⁰.

En 2014, Chile comunicó por primera vez datos sobre la prevalencia del consumo de cannabinoides sintéticos en el año anterior: 0,56%²⁴¹ entre los adultos (de 15 a 64 años), que es similar a la prevalencia del consumo de alucinógenos (0,55%) y opioides (0,58%).

En varios países se ha comunicado un pronunciado aumento del consumo de NSP en las cárceles, con un incremento correspondiente de la violencia y los ingresos en hospitales. Existen indicios de que, en particular, los cannabinoides sintéticos han hecho su aparición como problema importante. Se informó de que las principales sustancias objeto de uso indebido por los reclusos en Inglaterra y Gales²⁴² eran el cannabis (13%), los cannabinoides sintéticos (10%), la heroína (7%) y otras NSP (5%). Aunque se identificaron los cannabinoides sintéticos como motivo de preocupación en el 37% de las cárceles masculinas inspeccionadas en el ejercicio financiero 2013-2014²⁴³, esa proporción aumentó al 64% en el ejercicio financiero 2014-2015²⁴⁴. Según los informes, muchos funcionarios de prisiones y reclusos comunicaron unos elevados niveles de consumo de cannabinoides sintéticos, que estaba vinculado a problemas de salud mental y física, así como a un comportamiento alterado de los reclusos²⁴⁵. En Nueva Zelanda, aproximadamente el 47% de los detenidos consumieron cannabinoides sintéticos en 2014²⁴⁶.

²³⁸ Deborah Lader, coord., *Drug Misuse: Findings from the 2014/15 Crime Survey for England and Wales*, 2ª ed., (Londres, Ministerio del Interior, julio de 2015).

²³⁹ Public Health England, *Adult Substance Misuse Statistics from the National Drug Treatment Monitoring System (NDTMS): 1 April 2014 to 31 March 2015* (Londres, 2015).

²⁴⁰ Deborah Lader, coord., *Drug Misuse: Findings from the 2014/15 Crime Survey for England and Wales*, 2ª ed., (Londres, Ministerio del Interior, julio de 2015).

²⁴¹ Chile, Ministerio del Interior y Seguridad Pública, “Décimo Primer Estudio Nacional de Drogas en Población General: Resultados Principales” (Santiago de Chile, Observatorio Chileno de Drogas, julio de 2014).

²⁴² Reino Unido, Her Majesty’s Inspectorate of Prisons, *Changing Patterns of Substance Misuse in Adult Prisons and Service Responses* (Londres, 2015).

²⁴³ Reino Unido, Her Majesty’s Chief Inspector of Prisons for England and Wales: *Annual Report 2013-14* (Londres, The Stationery Office, 2014).

²⁴⁴ Reino Unido, Her Majesty’s Chief Inspector of Prisons for England and Wales: *Annual Report 2014-15* (Londres, The Stationery Office, 2015).

²⁴⁵ Reino Unido, Prisons and Probation Ombudsman for England and Wales, “Learning lessons bulletin: fatal incidents investigations issue No. 9 – new psychoactive substances” (Londres, julio de 2015).

²⁴⁶ Chris Wilkins y otros, *New Zealand Arrestee Drug Use Monitoring 2010-2014* (Auckland, SHORE and Whariki Research Centre, Massey University, 2015).

Aunque la prevalencia del consumo de cannabinoides sintéticos en 2014 fue la misma que en 2013, la frecuencia del consumo de cannabinoides sintéticos en el año anterior aumentó, de 67 días en 2013 a 110 días en 2014. Casi la tercera parte (30%) de los detenidos que habían consumido cannabinoides sintéticos en los últimos 12 meses notificaron una dependencia percibida en 2014, lo que supone un aumento respecto del 17% en 2013. Otras NSP cuyo consumo notificaron los detenidos incluían la MDPV²⁴⁷ y la ketamina.

Se sigue notificando el consumo por inyección de NSP, especialmente catinonas sintéticas, entre grupos específicos de consumidores de alto riesgo y estaba vinculado a una tasa elevada o incluso creciente de infección por el VIH. Esos grupos incluyen a jóvenes, subgrupos de hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres, personas que se han inyectado anteriormente otras drogas y personas que han cambiado de la inhalación nasal a la inyección. En un estudio realizado en Hungría²⁴⁸, 92 personas que se inyectaban drogas de un total de 167 dieron resultados positivos en los análisis del VIH, y la droga más común inyectada era la pentedrona (48%). En Irlanda, un aumento imprevisto de los casos de infección aguda con el VIH entre personas que se inyectaban drogas en 2015 estaba vinculado al consumo por inyección de la catinona sintética *alfa*-pirrolidinopentiofenona (*alfa*-PVP) entre las personas calificadas de “caóticas” que se inyectaban drogas²⁴⁹. Se informó de que las inyecciones se producían varias veces al día y los consumidores reutilizaban a menudo las jeringuillas y compartían los filtros. Según Public Health England, en un plazo de cinco años de la primera aparición de la mefedrona²⁵⁰, aproximadamente 1 de cada 10 personas que se inyectaban drogas notificó la inyección de mefedrona. También comunicaron un aumento del consumo de mefedrona subgrupos de hombres que mantenían relaciones sexuales con otros hombres que se inyectaban la sustancia para su consumo en un contexto sexual (“sexo químico”), compartiendo a menudo el equipo de inyección y practicando sexo sin protección²⁵¹. Esas conclusiones indican un aumento del número de personas que se inyectan catinonas sintéticas en Europa, un aumento del comportamiento de alto riesgo y un riesgo más elevado de contraer virus de transmisión sanguínea, como el VIH y la hepatitis C.

²⁴⁷ La MDPV ha estado sometida a fiscalización internacional desde 2015.

²⁴⁸ József Rác, V. Anna Gyarmathy y Róbert Csák, “New cases of HIV among people who injects drugs in Hungary: false alarm or early warning?”, *International Journal of Drug Policy*, vol. 27, págs. 13 a 16.

²⁴⁹ Coralie Giese y otros, “Injection of new psychoactive substance snow blow associated with recently acquired HIV infections among homeless people who inject drugs in Dublin, Ireland, 2015”, *Euro Surveillance*, vol. 20, núm. 40 (2015).

²⁵⁰ Reino Unido, Public Health England, *Shooting Up Infections among People who Inject Drugs in the UK*, 2014 (Londres, 2015).

²⁵¹ Adam Bourne y otros, *The Chemsex Study: Drug Use in Sexual Settings Among Gay and Bisexual Men in Lambeth, Southwark and Lewisham* (Londres, Sigma Research, Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, 2014); Victoria L. Gilbert y otros, “High-risk drug practices in men who have sex with men”, *The Lancet*, vol. 381, núm. 9875 (2013), págs. 1358 y 1359; y David Stuart, “Sexualised drug use by MSM: background, current status and response”, *HIV Nursing*, vol. 13, núm. 1 (2013), págs. 6 a 10.

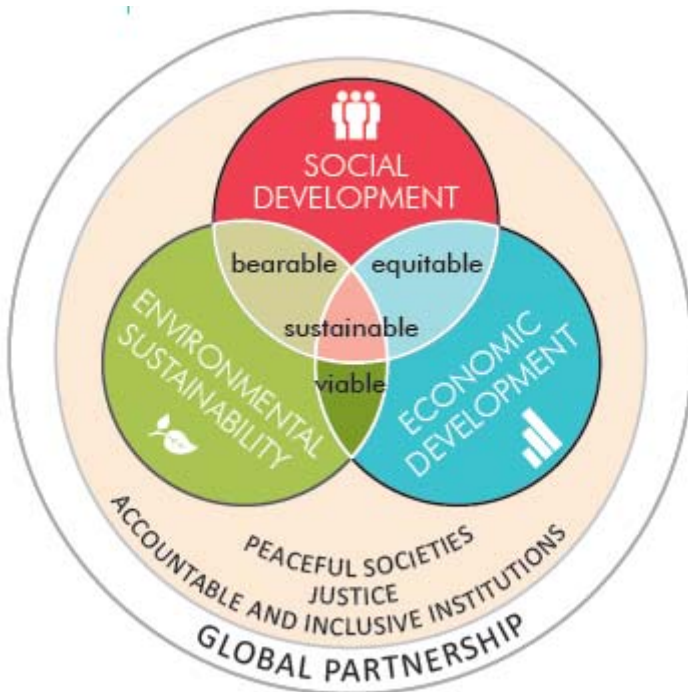
EL PROBLEMA MUNDIAL DE LAS DROGAS Y EL DESARROLLO SOSTENIBLE

INTRODUCCIÓN

Del cultivo y la producción ilícitos al tráfico y el consumo, el problema mundial de las drogas, con todas sus ramificaciones, está entrelazado con una enorme variedad de cuestiones sociales, económicas y ambientales, lo que ejerce una gran presión sobre las actividades de desarrollo, que a su vez influyen en el problema de las drogas. Las propias intervenciones realizadas en respuesta al problema de las drogas generan una nueva interacción con el contexto social y de desarrollo más amplio e introducen una mayor complejidad, en ocasiones imprevista, en esa dinámica. La comunidad internacional es cada vez más consciente de esa interacción, como se refleja en los debates sobre los Objetivos de Desarrollo Sostenible y en el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General sobre el problema mundial de las drogas celebrado en 2016.

El concepto de desarrollo, junto con el compromiso de la comunidad internacional en esa esfera, queda recogido en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, seguidos de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible¹, recientemente formulada. Los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible y sus metas son de carácter integrado e indivisible y conjugan las tres dimensiones del desarrollo: la económica, la social y la ambiental. La nueva agenda para el desarrollo también reconoce que el desarrollo sostenible no puede hacerse realidad sin que haya paz y seguridad, y que la paz y la seguridad corren peligro sin el desarrollo sostenible. En la agenda para el desarrollo se abordan los factores que dan lugar a la violencia, la inseguridad y la injusticia, como la desigualdad, la corrupción, el mal gobierno y las corrientes financieras y de armas ilícitas.

GRÁFICO 1 Dimensiones del desarrollo sostenible



SOCIAL DEVELOPMENT	DESARROLLO SOCIAL
bearable	sustentable

¹ Véase la resolución 70/1 de la Asamblea General.

equitable	equitativo
sustainable	sostenible
viable	viable
ENVIRONMENTAL SUSTAINABILITY	SOSTENIBILIDAD AMBIENTAL
ECONOMIC DEVELOPMENT	DESARROLLO ECONÓMICO
PEACEFUL SOCIETIES	SOCIEDADES PACÍFICAS
JUSTICE	JUSTICIA
ACCOUNTABLE AND INCLUSIVE INSTITUTIONS	INSTITUCIONES INCLUSIVAS QUE RINDAN CUENTAS
GLOBAL PARTNERSHIP	ALIANZA MUNDIAL

En el presente capítulo se utiliza el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible para examinar la interacción entre el problema mundial de las drogas y el contexto más amplio del desarrollo. Se agrupan los análisis en cinco temas –desarrollo social, desarrollo económico, sostenibilidad ambiental, sociedades pacíficas, justas e inclusivas y alianzas– a la luz del problema mundial de las drogas y de la respuesta mundial a ese problema. Concretamente, en el presente capítulo se trata de elucidar la interacción entre cada uno de esos aspectos del desarrollo sostenible, por una parte, y la cuestión de las drogas, por la otra, distinguiendo al mismo tiempo entre el problema de las drogas como fenómeno (consumo, producción y tráfico ilícitos de drogas) y la respuesta al problema de las drogas.

Para analizar la interacción entre el desarrollo social y el problema mundial de las drogas, en la primera sección de este capítulo se resumen las pruebas de los costos sociales del consumo ilícito de drogas, siendo el más importante sus efectos en la salud de las personas que consumen drogas. En la sección se investigan también los efectos para la salud del consumo de drogas en distintos niveles de desarrollo. Otros aspectos tratados son los efectos en las familias de las personas que consumen drogas y en sus comunidades, y la marginación y estigmatización de las personas que consumen drogas y sus repercusiones, especialmente en sus oportunidades de empleo. La sección aborda también los efectos de la respuesta al problema de las drogas en el desarrollo social, en referencia, por ejemplo, al desarrollo alternativo, así como la disponibilidad de drogas para fines médicos y científicos.

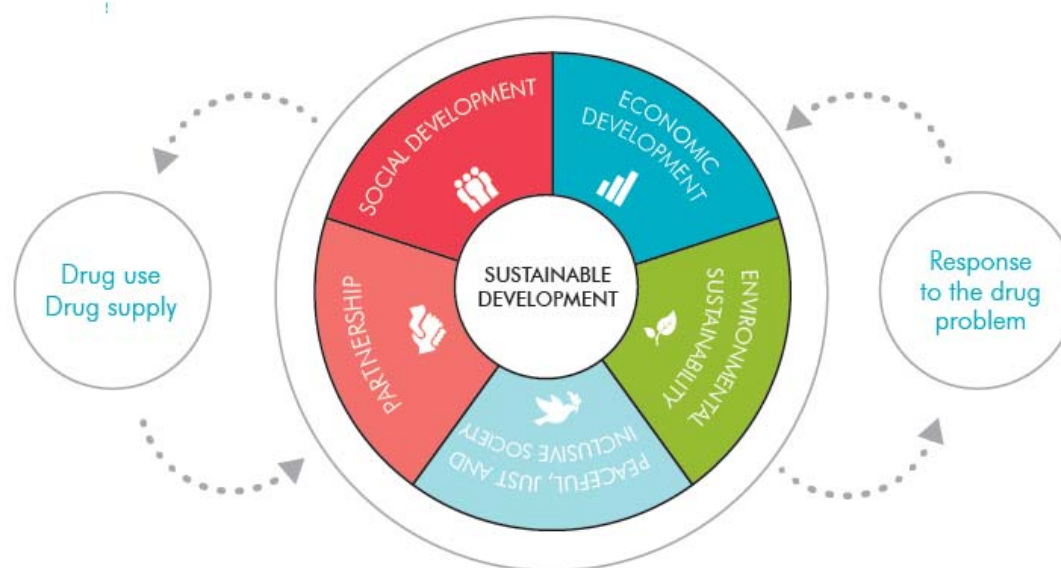
En la segunda sección, relativa al desarrollo económico, se aborda la cuestión de la forma en que el nivel de desarrollo económico guarda relación con el consumo de drogas y la formación de mercados ilícitos de drogas, examinando para ello los indicadores a nivel nacional. El análisis trata de identificar patrones que describan la evolución del problema de las drogas y el papel del desarrollo. También se analizan factores socioeconómicos a nivel subnacional, centrándose en la marginación y la pobreza. Asimismo, se tiene en cuenta el costo económico del consumo de drogas derivado de la pérdida de productividad, al igual que los costos vinculados a los esfuerzos de las instituciones estatales por ayudar a los consumidores de drogas.

En la tercera sección, relativa a la sostenibilidad ambiental, se presentan pruebas de los efectos ambientales del cultivo, la producción y el tráfico ilícitos de drogas, así como las medidas de reducción de la oferta de drogas, incluidas la deforestación y la pérdida de biodiversidad.

En la cuarta sección, que trata de sociedades pacíficas, justas e inclusivas, se abordan temas que han sido introducidos recientemente en la agenda internacional para el desarrollo a través de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Se examinan diferentes formas de violencia en relación con las drogas, incluidos los vínculos con el terrorismo y la insurgencia, y se analizan los resultados a largo y corto plazo de la respuesta al problema de las drogas. Además, en la sección se investiga el grado en que el tráfico de drogas está vinculado intrínsecamente a la violencia, se describe la forma en que el problema de las drogas puede propiciar o ser consecuencia de la violencia y se pone de relieve cómo el estado de derecho subyacente configura esa relación. También se estudia la forma en que el sistema de justicia penal influye en el problema de las

drogas, y viceversa, examinando en particular la forma en que el tráfico de drogas puede socavar el sistema, así como el papel de los organismos encargados de hacer cumplir la ley para influir en los mercados y los precios de las drogas. Asimismo, el análisis examina los efectos de la justicia penal en las personas que consumen drogas, el alcance de la sangría de recursos en el sistema derivada del encarcelamiento de los consumidores de drogas, y las alternativas a la privación de libertad. Asimismo, en la sección se describe la relación que se refuerza mutuamente entre el problema de las drogas y la corrupción y se aborda la escala y los efectos de las corrientes financieras ilícitas derivadas del tráfico y la producción de drogas.

GRÁFICO 2 Marco analítico del capítulo temático



Drug use Drug supply	Consumo de drogas Oferta de drogas
SOCIAL DEVELOPMENT	DESARROLLO SOCIAL
ECONOMIC DEVELOPMENT	DESARROLLO ECONÓMICO
SUSTAINABLE DEVELOPMENT	DESARROLLO SOSTENIBLE
PARTNERSHIP	ALIANZAS
PEACEFUL, JUST AND INCLUSIVE SOCIETY	SOCIEDADES PACÍFICAS, JUSTAS E INCLUSIVAS
ENVIRONMENTAL SUSTAINABILITY	SOSTENIBILIDAD AMBIENTAL
Response to the drug problem	Respuesta al problema de las drogas

Por último, aunque no por ello menos importante, en la sección relativa a las alianzas se examinan los datos de asistencia para el desarrollo facilitados por los países y se ponen de relieve las tendencias divergentes entre la asistencia general para el desarrollo, por un lado, y la asistencia prestada para los sectores relacionados con las drogas, por el otro, subrayando la necesidad de subsanar ese desequilibrio en el contexto de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

En el gráfico 2 se presentan de forma esquemática las interacciones analizadas en el presente capítulo, que sirven de plantilla para la mayoría de las subsecciones del capítulo.

A. DESARROLLO SOCIAL

Efectos del consumo de drogas en el desarrollo social

Efectos en la salud pública

Son numerosas las formas en que el consumo, la producción y el tráfico ilícitos de drogas pueden afectar al desarrollo sostenible. Entre las principales figuran las consecuencias negativas para la salud pública, que, dado que su inexistencia impide el desarrollo humano en cualquier otra dimensión, se encuentra en el centro del desarrollo sostenible.



Objetivo de Desarrollo Sostenible 3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades

Los efectos del consumo ilícito de drogas en la salud de las personas que las consumen y, de manera más general, en la salud pública son notorios y están bien documentados. La meta 3.5 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible consiste en “fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes”. En su conjunto, las medidas de prevención, tratamiento, atención, recuperación, rehabilitación y reinserción social desempeñan un papel para hacer frente al problema del consumo de drogas y reducir los efectos sanitarios negativos en la sociedad.

Además de las afecciones médicas que son consecuencia directa de los efectos psicoactivos y fisiológicos de las drogas, algunas formas de consumo de drogas y modos de administración son factores de riesgo importantes para contraer otras enfermedades; eso afecta no solo a las personas que consumen drogas sino a las personas con las que estas entran en contacto. Como se ha examinado en el capítulo anterior, existen muchos riesgos y consecuencias para la salud de las personas que consumen drogas, como sobredosis, suicidio, trauma, problemas de salud mental, discapacidad y muerte prematura.

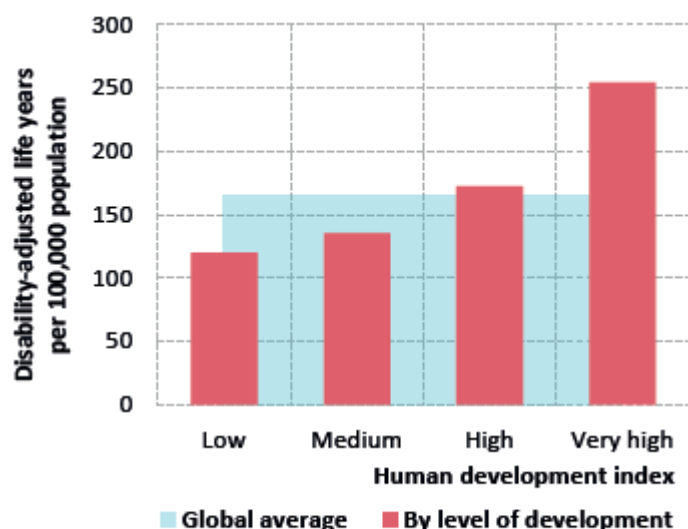
Las personas que desarrollan dependencia y resultan afectadas por trastornos relacionados con el consumo de drogas sufren la inmensa mayoría de las consecuencias sanitarias negativas entre las personas que consumen drogas. La UNODC estima que, en 2014, de los 250 millones de personas que habían consumido drogas en el año anterior, más de 29 millones sufrían un trastorno relacionado con el consumo de drogas (véase la página 1). El consumo de drogas esporádico o habitual que no ha progresado hacia la drogodependencia puede plantear, no obstante, algunos riesgos para la salud, especialmente si tiene el potencial de modificar el comportamiento del consumidor cuando este se encuentra bajo los efectos de las drogas; incluso un único episodio, o un número reducido de episodios, puede tener efectos dañinos. Dado que los productos vendidos en el mercado ilícito de drogas bajo un nombre determinado pueden contener una amplia variedad de sustancias, y las personas que consumen drogas carecen de información sobre el contenido de lo que consumen, existen también otros riesgos. Además, el propio consumo episódico de drogas entraña el riesgo de evolucionar hacia el consumo con dependencia de las drogas.

Algunas personas que consumen drogas pueden arreglárselas para llevar vidas socialmente integradas en paralelo al consumo habitual de drogas y, por lo tanto, no cuadran en el estereotipo de un consumidor problemático de drogas, pero eso no impide el desarrollo de la drogodependencia, y es posible que el daño causado por el consumo de drogas solo se note a largo plazo. En general, las consecuencias del consumo de drogas pueden evolucionar independientemente en dos aspectos diferentes de la vida de una persona: el sanitario y el social. En algunos casos, pueden existir problemas de salud con un efecto limitado en la vida social de

una persona; en otros, el impacto social del consumo de drogas puede ser más grave que los aspectos sanitarios. En términos generales, las consecuencias sociales del consumo de drogas pueden aparecer solo en las fases posteriores del desarrollo de trastornos relacionados con el consumo de drogas.

A nivel mundial, unas 200.000 personas pierden la vida cada año por causas atribuidas al consumo de drogas. Las personas que consumen drogas de forma habitual suelen vivir con discapacidad y morir antes. En el estudio sobre la carga mundial de morbilidad (*Global Burden of Disease Study*) se cuantifican los efectos sanitarios adversos de centenares de enfermedades, lesiones y factores de riesgo. Dicho estudio indica que, en 2013, los opioides, la cocaína, las anfetaminas y el cannabis fueron responsables de la pérdida de casi 12 millones de años de vida² por muerte prematura o discapacidad, de los que más de 8 millones estaban vinculados al consumo de opioides³. Sobre la base de los datos del estudio, parece que los países desarrollados se ven afectados de forma desproporcionada por el impacto sanitario general del consumo de drogas (véase el gráfico 3).

GRÁFICO 3 Carga de trastornos relacionados con el consumo de drogas^a por 100.000 habitantes, por nivel de desarrollo, 2013



Source: Human development index from the United Nations Development Programme (UNDP); data on burden of disease (disability-adjusted life years) from the Institute for Health Metrics and Evaluation, University of Washington, GBD Compare, 2015. Available from <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>.

Note: The designations "low", "medium" etc. based on the human development index are those used by UNDP.

^a The sum of the burden attributed to opioids, cocaine, cannabis and amphetamines, excluding "Other drugs".

Disability-adjusted life years per 100,000 population	Años de vida ajustados en función de la discapacidad
Low	Baja
Medium	Mediana

² La cifra correspondiente a todas las drogas, incluida la categoría "Otros trastornos relacionados con el consumo de drogas", era de 18 millones de años de vida perdidos.

³ Christopher J. L. Murray y otros, "Global, regional, and national disability-adjusted life years (DALYs) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990-2013: quantifying the epidemiological transition", *The Lancet*, vol. 386, núm. 10009 (2015), págs. 2145 a 2191.

High	Alta
Very high	Muy alta
Human development index	Índice de desarrollo humano
Global average	Promedio mundial
By level of development	Por nivel de desarrollo

Fuente: Índice de desarrollo humano del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD); datos sobre la carga de morbilidad (años de vida ajustados en función de la discapacidad) del Instituto de Métrica y Evaluación Sanitaria, Universidad de Washington, GBD Compare, 2015. Puede consultarse en <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>.

Nota: Las designaciones “baja”, “mediana”, etc., basadas en el índice de desarrollo humano son las que utiliza el PNUD.

^a *La suma de la carga atribuida a opioides, cocaína, cannabis y anfetaminas, excluidas “Otras drogas”.*

Meta 3.3 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible De aquí a 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles

Las epidemias y las enfermedades transmisibles tienen efectos negativos en la salud de millones de personas y constituyen un importante desafío para el desarrollo sostenible, que son algunas de las razones de que la meta 3.3 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible esté orientada a poner fin en 2030 a más tardar a las epidemias del sida y la tuberculosis y a combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles. Para mejorar la prevención y el tratamiento de esas enfermedades es necesario conocer mejor sus factores de riesgo. Uno de los mayores factores de riesgo relacionado con el consumo de drogas surge de su modo de administración, en particular el consumo de drogas por inyección. Fumar, ingerir, inhalar por vía nasal o inhalar una droga puede dar lugar a una variedad de problemas de salud, pero inyectarse una droga conlleva un riesgo mucho más elevado de sobredosis, lesiones en las venas, abscesos e infecciones, en particular la transmisión de virus portados en la sangre, como el VIH y la hepatitis C.

Se estima que actualmente unos 11,7 millones de personas en todo el mundo se inyectan drogas, de las que alrededor de 1,6 millones (14,0%) viven con el VIH. Se estima que las personas que se inyectan drogas constituyen aproximadamente del 5% al 10% del total de personas que viven con el VIH⁴, y el consumo de drogas por inyección representa aproximadamente el 30% de las nuevas infecciones por el VIH fuera de África subsahariana^{5,6}. Las estimaciones científicas de la probabilidad de transmisión del VIH resultante de la exposición a una fuente infectada indican que el consumo de drogas compartiendo agujas conlleva uno de los riesgos más elevados de transmisión por exposición (aunque mucho más bajo que la transmisión por transfusión de sangre o la transmisión de madre a hijo sin terapia antirretroviral)^{7,8}.

⁴ ONUSIDA, “Aids by numbers” (Ginebra, 2013).

⁵ ONUSIDA, *The Gap Report: People Who Inject Drugs* (Ginebra, 2014).

⁶ *Informe Mundial sobre las Drogas 2015* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.15.XI.6), pág. 40.

⁷ Pragna Patel y otros, “Estimating per-act HIV transmission risk: a systematic review”, *AIDS*, vol. 28, núm. 10 (2014), págs. 1509 a 1519.

⁸ Rebecca F. Baggaley y otros, “Risk of HIV-1 transmission for parenteral exposure and blood transfusion: a systematic review and meta-analysis”, *AIDS*, vol. 20, núm. 6 (2006).

La transmisión del VIH no es la única consecuencia sanitaria vinculada al consumo de drogas. Según los datos sobre la carga mundial de morbilidad, el consumo de drogas como factor de riesgo representó el 32% de las muertes causadas por cirrosis derivada de la hepatitis C y el 14% de las muertes causadas por cáncer de hígado⁹.

El consumo de drogas también puede afectar a la salud pública al aumentar el riesgo de accidentes de tráfico (conducción bajo los efectos de las drogas) y accidentes laborales, que no solo causan graves daños a las personas que consumen drogas, sino también a las personas que las rodean.

El comportamiento sexual y los efectos sanitarios del consumo de drogas

Aunque sea de forma indirecta, un mecanismo por el que el consumo de drogas puede tener repercusiones en la salud de la sociedad en general está vinculado al comportamiento de las personas que consumen drogas. Este aspecto es motivo de especial preocupación en el caso de grupos en riesgo como las personas que se inyectan drogas, para los que un mayor riesgo de transmisión causado por el propio consumo de drogas puede ser la causa fundamental (o un importante factor propiciatorio) de una prevalencia elevada de algunas enfermedades de transmisión sexual. Cuando el consumo de drogas sin inyección aumenta la probabilidad del comportamiento arriesgado entre otros grupos en riesgo, como los hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres y las personas transgénero, también puede tener un efecto.

La investigación confirma que existen vínculos entre los patrones de consumo de drogas y el comportamiento sexual. Es difícil distinguir entre víctimas del consumo de drogas y del comportamiento sexual, pero se han documentado los siguientes patrones: transmisión de infecciones de transmisión sexual de personas que consumen drogas a cónyuges y parejas; personas que consumen drogas que se dedican al trabajo sexual como forma de financiar el consumo de drogas; y personas que consumen drogas que practican comportamientos sexuales de alto riesgo bajo los efectos de algunas drogas, especialmente estimulantes y “drogas de discoteca”. Informaciones locales de la India, Myanmar y Ucrania han documentado epidemias del VIH asociadas al consumo de drogas por inyección que se han propagado a la población en general principalmente mediante contactos heterosexuales¹⁰.

En un informe de la Comisión sobre el Sida en Asia¹¹ se describió un ejemplo en Indonesia en el que el VIH no se propagó en la industria del sexo hasta pocos años después de que hubiera alcanzado un nivel muy elevado entre las personas que se inyectaban drogas.

Se ha formulado la hipótesis de que el consumo de algunas drogas aumenta o disminuye el deseo sexual y los niveles de actividad sexual y tiene un efecto de desinhibición, reduciendo las probabilidades de que los consumidores practiquen un sexo seguro, y exacerbando así los efectos sanitarios negativos del consumo de drogas. Los estimulantes como la cocaína y los estimulantes de tipo anfetamínico son las drogas citadas más comúnmente que vinculan el consumo de drogas al comportamiento sexual de alto riesgo y la transmisión del VIH. También se ha sostenido que muchas personas utilizan los efectos de desinhibición de las anfetaminas para facilitar el sexo, incluido el de alto riesgo, y que la impulsividad producida por las anfetaminas hace que sea más probable que los consumidores practiquen el sexo sin protección. Por ejemplo, en un estudio en los Estados Unidos se constató que el consumo de metanfetamina estaba relacionado con una mayor actividad sexual sin protección y con el riesgo de contraer

⁹ Instituto de Métrica y Evaluación Sanitaria, GBD Compare. Se puede consultar en www.healthdata.org/.

¹⁰ Steffanie A. Strathdee y Susan G. Sherman, “The role of sexual transmission of HIV infection among injection and non-injection drug users”, *Journal of Urban Health*, vol. 80, núm. 4, Supl. 3 (2003), págs. iii7 a iii14.

¹¹ *Redefining AIDS in Asia: Crafting an Effective Response – Report of the Commission on AIDS in Asia* (Nueva Delhi, Oxford University Press, 2008).

enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH, con independencia del género, la edad, la raza, la etnicidad o la orientación sexual¹².

Efectos del consumo de drogas en la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres



Objetivo de Desarrollo Sostenible 5. Lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y las niñas

Las mujeres afectadas por el consumo de drogas son más vulnerables y estigmatizadas que los hombres. Sufren trastornos concurrentes de salud mental en mayor medida que los hombres y es más probable que hayan sido víctimas de la violencia y abusos. Sin embargo, es mucho menos probable que ingresen en programas de tratamiento de drogas que los hombres, lo que puede reducir sus oportunidades para reinserirse en la sociedad y exacerba su sensación de estigmatización como personas que consumen drogas¹³. Así pues, el consumo de drogas puede tener un efecto negativo directo en la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres.

Existen muchos aspectos del problema de las drogas que tienen un impacto en la igualdad de género y, por tanto, en el desarrollo social. Dado que hay muchos más hombres que consumen drogas que mujeres, las investigaciones, las directrices y los programas de capacitación relativos a las personas que consumen drogas siguen concentrándose principalmente en los hombres y no abordan los aspectos específicos de los patrones femeninos de consumo de drogas. Los efectos del consumo de drogas también son mayores en las mujeres que en los hombres porque las mujeres suelen carecer de acceso al sistema de atenciones por trastornos relacionados con el consumo de drogas.

Las mujeres que consumen drogas se enfrentan a varias cuestiones y problemas que aumentan su vulnerabilidad al VIH (así como otras cuestiones de salud importantes) como el trabajo sexual, las infecciones de transmisión sexual, la hepatitis viral, los problemas de salud mental, las cuestiones de salud reproductiva, el cuidado de los hijos, el estigma y la violencia, además de una falta de servicios de salud que tengan en cuenta el género¹⁴. En particular, las mujeres que se inyectan drogas son un grupo al que es difícil contactar y sumamente vulnerable, hasta el punto de que incluso los datos relacionados con ellas son más limitados que los relativos a sus homólogos masculinos.

Una consecuencia indirecta del consumo de drogas en la salud de las mujeres es que el VIH no solo se transmite entre las personas que se inyectan drogas al compartir el equipo de inyección, sino también de las personas que se inyectan drogas (predominantemente hombres) a sus cónyuges y otras parejas sexuales debido al uso inadecuado de medios de protección, como condones. Aunque también tienen su propio conjunto de factores de riesgo, por lo general existe un riesgo en el que incurren las parejas sexuales femeninas de hombres que se inyectan drogas que comparten equipo de inyección, tienen muchas parejas sexuales, practican un uso limitado del condón, recurren a la violencia sexual y su percepción del riesgo y la divulgación de su situación del VIH y su consumo de drogas son bajas, así como poca aceptación de los análisis

¹² F. Molitor y otros, "Association of methamphetamine use during sex with risky sexual behaviors and HIV infection among non-injection drug users", *Western Journal of Medicine*, vol. 168, 1998, págs. 93 a 97.

¹³ *Informe Mundial sobre las Drogas 2015* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.15.XI.6), pág. 60.

¹⁴ Tasnim Azim, Irene Bontell y Steffanie A. Strathdee, "Women, drugs and HIV", *International Journal of Drug Policy*, vol. 26, Supl. 1 (2015), págs. S16 a S21.

del VIH¹⁵. En un estudio de más de 4.000 parejas sexuales femeninas de hombres que se inyectan drogas en la India, la juventud, el matrimonio a una edad temprana (más de la mitad se había casado antes de los 18 años), las parejas que no apoyan, los problemas de salud mental diagnosticables (principalmente depresión), las deficientes facultades de adopción de decisiones y la dependencia económica caracterizaban a muchas de las mujeres, que también informaron de altas tasas de exposición a la violencia doméstica pero de tasas reducidas de búsqueda de ayuda en tales situaciones¹⁶.

Consumo de drogas y violencia relacionada con la pareja íntima o la familia

Se ha determinado que el consumo de drogas es un importante factor de riesgo de violencia relacionada con la familia. Como ese tipo de violencia afecta en particular a las mujeres y las niñas, cabe considerar en realidad que el consumo de drogas es un factor que contribuye a la violencia contra las mujeres y las niñas, lo que, según la meta 5.2 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, tiene que ser eliminado en todas sus formas en los ámbitos público y privado.

Meta 5.2 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible Eliminar todas las formas de violencia contra todas las mujeres y las niñas en los ámbitos público y privado, incluidas la trata y la explotación sexual y otros tipos de explotación

En un estudio en el Afganistán se constató que el consumo de drogas conducía a la violencia doméstica, y más de la mitad de los familiares entrevistados comunicaron que habían sido pegados o habían pegado a un familiar consumidor de drogas durante un enfrentamiento por el consumo de drogas de este último¹⁷. En la India, el 43% de una muestra de 179 mujeres con un familiar masculino que consumía drogas comunicó violencia física por parte de familiares, y un 50% comunicó agresiones verbales¹⁸.

Las investigaciones indican que las sendas que conducen al consumo de drogas son diferentes en el caso de las mujeres y el de los hombres, y que el período inicial del historial de consumo de drogas de una mujer tenía una vinculación importante con su relación con los hombres¹⁹. Un estudio en los Estados Unidos de 416 mujeres sometidas a tratamiento de sustitución de opioides (con metadona) constató que el consumo frecuente de *crack* por las mujeres que consumen drogas aumentaba la probabilidad de violencia posterior por parte de las parejas íntimas²⁰.

Las mujeres que se inyectan drogas también pueden sufrir violencia, cometida por las parejas íntimas o el personal de los organismos encargados de hacer cumplir la ley (o los clientes, si las mujeres son trabajadoras sexuales). Las investigaciones indican también que es menos probable que las mujeres que sufren violencia de la pareja íntima utilicen condones y que es más probable que compartan el equipo de inyección, tengan muchas parejas sexuales y comercien con el sexo²¹.

¹⁵ *Ibid.*

¹⁶ Oficina Regional para Asia Meridional de la UNODC, *Women and Substance Use in India: Women, Substance Use and Vulnerability*, Pratima Murthy, coord. (Nueva Delhi, 2008).

¹⁷ UNODC, *Impacts of Drug Use on Users and Their Families in Afghanistan* (Viena, 2014).

¹⁸ P. Murthy, *Women and Drug Abuse: The Problem in India* (India, Ministerio de Justicia Social y Empoderamiento y Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas, Oficina Regional para Asia Meridional, 2002).

¹⁹ Tammy L. Anderson, "Drug use and gender", en *Self-destructive Behavior and Devalued Identity*, vol. 4, *Encyclopedia of Criminology and Deviant Behavior*, Charles E. Faupel y Paul M. Roman, coords. (Philadelphia, Brunner-Routledge, 2001), págs. 285 a 289.

²⁰ Nabila El-Bassel y otros, "Relationship between drug abuse and intimate partner violence: a longitudinal study among women receiving methadone", *American Journal of Public Health*, vol. 95, núm. 3 (2005), págs. 465 a 470.

²¹ Azim, Bontell y Strathdee, "Women, drugs and HIV" (véase la nota 14).

Efectos del consumo problemático de drogas en la familia, los niños y los jóvenes

“Las personas son el centro del desarrollo sostenible ... y se asumió el compromiso ... en beneficio de todos, en particular de los niños del mundo, los jóvenes y las generaciones futuras del mundo”²².

Otra forma en que el consumo de drogas puede tener un efecto negativo en el desarrollo social es socavando el funcionamiento de la familia, célula básica de la sociedad, y el bienestar de los niños y los jóvenes, de los que depende su futuro.

La familia

Los diferentes patrones de consumo de drogas tienen distintos tipos y grados de repercusión. En algunas situaciones, el consumo de drogas puede tener escasas o limitadas repercusiones en la familia; en otros casos, puede tener efectos concretos en las estructuras familiares y en las relaciones matrimoniales, la violencia familiar y el abuso y el abandono infantil y en la economía familiar. El consumo de drogas está vinculado a menudo con el abuso infantil y la violencia doméstica y también es un factor principal que contribuye a la insatisfacción matrimonial, las rupturas familiares y el rechazo de los familiares²³.

En un estudio de la UNODC sobre las personas que consumen drogas en el Afganistán se comprobó que casi el 70% de los familiares de esas personas habían sufrido problemas financieros como consecuencia del consumo de drogas de un familiar, que dio lugar a una reducción de los ingresos familiares totales causada por una disminución de la aportación financiera de la persona que consumía drogas. Los familiares entrevistados informaron de que el 60% de los parientes consumidores de drogas que habían tenido un empleo antes de consumir drogas habían perdido posteriormente su trabajo. Casi la mitad de los familiares entrevistados también manifestaron que se habían visto obligados a tomar dinero prestado como consecuencia del consumo de drogas en la familia; casi el 70% comunicó que se había enfrentado a dificultades financieras como consecuencia de ese consumo de drogas; y la tercera parte de los familiares indicó que se habían quedado sin alimentos u otras necesidades básicas como consecuencia de ello²⁴.

Si bien es cierto que los padres que consumen drogas pueden tener efectos negativos en el desarrollo de sus hijos, el consumo de drogas por niños, adolescentes y adultos jóvenes también puede tener profundas repercusiones en la familia, afectando a la dinámica y las relaciones con los padres, los hermanos y otros miembros de la familia extensa, despertando a menudo sentimientos de ira, tristeza, ansiedad, vergüenza y pérdida. Los padres de niños que consumen drogas han vinculado el deterioro de su propia salud física y psicológica al estrés y la naturaleza conflictiva de tener que vivir con el problema de drogas de sus hijos. Los hermanos de niños que consumen drogas pueden sufrir la pérdida de una estrecha relación con el hermano o la hermana que las consume y pueden estar expuestos o ser introducidos deliberadamente a un consumo de drogas que conduce a un consumo más problemático²⁵.

²² Formulación propuesta por el Grupo de Trabajo de Composición Abierta sobre los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

²³ Kenneth J. Gruber y Melissa F. Taylor, “A family perspective for substance abuse: implications from the literature”, *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, vol. 6, núms. 1 y 2 (2006), págs.1 a 29.

²⁴ *Impacts of Drug Use on Users and Their families in Afghanistan*.

²⁵ Marina Barnard, *Drug Addiction and Families* (Londres, Jessica Kingsley Publishers, 2006).

Los niños



Objetivo de Desarrollo Sostenible 4. Garantizar una educación inclusiva y equitativa de calidad y promover oportunidades de aprendizaje permanente para todos

Meta 16.2 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible Poner fin al maltrato, la explotación, la trata y todas las formas de violencia y tortura contra los niños

Los niños figuran como un grupo de especial preocupación en varios de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, en particular el Objetivo 1 (cuya meta 1.2 se refiere a los niños que viven en la pobreza), el Objetivo 2 (que se refiere a la malnutrición), el Objetivo 3 (que se refiere a la mortalidad entre los recién nacidos y los niños), el Objetivo 4 (que se refiere a la educación) y el objetivo 16 (cuya meta 16.2 se refiere a la violencia contra los niños). Sin embargo, el desarrollo de los niños está directamente en manos de sus padres, cuyos conocimientos sobre la crianza de sus hijos tienen un profundo efecto en estos. Se han vinculado los factores familiares y del entorno vital inestables e incongruentes, como las condiciones de vida transitorias, los cuidados desiguales y la violencia derivada de padres que consumen drogas, a problemas de desarrollo psicológico y emocional en los niños. Además, los padres que consumen drogas pueden estar ausentes porque están incapacitados por el consumo de drogas o dedican su tiempo a obtenerlas, están en tratamiento o en la cárcel²⁶.

Un estudio realizado en Irlanda pareció indicar que la dependencia de opiáceos tiene un efecto concreto en los procesos de crianza de los hijos, en particular en la disponibilidad física y emocional de los padres y en su capacidad para proporcionar un entorno emocionalmente estable. Los factores que entran en juego guardan relación con el centro de interés de los padres en la oferta y adquisición de drogas, el impacto de la intoxicación y la abstinencia de opioides, la preocupación por las drogas y la inestabilidad temperamental. Los padres que consumen drogas informaron de que eran conscientes de sus limitaciones como padres y estaban descontentos con sus niveles de disponibilidad, respuesta emocional y estabilidad en relación con sus hijos²⁷.

La juventud

Meta 4.4 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible De aquí a 2030, aumentar considerablemente el número de jóvenes y adultos que tienen las competencias necesarias, en particular técnicas y profesionales, para acceder al empleo, el trabajo decente y el emprendimiento

El consumo de drogas suele afectar a las personas en sus años más productivos, y el atrapamiento de los jóvenes en el consumo de drogas y en el propio tráfico ilícito de drogas, a diferencia de su participación en un empleo legítimo y en oportunidades de educación, plantea obstáculos claros al desarrollo de las personas y las comunidades. Los jóvenes pueden ser vulnerables al consumo de drogas y en riesgo de caer en él, en función de una amplia serie de factores relacionados con la cultura y el contexto de ese consumo, como el tipo de drogas y la disponibilidad de drogas concretas.

²⁶ Marija G. Dunn y otros, “Origins and consequences of child neglect in substance abuse families”, *Clinical Psychology Review*, vol. 22, núm. 7 (2002), págs.1063 a 1090.

²⁷ Diane M. Hogan, “The impact of opiate dependence on parenting processes: contextual, physiological and psychological factors”, *Addiction Research and Theory*, vol. 15, núm. 6 (2007), págs. 617 a 635.

No existe una relación directa causa-efecto entre el desarrollo y la participación de los jóvenes en el consumo y el tráfico ilícitos de drogas, ya que todos esos factores están asociados entre sí. Una característica fundamental para entender los factores de riesgo para la juventud es su naturaleza interconectada, especialmente en relación con el comienzo de los trastornos por consumo de drogas²⁸.

Los efectos del desarrollo social en el problema de las drogas

Existe toda una esfera de intervenciones de desarrollo, a saber, el desarrollo alternativo, con la finalidad expresa de reducir los cultivos ilícitos para la producción de drogas, entre otras cosas. Hay amplios indicios de que las intervenciones se apartan del cultivo ilícito únicamente cuando ya han logrado mejorar la situación de desarrollo de las comunidades²⁹.

De un modo más amplio, al igual que el consumo de drogas tiene graves ramificaciones para el desarrollo, algunos factores socioeconómicos, como la pobreza, la educación deficiente y la falta de servicios de atención de la salud, pueden tener un efecto negativo en el consumo de drogas. La desigualdad, la privación social y la falta de medios de vida alternativos, por nombrar solo algunos, pueden considerarse deficiencias del desarrollo que alimentan uno u otro aspecto del problema de las drogas. La pobreza, el desempleo, la educación deficiente, la violencia doméstica y la desventaja social son vulnerabilidades vinculadas al desarrollo social que pueden propiciar el consumo de drogas. Además, las personas con trastornos relacionados con el consumo de drogas cuyas vidas se caracterizan por los bajos niveles de alfabetización y educación pueden tener unos conocimientos limitados de los efectos posiblemente nocivos de las drogas, especialmente en relación con el riesgo de drogodependencia, por una falta general de información veraz, práctica y realista sobre las drogas y sus efectos³⁰.

Los países con sistemas de prestación de servicios médicos bien desarrollados y articulados, personal bien capacitado y procedimientos eficientes para la expedición y tramitación de autorizaciones de importación y exportación suelen lograr mejores resultados para garantizar la disponibilidad de opioides con fines médicos. Según la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), el consumo de estupefacientes para aliviar el dolor se concentra principalmente en los países de América del Norte, Europa occidental y Oceanía³¹, algunas de las cuales son también regiones con un alto nivel de uso indebido documentado de opioides sujetos a prescripción médica. En función de los datos del Centro Nacional de Estadísticas Sanitarias³², todos los años desde 2002 más del 40% del número total de muertes por sobredosis en los Estados Unidos ha estado relacionado con los opioides sujetos a prescripción médica. Los miembros de las pandillas callejeras han aprovechado el problema del uso indebido de opioides sujetos a prescripción médica en los Estados Unidos para traficar con medicamentos de ese tipo, concretamente hidrocodona y oxycodona³³.

Las normas sociales y el consumo de drogas

Otra forma indirecta en que el desarrollo social puede influir en el problema de las drogas es apoyando o socavando las estructuras existentes de la sociedad que pueden aumentar (o disminuir) la vulnerabilidad al consumo de drogas. Un aspecto de ello guarda relación con la evolución de las normas sociales, por la que la inclinación de una persona a practicar el consumo de drogas, en particular la iniciación del consumo de drogas o de un nuevo tipo de

²⁸ Charlie Lloyd, "Risk factors for problem drug use: identifying vulnerable groups", *Drugs: Education, Prevention and Policy*, vol. 5, núm. 3 (1998), págs. 217 a 232.

²⁹ Véase *Informe Mundial sobre las Drogas 2015*, cap. II.

³⁰ Oficina del Afganistán de la UNODC, "Community drug profile No.5: an assessment of problem drug use in Kabul city", (Kabul, 2003), pág. 25.

³¹ JIFE, "Availability of narcotic drugs for medical use". Puede consultarse en www.incb.org.

³² <https://www.drugabuse.gov/related-topics/trends-statistics/overdose-death-rates>.

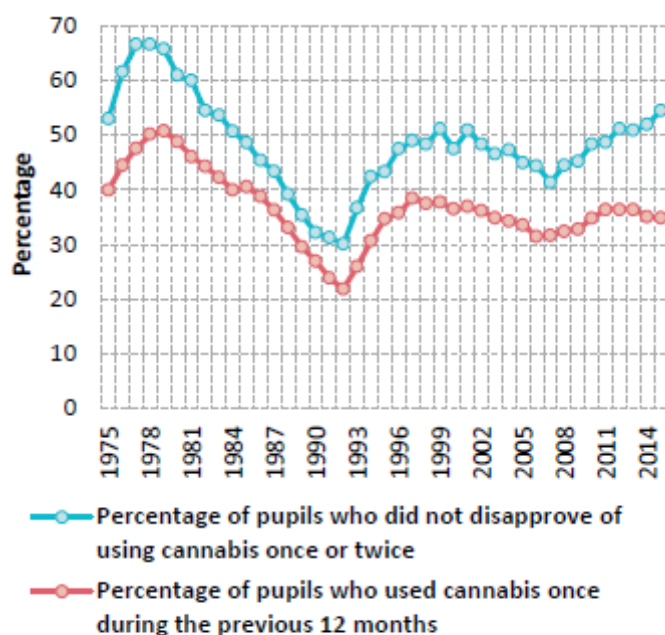
³³ Estados Unidos, DEA, *2015 National Drug Threat Assessment Summary* (octubre de 2015).

comportamiento de consumo de drogas, se ve influido por el nivel de aceptabilidad que las personas perciben que está relacionado con ese comportamiento concreto entre sus conocidos inmediatos, su familia, su comunidad, su grupo de pares o la sociedad en general.

Como la sociedad y las normas sociales cambian, la inclinación a dedicarse al consumo de drogas también puede sufrir cambios. Por ejemplo, en las familias en las que se consumen drogas o las actitudes hacia su consumo son positivas, la incidencia del consumo de drogas entre los niños es más alta que en las familias en que el consumo de drogas es escaso y las actitudes hacia ese consumo no son tan permisivas. Un estudio indicó que los hijos de personas con trastornos relacionados con el consumo de drogas tienen siete veces más probabilidades que sus pares de crecer con problemas de drogas y alcohol³⁴.

Los resultados de encuestas escolares en los Estados Unidos facilitan un indicador de la aceptabilidad del consumo de cannabis, medida por el porcentaje de alumnos que no desaprobaban de las personas (mayores de 18 años) que prueban el cannabis una o dos veces; la tendencia de ese indicador durante el período 1975-2015 refleja la tendencia de la prevalencia del consumo de cannabis. De hecho, ese indicador de desaprobación es un mejor predictor de la tendencia del consumo de cannabis que la facilidad percibida de obtención de cannabis. Aunque ese patrón puede observarse a largo plazo, en los últimos años las tendencias han comenzado a divergir, lo que puede vincularse a las novedades en la política sobre el cannabis en algunos estados de los Estados Unidos.

GRÁFICO 4 El consumo de cannabis comparado con las actitudes hacia dicho consumo entre alumnos de 12º grado en los Estados Unidos, 1975-2015



Source: Monitoring the Future study: United States, Department of Health and Human Services (1975-1994), and Institute for Social Research, University of Michigan (1995-2015).

Percentage	Porcentaje
Percentage of pupils who did not disapprove of using cannabis once or twice	Porcentaje de alumnos que no desaprobaban el consumo de cannabis una o dos veces

³⁴ Neil P. McKegane y otros, "Preteen children and illegal drugs", *Drugs: Education, Prevention and Policy*, vol. 11, núm. 4 (2004), págs. 315 a 327.

Percentage of pupils who used cannabis once during the previous 12 months	Porcentaje de alumnos que consumieron cannabis una vez durante los 12 meses anteriores
---	--

Fuente: Estudio Monitoring the Future: Estados Unidos, Departamento de Salud y Servicios Humanos (1975-1994), e Instituto de Investigación Social, Universidad de Michigan (1995-2015).

Surge un patrón similar de los resultados de un estudio reciente del consumo de drogas entre la población escolar de Chile (referente a alumnos entre el octavo año de la escuela primaria y el cuarto año de la secundaria). En 2013, la prevalencia del consumo de cannabis en el año anterior aumentó de forma pronunciada (alcanzando un 30,6%, frente al 19,5% en 2011); al mismo tiempo, varios indicadores de percepción (incluida la desaprobación de los padres) mostraron importantes giros hacia una mayor aceptabilidad del consumo de cannabis y una disminución de la percepción de riesgo³⁵.

En un estudio de jóvenes ya excluidos socialmente que vivían en zonas empobrecidas del Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, donde existían mercados ilícitos de drogas en evolución y pocas oportunidades en la economía local, se comprobó que los jóvenes sufrían una erosión de los obstáculos culturales normativos entre el consumo recreativo y el consumo problemático de drogas y corrían un mayor riesgo de pasar del consumo de cannabis al de heroína³⁶. Es probable que eso sea cierto en el caso de grupos empobrecidos de forma similar en los mercados de drogas en rápida evolución de los países en desarrollo.

En un examen de más de 50 artículos sobre programas de educación de base escolar para prevenir el consumo de drogas y otras sustancias se identificaron varios componentes culturales utilizados para adaptar los programas a escuelas y entornos diferentes y se evaluó si la inclusión de esos componentes mejoraba los resultados. El estudio constató que entre los componentes que mejoraban los resultados para los participantes en los programas de prevención del consumo de drogas basados en las escuelas figuraba la incorporación de valores positivos de las identidades culturales y étnicas de los participantes, como la religiosidad³⁷.

La migración y el consumo de drogas

Meta 10.7 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible Facilitar la migración y la movilidad ordenadas, seguras, regulares y responsables de las personas, incluso mediante la aplicación de políticas migratorias planificadas y bien gestionadas

Uno de los numerosos peligros de la migración es que puede afectar a los patrones de consumo de drogas no solo porque puede exponer a los migrantes a nuevas drogas, sino también porque los migrantes a menudo se encuentran viviendo en circunstancias nuevas y difíciles lejos del apoyo de sus familias y otras redes. Un estudio llevado a cabo por la UNODC en el Afganistán, en el que se realizaron entrevistas a más de 3.000 personas que habían consumido drogas (opio, cannabis, heroína y tranquilizantes) durante más de seis meses de manera habitual, comprobó que el 26% de los entrevistados había comenzado a consumir drogas en la República Islámica del Irán y el 8% en el Pakistán³⁸. Los participantes en grupos de discusión convocados en todas

³⁵ Chile, Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, Ministerio del Interior y Seguridad Pública, “Décimo estudio nacional de drogas en población escolar: principales resultados nacionales” (Santiago de Chile, Observatorio Chileno de Drogas, 2014).

³⁶ Robert MacDonald y Jane Marsh, “Crossing the Rubicon: youth transitions, poverty, drugs and social exclusion”, *International Journal of Drug Policy*, vol.13, núm. 1 (2002), págs. 27 a 38.

³⁷ Anne M. Gewin y Bobby Hoffman, “Introducing the cultural variables in school-based substance abuse prevention”, *Drugs: Education, Prevention and Policy*, vol. 23, núm. 1 (2016), págs. 1 a 14.

³⁸ *Impacts of Drug Use on Users and Their Families in Afghanistan* (véase la nota 17).

las provincias mencionaron que los problemas con que se enfrentaban los migrantes podían llevarlos a consumir drogas. Un estudio anterior realizado en el Afganistán había arrojado resultados similares: de los consumidores de opio, el 40% (todos hombres) había iniciado su consumo de opiáceos en la República Islámica del Irán y el 4% lo había iniciado en el Pakistán³⁹.

Aunque la propia migración puede afectar directamente a los patrones de consumo de drogas, la falta de canales de migración seguros y accesibles contribuye (junto con varias causas fundamentales como los desastres ambientales, los conflictos y la agitación política y social) al desplazamiento de las poblaciones, la formación de comunidades de desplazados internos y refugiados y el deterioro de muchos aspectos de la vida, exacerbando la pobreza y creando desempleo. Ello da lugar a condiciones que propician la aparición del consumo ilícito de drogas, que puede empezar, por ejemplo, como vía de escape del estrés social y las condiciones posteriores a conflictos.

Los estudios sobre la salud mental de las poblaciones desplazadas por conflictos han puesto de relieve los vínculos con el trastorno por estrés postraumático y la depresión, que pueden dar lugar al inicio o la escalada del consumo de drogas⁴⁰. Las investigaciones realizadas en seis entornos de desplazamiento prolongado en el caso de refugiados y desplazados internos –en Irán (República Islámica del), Kenya, Liberia, el Pakistán, Tailandia y el norte de Uganda– constataron que una serie de estupefacientes, sustancias psicoactivas y otras sustancias, como opiáceos, *khat*, benzodiazepinas y alcohol, contribuían a problemas sanitarios, sociales y de protección de amplio alcance. En el estudio también se comprobó que las experiencias de desplazamiento, incluida la desposesión, la restricción de los medios de vida, la desesperanza y un futuro incierto pueden hacer que las comunidades resulten particularmente vulnerables al consumo de drogas y sus efectos, y los cambios de las normas y redes sociales (incluida la población de la zona circundante) puede dar lugar a patrones modificados y posiblemente más nocivos de consumo y a los consiguientes costos sociales⁴¹.

Los migrantes pueden empezar a tener problemas relacionados con el consumo de drogas y otras sustancias en su país de origen, en tránsito, en un refugio temporal o en reasentamiento, y se ha comunicado una variedad de factores de riesgo para contraer la drogodependencia en esos entornos, incluidos el género masculino, la exposición a traumas bélicos, el desplazamiento y los problemas de salud mental coexistentes⁴².

Vínculos entre la exclusión social, el estigma y el consumo de drogas

Meta 10.2 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible De aquí a 2030, potenciar y promover la inclusión social, económica y política de todas las personas

Meta 10.3 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible Garantizar la igualdad de oportunidades y reducir la desigualdad de resultados, incluso eliminando las leyes, políticas y prácticas discriminatorias y promoviendo legislaciones, políticas y medidas adecuadas a ese respecto

³⁹ UNODC, “Drug use in Afghanistan: 2009 survey – executive summary” (2009).

⁴⁰ Zachary Steel y otros, “Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta analysis”, *Journal of the American Medical Association*, vol. 302, núm. 5 (2009), págs. 537 a 549.

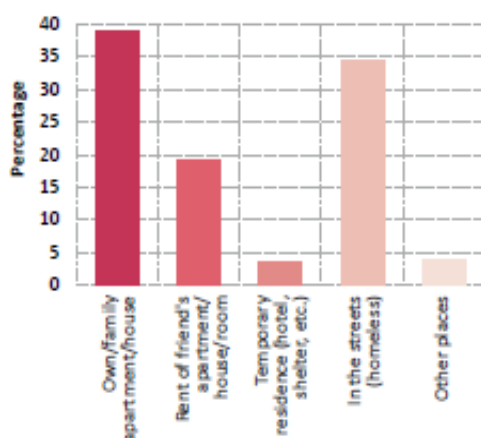
⁴¹ Nadine Ezard y otros, “Six rapid assessments of alcohol and other substance use in populations displaced by conflict”, *Conflict and Health*, vol. 5, núm. 1 (2011).

⁴² Kamaldeep Bhui y Nasir Warfa, “Drug consumption in conflict zones in Somalia”, *PLoS Medicine*, vol. 4, núm. 12 (2007).

Evidentemente, no todas las personas que consumen drogas están marginadas y no todas las personas marginadas son personas que consumen drogas. No obstante, cabe considerar que la marginación contribuye al consumo de drogas, igual que cabe considerar que el consumo de drogas contribuye a la marginación de algunos consumidores: el consumo de drogas puede causar un deterioro de las condiciones de vida, mientras los procesos de marginación social pueden ser una razón para iniciar ese consumo⁴³.

Como no es fácil medir directamente la marginación, esta no se presta a la investigación cuantitativa. Sin embargo, se ha demostrado que varios factores categóricos de riesgo de marginación están vinculados al consumo de drogas, entre ellos el desempleo, la carencia de vivienda, el encarcelamiento, el trabajo sexual y la juventud vulnerable (como las víctimas jóvenes del abuso y la violencia en la familia)⁴⁴. Por ejemplo, un estudio de cohortes realizado entre personas sin hogar en las cuatro principales ciudades de los Países Bajos (Ámsterdam, Róterdam, La Haya y Utrecht) constató que había consumido cannabis en el mes anterior el 43% de los adultos sin hogar y el 63% de los jóvenes sin hogar⁴⁵. En un estudio realizado en Irlanda se comprobó que el 67% de los ex reclusos sin hogar eran drogodependientes⁴⁶.

GRÁFICO 5 Situación de vida de los consumidores habituales de crack en el Brasil



Source: *A Profile of Users of Crack and/or Similar Drugs in Brazil* (Brazil, National Drug Policy Secretariat, 2013).

Percentage	Porcentaje
Own/family apartment/house	Apartamento/casa propio/familiar
Rent of friend's apartment/ house/room	Alquiler de apartamento/casa/habitación de un amigo
Temporary residence (hotel, shelter, etc.)	Residencia temporal (hotel, refugio, etc.)
In the streets (homeless)	En la calle (sin hogar)
Other places	Otro lugar

Fuente: *A Profile of Users of Crack and/or Similar Drugs in Brazil* (Brasil Secretaría Nacional de Política de Drogas, 2013)

⁴³ EMCDDA, *Informe Anual 2003: El problema de la drogodependencia en la Unión Europea y en Noruega* (Lisboa, 2003).

⁴⁴ *Ibid.*

⁴⁵ Margriet van Laar y otros, *Report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point: The Netherlands Drug Situation 2014* (Lisboa, 2015).

⁴⁶ Claire Hickey, *Crime and Homelessness 2002* (Dublin, Focus Ireland y PACE, 2002).

Entre las personas sin hogar también se comunica que los comportamientos de alto riesgo, como consumir drogas por inyección y compartir equipo de inyección, son elevados⁴⁷. Las investigaciones realizadas en 2015 por Homeless Link, una organización benéfica del Reino Unido, constataron que el 34% de las personas que dormían en condiciones precarias (dormir en condiciones incómodas, generalmente al aire libre) había consumido heroína en el mes anterior y el 37% había consumido *crack* o cocaína⁴⁸. En otro país, un estudio centrado en el perfil de los consumidores habituales⁴⁹ de *crack* o formas fumables similares de cocaína (lo que excluía las sales de cocaína) en el Brasil⁵⁰ comprobó que más de la tercera parte de esos consumidores pasaba un tiempo considerable en la calle y que menos de la cuarta parte había ido a la escuela secundaria, aunque más del 95% había estado en la escuela en algún momento de su vida. En el estudio también se comprobó que el 70% de los consumidores compartían su equipo de consumo de drogas, hábito que suscitaba preocupación acerca de la transmisión de infecciones, especialmente la hepatitis viral. Además, la prevalencia del VIH en esos consumidores era ocho veces superior a la tasa de prevalencia en la población del Brasil en general (el 5,0% frente al 0,6%).

El propio consumo de drogas también puede contribuir a la marginación. En algunas sociedades, el estigma de ser consumidores de drogas y la discriminación empujan a las personas que consumen drogas a los márgenes de la sociedad. Frecuentemente, las personas con trastornos relacionados con el consumo de drogas están distanciadas de su comunidad y su familia. La marginación y la estigmatización de las personas que consumen drogas de forma habitual también tienen un efecto negativo en sus oportunidades de empleo y sus relaciones sociales. El estigma y la exclusión social pueden dar lugar a una pérdida de capital humano, ya que las personas que consumen drogas no pueden contribuir a una serie de actividades de la comunidad, como los deberes cívicos, el trabajo voluntario, los clubes deportivos, las reuniones religiosas y los actos culturales, ni participar en ellas. El estigma también contribuye a la mala salud mental y física, a la no terminación del tratamiento de drogas y a un aumento de la participación en comportamientos de alto riesgo, como compartir equipo de inyección⁵¹.

Drogodependencia y desempleo: un círculo vicioso

Existe una clara asociación positiva entre la drogodependencia y la desventaja social, incluidos el desempleo y la pobreza. La relación entre el consumo de drogas y la situación en materia de empleo es compleja y se caracteriza por la causalidad recíproca: el consumo de drogas exacerba el riesgo de desempleo, y el desempleo aumenta el riesgo de consumo de drogas.

El consumo de drogas puede perjudicar las perspectivas de empleo de una persona al reducir la productividad y la posibilidad de encontrar trabajo. A la inversa, el desempleo puede causar estrés y ansiedad, dificultades financieras, insatisfacción y desafección, que son en conjunto factores de riesgo para la iniciación, perpetuación, intensificación o reanudación del consumo de drogas. En los Estados Unidos, por ejemplo, la prevalencia del consumo en el mes anterior de cualquier droga en la población mayor de 18 años alcanzó un promedio del 18% entre los desempleados, el 10% entre los trabajadores a tiempo parcial, el 8% entre los trabajadores a tiempo completo y menos del 6% entre las “otras” categorías, como los jubilados⁵². Los datos

⁴⁷ *Informe Anual 2003: El problema de la drogodependencia en la Unión Europea y en Noruega.*

⁴⁸ Stephen Holland, “Homeless health data finds heroin and cocaine dependency more prevalent amongst women than men”, 5 de agosto de 2015. Se puede consultar en www.homeless.org.uk/.

⁴⁹ “Consumidor regular” se definió como una persona que había consumido las sustancias en 25 días o más en los seis meses anteriores.

⁵⁰ Brasil, Secretaría Nacional de Política de Drogas, “Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil” (Rio de Janeiro, 2013).

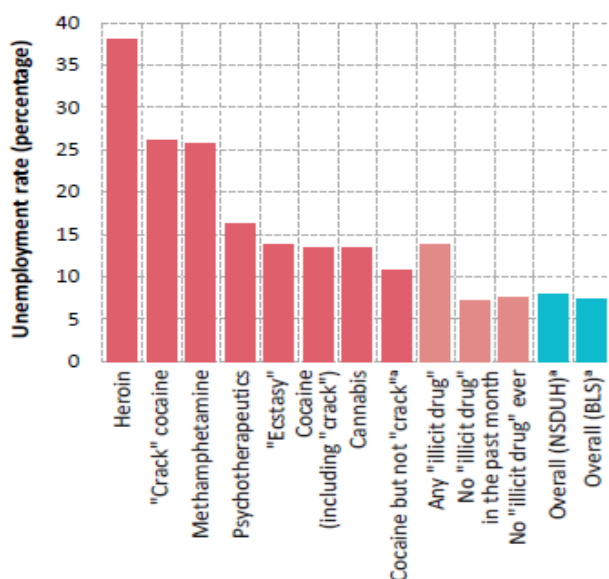
⁵¹ James D. Livingston y otros, “The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: a systematic review”, *Addiction*, vol. 107, núm. 1 (2012), págs. 39 a 50.

⁵² Alejandro Badel y Brian Greaney, “Exploring the link between drug use and job status in the U.S.”, *Regional Economist*, julio de 2013. Se puede consultar en www.stlouisfed.org/publications/regional-economist/july-2013/exploring-the-link-between-drug-use-and-job-status-in-the-us.

del EMCDDA correspondientes a 30 países europeos⁵³ parecen indicar que, en 2013, entre todas las personas que accedían a tratamiento por trastornos relacionados con el consumo de drogas y que estaban en la fuerza de trabajo, al menos la mitad estaban desempleadas⁵⁴. En un estudio de la UNODC sobre el consumo de drogas en el Afganistán también se constataron claros vínculos entre el consumo de drogas y la situación en materia de empleo⁵⁵.

Un desglose detallado de la situación en materia de empleo entre personas que habían consumido drogas en el mes anterior en los Estados Unidos expone distintos niveles de asociación entre el consumo de drogas y el desempleo en los diversos tipos de drogas. La heroína, la metanfetamina y la cocaína *crack* eran las drogas asociadas más estrechamente al desempleo, tanto en lo referente a la tasa de desempleo entre los consumidores en el mes anterior como respecto de la mayor probabilidad entre los desempleados de haber consumido drogas en el mes anterior (en comparación con las personas empleadas). La tasa de desempleo entre los consumidores de heroína en el mes anterior era del 38%, y era casi 10 veces más probable que las personas desempleadas fueran consumidoras de heroína que las personas empleadas a tiempo completo (tasas de prevalencia del 0,59% y el 0,060%, respectivamente). La asociación era mucho más fuerte en el caso de la cocaína *crack* que en el de la cocaína en general (véanse los gráficos 6 y 7).

GRÁFICO 6 Desempleo^a entre los consumidores de drogas en el mes anterior en los Estados Unidos, por tipos de drogas, 2013



Source: United States, National Survey on Drug Use and Health, Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), Center for Behavioral Health Statistics and Quality, *National Survey on Drug Use and Health, 2013*; data extracted from the National Addiction and HIV Data Archive Program, hosted by the Inter-university Consortium for Political and Social Research at the University of Michigan (<http://doi.org/10.3886/ICPSR35509.v3>).

^a For details, including an explanation of the methodological differences in the unemployment rate based on data from the National Survey on Drug Use and Health (NSDUH) and the Bureau of Labor Statistics (BLS), see the online methodology section of the present report.

⁵³ Esos datos se refieren a los 28 Estados miembros de la Unión Europea, Noruega y Turquía.

⁵⁴ El 50% corresponde a la proporción de ingresados clasificados como “desempleados/desalentados”, entre el número total de ingresados con una situación de empleo conocida, excluidos los estudiantes. En ese total están incluidas las personas cuya situación se clasificó como “otra” así como “receptores de prestaciones sociales/pensionistas/personas encargadas de hogares/discapacitados”. Es probable que esas categorías incluyan a personas que no están en la fuerza de trabajo; si ese factor se tuviera en cuenta, la proporción de personas desempleadas sería más alta.

⁵⁵ *Impacts of Drug Use on Users and Their Families in Afghanistan*.

Unemployment rate (percentage)	Tasa de desempleo (porcentaje)
Heroin	Heroína
“Crack” cocaine	Cocaína <i>crack</i>
Methamphetamine	Metanfetamina
Psychotherapeutics	Psicoterapéuticos
“Ecstasy”	Éxtasis
Cocaine (including “crack”)	Cocaína (incluido el <i>crack</i>)
Cannabis	Cannabis
Cocaine but not “crack” [□]	Cocaína, pero no <i>crack</i>
Any “illicit drug”	Cualquier “droga ilícita”
No “illicit drug” in the past month	Ninguna “droga ilícita” en el mes anterior
No “illicit drug” ever	Ninguna “droga ilícita” nunca
Overall (NSDUH) [□]	Total (NSDUH) ^a
Overall (BLS) [□]	Total (BLS) ^a

Fuente: Estados Unidos, Encuesta Nacional sobre la Salud y el Consumo de Drogas, Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA), Center for Behavioral Health Statistics and Quality, *National Survey on Drug Use and Health, 2013*; datos extraídos del Programa de Archivo Nacional de Datos sobre Adicción y VIH, acogido por el Consorcio Interuniversitario para Investigación Política y Social en la Universidad de Michigan (<http://doi.org/10.3886/ICPSR35509.v3>).

^a Véanse los detalles, incluida una explicación de las diferencias metodológicas de la tasa de desempleo basada en datos de la Encuesta Nacional sobre la Salud y el Consumo de Drogas (NSDUH) y la Oficina de Estadísticas Laborales (BLS), en la sección sobre metodología de la versión en línea del presente informe.

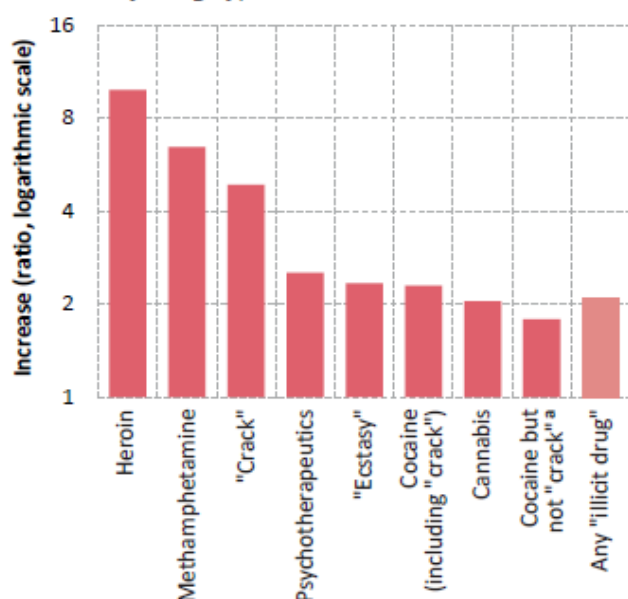
Existen varios mecanismos por los que el consumo problemático de drogas puede afectar a las posibilidades de una persona de encontrar y conservar un trabajo. En primer lugar, las personas con trastornos relacionados con el consumo de drogas pueden sufrir una serie de graves problemas personales, de salud, de estilo de vida y de otra índole que tienen que subsanarse antes de que estén en condiciones de terminar con éxito los programas de transición de las prestaciones sociales al trabajo o de conseguir un empleo remunerado y conservarlo⁵⁶. En segundo lugar, el consumo de drogas puede estar asociado a otros factores, como la falta de cualificación, bajos niveles de alfabetización e historiales de empleo deficientes, que en sí mismos reducen la competitividad en el mercado de trabajo de las personas que consumen drogas⁵⁷. En tercer lugar, pueden surgir obstáculos adicionales de las circunstancias sociales, como la exclusión de las personas de las oportunidades de empleo por antecedentes penales y la estigmatización de las personas que consumen drogas, con las prácticas discriminatorias resultantes por parte de los empleadores y los proveedores de servicios sociales (como las atenciones infantiles). En cuarto lugar, muchas personas con trastornos relacionados con el consumo de drogas pueden ser profundamente conscientes de que las aptitudes limitadas, las cualificaciones deficientes o inexistentes, las lagunas en su historial laboral, en particular relacionadas con el encarcelamiento, y los antecedentes penales pueden hacer que la búsqueda de un trabajo sea sumamente difícil, hasta el punto de que parezca carecer de sentido⁵⁸.

⁵⁶ Peter A. Kemp y Joanne Neale, “Employability and problem drug users”, *Critical Social Policy*, vol. 25, núm. 1 (2015), págs. 28 a 46.

⁵⁷ Harry Sumnall y Angelina Brotherhood, *Social Reintegration and Employment: Evidence and Interventions for Drug Users in Treatment*, EMCDDA Insights núm. 13 (Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2012).

⁵⁸ J. Spencer y otros, *Getting Problem Drug Users (Back) into Employment* (Londres, Comisión de Política de Drogas del Reino Unido, 2008).

GRÁFICO 7 Aumento de la probabilidad de ser consumidor de drogas en el mes anterior entre la población desempleada, en comparación con la población en empleo a tiempo completo en los Estados Unidos, por tipo de droga, 2013



Source: United States, National Survey on Drug Use and Health, SAMHSA, Center for Behavioral Health Statistics and Quality, *National Survey on Drug Use and Health, 2013*; data extracted from the National Addiction and HIV Data Archive Program, hosted by the Inter-university Consortium for Political and Social Research at the University of Michigan (<http://doi.org/10.3886/ICPSR35509.v3>).

^a See the online methodology section of the present report.

Increase (ratio, logarithmic scale)	Aumento (relación, escala logarítmica)
Heroin	Heroína
Methamphetamine	Metanfetamina
"Crack"	<i>Crack</i>
Psychotherapeutics	Psicoterapéuticos
"Ecstasy"	Éxtasis
Cocaine (including "crack")	Cocaína (incluido el <i>crack</i>)
Cannabis	Cannabis
Cocaine but not "crack" ^a	Cocaína, pero no <i>crack</i> ^a
Any "illicit drug"	Cualquier "droga ilícita"

Fuente: Estados Unidos, Encuesta Nacional sobre la Salud y el Consumo de Drogas, Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA), Center for Behavioral Health Statistics and Quality, *National Survey on Drug Use and Health, 2013*; datos extraídos del Programa de Archivo Nacional de Datos sobre Adicción y VIH, acogido por el Consorcio Interuniversitario para Investigación Política y Social en la Universidad de Michigan (<http://doi.org/10.3886/ICPSR35509.v3>).

^a Véase la sección sobre metodología de la versión en línea del presente informe.

El consumo de drogas puede limitar las oportunidades de que una persona ingrese o permanezca en la fuerza de trabajo, y la frustración causada por el fracaso en encontrar un empleo adecuado puede aumentar el consumo de drogas, creando un círculo vicioso, especialmente en el caso de las personas drogodependientes.

Cómo puede afectar el estigma a la eficacia de las respuestas al problema de las drogas

Del mismo modo que un buen nivel de desarrollo social mejora la eficacia de las actividades gubernamentales para luchar contra el problema de las drogas, las deficiencias del medio social pueden obstaculizar los esfuerzos por reducir la oferta y la demanda ilícitas de drogas. En particular, las actitudes estigmatizantes hacia las personas que consumen drogas que se pueden hacer extensivas al personal de los servicios de cuidados de salud pueden obstaculizar su capacidad para administrar un tratamiento eficaz a los consumidores de drogas.

En varios estudios se ha identificado el estigma como un importante obstáculo para que los consumidores de drogas accedan a los servicios sanitarios y de tratamiento, y algunos proveedores de servicios sanitarios tienen creencias negativas sobre las personas con trastornos relacionados con el consumo de drogas, incluido el uso excesivo de los recursos del sistema, la no inversión en su propia salud, el abuso del sistema mediante la búsqueda de drogas y la desviación, y la no observancia del tratamiento y los cuidados recomendados^{59,60}. Las encuestas de profesionales de la salud han indicado que pueden tener opiniones negativas o estereotípicas de las personas con drogodependencia, que pueden poner en peligro la prestación de cuidados de alta calidad, y en los estudios del personal de enfermería se comprobó que las actitudes negativas y punitivas hacia las personas que consumen drogas son relativamente comunes. Es probable que las actitudes y opiniones desfavorables, hostiles o que impliquen juicios de valor de los profesionales de la salud desalienten a las personas con problemas relacionados con las drogas de acceder a los servicios sanitarios⁶¹.

Por lo general, se puede percibir que las personas que se inyectan drogas son una amenaza para el personal sanitario, así como para la comunidad, porque son una causa potencial de miedo y vigilancia, en parte como consecuencia de la amenaza percibida de lesiones relacionadas con las agujas y de transmisión de virus presentes en la sangre. En un estudio para examinar el grado de discriminación y estigma relacionado con la infección por hepatitis C que sufrían 274 personas que se inyectaban drogas en Sidney (Australia) se comprobó que más de la mitad (el 52%) comunicaron discriminación en entornos sanitarios como consecuencia de haber dado positivo en análisis de la hepatitis C, y el 65% informó de que esa discriminación era consecuencia de ser consumidores de drogas, y las mujeres tenían más probabilidades que los hombres de sufrir discriminación a causa de su situación en relación con la hepatitis C⁶². Según el ONUSIDA, los servicios sanitarios pueden llegar a excluir a las personas que se inyectan drogas o a tratarlas mal cuando solicitan ayuda⁶³.

Los enfoques punitivos de las autoridades encargadas de hacer cumplir la ley con respecto a las personas que consumen drogas pueden contribuir a su marginación, especialmente cuando esos enfoques dan lugar a altos niveles de encarcelamiento (véase un análisis más detallado en la subsección titulada “Justicia penal”).

⁵⁹ Livingston y otros, “The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders”.

⁶⁰ T. M. Ronzani, J. Higgings-Biddle y E. F. Furtado, “Stigmatization of alcohol and other drug users by primary care providers in Southeast Brazil”, *Social Science and Medicine*, vol. 69, núm. 7 (2009), págs. 1080 a 1084.

⁶¹ Natalie Skinner y otros, “Stigma and discrimination in health-care provision to drug users: the role of values, affect, and deservingness judgments”, *Journal of Applied Social Psychology*, vol. 37, núm. 1 (2007), págs. 163 a 186.

⁶² Shah E. Habib y Lester V. Adorjany, “Hepatitis C and injecting drug use: the realities of stigmatization and discrimination”, *Health Education Journal*, vol. 62, núm. 3 (2003), págs. 256 a 265.

⁶³ *The Gap Report* (véase la nota 5).

Las respuestas al problema de las drogas y el desarrollo social

Meta 3.5 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol

Cuando las actividades de reducción de la demanda de drogas y todo el proceso continuo de atención de salud para las personas que consumen drogas tienen éxito reducen el consumo de drogas y, por lo tanto, sus efectos en la salud pública. Los beneficios afectan tanto a las personas que consumen drogas como a la sociedad en general, y esas actividades han resultado eficaces, por ejemplo, para prevenir la transmisión del VIH y la hepatitis viral. También se ha demostrado que los programas de prevención del consumo de drogas conducen a la disminución de la gama de otros comportamientos de riesgo, como la agresividad y el ausentismo escolar.

Existen estrategias eficaces para contrarrestar el problema de las drogas, pero hace falta un marco bien desarrollado para aplicarlas con eficacia. Incluso a nivel de la vigilancia del alcance del consumo de drogas, los países desarrollados suelen estar en mejores condiciones que los países en desarrollo para evaluar el alcance del problema. Por ejemplo, el consumo de heroína en Europa ha registrado una importante disminución en los últimos años, y esa mejora se ha atribuido en parte a la mayor eficacia de las actividades de reducción de la demanda de drogas, concretamente en un aumento espectacular de la disponibilidad de tratamiento, lo que eliminó del mercado una proporción importante de la demanda⁶⁴.

La experiencia ha aportado abundantes pruebas de la forma en que los programas de reducción de la demanda de drogas pueden tener efectos positivos^{65, 66}. Los programas son más eficaces cuando reconocen que el consumo de drogas puede ser consecuencia de muchas causas, y cuando incorporan no solo componentes específicos de drogas, sino también aptitudes que ayudan a las personas a hacer frente eficazmente a las dificultades de cada fase de la vida, como aptitudes para relacionarse para los adolescentes o aptitudes para la crianza de los hijos para los padres. Los resultados también mejoran cuando en las intervenciones se emplea y amplía la utilización sistemática de instrumentos de base empírica. Además, todo el proceso continuo de intervenciones de atención puede ser incluso más eficaz cuando incorpora medidas de base empírica destinadas a minimizar las consecuencias adversas de salud pública y sociales del uso indebido de drogas, incluidos programas apropiados de terapia asistida por medicación, programas de intercambio de equipo de inyección, así como terapia antirretroviral y otras intervenciones pertinentes que impiden la transmisión del VIH, la hepatitis viral y otras enfermedades transmitidas por la sangre asociadas al consumo de drogas. La ejecución de programas de base empírica sigue teniendo niveles muy bajos de cobertura en muchas partes del mundo⁶⁷ y sigue estando deficientemente financiada⁶⁸.

Efectos del desarrollo alternativo en el desarrollo social

Cuando los programas de desarrollo alternativo tienen éxito también dan lugar al desarrollo más amplio de las comunidades afectadas. En Myanmar, por ejemplo, los proyectos de desarrollo alternativo en la Región Especial 2 de Wa dieron lugar a varios beneficios en la esfera de la salud: las vacunas redujeron la mortalidad infantil y eliminaron la lepra entre los niños; y se

⁶⁴ EMCDDA, *Informe Anual 2012: El problema de la drogodependencia en Europa* (Lisboa, 2012)

⁶⁵ “International standards for the treatment of drug use disorders: draft for field testing” (E/CN.7/2016/CRP.4).

⁶⁶ Véase UNODC, *International Standards On Drug Use Prevention* (Viena, marzo de 2013).

⁶⁷ 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.

⁶⁸ ONUSIDA, Halving HIV transmission among people who inject drugs: Nota de antecedentes, documento UNAIDS/PCB (35)/14.27.

llevó electricidad y agua potable a algunos poblados. En Tailandia, el desarrollo alternativo dio lugar a un mayor acceso a la educación, los servicios sanitarios y el agua potable, con la consiguiente disminución de la incidencia de la malaria y la viruela. En el Pakistán, las actividades de desarrollo alternativo en el Distrito de Dir, en Khyber Pakhtunkhwa (anteriormente la Provincia de la Frontera Noroccidental), dieron lugar a la instalación de infraestructura de agua potable, un programa de inmunización eficaz y la mejora de las carreteras, mejorando así la accesibilidad a los servicios sociales. Los programas de desarrollo alternativo suelen crear organizaciones sociales y reforzarlas y en general mejoran el nivel de organización de las comunidades rurales, permitiendo el progreso en varias esferas, especialmente cuando esos programas alientan la participación directa de los beneficiarios en el diseño, la planificación y la ejecución de proyectos. En el capítulo II del *Informe Mundial sobre las Drogas 2015* figura un análisis del componente social del desarrollo alternativo, con ejemplos detallados.

Disponibilidad de drogas para fines médicos y científicos

Meta 3.b de los Objetivos de Desarrollo Sostenible Apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos [...], facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales asequibles, [...]

La meta 3.b de los Objetivos de Desarrollo Sostenible está estrechamente ligada al objetivo de la fiscalización de drogas, que consiste en garantizar el acceso a drogas fiscalizadas para fines médicos y de investigación y prevenir al mismo tiempo la desviación y el uso indebido. En el preámbulo de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes enmendada por el Protocolo de 1972, las partes en la Convención reconocieron que el uso médico de los estupefacientes continuaría siendo indispensable para mitigar el dolor y que debían adoptarse las medidas necesarias para garantizar la disponibilidad de estupefacientes con tal fin.

No obstante las claras intenciones del sistema de fiscalización, 5.500 millones de personas, es decir, las tres cuartas partes de la población mundial, tienen un acceso reducido o nulo a medicamentos que contienen estupefacientes y tienen un acceso inadecuado a tratamiento por dolores moderados a agudos. La OMS estima que cada año 5,5 millones de enfermos terminales de cáncer y 1 millón de enfermos de VIH/Sida en fase terminal, así como muchas más personas con dolores crónicos no malignos sufren dolores moderados a severos no tratados o tratados insuficientemente, incluidos 800.000 pacientes con lesiones mortales causadas por accidentes y violencia, pacientes con enfermedades crónicas, pacientes que se recuperan de operaciones quirúrgicas, mujeres en parto (110 millones de nacimientos al año) y pacientes pediátricos⁶⁹.

Aunque algunas sustancias fiscalizadas desempeñan un papel importante en la gestión del dolor y otros usos médicos, en algunos países las estrategias existentes para prevenir el uso indebido, el abuso y la desviación de sustancias fiscalizadas pueden afectar en ocasiones a la disponibilidad de esas sustancias. Human Rights Watch examinó las estrategias nacionales de fiscalización de drogas de 29 países y constató que 25 no identificaban como objetivo la cuestión de garantizar la disponibilidad de sustancias fiscalizadas para uso médico y científico ni señalaban medidas concretas sobre esa cuestión⁷⁰.

⁶⁹ OMS, *Ensuring Balance in National Policies on Controlled Substances: Guidance for Availability and Accessibility of Controlled Medicines* (Ginebra, 2011).

⁷⁰ Human Rights Watch, “National drug control strategies and access to controlled medicines” (2015).

Efectos de otras respuestas al problema de las drogas en el desarrollo social

Existen otras formas en que las respuestas al problema de las drogas, especialmente los esfuerzos para luchar contra la oferta ilícita de drogas, pueden afectar al desarrollo sanitario y social. Si no se complementa con iniciativas para proporcionar medios de vida alternativos, la erradicación de cultivos ilícitos puede afectar a los medios de vida de agricultores que ya son pobres y sus familias. Esos aspectos se analizan a continuación, en las secciones sobre desarrollo económico y sostenibilidad ambiental.

Además, cuando la respuesta al consumo ilícito de drogas descuida los aspectos sanitarios del consumo de drogas y trata el problema exclusivamente como un delito, concentrándose excesivamente en la sanción, pueden derivarse consecuencias para el bienestar de las personas que consumen drogas, de las poblaciones reclusas y de la sociedad en general. Esos aspectos se analizan más adelante, en la subsección sobre justicia penal.

Por último, cuando la respuesta al problema de las drogas omite tener en cuenta las necesidades concretas de las mujeres, puede contribuir a socavar los objetivos de la paridad de género y del empoderamiento de las mujeres y las niñas. Eso es válido no solo en el caso de las intervenciones directas contra el problema de las drogas, sino también en el de la vigilancia del consumo de drogas, ya que es probable que las mujeres estén subrepresentadas en las investigaciones para determinar la prevalencia, las necesidades, los riesgos y los resultados del consumo de drogas, dando lugar a una laguna en la formulación de políticas apropiadas y perpetuando una falta de comprensión de las necesidades y problemas específicos de las mujeres en esa esfera⁷¹.

B. DESARROLLO ECONÓMICO

En varios Objetivos de Desarrollo Sostenible y metas se hace referencia a aspectos económicos, pero el Objetivo 8, que trata del crecimiento económico, y el Objetivo 1, que se ocupa de la pobreza, son probablemente los dos más pertinentes para analizar los vínculos entre el desarrollo económico y el problema de las drogas.

La pobreza, la desventaja económica y el desempleo son algunos de los factores propiciadores del cultivo y la producción ilícitos de drogas. Los aspectos económicos también pueden tener repercusiones en la evolución de los mercados ilícitos de drogas, pues las modificaciones de los niveles de ingresos y del poder adquisitivo pueden influir en los patrones de consumo de drogas. Del mismo modo que el desarrollo económico tiene una repercusión en los mercados ilícitos de drogas, el problema de las drogas también puede tener ramificaciones económicas. El costo económico del consumo de drogas en que se incurre, por ejemplo, cuando los segmentos de la fuerza de trabajo que consumen drogas no reciben el tratamiento adecuado puede afectar a la productividad. Los costos vinculados a las actividades de las instituciones estatales para ayudar a las personas que consumen drogas, como los esfuerzos por proporcionar tratamiento y rehabilitación, así como las actividades de los organismos encargados de hacer cumplir la ley, también pueden tener repercusiones en los presupuestos públicos.

⁷¹ A. Roberts, B. Mathers y L. Degenhardt, *Women Who Inject Drugs: A Review of Their Risks, Experiences and Needs* (Sydney, Centro Nacional de Investigaciones sobre las Drogas y el Alcohol, Universidad de Nueva Gales del Sur, 2010).

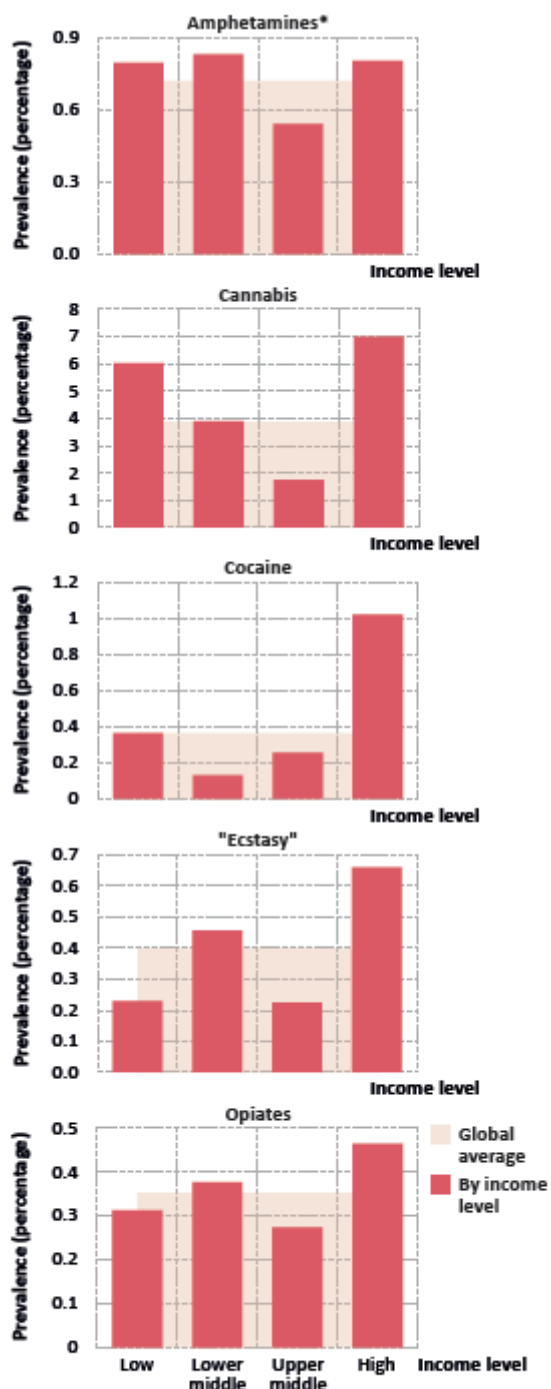


Objetivo de Desarrollo Sostenible 8. Promover el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos

Repercusiones del desarrollo económico en el problema de las drogas

Una forma de examinar cómo afecta el desarrollo económico al problema de las drogas consiste en comparar este último en diferentes países en función de su desarrollo económico. Con un análisis de esa índole se obtiene una imagen simplificada, al existir muchos factores que pueden desempeñar un papel para configurar el problema de las drogas en cada país. La proximidad a una zona de producción de drogas o a una ruta principal de tráfico de drogas, por ejemplo, explica mejor que el desarrollo económico las tasas de consumo de opiáceos más altas que las mundiales en el Cercano Oriente y el Oriente Medio y Asia sudoriental o las tasas más altas de consumo de cocaína (incluida la cocaína *crack*) en América del Sur y África occidental. No obstante, un análisis mundial de macronivel puede aportar percepciones de la forma en que el desarrollo económico puede tener una influencia en el problema de las drogas, aunque la relación entre el desarrollo y el problema de las drogas tenga que considerarse en términos dinámicos.

GRÁFICO 8 Prevalencia del consumo de drogas en el año anterior en personas de 15 a 64 años, por categoría de drogas e ingresos nacionales, 2013



Source: World Bank (for income levels) and UNODC estimates based on responses to the annual report questionnaire and other official sources (for drug use data).

* including prescription stimulants.

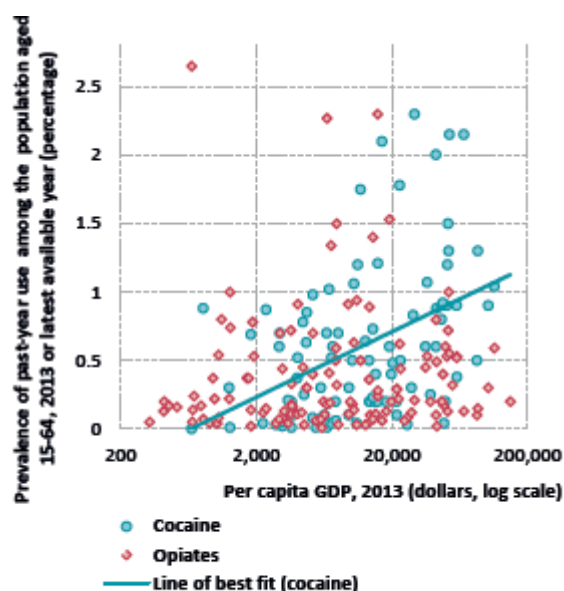
Prevalence (percentage)	Prevalencia (porcentaje)
0.9 etc.	0,9 etc.
Amphetamines*	Anfetaminas*
Cannabis	Cannabis
Cocaine	Cocaína

“Ecstasy”	Éxtasis
Opiates	Opiáceos
Global average	Promedio mundial
By income level	Por nivel de ingresos
Low	Bajos
Lower middle	Medios bajos
Upper middle	Medios altos
High	Altos
Income level	Nivel de ingresos

Fuente: Banco Mundial (niveles de ingresos) y estimaciones de la UNODC basadas en las respuestas al cuestionario para los informes anuales y otras fuentes oficiales (datos sobre el consumo de drogas).

** Incluidos los estimulantes de venta con receta.*

GRÁFICO 9 Prevalencia del consumo de opiáceos y cocaína en el año anterior en comparación con el producto interno bruto por habitante en países con datos nacionales, 2013 o año más reciente del que se dispone de datos



Source: World Bank (for per capita gross domestic product (GDP)) and national data and estimates based on responses to the annual report questionnaire and other official sources (for drug use data).

2.5 etc.	2,5 etc.
2,000 etc.	2.000 etc.
Prevalence of past-year use among the population aged 15-64, 2013 or latest available year (percentage)	Prevalencia del consumo en el año anterior en la población de 15 a 64 años, 2013 o año más reciente del que se dispone de datos (porcentaje)
Per capita GDP, 2013 (dollars, log scale)	PIB por habitante, 2013 (dólares, escala logarítmica)
Cocaine	Cocaína
Opiates	Opiáceos
Line of best fit (cocaine)	Línea de ajuste óptimo (cocaína)

Fuente: Banco Mundial (producto interno bruto (PIB) por habitante) y datos nacionales y estimaciones basadas en las respuestas al cuestionario para los informes anuales y otras fuentes oficiales (datos sobre el consumo de drogas).

Algunos patrones se manifiestan a nivel mundial y pueden observarse en las comparaciones entre países basadas en indicadores nacionales; otros patrones están ligados intrínsecamente a las variaciones en los países y se pueden observar en los indicadores socioeconómicos a nivel subnacional. Algunos patrones son evidentes cuando se consideran en conjunto todos los tipos de drogas, algunos surgen al concentrarse en un solo tipo de droga y otros pueden observarse en la interacción y las compensaciones entre diferentes drogas.

Desarrollo económico y consumo de drogas

En la presente sección se examinan tres patrones generales por los que el nivel de bienestar económico puede influir en el consumo de drogas. En primer lugar, el análisis se sirve de comparaciones entre países para estudiar la medida en que unos ingresos nacionales más elevados propician la formación de mercados ilícitos de drogas. En segundo lugar, se utilizan datos subnacionales para examinar la pobreza, junto con otras formas de desventaja económica y social⁷², como factor de riesgo de consumo de drogas. En tercer lugar, se estudia la relación entre la situación socioeconómica y distintos patrones de consumo de drogas.

El primer patrón surge del análisis de los indicadores del consumo de drogas y el desarrollo económico a nivel nacional, ya que consumo en el año anterior de drogas de todo tipo es más elevado en los países de “ingresos altos”. Como muestran los gráficos 8 y 9, la cocaína es la droga asociada con mayor claridad a los ingresos altos. La asociación entre el problema de las drogas y el desarrollo también se puede observar en términos de años de vida ajustados en función de la discapacidad (véase el gráfico 3, página [..]).

El desarrollo y la evolución del consumo y de los mercados de consumo de drogas

Las drogas que alcanzan un precio relativamente alto, y a la larga suponen mayores beneficios para los traficantes, pueden introducirse con más facilidad en los países con niveles relativamente elevados de ingresos por habitante. Aunque históricamente ha habido diferentes dinámicas (incluido el consumo lícito) que han desencadenado el comienzo del consumo de determinadas drogas, es probable que los niveles de ingresos desempeñen un papel importante para permitir que el consumo de drogas se establezca y consolide. Las estimaciones de las autoridades de los Estados Unidos muestran la magnitud de las cantidades gastadas en drogas: en 2010, las personas en los Estados Unidos que consumían una droga al menos cuatro veces al mes gastaron un promedio de 10.600 dólares al año en cocaína, 17.500 dólares en heroína y 7.860 dólares en metanfetamina⁷³. El gasto nacional anual total relacionado con la compra de drogas ascendió a 28.000 millones de dólares en cocaína, 27.000 millones de dólares en heroína y 13.000 millones de dólares en metanfetamina.

Es probable que en los países de ingresos altos rijan unos precios de drogas por encima del promedio y que esos países resulten más atractivos para los traficantes internacionales de drogas. Así ocurre en particular en el caso de la cocaína y la heroína, que se originan en zonas de producción delimitadas y bien definidas, creando un escenario en el que los consumidores de todo el mundo compiten por un producto con una oferta concentrada y dando lugar a una situación en la que oferta gravita a los lugares en que se conseguirán los mayores beneficios. En cambio, el cannabis y, en cierta medida, algunas clases de estimulantes de tipo anfetamínico

⁷² Además del análisis de la pobreza en la presente sección, véase el análisis de la exclusión social en la sección titulada “Desarrollo social”.

⁷³ B. Kilmer y otros, *What America's Users Spend on Illegal Drugs: 2000-2010* (Santa Monica, California, Rand Corporation, 2014).

pueden obtenerse de fuentes locales y a muy pequeña escala, en ocasiones incluso por consumidores autosuficientes.

Eso puede ayudar a explicar, por ejemplo, la razón de que países relativamente poco desarrollados de África, que no está situada cerca de zonas de producción de cocaína y heroína, suelen tener unas tasas relativamente bajas de consumo de cocaína y heroína (antes de convertirse algunos de ellos en zonas de tránsito de cocaína o heroína), pero no se puede decir lo mismo de las tasas de prevalencia del consumo de cannabis, que han tendido a ser incluso más altas que el promedio mundial. El consumo de drogas no procesadas, como el opio y la hoja de coca, sigue limitado en gran medida a los lugares en los que se cultivan, donde se han consumido desde hace siglos, mientras que sus derivados no siempre han encontrado un mercado amplio en los países de origen. El consumo de heroína, por ejemplo, es bastante bajo en los países latinoamericanos, aunque el opio se cultiva en la subregión y también se transforma en heroína.

Del mismo modo que categorías diferentes de drogas exhiben patrones distintos, las diferentes subcategorías de drogas pueden explicar también algunas de las complejidades de los mercados ilícitos de drogas. Por ejemplo, aunque la prevalencia del consumo de cocaína en el año anterior en América del Sur no es muy diferente de la cifra correspondiente a América del Norte, la mayoría de los consumidores de cocaína de los Estados Unidos consumen cocaína en forma de sal, mientras en América del Sur el consumo de otras formas de cocaína (en forma de base) parece estar mucho más extendido. Además, algunos de los “productos” consumidos en forma de base en América del Sur son desviados de las etapas intermedias de la cadena de procesamiento de cocaína, cuando aún pueden contener altos niveles de impurezas y, por lo tanto, se suele considerar que tienen menos posibilidades de alcanzar precios elevados. En cambio, incluso se cree que la cocaína *crack* (utilizada para fumar) en los Estados Unidos se obtiene de una etapa invertida que invierte la forma de sal a la forma de base (en este caso, *crack*). Otro ejemplo posible de ese patrón es el caso del mercado interno de heroína en la India. Los informes del Gobierno de la India indican que la heroína en el mercado minorista interno se considera de “bajo valor” y que ello refleja un mercado distinto del de la heroína que pasa en tránsito del Afganistán a la India y se dirige a otros destinos.

Dentro de un mismo país, los diferentes subtipos de una categoría determinada de droga pueden tener patrones bastante diferentes de asociación con la situación socioeconómica de los consumidores. El bienestar económico no es necesariamente homogéneo dentro de un país y diferentes subgrupos pueden consumir diferentes drogas en distintos grados. De hecho, algunos vínculos entre el consumo de drogas y el bienestar socioeconómico, como los niveles de ingresos y la situación de empleo, solo son visibles a nivel subnacional o de la comunidad.

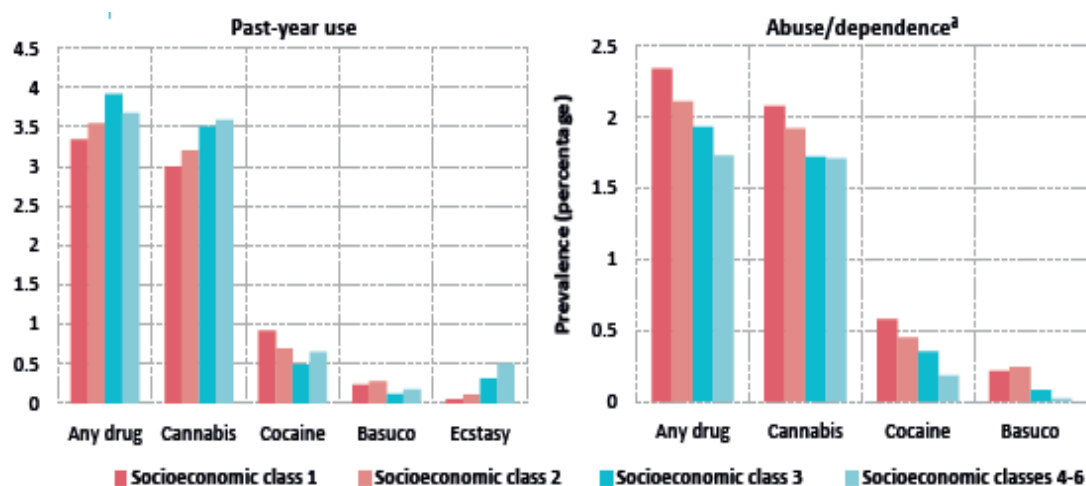
Por ejemplo, en los Estados Unidos, la asociación del consumo de drogas con el desempleo es muy diferente en el caso de la sal de cocaína y el *crack* (véanse los gráficos 6 y 7 en la sección titulada “Desarrollo social”). Aunque eso se atribuye en ocasiones a que el *crack* sea más barato que la sal de cocaína, no está claro que el precio pueda ser un factor determinante, o en qué sentido; en un estudio⁷⁴, basado en datos referentes a ciudades de los Estados Unidos, se determinó que, en términos ajustados en función de la pureza, no existían diferencias constantes entre los precios del *crack* y de la sal de cocaína. El estudio parece indicar cautelosamente que, dados los volúmenes típicos de transacción en la práctica, el costo mínimo para lograr la intoxicación era frecuentemente inferior. Sin embargo, los datos de un estudio posterior⁷⁵ indican que la mediana de los costos de las transacciones de *crack* y cocaína son comparables (27 dólares la sal de cocaína frente a 25 dólares la cocaína *crack*). Debido a sus modos de administración diferentes, la experiencia típica asociada al *crack* es más breve, pero, según se

⁷⁴ Jonathan P. Caulkins, “Is crack cheaper than (powder) cocaine?”, *Addiction*, vol. 92, núm. 11 (1997), págs. 1437 a 1443.

⁷⁵ Kilmer y otros, *What America's Users Spend on Illegal Drugs: 2000-2010*.

informa, más intensa que la de la sal de cocaína, por lo que puede argumentarse que los consumidores de sal de cocaína tendrían que gastar más para lograr el mismo nivel de intensidad. Las diferencias también pueden extenderse al potencial de que los consumidores desarrollen tolerancia y dependencia.

GRÁFICO 10 Prevalencia del consumo de drogas en el año anterior y del uso indebido o la dependencia^a en Colombia, por clases socioeconómicas^b, 2013



Source: Observatorio de Drogas de Colombia, *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia — 2013*, June 2014.

^a "Dependence" is defined according to the ICD-10 criteria of the World Health Organization, and "abuse" is defined according to the DSM-IV criteria of the American Psychiatric Association.

^b The socioeconomic classes were ranked so that class 1 was the least wealthy and class 6 the most wealthy.

4.5 etc.	4,5 etc.
Past-year use	Consumo en el año anterior
Prevalence (percentage)	Prevalencia (porcentaje)
Abuse/dependence ^a	Uso indebido/dependencia
Any drug	Cualquier droga
Cannabis	Cannabis
Cocaine	Cocaína
Basuco	Basuco
Ecstasy	Éxtasis
Socioeconomic class	Clase socioeconómica
Socioeconomic classes	Clases socioeconómicas

Fuente: Observatorio de Drogas de Colombia, *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia — 2013*, junio de 2014.

^a La "dependencia" se define con arreglo a los criterios de la CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud, y el "uso indebido" se define según los criterios DSM-IV de la Asociación Psiquiátrica Estadounidense.

^b Las clases socioeconómicas se clasificaron de manera que la clase 1 era la menos rica y la clase 6 la más rica.

En general, aunque parezca que las sociedades ricas son más vulnerables al consumo de drogas, en esas sociedades la desventaja económica y social es un importante factor de riesgo para que el consumo de drogas se traduzca en drogodependencia y en trastornos relacionados con el consumo de drogas. La pobreza está vinculada a los trastornos relacionados con el consumo de drogas, no por ningún vínculo con los ingresos discrecionales, sino porque los pobres son más vulnerables y es más probable que vivan en los márgenes de la sociedad. La pobreza relativa y

la marginación dentro de un país es lo que afecta al desarrollo de trastornos relacionados con el consumo de drogas, antes que los niveles absolutos de ingresos. Además, el propio consumo de drogas puede exacerbar la pobreza y la marginación, creando el potencial para un círculo vicioso.

Los grupos socioeconómicos más altos pueden desempeñar un papel distinto para facilitar el comienzo del consumo recreativo como primer paso de la formación y consolidación subsiguientes de mercados ilícitos de drogas. Los mecanismos que impulsan esa interacción justifican un estudio más a fondo, pero pueden atribuirse a una mayor propensión a experimentar, niveles más altos de ingresos, una mayor vinculación con un lugar de residencia urbano y diferentes patrones de esparcimiento entre las personas de los grupos socioeconómicos más altos. En un estudio sobre el consumo de cannabis se demostró ese fenómeno recurriendo a pruebas de Alemania, los Estados Unidos y Francia. El estudio demostró la forma en que, al principio, fueron hombres con una buena educación en los países examinados quienes comenzaron a experimentar con el consumo de cannabis. Gradualmente, se produjo un giro a hombres con bajos niveles de educación. Las mujeres siguieron con unas tasas inferiores y el cambio no fue tan pronunciado; las personas que pasaron al consumo diario de cannabis eran predominantemente las del grupo socioeconómico más bajo⁷⁶.

Ese patrón está en consonancia también con los datos sobre el consumo de drogas en Colombia, que muestran patrones muy distintos de consumo en el año anterior y de trastornos relacionados con el consumo de drogas en diferentes clases socioeconómicas. En el caso del cannabis y el éxtasis, por ejemplo, existe un aumento progresivo de las tasas de consumo ocasional (en el año anterior), pero los trastornos relacionados con el consumo de drogas en general se asocian a las clases socioeconómicas más bajas.



Objetivo de Desarrollo Sostenible 1.

Poner fin a la pobreza en todas sus formas y en todo el mundo

Como se ha mencionado antes, la pobreza es un importante factor de riesgo de consumo de drogas; a la inversa, el propio consumo de drogas ejerce en ocasiones una presión importante en las finanzas de las personas con drogodependencia y en la de sus familias. El alcance de la presión financiera ocasionada por el consumo de drogas puede guardar relación no solo con el precio de una droga, sino también con las posibilidades de que la persona que consume la droga desarrolle tolerancia de esa droga concreta, y por lo tanto de sus propiedades farmacológicas. En el caso de la heroína, por ejemplo, se cree que los consumidores con experiencia podrán buscar dosis mucho más elevadas que los consumidores por primera vez. Las personas con menos recursos económicos que consumen drogas también pueden estar expuestas a niveles más altos de daño al recurrir a variantes de drogas más baratas. Los precios más bajos pueden estar relacionados con niveles más bajos de pureza, que implican mayores riesgos para la salud por la presencia de adulterantes, subproductos y otras sustancias.

Las dificultades financieras que sufren las personas con drogodependencia son corroboradas a menudo por los métodos que, según se ha comprobado, han sido adoptados para generar ingresos. Un estudio en el Brasil se concentró en el perfil de los consumidores habituales⁷⁷ de

⁷⁶ Legleye y otros, "Is there a cannabis epidemic model? Evidence from France, Germany and USA". *International Journal of Drug Policy*, vol. 25, núm. 6 (2014), págs. 1103 a 1112.

⁷⁷ Se definió un "consumidor regular" como una persona que había consumido la sustancia en 25 días o más en los seis meses anteriores.

crack u otras formas fumables similares de cocaína (excluyendo así la sal de cocaína)⁷⁸. El estudio estimó que el 13% de los consumidores habían recurrido a la mendicidad como fuente de ingresos durante los 30 días precedentes, el 7,5% eran trabajadores del sexo o habían intercambiado sexo por dinero, el 6% había recurrido a actividades ilícitas vinculadas con la venta o distribución de drogas y el 9% había recurrido a otras actividades ilícitas.

Los bajos niveles de ingresos son pertinentes no solo en sí mismos, sino también en relación con el contexto y la sociedad en los que vive una persona, ya que la desigualdad de ingresos en una sociedad puede contribuir a la marginación de los menos ricos. Como se examina en el *Informe Mundial sobre las Drogas 2012*, un análisis basado en coeficientes Gini indicó que los países con niveles de desigualdad altos (coeficientes Gini superiores a 50) solían enfrentarse a niveles relativamente más elevados de problemas de drogas, principalmente como países de tránsito o de producción. Las sociedades caracterizadas por la alta desigualdad de ingresos solían ser más propensas a la delincuencia, y en algunas sociedades extremadamente desiguales, los miembros de grupos marginados pueden considerar que la participación en actividades delictivas, como el tráfico de drogas, es la única estrategia viable para alcanzar la movilidad social ascendente. De modo similar, los miembros de esos grupos, al perder las esperanzas de lograr un futuro mejor, pueden sentirse decepcionados y ser más vulnerables al consumo ilícito de drogas⁷⁹.

Muchas personas drogodependientes están atrapadas en un ciclo vicioso de pobreza y consumo de drogas por una amplia variedad de factores, como la desintegración familiar, la falta de educación y el acceso limitado a oportunidades de empleo y atenciones sanitarias. Sin embargo, aunque las causas de la pobreza y la privación sean en cierta medida sociales, se sufren personalmente y los que las sufren tienen su propio conjunto de razones y motivaciones para responder a sus circunstancias de una manera concreta⁸⁰. No todo el que vive en una comunidad pobre sucumbirá a la drogodependencia y es importante reconocer que no todas las personas que son drogodependientes se encuentran en los grupos socioeconómicos más pobres.

En resumen, la pobreza, junto con otras formas de desventaja social⁸¹, está firmemente asociada a los trastornos relacionados con el consumo de drogas, tanto como factor de riesgo que lleva al consumo de drogas y como consecuencia de dicho consumo. Además, en algunos países las clases medias o altas están relacionadas con niveles más elevados de consumo “recreativo” de drogas, lo que tal vez es simplemente una manifestación del poder adquisitivo o puede reflejar una mayor disposición a experimentar con el consumo de drogas o más oportunidades de hacerlo.

¿Están siguiendo los países en desarrollo los pasos de los países desarrollados en el caso de los patrones de consumo de drogas?

La evolución de los mercados mundiales de algunos tipos de drogas ha venido dictada por la dinámica en los países desarrollados. Clara muestra de ello es la historia del consumo ilícito de drogas sintéticas y cocaína y, atendiendo a evaluaciones cualitativas históricas, también podría afirmarse lo mismo en gran medida de la heroína (drogas todas ellas que requieren cierto grado de procesamiento o síntesis). Tras hacer su aparición en los países desarrollados, con el tiempo, el consumo tiende a la larga a imponerse en países con niveles de desarrollo más bajos. En términos más amplios, la evolución de los mercados de consumo en los países en desarrollo parece adoptar patrones observados en los países desarrollados (véase el análisis que figura más adelante).

⁷⁸ “Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil” (véase la nota 50).

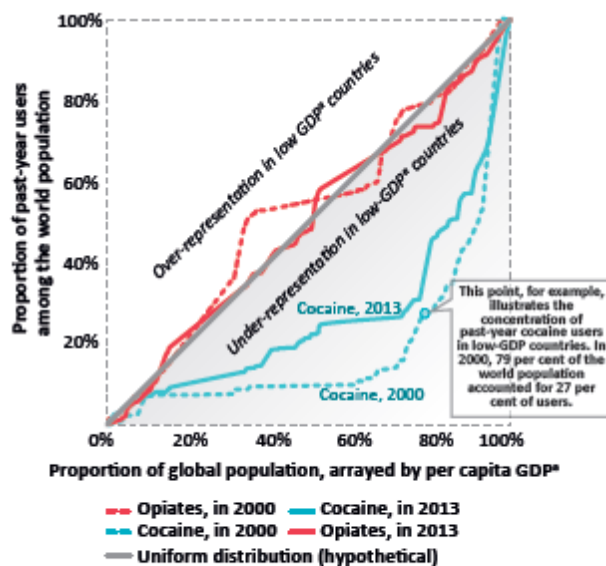
⁷⁹ *Informe Mundial sobre las Drogas 2012* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.12.XI.1), pág. 129.

⁸⁰ R. Young, *From War to Work: Drug Treatment, Social Inclusion and Enterprise* (Londres, Foreign Policy Centre, 2002).

⁸¹ Además del examen de la pobreza en esta sección, véase el análisis de la exclusión social en la sección titulada “Desarrollo social”.

En el gráfico 11 se muestra un desplazamiento general del consumo de cocaína de los países desarrollados a los países en desarrollo entre 2000 y 2013. Dada la falta de datos, el mismo análisis solo puede hacerse en el caso de los opiáceos en general y no específicamente en el de la heroína y únicamente a partir del año 2000.

GRÁFICO 11 Proporción de consumidores de cocaína y opiáceos en el año anterior entre la población mundial, acumulativa con el producto interno bruto por habitante, 2000 y 2013



Source: World Bank (for per capita gross domestic product (GDP)) and UNODC estimates based on responses to the annual report questionnaire and other official sources (for drug use data).

^a Gross domestic product.

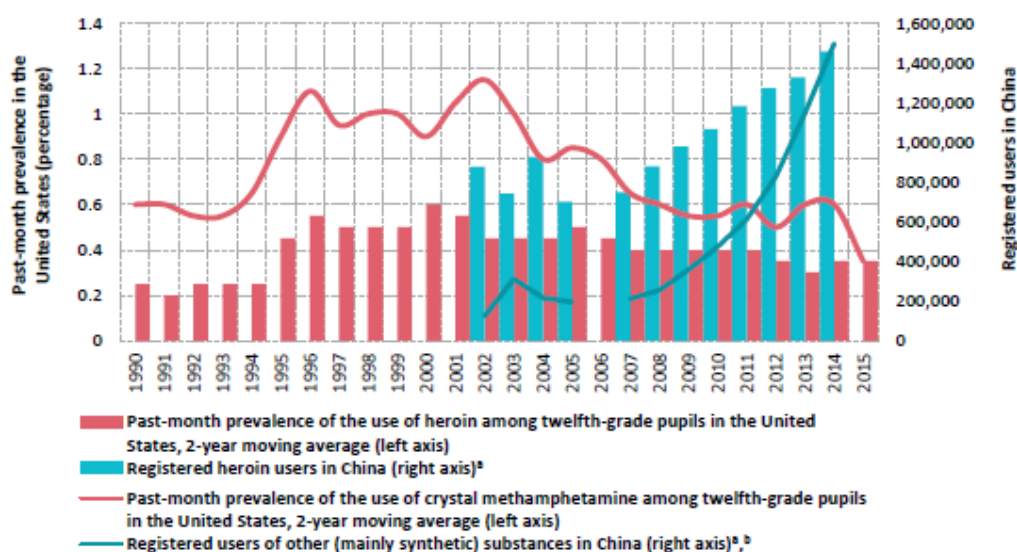
Proportion of past-year users among the world population	Proporción de consumidores en el año anterior entre la población mundial
Over-representation in low GDP ^a countries	Sobrerrepresentación en países con PIB ^a bajo
Under-representation in low GDP ^a countries	Subrepresentación en países con PIB ^a bajo
This point, for example, illustrates the concentration of past-year cocaine users in low-GDP countries. In 2000, 79 per cent of the world population accounted for 27 per cent of users.	Este punto, por ejemplo, ilustra la concentración de consumidores de cocaína en el año anterior en países con PIB bajo. En 2000, al 79% de la población mundial le correspondía el 27% de consumidores.
Proportion of global population, arrayed by per capita GDP ^a	Proporción de la población mundial, clasificada por PIB ^a por habitante
Opiates, in 2000	Opiáceos, en 2000
Cocaine, in 2013	Cocaína, en 2013
Cocaine, in 2000	Cocaína, en 2000
Opiates, in 2013	Opiáceos, en 2013
Uniform distribution (hypothetical)	Distribución uniforme (hipotética)

Fuente: Banco Mundial (producto interno bruto (PIB) por habitante) y estimaciones de la UNODC basadas en las respuestas al cuestionario para los informes anuales y otras fuentes oficiales (datos sobre consumo de drogas).

^a *Producto interno bruto*

El consumo de la mayoría de drogas sintéticas y nuevas sustancias psicoactivas (NSP) hizo su aparición por primera vez en los países desarrollados antes de propagarse en los países menos desarrollados. Ejemplos principales son la aparición de la metanfetamina en el Japón y América del Norte hacia mediados del siglo XX, la aparición posterior del éxtasis y otros alucinógenos en América del Norte y Europa y la proliferación actual del consumo de NSP en Europa, el Japón y América del Norte. El consumo de esas sustancias se propagó en los países menos desarrollados en una etapa posterior; por ejemplo, el punto máximo de consumo de metanfetamina en los Estados Unidos ocurrió entre 1995 y 2002, mientras en China el consumo de metanfetamina es un fenómeno más reciente y los indicadores disponibles no muestran aún señales de alcanzar un máximo (véase el gráfico 12).

GRÁFICO 12 Algunos indicadores del consumo de heroína y otras sustancias en China y los Estados Unidos, 1990-2015



Source: Office of the National Narcotics Control Commission of China; and Monitoring the Future study, Institute for Social Research, University of Michigan.

^a Data for the period 1990-2001, 2006 and 2015 were not available.

^b The category "other substances" includes mainly synthetic substances such as methamphetamine and ketamine; a comprehensive breakdown for all years was not available.

1.4 etc.	1,4 etc.
1,600,000 etc.	1.600.000 etc.
Past-month prevalence in the United States (percentage)	Prevalencia en el mes anterior en los Estados Unidos (porcentaje)
Registered users in China	Consumidores registrados en China
Past-month prevalence of the use of heroin among twelfth-grade pupils in the United States, 2-year moving average (left axis)	Prevalencia en el mes anterior del consumo de heroína en alumnos de 12º grado en los Estados Unidos, promedio móvil de 2 años (eje izquierdo)
Registered heroin users in China (right axis) □	Consumidores de heroína registrados en China (eje derecho) ^a
Past-month prevalence of the use of crystal methamphetamine among twelfth-grade pupils in the United States, 2-year moving average (left axis)	Prevalencia en el mes anterior del consumo de metanfetamina cristalina en alumnos de 12º grado en los Estados Unidos, promedio móvil de 2 años (eje izquierdo)
Registered users of other (mainly synthetic) substances in China (right axis) □' □	Consumidores de otras sustancias (principalmente sintéticas) registrados en China (eje derecho) ^{a, b}

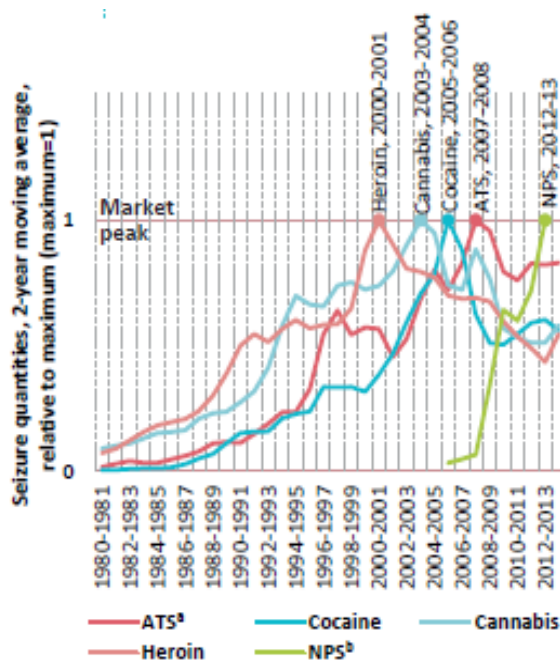
Fuente: Oficina de la Comisión Nacional de Fiscalización de Estupefacientes de China; y estudio titulado “Monitoring the Future”, Instituto de Investigación Social, Universidad de Michigan.

^a No se dispuso de datos sobre el período 1990-2001, 2006 y 2015.

^b La categoría “otras sustancias” incluye principalmente sustancias sintéticas como metanfetamina y ketamina; no se dispuso de un desglose completo de todos los años.

Los factores que impulsan la aparición de los mercados de drogas sintéticas en los países desarrollados pueden ser una combinación de factores de oferta y factores de demanda. En cuanto a la demanda, el mayor poder adquisitivo, así como la inclinación y las oportunidades potencialmente mayores de probar sustancias con fines recreativos, pueden desempeñar un papel. Sin embargo, en el caso de los estimulantes de tipo anfetamínico, parece que la disponibilidad de las sustancias para otros fines, incluida su aplicación en medicina, junto con el potencial de desviación vinculado, fue fundamental para desencadenar el comienzo del abuso. Además, la innovación tecnológica y la presencia de una variedad de precursores y otras sustancias químicas en los mercados lícitos facilitaron el establecimiento de laboratorios clandestinos de fabricación de drogas sintéticas en los países desarrollados, con frecuencia cerca de la demanda⁸².

GRÁFICO 13 Tendencias a largo plazo de las incautaciones de drogas en Europa occidental y central, 1980-2014



Source: Responses to the annual report questionnaire and other official sources (for data on heroin, cannabis, cocaine and ATS); and EMCDDA (for data on NPS).

^a Excluding “ecstasy” and prescription stimulants.

^b Data for NPS refer to countries covered by the early warning system used by EMCDDA, namely the European Union member States, Norway and Turkey; data on NPS for 2014 were not available.

⁸² Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas, *Informe Mundial sobre las Drogas 1997* (Oxford, Oxford University Press, 1997).

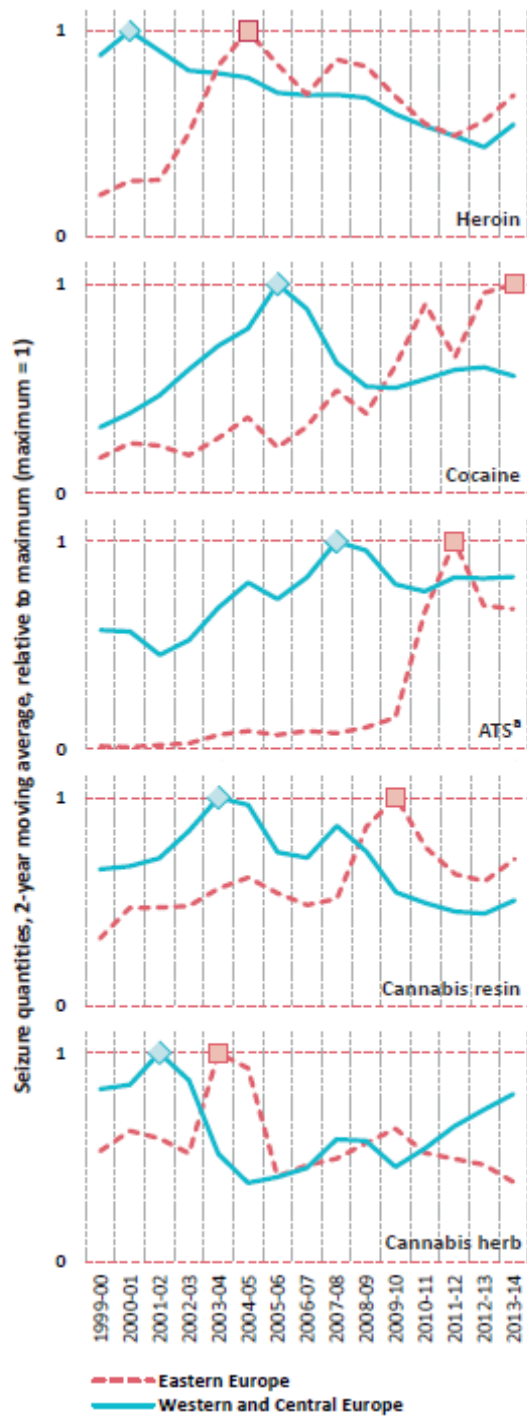
Seizure quantities, 2-year moving average, relative to maximum (maximum=1)	Cantidades incautadas, promedio móvil de 2 años, en relación con el máximo (máximo=1)
Market peak	Máximo del mercado
Heroin, 2000-2001	Heroína, 2000-2001
Cannabis, 2003-2004	Cannabis, 2003-2004
Cocaine, 2005-2006	Cocaína, 2005-2006
ATS, 2007-2008	Estimulantes de tipo anfetamínico, 2012-2013
NPS, 2012-13	NSP, 2012-2013
ATS ^a	Estimulantes de tipo anfetamínico ^a
Cocaine	Cocaína
Cannabis	Cannabis
Heroin	Heroína
NPS ^b	NSP ^b

Fuente: Respuestas al cuestionario para los informes anuales y otras fuentes oficiales (datos sobre heroína, cannabis, cocaína y estimulantes de tipo anfetamínico); y EMCDDA (datos sobre NSP).

^a Excluidos el éxtasis y los estimulantes de venta con receta.

^b Los datos sobre NSP se refieren a los países incluidos en el sistema de alerta temprana utilizado por el EMCDDA, a saber, los Estados miembros de la Unión Europea, Noruega y Turquía; no se dispuso de datos sobre NSP correspondientes a 2014.

GRÁFICO 14 Comparación de las tendencias de las incautaciones en Europa occidental y central y en Europa oriental, por tipo de droga, 1999-2014



Source: Based on responses to the annual report questionnaire and other official sources.

^a Excluding "ecstasy" and prescription stimulants.

Seizure quantities, 2-year moving average, relative to maximum (maximum = 1)	Cantidades incautadas, promedio móvil de 2 años, en relación con el máximo (máximo=1)
Heroin	Heroína
Cocaine	Cocaína
ATS ^a	Estimulantes de tipo anfetamínico ^a

Cannabis resin	Resina de cannabis
Cannabis herb	Hierba de cannabis
Eastern Europe	Europa oriental
Western and Central Europe	Europa occidental y central

Fuente: Sobre la base de las respuestas al cuestionario para los informes anuales y otras fuentes oficiales.

^a *Excluidos el éxtasis y los estimulantes de venta con receta.*

Aparte de los datos sobre el consumo de drogas, los indicadores de disponibilidad también sirven de ejemplo de algunos patrones de la evolución del desarrollo de los mercados ilícitos de drogas en los países desarrollados y cierta repetición de esos patrones en los mercados de los países menos desarrollados. El mercado de Europa ofrece un ejemplo doble de esa dinámica: en primer lugar, una situación aparente en la que el mercado de Europa occidental y central puede ser el primero que ha llegado a saturarse y se ha estabilizado con respecto a la mayoría de las drogas, con un auge en curso de las NSP (véase el gráfico 13); y, en segundo lugar, un aparente desfase temporal constante entre la situación en Europa occidental y central y la posterior expansión en Europa oriental (véase el gráfico 14). Al igual que en el caso de otros muchos fenómenos sociales, el desarrollo puede acelerar la difusión y una cierta homogeneización del problema de las drogas. En efecto, un análisis de las percepciones comunicadas por los expertos de las tendencias del consumo ilícito de drogas realizado sobre varios tipos de drogas en 2012 también apunta en esa dirección: aunque parece que se ha producido una estabilización general en los países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) desde 2002, otros países tienden a percibir que la tendencia es ascendente⁸³.

¿Cómo influye el desarrollo económico en el tráfico de drogas?

¿Afecta la globalización al tráfico de drogas?

La facilitación del comercio y la relajación de los obstáculos al comercio son características de la globalización que pueden tener un impacto en el tráfico de drogas. Aunque el valor de los acuerdos comerciales para impulsar el desarrollo económico no esté en duda, al fomentar la expansión del comercio y las redes mundiales de transporte, la apertura comercial también puede facilitar la cooperación y la formación de alianzas entre organizaciones delictivas de distintos países. Esa cooperación amplía el poder y el alcance de los carteles a mercados distantes y por ello fortalece su capacidad de eludir la detección por los organismos locales encargados de hacer cumplir la ley. De hecho, se ha argumentado que la globalización ha impulsado un descenso general de los precios de venta al por menor de las drogas al aumentar la eficiencia de su distribución, reducir la prima de riesgo que entraña el tráfico de drogas y aumentar el grado de competencia en los mercados ilícitos de drogas⁸⁴.

Las estrategias adoptadas para facilitar el comercio, como los acuerdos de libre comercio y el establecimiento de zonas de libre comercio, zonas de elaboración para la exportación, zonas económicas y uniones aduaneras, puede reducir la oportunidad de que las autoridades encargadas de hacer cumplir la ley, concretamente las autoridades aduaneras, vigilen las remesas desde su origen a su destino. Esas estrategias desplazan la carga de vigilar el comercio del país de destino a la zona económica más amplia. Eso puede afectar no solo al tráfico de drogas de producción ilícita, sino también, en función de los arreglos concretos, a la desviación de sustancias de producción lícita, en particular precursores, ya que la prevención de la desviación pasa a depender de reglamentos y salvaguardias internos del mercado y no de

⁸³ *Informe Mundial sobre las Drogas 2012*, pág. 97.

⁸⁴ Cláudia C. Storti y Paul De Grauwe, "Globalization and the price decline of illicit drugs", *International Journal of Drug Policy*, vol. 20, núm. 1 (2009), págs. 48 a 61.

protocolos transfronterizos. Además, algunos acuerdos pueden extenderse a la libre circulación de las personas, por lo que la detección y vigilancia de los traficantes de drogas resultan más difíciles.

Ejemplos de programas de desarrollo que pueden haber desencadenado el cultivo ilícito

A mediados del siglo XX, las naciones andinas de Bolivia, Colombia, el Ecuador y el Perú coordinaron sus esfuerzos por desarrollar la infraestructura viaria a sus tierras bajas amazónicas con el objetivo de interconectar la sección andina de la cuenca amazónica, desde Venezuela hasta Bolivia^a. La Declaración de los Presidentes de América, emanada de una reunión de los Presidentes de los Estados Americanos, celebrada en Punta del Este (Uruguay) en abril de 1967, cristalizó el alcance y la ambición de ese inmenso plan de desarrollo e incluyó los objetivos de sentar los cimientos de la integración económica al terminar la *Carretera Marginal de la Selva* y modernizar la producción agrícola de alimentos mediante el desarrollo, la reforma agraria y el asentamiento de tierras. En el Perú, una reforma agraria mal concebida que se aplicó de 1970 en adelante destruyó las empresas agrícolas, distribuyendo la tierra y las propiedades de los propietarios de tierras (“*gamonales*”) entre sus trabajadores, que migraron en busca de tierras y otras oportunidades económicas.

Existía la necesidad urgente de ampliar la base territorial agrícola^b, ya que la modernización agrícola y el crecimiento demográfico, sumados a una distribución enormemente injusta de las tierras en los Andes, dejó sin trabajo a cientos de miles de agricultores^c. Surgieron proyectos de colonización para dirigir y en ocasiones seguir las corrientes migratorias de los agricultores andinos que buscaban tierras o un nuevo comienzo o que huían de la violencia^{d, e, f, g, h}.

En el mapa 1 se muestra la ubicación de los proyectos de desarrollo en la subregión andina durante ese período, así como las principales ubicaciones de cultivo de arbusto de coca en el decenio de 1990. Colombia inició proyectos en el Meta a lo largo del Ariari, en El Retorno en Guaviare, cerca de Florencia en Caquetá y Puerto Asís, en Putumayo^{c, g, i}; pero los preparativos para la construcción de la carretera no dieron comienzo hasta 2012. Los proyectos de colonización en Colombia fueron abandonados rápidamente a favor del apoyo a colonos espontáneos, un enfoque considerado eficiente y eficaz^{h, j}. Los proyectos de colonización al este de los Andes en el Ecuador (no se muestran en el mapa 1) fueron pequeños en comparación, vinculados directamente a la prestación de apoyo a los colonos a lo largo de la única carretera de extracción de petróleo, cuyas obras comenzaron con retraso^{c, j}. Bolivia inició proyectos en Santa Cruz, Chapare y Alto Beni^e. En el Perú, los proyectos especiales de desarrollo dieron comienzo en 1980, a lo largo de la *Carretera Marginal de la Selva*; ejemplos de ello son los proyectos especiales de Huallaga Central, Alto Huallaga y Pichis-Palcazú. Esos proyectos, destinados a impulsar el desarrollo de la población local, permitieron el asentamiento, con mejores perspectivas de desarrollo, de migrantes andinos y costeros.

En general, esas iniciativas, concebidas para llevar el desarrollo socioeconómico a la subregión, pueden haber sentado las bases inadvertidamente para el posterior aumento del cultivo de arbusto de coca.

^{a-j} Véase la sección sobre metodología de la versión en línea del presente informe.

Las publicaciones especializadas presentan diversas hipótesis sobre los efectos de la apertura del comercio en la capacidad de las autoridades de reducir el tráfico de drogas. En un estudio en el que se examinan las diversas teorías se llega a la conclusión de que la apertura del comercio mengua las capacidades de interceptación de las autoridades de los países consumidores de drogas y aumenta las de las autoridades de los países productores. También se constata que una

mayor apertura al comercio no tiene un efecto sistemáticamente importante en las capacidades de interceptación de las autoridades de los países de tránsito⁸⁵.

Desarrollo económico y cultivo y producción ilícitos de drogas

En la relación entre el desarrollo económico y las drogas, en ningún otro aspecto es más pronunciado el vínculo que en el caso del cultivo ilícito para la producción de drogas. Factores socioeconómicos como la pobreza y la falta de medios de vida sostenibles empujan a los agricultores de las zonas rurales a dedicarse al cultivo ilícito para la producción de drogas y son manifestaciones de bajos niveles de desarrollo, que, junto con problemas de gobernanza, constituyen los factores propiciadores del cultivo ilícito en gran escala para la producción de drogas en las zonas rurales.

Los datos socioeconómicos reunidos a través de los estudios de monitoreo de cultivos de la UNODC confirman que la pobreza es uno de los factores facilitadores del cultivo ilícito de arbusto de coca y adormidera. Por ejemplo, en el último estudio del cultivo ilícito en Myanmar⁸⁶ se constató que las razones del cultivo ilícito de adormidera estaban relacionadas predominantemente con los ingresos, y los jefes de las aldeas indicaron que, por término medio el destino más importante de los ingresos generados por el cultivo ilícito de adormidera en sus aldeas era comprar alimentos, seguido del pago de deudas y el pago de gastos relacionados con la propiedad del hogar. La mayoría de los jefes de aldeas comunicaron una disminución de los ingresos entre los agricultores que dejaron de cultivar adormidera. Pese a ello, los ingresos medios en aldeas de cultivo de adormidera seguían siendo más bajos que en las aldeas que no la cultivaban⁸⁷, lo que corrobora la tesis de que es la lucha de los aldeanos por cubrir sus gastos lo que conduce a su decisión de dedicarse al cultivo ilícito.

No todos los agricultores pobres se dedican al cultivo ilícito, y en algunos hogares y comunidades la decisión de dedicarse al cultivo ilícito guarda relación con cuestiones de desarrollo que van más allá de los niveles de ingresos. En el Afganistán, se ha demostrado que las aldeas que cultivan adormidera están más lejos del mercado que las que no la cultivan y que existe una relación entre el cultivo de adormidera y la falta de servicios básicos de desarrollo como el acceso a redes de suministro de electricidad⁸⁸. La falta de seguridad y de gobernanza también redundó en un aumento de la probabilidad de que las personas y las comunidades se dedicaran al cultivo ilícito⁸⁹.

⁸⁵ Horace A. Bartilow y K. Eom, "Free traders and drug smugglers: the effects of trade openness on States' ability to combat drug trafficking", *Latin American Politics and Society*, vol. 51, núm. 2 (2009), págs. 117 a 145.

⁸⁶ UNODC, *Southeast Asia Opium Survey 2015: Lao People's Democratic Republic and Myanmar* (Bangkok, 2015).

⁸⁷ Los ingresos eran de 1.952 dólares por hogar en las aldeas que no cultivaban adormidera en comparación con 1.548 dólares por hogar en las que la cultivaban.

⁸⁸ UNODC y Ministerio de Lucha contra los Estupefacientes del Afganistán, *Afghanistan Opium Survey 2014: Socio-economic Analysis* (marzo de 2015).

⁸⁹ *Informe Mundial sobre las Drogas 2015*, págs. 210 a 217.

MAPA 5 Proyectos de desarrollo agrícola en los países andinos en los decenios de 1960 y 1970 y cultivo de arbusto de coca a principios del decenio de 1990



Source: L. M. Dávalos, K.M. Sanchez and D. Armenteras, "Deforestation and Coca Cultivation Rooted in 20th-Century Development Projects" (forthcoming).
Notes: The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply official endorsement or acceptance by the United Nations.

Caribbean Sea	Mar Caribe
VENEZUELA	VENEZUELA
South America	América del Sur
COLOMBIA	COLOMBIA
ECUADOR	ECUADOR
PERU	PERÚ
Pacific Ocean	Océano Pacífico
BRAZIL	BRASIL
BOLIVIA	BOLIVIA
CHILE	CHILE
Coca bush cultivation, 1990/1992	Cultivo de arbusto de coca, 1990/1992
Development projects prior to 1979	Proyectos de desarrollo antes de 1979
International boundaries	Fronteras internacionales

Fuente: L. M. Dávalos, K.M. Sánchez y D. Armenteras, "Deforestation and Coca Cultivation Rooted in 20th-Century Development Projects" (de próxima publicación).

Notas: Las fronteras y los nombres que figuran en el mapa y las designaciones que se utilizan no implican una aprobación o aceptación oficial por parte de las Naciones Unidas.

El desarrollo económico puede reducir la vulnerabilidad de los agricultores para dedicarse al cultivo y la producción ilícitos de drogas y puede ocasionar una reducción sostenible de ese cultivo. Uno de los ejemplos más destacados de los éxitos logrados en la reducción de los cultivos ilícitos es el de Tailandia, donde el cultivo ilícito de adormidera se redujo de unas 17.900 hectáreas en la campaña de 1965-1966 a 129 hectáreas en 2003-2004. Aunque los progresos se consiguieron en el contexto de un conjunto amplio de objetivos de desarrollo,

la reducción del cultivo ilícito de adormidera fue reconocida también explícitamente como uno de esos objetivos. De hecho, el caso de Tailandia es un ejemplo de la forma en que dos corrientes de intervención –el desarrollo económico y la fiscalización de drogas– han funcionado bien en su conjunto para ayudar a las tribus montañosas a aprovecharse de los progresos generales logrados y facilitarles fuentes alternativas de ingresos y han dado lugar a que el cultivo ilícito de adormidera siga siendo relativamente limitado desde 2004 (265 hectáreas en 2013, el último año del que se dispone de estimaciones).

Si las intervenciones de desarrollo no son sensibles a las vulnerabilidades de las comunidades a cuestiones concretas relacionadas con las drogas, pueden desencadenar inadvertidamente una dinámica que aumenta el cultivo ilícito. Un ejemplo de ello es la repercusión de los grandes programas de desarrollo a principios del decenio de 1960 y el decenio de 1970 en la subregión andina, donde se iniciaron programas para modernizar la agricultura y desarrollar la infraestructura a fin de llevar el desarrollo socioeconómico a la subregión. Al mismo tiempo, esa dinámica también puede haber sentado las bases para el aumento posterior del cultivo de arbusto de coca (véase el mapa 1 y el recuadro de la página [...]).

En los países en los que existe el cultivo ilícito a gran escala en las zonas rurales, la eliminación de ese cultivo puede tener efectos en las oportunidades de ingresos y de empleo de los peones y agricultores. Las comunidades solo podrán disfrutar de un desarrollo económico positivo cuando las actividades para controlar el cultivo ilícito vayan acompañadas de medidas de desarrollo para garantizar medios de vida alternativos.

Pueden verse dos ejemplos opuestos en el Afganistán, donde la economía basada en los opiáceos ilícitos ha creado un vínculo importante entre el mercado laboral y el cultivo de adormidera. La prohibición del opio impuesta en el territorio controlado por los talibanes en la campaña de cultivo de 2000-2001, que dio lugar a un descenso muy pronunciado del cultivo de adormidera, tuvo un efecto negativo en la economía rural. Dio lugar a un aumento considerable del nivel de la deuda denominada en opio y a un aumento espectacular de los niveles de desempleo rural. La depresión económica y los problemas de liquidación de las deudas acumuladas dio lugar a un aumento de la migración al Pakistán y a hipotecar las tierras⁹⁰.

La prohibición del opio en la Provincia de Nangarhar, en el sur del Afganistán, en 2005 ofrece un ejemplo opuesto, ya que estuvo acompañada de importantes inversiones para el desarrollo en infraestructura física y social. Después de la prohibición, Nangarhar registró un importante crecimiento económico entre 2009 y 2011, con aumentos espectaculares de las oportunidades de empleo y las tarifas salariales. En los distritos situados en las zonas más bajas de la provincia, a lo largo del río Kabul, la respuesta inicial a la prohibición consistió a menudo en sustituir la adormidera por una combinación de trigo y otro cultivo comercial (por ejemplo, cebollas en el distrito de Surkhrud y judías verdes en el distrito de Kama), pero muchos agricultores se adaptaron a la creciente demanda de los centros urbanos de Jalalabad y Kabul en rápida expansión, cultivando una amplia variedad de cultivos hortícolas anuales y perennes. En muchos hogares se registró un aumento pronunciado de las oportunidades de obtener ingresos; el crecimiento económico se refleja en la creciente huella de los mercados en los centros de distrito de Kama y Surkhrud, así como en el distrito de Jani Khel⁹¹. Aunque la mejora en Nangarhar puede observarse durante algunos años, otras novedades más recientes

⁹⁰ David Mansfield, Alcis Ltd y Organización para el Desarrollo y la Investigación Sostenibles, *Managing Concurrent and Repeated Risks: Explaining the Reductions in Opium Production in Central Helmand between 2008 and 2011* (Kabul, Dependencia de Investigación y Evaluación del Afganistán, 2011).

⁹¹ David Mansfield, *Examining the Impact of IDEA-NEW on Opium Production. Nangarhar – A Case Study* (2015).

relacionadas con cuestiones de gobernanza amenazan deshacer los progresos logrados en esa provincia⁹².

La región de San Martín, en el Perú, es otro ejemplo de desarrollo económico positivo llevado a cabo en paralelo con esfuerzos para reducir el cultivo ilícito de drogas en las comunidades rurales afectadas por ese cultivo. Durante el período 1996-2000 se erradicó cada año un promedio de 3.700 hectáreas de cultivos ilícitos de arbusto de coca, creándose al mismo tiempo cooperativas agrícolas e invirtiéndose una cantidad considerable de fondos internacionales. En los años siguientes se registró un importante crecimiento económico en la región, junto con la erradicación sostenida del arbusto de coca, incluso cuando aumentó el cultivo de ese arbusto en el resto del Perú. En el período 2001-2009, el producto interno bruto (PIB) regional aumentó un 73%.

La repercusión del problema de las drogas en el desarrollo económico

La repercusión económica del problema de las drogas tiene muchas facetas y va desde la creación de una economía basada en actividades ilícitas en las zonas rurales de los países en desarrollo afectados por el cultivo ilícito en gran escala hasta el desaliento de la actividad empresarial al nutrir la violencia, la corrupción, la extorsión y las mafias de protección, sobre todo en los países de tránsito, y la generación de costos asociados con el consumo para el consumidor y la sociedad en general.

Se generan beneficios económicos en toda la cadena de producción y distribución ilícitas de drogas, pero los beneficios más elevados suelen obtenerse en la etapa de venta al por menor. Por ejemplo, la UNODC estimó que, en 2009, el precio medio de venta al por mayor de la cocaína en Bolivia (Estado Plurinacional de), Colombia y el Perú fue solo un 1% del precio de venta al por menor en los Estados Unidos (después de tener en cuenta los niveles de pureza), mientras el correspondiente porcentaje en México fue del 7%^{93,94}. Como consecuencia de ello, en términos absolutos, solo puede encontrarse un pequeño componente de la huella económica inmediata del comercio ilícito mundial de heroína y cocaína en los países en que se concentra el cultivo ilícito de arbusto de coca y adormidera. En un informe reciente de la UNODC sobre la corriente ilícita de opiáceos objeto de tráfico desde el Afganistán a lo largo de la ruta de los Balcanes se comprobó que, en el período 2009-2012, el beneficio bruto total alcanzó un promedio de 357 millones de dólares al año en el Afganistán, en comparación con 28.000 millones de dólares a lo largo del resto de la ruta de los Balcanes.

Sin embargo, el tamaño de la economía asociada con las drogas, en relación con la economía lícita, suele ser más grande en los países productores de drogas que en los mercados de consumo. Ello se debe en parte a que la economía lícita en algunos países productores de drogas es relativamente pequeña y en parte a que la oferta está concentrada en esos pocos países. Por ejemplo, la UNODC estimó que el valor total de la economía ilícita basada en los opiáceos en el Afganistán fue de 2.800 millones de dólares en 2014. Esa cifra, equivalente al 13% del PIB del país, superaba considerablemente el valor de las exportaciones de mercancías y servicios lícitos en 2014⁹⁵. En función de las estimaciones de la UNODC⁹⁶ de los

⁹² David Mansfield, “The devil is in the details: Nangarhar’s continued decline into insurgency, violence and widespread drug production”, Brief Series (Kabul, Dependencia de Investigación y Evaluación del Afganistán, 2016).

⁹³ *Informe Mundial sobre las Drogas 2011* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.11.XI.10).

⁹⁴ Puede consultarse un análisis de las teorías que explican el sobreprecio en las diferentes etapas de la cadena de oferta en Jonathan P. Caulkins y Peter Reuter, “How drug enforcement affects drug prices”, en *Crime and Justice: A Review of Research*, vol. 39, núm. 1, Michael Tonry, coord. (Chicago, University of Chicago Press, 2010), págs. 213 a 272.

⁹⁵ UNODC, *Afghanistan Opium Survey 2014*.

⁹⁶ UNODC, *Estimating Illicit Financial Flows Resulting from Drug Trafficking and other Transnational Organized Crimes* (Viena, 2011).

beneficios brutos totales relacionados con el tráfico de cocaína, los beneficios en Colombia equivalieron al 4,1% del PIB de ese país en 2009, en comparación con el 0,2% en el caso de los Estados Unidos y el 0,36% en el caso del Reino Unido.

En el Afganistán, la economía ilícita facilita el acceso al trabajo a un gran número de agricultores y es una fuente de ingresos para otras personas dedicadas al comercio y por lo tanto se ha incrustado en la economía lícita.

La repercusión macroeconómica de la economía basada en el opio depende en particular de la cantidad de su producto que entre realmente en la economía afgana y la forma en que se asigne entre consumo, inversión y ahorro, así como, con carácter más general, de la forma en que se traduzca en demanda de bienes y servicios nacionales e importados. En un estudio conjunto del Banco Mundial y la UNODC se sostiene que, mientras cabe esperar que los agricultores y jornaleros gasten, principalmente en bienes y servicios nacionales, la mayor parte de sus ganancias procedentes de la economía basada en el opio antes que ahorrarlos, es probable que los traficantes y procesadores de opio ahorren una proporción sustancial de sus ingresos y gasten más en importaciones. Aunque la economía basada en el opio resulte en una entrada neta importante de dinero en la balanza de pagos del Afganistán, esa entrada se reduce por las salidas de fondos relacionadas con las drogas (incluida la fuga de capitales, así como los gastos en importaciones)^{97,98}.

CUADRO 3 Panorama de las evaluaciones económicas del costo del problema de las drogas

Study	Period covered by the data	Cost per capita	Cost as a percentage of GDP ^a
Gonçalves, Lourenço and da Silva (2015)	2010	25 euros (1999 prices)	..
García-Altés and others (2002)	1997	..	0.07
Mark and others (2001)	1996	..	..
Wall and others (2000)	1996 (2000)	Can\$ 43-69 ^b	..
Healey and others (1998)	1995	..	..
Mills, Skodbo and Blyth (2013)	2013	..	..
Lievens and others (forthcoming)	2012	66 euros	0.19
Kopp (2015)	2010	36 euros	0.12 ^c
Potapchik and Popovich (2014)	2008	..	..
Vanags and Zasova (2010)	2008	..	0.4
Observatorio Argentino de Drogas (2010)	2008	Arg\$ 94	0.9
Observatorio Peruano de Drogas (2010)	2002-2010	US\$ 6.8	n/a
Slack and others (2009)	2005/2006	..	0.7
Collins and Lapsley (2002)	1998/1999	..	0.85
Collins and Lapsley (2008)	2004/2005	..	0.88 ^d
Rehm and others (2006)	2002	Can\$ 262	..
Godfrey and others (2002)	2000	..	..
Gordon and others (2006)	2003/2004	..	..
United States Office of National Drug Control Policy (2004)	1992-2002	2002: US\$ 650	2002: 1.7
United States Department of Justice (2011)	2007	..	..
Miller and others (2006) ^e	1999	..	..
Fernandez (2012) ^e	2006	..	..

Sources: See the online methodology section of the present report.

Notes: The studies may use different methodologies and take into account different aspects of the drug problem; hence, the results are not directly comparable. Two dots (..) indicate that data are not available or are not reported separately.

^a Gross domestic product.

^b The cost calculation was restricted to untreated opioid dependence in one city.

^c The percentage refers to public expenditure only.

^d The cost calculation in the table pertains exclusively to "illicit drug abuse".

^e These two studies focus specifically on the crime-related aspect of the drug problem.

⁹⁷ Doris Buddenberg y William A. Byrd, eds., *Afghanistan's Drug Industry: Structure, Functioning, Dynamics and Implications for Counter-Narcotics Policy* (UNODC y Banco Mundial, 2006).

⁹⁸ *Informe Mundial sobre las Drogas 2012*.

Study	Estudio
Period covered by the data	Período cubierto por los datos
Cost per capita	Costo por habitante
Cost as percentage of GDP ^a	Costo como porcentaje del PIB ^a
Gonçalves, Lourenço and da Silva (2015)	Gonçalves, Lourenço y da Silva (2015)
García-Altés and others (2002)	García-Altés y otros (2002)
Mark and others (2001)	Mark y otros (2001)
Wall and others (2000)	Wall y otros (2000)
Healey and others (1998)	Healey y otros (1998)
Mills, Skodbo and Blyth (2013)	Mills, Skodbo y Blyth (2013)
Lievens and others (forthcoming)	Lievens y otros (de próxima publicación)
Kopp (2015)	Kopp (2015)
Potapchik and Popovich (2014)	Potapchik y Popovich (2014)
Vanags and Zasova (2010)	Vanags y Zasova (2010)
Observatorio Argentino de Drogas (2010)	Observatorio Argentino de Drogas (2010)
Observatorio Peruano de Drogas (2010)	Observatorio Peruano de Drogas (2010)
Slack and others (2009)	Slack y otros (2009)
Collins and Lapsley (2002)	Collins y Lapsley (2002)
Collins and Lapsley (2008)	Collins y Lapsley (2008)
Rehm and others (2006)	Rehm y otros (2006)
Godfrey and others (2002)	Godfrey y otros (2002)
Gordon and others (2006)	Gordon y otros (2006)
United States Office of National Drug Control Policy (2004)	Oficina de la Política Nacional para el Control de Drogas de los Estados Unidos (2004)
United States Department of Justice (2011)	Departamento de Justicia de los Estados Unidos (2011)
Miller and others (2006) ^e	Miller y otros (2006) ^e
Fernandez (2012) ^e	Fernández (2012) ^e
25 euros (1999 prices)	25 euros (precios de 1999)
US\$ 6.8	US\$ 6,8
0.07 etc.	0,07 etc.

Fuentes. Véase la sección sobre metodología de la versión en línea del presente informe.

Notas: En los estudios pueden utilizarse diferentes metodologías y tenerse en cuenta distintos aspectos del problema de las drogas; por lo tanto, los resultados no son comparables directamente. Dos puntos (..) indican que no se dispone de datos o que no se comunican por separado.

^a *Producto interno bruto (PIB).*

^b *El cálculo del costo se limitó a la dependencia de opioides sin tratamiento en una ciudad.*

^c *El porcentaje se refiere al gasto público solamente.*

^d *El cálculo del costo en el cuadro se refiere exclusivamente al “consumo ilícito de drogas”.*

^e *Estos dos estudios se concentran específicamente en los aspectos del problema de las drogas relacionados con la delincuencia.*

El costo del problema de las drogas y la política de fiscalización de drogas: la perspectiva económica

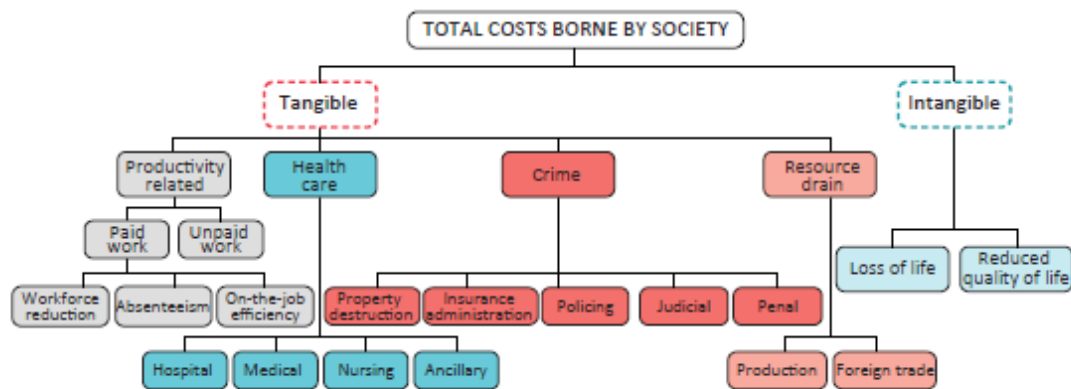
En general, se pueden utilizar estudios económicos para cuantificar el costo sufragado por la sociedad atribuible al problema de las drogas. Un examen de las publicaciones especializadas pone de manifiesto 22 de esos estudios en todo el mundo (véase el cuadro 1) que tratan de evaluar, a nivel nacional, el costo total atribuible a los diversos aspectos del problema de las drogas (o al menos del consumo de drogas)⁹⁹. Los estudios van más allá del cálculo de los desembolsos monetarios reales que se efectuaron en relación con las drogas. Aunque incluyen los costos asociados a las diversas formas de intervención en respuesta al problema de las drogas, como la prevención, el tratamiento y la aplicación de la ley (los “costos directos”), también asignan un valor a otros costos, como la pérdida de productividad en el lugar de trabajo asociada al consumo de drogas (los “costos indirectos”). Un gran número de factores, entre ellos el ausentismo, los accidentes y los conflictos en el lugar de trabajo, pueden dar lugar a una disminución de la productividad como consecuencia del consumo de drogas.

Un examen de las publicaciones especializadas muestra grandes variaciones del costo de las drogas ilícitas en los 14 países examinados. En primer lugar, el costo en porcentaje del PIB osciló del 0,07% al 1,7%. En segundo lugar, la mayoría de los países registraron un elevado porcentaje de costos atribuibles a las intervenciones de reducción de la demanda y la oferta de drogas (como prevención, tratamiento y aplicación de la ley), contraídos para hacer frente al problema de la droga, por oposición a la pérdida de productividad y cualesquiera otros costos indirectos. Sin embargo, algunos países se enfrentaban a unas pérdidas de productividad considerables (del 57% al 85% del costo total). La productividad perdida era consecuencia de los altos niveles de morbilidad y mortalidad prematura causados por el consumo ilícito de drogas, junto al gran número de personas encarceladas por delitos relacionados con drogas. En tercer lugar, la composición de los costos de la respuesta varía de un país a otro. En los estudios se constataron, en la mayoría de los países, costos elevados de aplicación de la ley en comparación con los costos sanitarios. Las únicas excepciones fueron los estudios en dos países europeos, que registraron costos médicos de un 60%-65% del costo total de las intervenciones en respuesta al problema de las drogas.

Los estudios de costos mencionados se llevaron a cabo principalmente en países de altos ingresos. La mayoría de los estudios se concentró en los costos asociados al consumo de drogas (antes que a la producción de drogas), utilizando un escenario hipotético en que no existía el consumo de drogas. De hecho, parece que la metodología y el marco analítico típicos establecidos para esos estudios se prestan bien a ocuparse del consumo de drogas, pero son menos aptos a la hora de ocuparse de la producción y el tráfico ilícitos de drogas (véase un desglose conceptual normalizado de los costos del consumo de drogas en el gráfico 15).

⁹⁹ En muchos casos, los estudios se concentran en el consumo de drogas.

GRÁFICO 15 Desglose de los costos del consumo de drogas sufragados por la sociedad



Source: Adapted from D. Collins and others, "Introduction; improving economic data to inform decisions in drug control", *Bulletin on Narcotics*, vol. LII, Nos. 1 and 2 (2000), fig. II.

TOTAL COSTS BORNE BY SOCIETY	COSTOS TOTALES SUFRAGADOS POR LA SOCIEDAD
Tangible	Tangibles
Intangible	Intangibles
Productivity related	Relacionados con la productividad
Health care	Atenciones sanitarias
Crime	Delincuencia
Resource drain	Sangría de recursos
Paid work	Trabajo remunerado
Unpaid work	Trabajo no remunerado
Workforce reduction	Reducción de la fuerza de trabajo
Absenteeism	Ausentismo
On-the-job efficiency	Eficiencia en el trabajo
Property destruction	Destrucción de propiedad
Insurance administration	Administración de seguros
Policing	Policía
Judicial	Judiciales
Penal	Penales
Loss of life	Pérdida de vidas
Reduced quality of life	Calidad de vida reducida
Hospital	Hospitales
Medical	Médicos
Nursing	Enfermeros
Ancillary	Gastos accesorios
Production	Producción
Foreign trade	Comercio exterior

Fuente: Adaptado de D. Collins y otros, "Introduction; improving economic data to inform decisions in drug control", *Bulletin on Narcotics*, vol. LII, núms. 1 y 2 (2000), fig. II.

Uno de los estudios, un estudio económico en Chile¹⁰⁰, es bastante atípico ya que se concentró en las repercusiones de la delincuencia relacionada con las drogas. El estudio abarcó infracciones de la legislación nacional sobre drogas, así como otros tipos de delitos, como robos, delitos relacionados con el sexo y homicidios, que pueden atribuirse al uso indebido de drogas o

¹⁰⁰ M. Fernández, "The socioeconomic impact of drug-related crimes in Chile", *International Journal of Drug Policy*, vol. 23, núm. 6 (2012), págs. 465 a 472.

al tráfico de drogas a través de cualquiera de los tres mecanismos siguientes: el vínculo farmacológico (consumidores de drogas que cometen delitos bajo los efectos de las drogas); el vínculo económico-compulsivo (consumidores de drogas que cometen delitos para financiar su consumo de drogas); y el vínculo sistémico (delitos relacionados con el tráfico de drogas por los que no se enjuició de conformidad con la legislación sobre drogas)¹⁰¹. Los costos tenidos en cuenta consistieron en los costos de aplicación de la legislación sobre drogas contraídos por las diversas instituciones competentes (principalmente la policía, el sistema judicial y el sistema penitenciario), así como el costo de la productividad perdida como consecuencia del encarcelamiento de los autores de los delitos mencionados.

En el estudio, esos costos se cuantificaron en 268 millones de dólares en 2006. Un desglose por tipo de delito indica que los delitos contra la legislación chilena sobre drogas en sí mismos solo representaron aproximadamente la tercera parte (el 36%) de los costos totales, mientras la mayoría (el 60%) podía atribuirse a los robos, incluidos los robos con violencia. Un desglose independiente por tipo de costo muestra que la mayor proporción de los costos de aplicación de la ley correspondió a la policía (el 32% del total), seguida del sistema penitenciario (el 25%) y el sistema judicial (el 17%). Las pérdidas de productividad atribuibles al encarcelamiento por delitos relacionados con las drogas representaron prácticamente todos los demás costos. Los costos también se desglosaron por tipo de droga, y se determinó que la cocaína base (pasta base de cocaína) era la droga con la mayor repercusión, representando más de la mitad del costo, por delante de la sal de cocaína y el cannabis.

Aunque en los estudios económicos analizados anteriormente se suele tener en cuenta una amplia variedad de costos que emanan directa e indirectamente del problema de las drogas, se limitan habitualmente a los costos que pueden cuantificarse en términos monetarios. Los costos intangibles, como la pérdida de vidas o el deterioro de la calidad de vida, a menudo no se cuantifican; y cuando se cuantifican, suele efectuarse por remisión a una unidad de medida no monetaria, como “años de vida perdidos” o “años vividos con una discapacidad”. Si bien es cierto que esos estudios pueden ser muy útiles para evaluar el costo económico que el problema de la droga se ha cobrado de la sociedad, también tienen que entrar en juego otros factores al evaluar la repercusión del problema mundial de las drogas y formular respuestas de política.

C. SOSTENIBILIDAD AMBIENTAL

La sostenibilidad ambiental está implícita en todos los objetivos de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. El Objetivo 1, relativo a poner fin a la pobreza, está estrechamente vinculado con el Objetivo 2, cuya meta 2.4 es garantizar sistemas sostenibles de producción de alimentos y aplicar prácticas agrícolas resilientes. Los complementan el Objetivo 13 (combatir el cambio climático) y el Objetivo 15 (gestionar sosteniblemente los bosques y luchar contra la desertificación, la degradación de tierras y la pérdida de biodiversidad). La disponibilidad y la gestión del agua se abordan en el Objetivo 6, cuya meta 6.3 incluye reducir la contaminación, eliminar el vertimiento y minimizar la emisión de productos químicos y materiales peligrosos.

El cultivo y la producción ilícitos de plantas para la obtención de estupefacientes afectan a todos esos conceptos. En la presente sección se expone la forma en que la producción ilícita de drogas y la respuesta de fiscalización de drogas pueden tener efectos adversos en los ecosistemas, por ejemplo, dando lugar a la tala de bosques para cultivar ilícitamente cosechas para la producción de drogas. En esta sección se examinan también las pruebas de la forma en que las actividades para reducir la oferta ilícita de drogas pueden influir en la expansión de actividades agrícolas ilícitas (y lícitas) a zonas nuevas, frágiles y ecosensibles; se explica también la manera en que las intervenciones de desarrollo alternativo bien concebidas pueden mejorar la conservación de la biodiversidad, mitigando así el cambio climático.

¹⁰¹ Véase un análisis de los diferentes vínculos entre las drogas y la delincuencia en la subsección sobre violencia.

Cultivo ilícito para la producción de drogas y producción y tráfico ilícitos de drogas: sus efectos en el medio ambiente

Deforestación

La deforestación es la principal preocupación ambiental emanada de los cultivos ilícitos para la producción de drogas, en particular el cultivo de arbusto de coca en América del Sur, el cultivo de adormidera en Asia sudoriental y, en cierta medida, el cultivo de cannabis. La deforestación puede ser consecuencia directa o indirecta del cultivo ilícito: es directa cuando se tala una parcela de bosque para el cultivo de adormidera o arbusto de coca; y es indirecta cuando los diversos mecanismos asociados al cultivo ilícito, incluidas las actividades agrícolas lícitas, la formación de pastos y otras formas de desarrollo e intrusión, influyen en la deforestación.

Meta 15.2 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible De aquí a 2020, promover la puesta en práctica de la gestión sostenible de todos los tipos de bosques, detener la deforestación, recuperar los bosques degradados y aumentar considerablemente la forestación y la reforestación a nivel mundial

Deforestación directa

Los agricultores pueden invadir los bosques para cultivar ilícitamente cosechas como arbusto de coca, adormidera o plantas de cannabis en zonas remotas por dos motivos: las deficientes condiciones socioeconómicas de los agricultores en la frontera agrícola pueden llevarles a buscar cosechas comerciales; y el carácter ilícito de esa actividad y la necesidad de mantenerla en la clandestinidad pueden propiciar el traslado a zonas relativamente remotas.

Es difícil cuantificar el alcance de la deforestación directa debida al cultivo ilícito, y medir la deforestación en general. Es posible que el cambio neto de la superficie forestal durante un período dado no refleje la complejidad del proceso, pues las pérdidas en un lugar pueden ser ocultadas por las ganancias en otro, o tal vez no se capte la primera transición de bosque a superficie no forestal. Por último, el cultivo ilícito no es la única causa de la deforestación y, como a menudo va acompañado de otros factores propiciadores, es preciso situar la escala de deforestación directa resultante de ese cultivo en el contexto del fenómeno más amplio.

Según las estimaciones de la UNODC, durante el período 2001-2014 un promedio anual de 22.400 hectáreas de cultivos de arbusto de coca reemplazó al bosque en Colombia¹⁰². Esas estimaciones se efectúan con carácter interanual y por tanto son mucho menos susceptibles de las limitaciones asociadas a largas brechas entre instantáneas a lo largo del tiempo. Aunque no son comparables directamente, los datos de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura indican que la transformación neta de bosques en Colombia debido a todas las causas alcanzó un promedio de 116.000 hectáreas al año durante el período 2001-2012; al mismo tiempo, la pérdida total de tierra con cubierta forestal detectable (de toda clase de cubierta forestal) alcanzó un promedio de 209.900 hectáreas al año¹⁰³. Sin embargo, unos estudios específicos en los Andes que se centran más en el alcance relativo de la transformación del bosque al cultivo ilícito en comparación con otras formas de utilización de la tierra parecen indicar que la proporción de deforestación que cabe atribuir a la sustitución directa por cultivos de arbusto de coca puede ser más baja de lo que parecería indicar la sencilla comparación anterior.

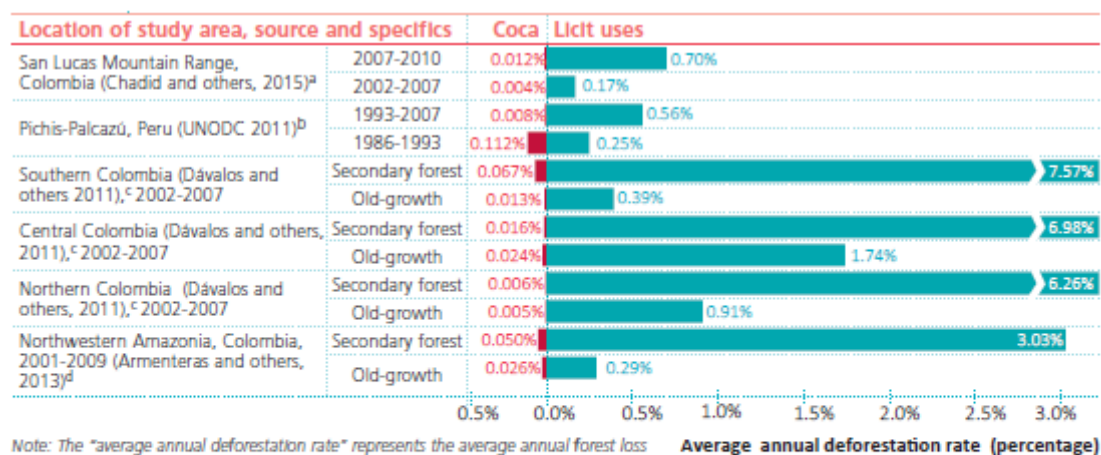
¹⁰² UNODC, *Colombia: Monitoreo de Cultivos de Coca 2014* (Bogotá, 2015).

¹⁰³ Basado en datos de M. C. Hansen y otros, "High-resolution global maps of 21st-century forest cover change", *Science*, vol. 342, núm. 6160 (noviembre de 2013), págs. 850 a 853.

La UNODC llevó a cabo un estudio de una zona de riesgo en Colombia de 12,4 millones de hectáreas (definida como todos los lugares en un radio de 1 kilómetro de un emplazamiento de cultivo de arbusto de coca identificado en el período en cuestión) en el que se incluía una evaluación de la deforestación¹⁰⁴. En el estudio se comprobó que se había perdido un total de 2,6 millones de hectáreas de bosque en esa zona durante el período 2001-2006, del que el 5,3% podía atribuirse directamente al cultivo de arbusto de coca. En un estudio de seguimiento¹⁰⁵ durante un período más prolongado (2001-2012) se demostró que el 1,2% de la superficie forestal perdida estaba ocupado por la coca al final de ese período.

En otro estudio, realizado en la Serranía de San Lucas (Colombia), se comunican datos del uso de la tierra correspondientes a 2002, 2007 y 2010, basados en imágenes satelitales, que parecen indicar que la proporción de deforestación atribuible al cultivo ilícito de arbusto de coca fue inferior al 2% durante los períodos 2000-2007 y 2007-2010. Sin embargo, no tiene en cuenta la posibilidad de transformación al uso lícito después de la deforestación para el cultivo de arbusto de coca durante esos períodos¹⁰⁶. Aparte de captar la transición exacta de bosque a superficie no forestal, que es difícil de atribuir al cultivo de arbusto de coca u otra actividad, de esos estudios se desprende con claridad que, a la larga, la mayoría de las zonas deforestadas se transformaron en pastos y zonas de cultivo lícito, y partes relativamente pequeñas se dedicaron al cultivo de arbusto de coca. En un estudio de largo plazo en el Perú en el que se analizaron imágenes de 1986, 1993 y 2007 con una superficie total de 1.360.000 hectáreas en Pichis-Palcazú se llegó a la conclusión de que, para 2007, se habían deforestado 269.000 hectáreas, de las que el 57% consistía en pastos y el resto principalmente en agricultura, y el cultivo de arbusto de coca ocupaba solamente el 0,39% de la superficie¹⁰⁷.

CUADRO 4 Desglose de la deforestación en componentes lícitos e ilícitos: resumen de cuatro estudios de comparación de cultivos lícitos e ilícitos en paralelo, por estudios y regiones



Note: The "average annual deforestation rate" represents the average annual forest loss over the reference period, expressed as a percentage of the corresponding forest area at the beginning of that period.

^a Maria A. Chadid and others, "A Bayesian spatial model highlights distinct dynamics in deforestation from coca and pastures in an Andean biodiversity hotspot", *Forests*, vol. 6, No. 11 (2015).

^b UNODC and Ministerio del Medio Ambiente del Perú, "Análisis económico de las actividades causantes de la deforestación en Pichis-Palcazú" (Lima, 2011).

^c L. M. Dávalos and others, "Forests and drugs: coca-driven deforestation in tropical biodiversity hotspots", *Environmental Science and Technology*, vol. 45, No. 4 (2011), pp. 1219-1227.

^d D. Armenteras, N. Rodríguez and J. Retana, "Landscape dynamics in northwestern Amazonia: an assessment of pastures, fire and illicit crops as drivers of tropical deforestation", *PLoS ONE*, vol. 8, No. 1 (2013).

¹⁰⁴ UNODC, *Análisis Multitemporal de Cultivos de Coca: Período 2001-2006* (Bogotá, 2006).

¹⁰⁵ UNODC, *Análisis Multitemporal de Cultivos de Coca: Período 2001- 2012* (Bogotá, 2014).

¹⁰⁶ Maria A. Chadid y otros, "A Bayesian spatial model highlights distinct dynamics in deforestation from coca and pastures in an Andean biodiversity hotspot", *Forests*, vol. 6, núm. 11 (2015).

¹⁰⁷ UNODC y Ministerio del Medio Ambiente del Perú, "Análisis económico de las actividades causantes de la deforestación en Pichis-Palcazú" (Lima, 2011).

Location of study area, source and specifics	Ubicación de la zona del estudio, fuente y aspectos específicos
Coca	Coca
Licit uses	Usos lícitos
San Lucas Mountain Range, Colombia (Chadid and others, 2015) ^a	Serranía de San Lucas (Colombia) (Chadid y otros, 2015) ^a
Pichis-Palcazú, Peru (UNODC 2011) ^b	Pichis-Palcazú (Perú) (UNODC 2011) ^b
Southern Colombia (Dávalos and others 2011), ^c 2002-2007	Colombia meridional (Dávalos y otros, 2011) ^c , 2002-2007
Central Colombia (Dávalos and others, 2011), ^c 2002-2007	Colombia central (Dávalos y otros, 2011) ^c , 2002-2007
Northern Colombia (Dávalos and others, 2011), ^c 2002-2007	Colombia septentrional (Dávalos y otros, 2011) ^c , 2002-2007
Northwestern Amazonia, Colombia, 2001-2009 (Armenteras and others, 2013) ^d	Amazonia noroccidental (Colombia), 2001-2009 (Armenteras y otros, 2013) ^d
Secondary	Secundario
Old-growth	De edad madura
0.012 etc.	0,012 etc.
0.70% etc.	0,70% etc.
Average annual deforestation rate (percentage)	Tasa media anual de deforestación (porcentaje)

Nota: La “tasa media anual de deforestación” representa la pérdida media anual de bosque durante el período de referencia, expresada como porcentaje de la zona forestal correspondiente al principio de ese período.

^a *María A. Chadid y otros, “A Bayesian spatial model highlights distinct dynamics in deforestation from coca and pastures in an Andean biodiversity hotspot”, *Forests*, vol. 6, núm. 11 (2015).*

^b *UNODC y Ministerio del Medio Ambiente del Perú, “Análisis económico de las actividades causantes de la deforestación en Pichis-Palcazú” (Lima, 2011).*

^c *L. 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.*

^d *D. Armenteras, N. Rodríguez y J. Retana, “Landscape dynamics in northwestern Amazonia: an assessment of pastures, fire and illicit crops as drivers of tropical deforestation”, *PLoS ONE*, vol. 8, núm. 1 (2013).*

Deforestación indirecta

Los estudios antes citados indican que la deforestación en general solo puede atribuirse al cultivo de arbusto de coca en pequeña medida. Dicho cultivo tiene lugar en paralelo con otras actividades humanas que causan la deforestación, pero eso no significa que exista necesariamente una relación causal entre el cultivo de arbusto de coca y la deforestación en general.

Varios mecanismos pueden determinar una influencia indirecta del cultivo ilícito en las tasas de deforestación. Los agricultores que están dispuestos o tienen la inclinación a dedicarse a ese cultivo penetrarían más profundamente en los bosques a fin de ocultar su actividad, y eso podría atraer gradualmente una mayor expansión, la agricultura lícita, la formación de pastos y otras formas de desarrollo e intrusión. Los beneficios realizados por los organizadores de nivel superior dedicados a la consolidación a gran escala de productos a pie de explotación agrícola y el procesamiento de cosechas en productos finales como heroína y cocaína podrían generar la

necesidad de blanquear el producto mediante actividades como la ganadería extensiva, el pasto y la tala, que en sí mismas contribuyen a la deforestación. Además, algunas características de las zonas de cultivo ilícito, como la escasa (o nula) seguridad y el deficiente estado de derecho, pueden impulsar otras actividades ilegales que causan deforestación, como la tala y la minería ilegales.

Varios análisis a fondo se han centrado en el vínculo entre el cultivo ilícito y la deforestación en Colombia (véase el recuadro de la página [...]). Se consideraron distintas variables a fin de investigar sistemáticamente el efecto potencial del cultivo ilícito, pero existen pocos datos empíricos que respalden el impacto evidente de ese cultivo en la deforestación en general, y los resultados varían de un municipio a otro. Por ejemplo, en algunos casos concretos en Colombia (Chocó, Nariño), los altos niveles de cultivo de arbusto de coca estaban de hecho relacionados directamente con altos niveles de deforestación. En general, la deforestación y el cultivo de arbusto de coca tienen lugar en las mismas zonas, pero eso no significa que, a más cultivo de arbusto de coca, más deforestación. Parece que las acciones, condiciones y políticas para proporcionar incentivos al desarrollo fronterizo impulsan la deforestación, y la coca es una cosecha que prospera en esos entornos. A la larga, con el mayor desarrollo, la superficie dedicada al cultivo de arbusto de coca disminuye, pero la deforestación continúa, si no se adoptan contramedidas específicas.

Se llevó a cabo un ejercicio similar para examinar la posible relación entre la deforestación y el cultivo de adormidera en Asia sudoriental. En este caso, se utilizaron mapas para indicar las zonas con un riesgo elevado de cultivo de adormidera en Myanmar y la República Democrática Popular Lao. Los resultados del ejercicio de modelación no mostraron ninguna prueba de una asociación positiva entre el riesgo de cultivo de adormidera y la probabilidad de deforestación. Eso parece indicar que otros factores, posiblemente factores socioeconómicos no incluidos en el modelo, son los principales impulsores de la deforestación, de la que la sustitución del bosque por el cultivo de adormidera es solo un componente.

¿Impulsa el cultivo de arbusto de coca la deforestación? Un estudio de casos en Colombia

Aunque algunos estudios indican que existe una relación entre el cultivo ilícito y la deforestación, otros análisis a fondo no han confirmado ese vínculo y existen escasos datos empíricos sobre la repercusión del cultivo ilícito en la deforestación. Una comparación de las tasas de deforestación en municipios colombianos y el alcance del cultivo ilícito no aporta patrones generales claros. Después de que se incluyeran en el modelo varias covariancias potenciales distintas del cultivo de arbusto de coca, como la densidad de la población urbana, la densidad vial, la fracción de cobertura forestal inicial, la fracción de la población con necesidades básicas sin atender y la erradicación por fumigación aérea, el modelo de ajuste óptimo indicó que el cultivo de arbusto de coca no era un factor determinante importante de las tasas de deforestación.

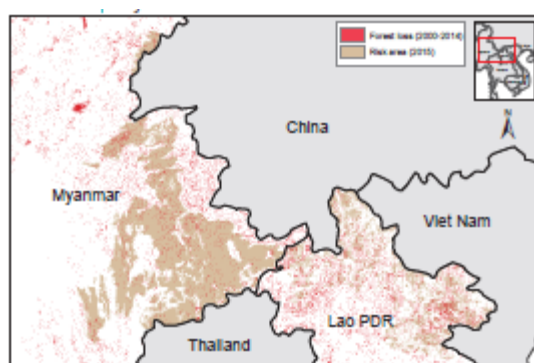
Un estudio^a llegó a la conclusión de que el cultivo ilícito es un elemento impulsor de la fragmentación forestal a través de la perforación de los bosques. Sin embargo, no está claro que ello dé lugar a un efecto detectable en las tasas de deforestación reales, y el estudio añade que algunas de las zonas afectadas se regeneran más tarde.

Otro estudio^b se propuso aislar sistemáticamente el efecto potencial del cultivo ilícito como catalizador de la pérdida de bosques. El modelo midió la proximidad espacial del cultivo de arbusto de coca de dos formas –la distancia al emplazamiento de cultivo de arbusto de coca más cercano y la superficie dedicada a ese cultivo en el kilómetro cuadrado circundante– y examinó cómo variaba la probabilidad de deforestación en función de esas dos variables. También se incluyeron en el modelo otras variables habitualmente asociadas a la probabilidad de deforestación: la proporción de bosque restante^c, las distancias a carreteras y ríos^{d, e, f}, las características biofísicas relacionadas con la agricultura en general, como el clima, la pendiente

y el aspecto^g y la situación de protección de la tierra^h. En el análisis se obtuvo cierto vínculo entre el cultivo de arbusto de coca y la deforestación solamente en Colombia meridional, donde la probabilidad de deforestación aumentaba con la densidad del cultivo de arbusto de coca y disminuía con la distancia del emplazamiento de cultivo de arbusto de coca más cercano. Después de incluir variables socioeconómicas, el estudio no respaldó la tesis de que la coca es muy diferente de otras cosechas; en cambio, formuló la hipótesis de que lo que distingue a los municipios que cultivan arbusto de coca es el deficiente desarrollo rural, la causa fundamental que permite una asociación positiva entre el crecimiento de la población y la deforestación.

^{a-h} Véase la sección sobre metodología de la versión en línea del presente informe.

MAPA 6 Deforestación, 2000-2014, y el riesgo de cultivo ilícito de adormidera en Myanmar y la República Democrática Popular Lao



Forest loss (2000-2014)	Pérdida forestal (2000-2014)
Risk area (2015)	Zona de riesgo (2015)
China	China
Myanmar	Myanmar
Viet Nam	Viet Nam
Lao PDR	RDP Lao
Thailand	Tailandia

Fuente: Mapas de riesgo de cultivo de adormidera de la UNODC; y M. C. Hansen y otros, “High-resolution global maps of 21st-century forest cover change”, *Science*, vol. 342, núm. 6160 (noviembre de 2013).

Notas: Las fronteras y los nombres indicados y las designaciones utilizadas en este mapa no implican la aprobación o aceptación oficial por parte de las Naciones Unidas.

Deforestación como consecuencia del tráfico de drogas

Otro aspecto de la oferta ilícita de drogas que puede tener repercusiones en el medio ambiente es el tráfico de cocaína.

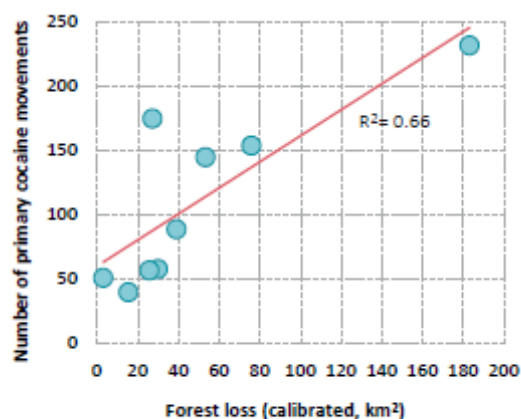
Se ha informado de casos de deforestación como consecuencia de ese tráfico en Petén (Guatemala)¹⁰⁸ y en el este de Honduras¹⁰⁹.

¹⁰⁸ Iliana Monterroso y Deborah Barry, “Legitimacy of forest rights: the underpinnings of the forest tenure reform in the protected areas of Petén, Guatemala”, *Conservation and Society*, vol. 10, núm. 2 (2012), págs. 136 a 150.

¹⁰⁹ Kendra McSweeney y otros, “Drug policy as conservation policy: narco-deforestation”, *Science*, vol. 343, núm. 6170 (2014), págs. 489 y 490.

La forma más sencilla en la que el tráfico facilita la intrusión es la roturación de franjas de bosque para permitir el despegue y aterrizaje de avionetas. Sin embargo, el fenómeno puede ir más allá, ya que puede desencadenar ocupaciones violentas de tierras, generar conflictos por la tenencia de tierras, atraer no solo actividades lícitas sino también otras actividades ilícitas y, como ya se ha mencionado, generar la necesidad de blanquear el producto ilícito, necesidad a la que puede atenderse transformando el bosque para actividades como la ganadería extensiva. Un ejemplo de ello puede haber ocurrido en la Reserva de la Biósfera Maya en Guatemala^{110, 111}, una extensa zona protegida en la que es posible que los traficantes de drogas hayan ocupado tierras e impuesto su control territorial mediante la violencia¹¹². Se cree que el rápido aumento del inventario local de ganado responde a la necesidad de blanquear las ganancias procedentes del tráfico de drogas¹¹³. Los pequeños agricultores locales pueden “vender” las tierras comunitarias en la reserva bajo coacción de los traficantes de drogas y luego desplazarse a otros lugares, generando más deforestación¹¹⁴.

GRÁFICO 16 Pérdida de bosques y número de movimientos primarios de tráfico de cocaína en Honduras oriental, 2004-2012



Source: K. McSweeney and Z. Pearson, “Prying native people from native lands: narco business in Honduras”, *NACLA Report on the Americas*, vol. 46, No. 4 (2013).

Number of primary cocaine movements	Número de movimientos primarios de cocaína
$R^2 = 0.66$	$R^2 = 0,66$
Forest loss (calibrated, km²)	Pérdida forestal (calibrada, km²)

Fuente: K. McSweeney y Z. Pearson, “Prying native people from native lands: narco business in Honduras”, *NACLA Report on the Americas*, vol. 46, núm. 4 (2013).

En el caso de Honduras se ha establecido un vínculo cuantitativo entre el tráfico de drogas y la deforestación. La pérdida forestal en Honduras oriental durante el período 2004-2012 parece tener una correlación con el número de aterrizajes aéreos y arribadas marítimas de remesas de cocaína de América del Sur a Honduras, registrados en la Base de Datos Consolidada de Lucha contra las Drogas de la Oficina de la Política Nacional para el Control de Drogas de los

¹¹⁰ Avrum J. Shriar, “Theory and context in analyzing livelihoods, land use, and land cover: lessons from Petén, Guatemala”, *Geoforum*, vol. 55, 2014, págs. 152 a 163.

¹¹¹ Iliana Monterroso y Deborah Barry, *Tenencia de la Tierra, Bosques y Medios de Vida en la Reserva de la Biosfera Maya en Guatemala: Sistema de Concesiones Forestales Comunitarias* (Ciudad de Guatemala, Centro Internacional de Investigaciones Forestales, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, 2009).

¹¹² *Ibid.*

¹¹³ Avrum J. Shriar, “Theory and context in analyzing livelihoods, land use, and land cover” (véase la nota 110).

¹¹⁴ Liza Grandia, “Road mapping: megaprojects and land grabs in the northern Guatemalan lowlands”, *Development and Change*, vol. 44, núm. 2 (2013), págs. 233 a 259.

Estados Unidos. Tres mecanismos interrelacionados pueden explicar esa relación: la deforestación directa causada por las pistas de aterrizaje y las carreteras ilegales; la deforestación indirecta causada por ocupaciones de tierras que dan lugar a una mayor presión por parte de los agricultores desplazados; y la privatización de las tierras públicas para crear “narco haciendas” y blanquear los activos procedentes del tráfico¹¹⁵. Esta última variante a menudo tiene lugar a expensas de tierras indígenas¹¹⁶.

Contaminación y peligros para la salud derivados de sustancias químicas y desechos

Meta 6.3 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible De aquí a 2030, mejorar la calidad del agua reduciendo la contaminación, eliminando el vertimiento y minimizando la emisión de productos químicos y materiales peligrosos, reduciendo a la mitad el porcentaje de aguas residuales sin tratar y aumentando considerablemente el reciclado y la reutilización sin riesgos a nivel mundial

Los laboratorios clandestinos que procesan y fabrican drogas de origen vegetal y drogas sintéticas necesitan considerables cantidades de precursores y otras sustancias químicas, muchos de los cuales son peligrosos para la salud humana y potencialmente perjudiciales para el medio ambiente. Entre esas sustancias químicas figuran disolventes, metales y sales, así como ácidos y bases. La exposición a esas sustancias químicas puede causar numerosas complicaciones de salud, que van desde la irritación de los ojos, la nariz y la garganta a trastornos hepáticos y renales y hemorragias y corrosión pulmonares. Algunas entrañan el riesgo de incendio o explosión¹¹⁷. Los peligros para la salud suscitan especial preocupación en el caso de las drogas sintéticas fabricadas en entornos urbanos, con un elevado riesgo de exposición de amplios segmentos de la población, pero también afectan a las personas que, a menudo por falta de alternativas viables, trabajan en establecimientos de fabricación de drogas de origen vegetal, frecuentemente en condiciones inhumanas y de explotación¹¹⁸. Los subproductos y las sustancias químicas no utilizadas se eliminan a menudo en los sistemas de alcantarillado urbano, en otros entornos urbanos o, en el caso del procesamiento de drogas de origen vegetal en zonas no urbanas, en el medio ambiente natural, incluidos los ríos y los bosques.

Las consecuencias en los entornos urbanos no solo plantean riesgos sanitarios, sino que también pueden afectar al medio ambiente urbano e industrial. Según la Oficina Europea de Policía (Europol), los delincuentes dedicados a la fabricación ilícita de drogas pueden recurrir a verter sencillamente las sustancias químicas, enterrarlas, abandonarlas en remolques robados y drenar líquidos en las redes de alcantarillado, enterrarlos o verterlos en el suelo o en las aguas superficiales. Otras técnicas consisten en quemar desechos en vehículos robados o mezclar las sustancias químicas con otros desechos químicos antes de verterlos en alta mar desde buques¹¹⁹.

Las sustancias químicas utilizadas en la cadena de oferta ilícita de cocaína y opiáceos también contribuyen a la contaminación y los peligros sanitarios en los entornos rurales. A finales de 2005 y principios de 2006, la UNODC llevó a cabo un estudio sistemático del cultivo y procesamiento ilícitos de arbusto de coca en Colombia, basado en una muestra a escala nacional

¹¹⁵ McSweeney y otros, “Drug policy as conservation policy” (véase la nota 109).

¹¹⁶ K. McSweeney y Z. Pearson, “Prying native people from native lands: narco business in Honduras”, *NACLA Report on the Americas*, vol. 46, núm. 4 (2013).

¹¹⁷ EMCDDA y Europol, *Methamphetamine: A European Union Perspective in the Global Context* (Luxemburgo, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, 2009).

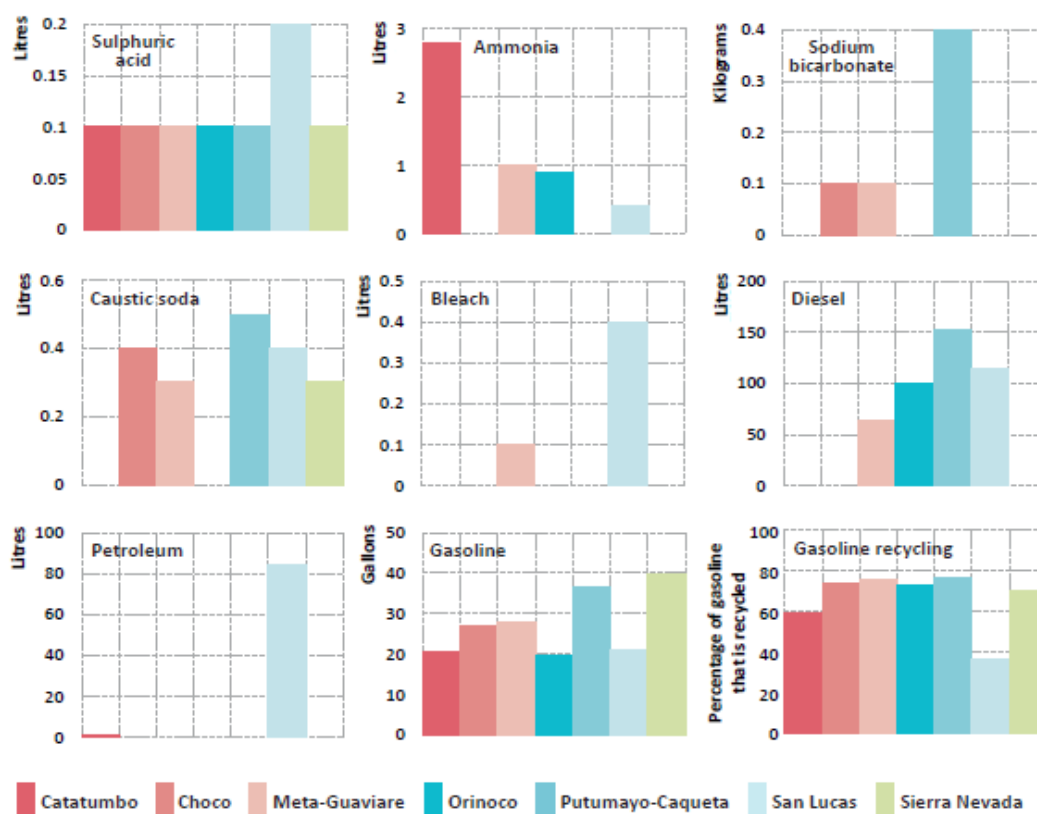
¹¹⁸ Merrill Singer, “Drugs and development: the global impact of drug use and trafficking on social and economic development”, *International Journal of Drug Policy*, vol. 19, núm. 6 (2008), págs. 467 a 478.

¹¹⁹ Walter Ego y Aïssata Maïga, “Tallying the hidden environmental costs of drug production”, documento de políticas núm. 149 (Estocolmo, Instituto para la Seguridad y el Desarrollo, 2014).

de 1.300 cultivadores de arbusto de coca, categorizados por región geográfica y por paisaje¹²⁰. La mayoría de las sustancias agroquímicas cuya utilización por los cultivadores de arbusto de coca se constató en el estudio eran legales. Una comparación de los niveles de utilización de las sustancias agroquímicas legales utilizadas más comúnmente de conformidad con las recomendaciones del fabricante indicó que, en general, los cultivadores de coca examinados en el estudio¹²¹ declararon utilizar cantidades de herbicidas y plaguicidas dentro de los márgenes utilizados por otros agricultores tropicales.

En el estudio también se investigó la utilización de reactivos en el procesamiento ilícito del arbusto de coca. Los datos detallados sobre los reactivos indican una clara variación regional en la utilización de distintos disolventes orgánicos, ya sea gasolina, diésel o petróleo; una dependencia completa del ácido sulfúrico; y altos niveles de reciclado de gasolina, guardando relación las variaciones con el costo del combustible. Existe el potencial de contaminación debido a la utilización de las sustancias citadas por el gran número de laboratorios, que están desperdigados por todo el bosque amazónico; sin embargo, la combinación de lluvias abundantes y la reutilización reduce probablemente el efecto ambiental de esas fuentes. De hecho, a principios del decenio de 1990, unas observaciones sobre el terreno en Chapare (Bolivia) constataron que la lluvia diluye rápidamente los vertidos químicos¹²².

GRÁFICO 17 Variación regional de los reactivos utilizados para procesar un barril^a de petróleo de hojas de coca frescas en pasta de coca en Colombia



Source: UNODC, *Características Agropecuarias de los Cultivos de Coca en Colombia* (Bogotá, Sistema Integrado de Monitoreo de Cultivos Ilícitos, 2006).

^a Approximately 87.5 kg of fresh coca leaves.

¹²⁰ UNODC, *Características Agropecuarias de los Cultivos de Coca en Colombia* (Bogotá, 2007).

¹²¹ *Ibid.*

¹²² Ray Henkel, "Coca (*Erythroxylum coca*) cultivation, cocaine production, and biodiversity in the Chapare region of Bolivia", en *Biodiversity and Conservation of Neotropical Montane Forests*, Steven P. Churchill y otros, coords. (Nueva York, New York Botanical Garden, 1995), págs. 551 a 560.

0.2 etc.	0,2 etc.
Litres	Litros
Kilograms	Kilogramos
Gallons	Galones
Sulphuric acid	Ácido sulfúrico
Ammonia	Amoníaco
Sodium bicarbonate	Bicarbonato sódico
Caustic soda	Sosa cáustica
Bleach	Lejía
Diesel	Diésel
Petroleum	Petróleo
Gasoline	Gasolina
Percentage of gasoline that is recycled	Porcentaje de gasolina que se recicla
Gasoline recycling	Reciclado de gasolina
Putumayo-Caqueta	Putumayo-Caqueta

Fuente: UNODC, *Características Agropecuarias de los Cultivos de Coca en Colombia* (Bogotá, Sistema Integrado de Monitoreo de Cultivos Ilícitos, 2006).

^a Aproximadamente 87,5 kilogramos de hojas de coca frescas.

Agotamiento y salinización del agua

Meta 15.3 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible De aquí a 2030, luchar contra la desertificación, rehabilitar las tierras y los suelos degradados, incluidas las tierras afectadas por la desertificación, la sequía y las inundaciones, y procurar lograr un mundo con efecto neutro en la degradación del suelo

En el Afganistán, el cultivo de adormidera impone una carga complementaria a la disponibilidad de agua en zonas ya afectadas por su escasez, y los métodos de riego utilizados también contribuyen a la salinización de las zonas desérticas.

Según un informe¹²³, en la Provincia de Helmand, que sigue viéndose afectada por altos niveles de cultivo de adormidera (que cubría el 27% de las tierras de cultivo en 2014), la combinación de la sequía en el período 1999-2001, el desarrollo insostenible y las extracciones para riego dieron lugar a una reducción del 98% de la corriente de agua en el río Helmand inferior y en la pérdida completa de los humedales de aguas abajo, anteriormente ricos. Además, la sequía parece haberse intensificado con el transcurso del tiempo. El registro en tiempo real de las anomalías de la precipitación mundial en las estaciones de cultivo (invierno y primavera) en el Afganistán desde el invierno de 2000-2001 hasta la primavera de 2014 indica que la precipitación en ese período se situó en un margen de 10 milímetros al mes del promedio en el período de referencia 1979-2000 en 14 de las 28 estaciones de cultivo, y se situó por debajo de ese margen en 12 estaciones y por encima en solo 2 estaciones. Al mismo tiempo, no se ha frenado el crecimiento de la población, dando lugar a una intensificación de los cultivos en los extremos de aguas arriba de los canales¹²⁴. El cultivo de adormidera contribuye a la escasez de agua de dos formas: mediante el acaparamiento de agua del sistema de riego¹²⁵; y haciendo

¹²³ John Weier, "From wetland to wasteland: the destruction of the Hamoun Oasis", NASA Earth Observatory. Puede consultarse en www.earthobservatory.nasa.gov/Features/hamoun.

¹²⁴ Adam Pain, "Water, management, livestock and the opium economy: the spread of opium poppy cultivation in Balkh", Case Study Series (Kabul, Dependencia de Investigación y Evaluación del Afganistán, 2007).

¹²⁵ David Mansfield y Adam Pain, "Opium poppy eradication: how to raise risk when there is nothing to lose?" Briefing Paper Series (Kabul, Dependencia de Investigación y Evaluación del Afganistán, 2006).

viable financieramente el bombeo del acuífero a través de pozos entubados¹²⁶. En ocasiones, los cultivadores de adormidera con buenas conexiones y poderosos localmente podían cultivar adormidera al lado de las carreteras, como hacían en Chahar Bolaq, hasta el punto de que aguas abajo no se disponía de agua¹²⁷. En cambio, los cultivadores que dependen del riego por pozos entubados al norte del canal de Boghra se cuentan entre los agricultores menos poderosos y más marginados de Helmand central¹²⁸. No obstante, los rendimientos de la adormidera permitieron incluso a esos cultivadores –al menos durante cierto tiempo– pagar los considerables costos de adquirir (o alquilar) bombas y cargarlas con combustible, reduciendo el nivel freático y a la larga degradando las tierras marginales¹²⁹. El cultivo sostenido de adormidera puede haber agotado la ya de por sí baja capacidad del suelo, dando lugar a una disminución de las cosechas de opio (como la cosecha excepcionalmente baja en el sur en 2015), y el proceso de degradación puede haber resultado exacerbado por la mala gestión del agua.

Biodiversidad y zonas protegidas

Meta 15.5 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible Adoptar medidas urgentes y significativas para reducir la degradación de los hábitats naturales, detener la pérdida de biodiversidad y, de aquí a 2020, proteger las especies amenazadas y evitar su extinción

Una de las preocupaciones vinculadas al cultivo ilícito es su posible efecto en la biodiversidad. En lugar de estar distribuida uniformemente en todo el mundo, la biodiversidad se concentra en los bosques tropicales húmedos de tierras bajas^{130, 131}, y los bosques tropicales y subtropicales montañosos se reconocen como puntos calientes de la biodiversidad, acogiendo a un gran número de especies con un hábitat conocido pequeño¹³².

Los Andes tropicales son el punto caliente de mayor diversidad biológica del mundo, representando el 7% del total de plantas y el 6% del total de vertebrados; los bosques de las tierras bajas del Choco a lo largo de la costa del Pacífico también acogen una cantidad desproporcionadamente grande de plantas y vertebrados. El cultivo de adormidera en los Andes suscita especial preocupación, ya que la altitud adecuada para ese cultivo también se corresponde con los ecosistemas especialmente vulnerables del Páramo y el sub-Páramo¹³³. En la medida en que el cultivo de adormidera sustituye a esos ecosistemas, representa una de varias amenazas, junto con la agricultura lícita y los incendios que la acompañan, así como la minería, en el caso de Colombia^{134, 135}.

¹²⁶ David Mansfield, “Between a rock and a hard place: counter-narcotics efforts and their effects in Nangarhar and Helmand in the 2010-11 growing season”, Case Study Series (Kabul, Dependencia de Investigación y Evaluación del Afganistán, 2011).

¹²⁷ Mansfield y Pain, “Opium poppy eradication” (véase la nota 125).

¹²⁸ Mansfield, “Between a rock and a hard place” (véase la nota 126).

¹²⁹ David Mansfield, “Helmand on the move: migration as a response to crop failure”, Brief Series (Kabul, Dependencia de Investigación y Evaluación del Afganistán, 2015).

¹³⁰ Clinton N. Jenkins, Stuart L. Pimm and Lucas N. Joppa, “Global patterns of terrestrial vertebrate diversity and conservation”, *Proceedings of the National Academy of Sciences*, vol. 110, núm. 28 (2013).

¹³¹ Norman Myers y otros, “Biodiversity hotspots for conservation priorities”, *Nature*, vol. 403, núm. 6772 (2000), págs. 853 a 858.

¹³² Thomas Brooks y otros, “Global biodiversity conservation priorities”, *Science*, vol. 313, núm. 5783 (2006), págs. 58 a 61.

¹³³ David M. Olson y otros, “Terrestrial ecoregions of the world: a new map of life on Earth”, *BioScience*, vol. 51, núm. 11 (2001), págs. 933 a 938.

¹³⁴ Natalia Ocampo-Peñuela y Stuart L. Pimm, “Elevational ranges of montane birds and deforestation in the western Andes of Colombia”, *PLoS ONE*, vol. 10, núm. 12 (2015).

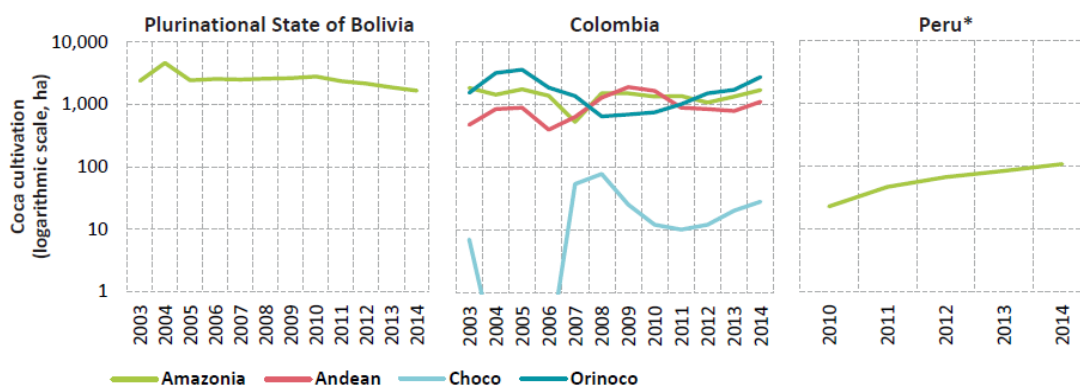
¹³⁵ Pasquale Borrelli y otros, “The implications of fire management in the Andean Páramo: a preliminary assessment using satellite remote sensing”, *Remote Sensing*, vol. 7, núm. 9 (2015), págs. 11061 a 11082.

La situación es similar en Asia sudoriental. Las tierras altas de Myanmar y la República Democrática Popular Lao son parte del punto caliente de biodiversidad indobirmano, que, según se estima, acoge a más de 13.500 especies de plantas, de las que 7.000 no existen en ningún otro lado, pero le queda menos del 5% de la cubierta terrestre natural¹³⁶.

El cultivo de arbusto de coca entraña sus propias ramificaciones para la biodiversidad. Los datos obtenidos por satélite ponen de relieve núcleos de cultivo persistente de arbusto de coca en zonas protegidas (parques nacionales) en los tres países productores de coca, en los que la agricultura lícita también puede plantear una amenaza. En Colombia, las zonas protegidas más afectadas están circundadas de un frente móvil de agricultura, incluido el cultivo de arbusto de coca, en los parques nacionales de la Sierra de La Macarena, Tinigua y los Picachos (véase la línea del Orinoco en el gráfico 18).

En el Perú, el alcance del cultivo de arbusto de coca en zonas protegidas es limitado. Un análisis en 2004 de la ubicación del cultivo de coca según la utilización potencial de la tierra en las tres regiones del Alto Huallaga, Apurímac-Ene y La Convención-Lares puso de relieve que el 2% de la superficie estaba ocupado por el cultivo de coca, que en su mayor parte (90%) tenía lugar en tierras sin potencial agrícola. Algo menos de la cuarta parte del cultivo de coca se llevaba a cabo en zonas protegidas, y dos terceras partes se situaba en tierras designadas para bosque.

GRÁFICO 18 Cultivo de arbusto de coca en zonas protegidas (parques nacionales), Bolivia (Estado Plurinacional de), Colombia y el Perú, 2003-2014



Note: Data from national parks were assigned to each of the ecological regions. *Data for Peru were only available from 2010 onwards.

10,000 etc.	10.000 etc.
Coca cultivation (logarithmic scale, ha)	Cultivo de coca (escala logarítmica, hectáreas)
Plurinational State of Bolivia	Estado Plurinacional de Bolivia
Colombia	Colombia
Peru*	Perú*
Amazonia	Amazonia
Andean	Región andina
Choco	Choco
Orinoco	Orinoco

*Nota: Se asignaron a cada una de las regiones ecológicas los datos de los parques nacionales. *Solo se dispuso de datos del Perú de 2010 en adelante.*

¹³⁶ Myers y otros, “Biodiversity hotspots for conservation priorities” (véase la nota 131).

En el Estado Plurinacional de Bolivia, los parques más afectados son Isiboro Secure y Carrasco. El primero se superpone con el frente de deforestación del Alto Beni y el segundo se superpone con el frente de deforestación de Chapar-Santa Cruz. La intrusión en los parques relacionada con la coca data al menos del decenio de 1980¹³⁷.

Repercusiones de las intervenciones de fiscalización de drogas en el medio ambiente

Desarrollo alternativo

Meta 2.4 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible De aquí a 2030, asegurar la sostenibilidad de los sistemas de producción de alimentos y aplicar prácticas agrícolas resilientes que aumenten la productividad y la producción, contribuyan al mantenimiento de los ecosistemas, fortalezcan la capacidad de adaptación al cambio climático, los fenómenos meteorológicos extremos, las sequías, las inundaciones y otros desastres, y mejoren progresivamente la calidad de la tierra y el suelo

El desarrollo alternativo es una esfera de intervención en la que las medidas encaminadas a reducir la oferta ilícita de drogas se enfrentan a las condiciones socioeconómicas de los agricultores, así como el entorno en que estos viven y se ganan la vida. Aunque anteriores iniciativas cortas de miras puedan haber tenido consecuencias ambientales negativas, el desarrollo alternativo ha demostrado que puede tener repercusiones positivas en el medio ambiente al promover la biodiversidad y la reforestación. Los elementos principales, que a menudo resultan decisivos para asegurar un éxito holístico y sostenible de los programas de desarrollo alternativo incluyen la participación comunal y la promoción de la propiedad de la tierra, la organización de las comunidades, las buenas prácticas agrícolas, incluso en los procesos posteriores a la cosecha, la agrosilvicultura y la gestión forestal¹³⁸.

Se puede observar un caso positivo de desarrollo alternativo que se extiende a efectos ambientales positivos en la Región de San Martín, en el Perú, donde las iniciativas de desarrollo alternativo incluyeron la sustitución de la producción de coca por la producción de palma oleaginosa, cacao y café y por la agrosilvicultura, además de reforestar el 7,5% de antiguos campos de coca y otros cultivos (aproximadamente 650 hectáreas). En esa última actividad participaron 350 familias locales. Otras 687 familias participaron en el cultivo de 1.415 hectáreas de agrosilvicultura y cultivo de café y cacao para mercados de comercio justo y orgánicos. El éxito del proyecto descansó en la prestación de un apoyo incondicional a los beneficiarios, hubieran erradicado o no el arbusto de coca, y en la inclusión de las comunidades en su conjunto, hubieran participado directamente o no en la producción de coca¹³⁹.

Se hizo hincapié en la propiedad de la tierra en el contexto de la iniciativa colombiana del Programa Familias Guardabosques, que funcionó durante el período 2003-2013, llegando a más de 120.000 familias¹⁴⁰. El proyecto dio lugar a que unas 30.000 familias compraran más de 100.000 hectáreas de tierra. Esa estrategia se basa en la premisa de que la propiedad de la tierra disuade a los pequeños agricultores de unirse o volver a unirse a la economía basada en la coca y permite el desarrollo de proyectos productivos a largo plazo. Aunque en el proyecto no se evaluaron las tasas de deforestación, la propiedad de la tierra también tiene potencial para frenar la frontera agrícola¹⁴¹.

¹³⁷ Henkel, "Coca (*Erythroxylum coca*) cultivation" (véase la nota 122).

¹³⁸ Véase *Informe Mundial sobre las Drogas 2015*, cap. II.

¹³⁹ UNODC, *San Martín: Análisis Económico del Impacto del Desarrollo Alternativo, en relación a la Deforestación y la Actividad Cocalera* (Lima, 2014).

¹⁴⁰ UNODC, *Colombia: Monitoreo de Cultivos de Coca 2013* (Bogotá, 2014).

¹⁴¹ María D. Álvarez, "Forests in the time of violence: conservation implications of the Colombian war", *Journal of Sustainable Forestry*, vol. 16, núms. 3 y 4 (2003), págs. 47 a 68.

Anteriormente, los programas de sustitución de cultivos, destinados a sustituir los cultivos ilícitos por lícitos, pueden haber tenido efectos no deseados. En Asia sudoriental, por ejemplo, se ha criticado la sustitución de cultivos por promover el desplazamiento de la agricultura rotatoria, que permite períodos de barbecho durante los que la tierra se puede regenerar, a la agricultura permanente¹⁴². Sin embargo, por lo que se refiere al impacto ambiental, un estudio en el norte de Tailandia demostró que eso no se traduce necesariamente en la deforestación insostenible. En la aldea de Pah Poo Chom, la intensificación de la agricultura entre los decenios de 1970 y 1990 tuvo lugar en paralelo a una disminución del uso general de la tierra y el nuevo crecimiento de bosque en las pendientes más inclinadas, incluso cuando aumentó la población.

Erradicación y desplazamiento

La repercusión de la erradicación de los cultivos ilícitos en el medio ambiente puede tener diferentes resultados y ramificaciones distintas según el contexto. Si la erradicación induce un desplazamiento de la ubicación del cultivo de plantas para la producción de drogas, ello podría dar lugar a efectos ambientales negativos cuando los agricultores reaccionan a las iniciativas de erradicación y buscan nuevos emplazamientos de cultivo que están fuera del alcance de las autoridades encargadas de hacer cumplir la ley. En el Afganistán, por ejemplo, la iniciativa específica de “zona de alimentos” en Helmand central, incluida la erradicación, puede haber desempeñado un papel en la reubicación de los cultivadores de adormidera al norte del canal de Boghra y la expansión asociada de la frontera agrícola al norte del canal, que casi se duplicó entre 2008 y 2013¹⁴³. Eso, a su vez, puede haber contribuido al agotamiento del suelo y a otros efectos ambientales al norte del canal.

En los países andinos, la forma más fácil de que los agricultores eludan a las autoridades encargadas de hacer cumplir la ley consiste en establecer sus emplazamientos de cultivo de arbusto de coca en pendientes montañosas relativamente inaccesibles. En un estudio realizado en la Serranía de San Lucas en Colombia¹⁴⁴ se obtuvo la confirmación estadística de que era más probable que las zonas montañosas con alguna pendiente se transformaran en zonas de cultivo de arbusto de coca, mientras la probabilidad de transformar bosque en pastos disminuía en terreno muy escarpado.

La complejidad de la repercusión potencial de la erradicación en la distribución espacial del cultivo de arbusto de coca, y las preocupaciones ambientales asociadas, también quedan ilustradas por otros estudios realizados en Colombia. Un estudio aportó pruebas cuantitativas para demostrar un desplazamiento general del cultivo de arbusto de coca hacia municipios con una mayor proporción de bosque de edad madura y menor densidad vial durante el período 2001-2008¹⁴⁵. En conjunto, los resultados aportan pruebas de que los cultivadores de coca migran de las zonas seleccionadas para la fumigación y llevan el cultivo de arbusto de coca a nuevos municipios cercanos. Con eso se explica el desplazamiento de las fronteras forestales de los Andes y el Choco por los cultivadores de arbusto de coca.

¹⁴² Chupinit Kesmanee, “The poisoning effect of a lovers triangle: highlanders, opium and extension crops, a policy overdue for review”, en *Hill Tribes Today: Problems in Change*, John McKinnon y Bernard Vienne, coords. (Bangkok, White Lotus, 1989), págs. 61 a 102.

¹⁴³ Mansfield, “Helmand on the move” (véase la nota 129).

¹⁴⁴ Chadid y otros, “A Bayesian spatial model highlights distinct dynamics”.

¹⁴⁵ Alexander Rincón-Ruiz, Unai Pascual y Suzette Flantua, “Examining spatially varying relationships between coca crops and associated factors in Colombia, using geographically weight regression”, *Applied Geography*, vol. 37 (2013), págs. 23 a 33.

Sin embargo, algunos estudios han indicado que la erradicación puede frenar el avance de la frontera agrícola. Los análisis de imágenes satelitales de Bolivia oriental¹⁴⁶ dieron a entender que así ocurría. Se determinó que las campañas agresivas de lucha contra el tráfico de drogas y para erradicar el arbusto de coca en el decenio de 1990 eran las causas principales de la disminución de la roturación de bosques desde finales del decenio de 1980 hasta el decenio de 1990. Aunque no se determinó que la política de fiscalización de drogas fuera un elemento impulsor de la variación en el caso de los agricultores de Santa Cruz y el sector de productos forestales, se observaron tendencias similares en la roturación de bosques, lo que pone de relieve las dificultades para separar la deforestación asociada al cultivo de arbusto de coca o causada por ese cultivo de los cambios del uso de las tierras causados por otras actividades a lo largo de la frontera forestal.

Otro estudio en Colombia pareció indicar que las actividades de erradicación pueden contribuir al nuevo crecimiento de los bosques después de que se haya abandonado el cultivo de arbusto de coca¹⁴⁷. En el estudio se observó que la producción de coca había tenido lugar en 8 de los 10 municipios principales que aumentaron su vegetación forestal en 2001 y la cantidad total de coca producida había descendido de manera pronunciada en 2010 (al 30% de la cantidad inicial), probablemente como consecuencia de las actividades de erradicación.

El posible impacto de la fumigación aérea en el medio ambiente ha sido objeto de largos debates y una cuestión controvertida en Colombia y otros lugares. Desde 1994, en Colombia la mayor parte de la erradicación del arbusto de coca se ha llevado a cabo mediante fumigación aérea con el herbicida glifosato¹⁴⁸. Muchos criterios y opiniones han enriquecido el debate a lo largo de los años y se ha realizado una cantidad considerable de investigaciones sobre la sustancia glifosato, las mezclas de fumigación y la precisión de la fumigación; sin embargo, las pruebas no son concluyentes, ya que algunos estudios indican que no existe un impacto negativo en el medio ambiente mientras otros indican lo contrario¹⁴⁹.

D. SOCIEDADES PACÍFICAS, JUSTAS E INCLUSIVAS

La nueva Agenda para el Desarrollo Sostenible reconoce la necesidad de construir sociedades pacíficas, justas e inclusivas que proporcionen igualdad de acceso a la justicia y se basen en el respeto de los derechos humanos (incluido el derecho al desarrollo), en un estado de derecho efectivo y una buena gobernanza a todos los niveles, y en instituciones transparentes y eficaces que rindan cuentas. Entre las metas asociadas al Objetivo de Desarrollo Sostenible 16, las relacionadas con el estado de derecho y el acceso a la justicia y la reducción de la violencia, la delincuencia económica (corrupción y soborno), la delincuencia organizada y las corrientes financieras ilícitas tienen vínculos importantes con el problema mundial de las drogas y con la respuesta a ese problema.

¹⁴⁶ Timothy J. Killeen y otros, “Total historical land-use change in eastern Bolivia: who, where, when, and how much?”, *Ecology and Society*, vol. 13, núm. 1, art. 36 (2008).

¹⁴⁷ Ana María Sánchez-Cuervo y otros, “Land cover change in Colombia: surprising forest recovery trends between 2001 and 2010”, *PLOS ONE*, vol. 7, núm. 8 (2012).

¹⁴⁸ Ricardo Vargas, “Fumigaciones y política de drogas en Colombia: ¿fin del círculo vicioso o un fracaso estratégico?”, en *Guerra, Sociedad y Medio Ambiente*, Martha Cárdenas y Manuel Rodríguez, coords. (Bogotá, Foro Nacional Ambiental, 2004), págs. 353 a 395.

¹⁴⁹ Las referencias a las investigaciones realizadas sobre el impacto ambiental de la fumigación en Colombia figuran en la sección sobre metodología de la versión en línea del presente informe.

Violencia

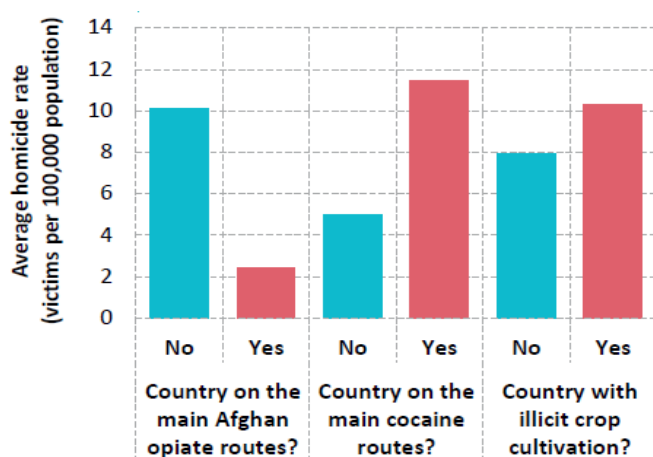
Definición de la violencia relacionada con las drogas

Meta 16.1 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible Reducir significativamente todas las formas de violencia y las correspondientes tasas de mortalidad en todo el mundo

Aunque el problema de las drogas puede amenazar la paz y la seguridad en algunos países, la conexión entre las drogas y la violencia no es automática. Además, como los problemas de las drogas y la violencia se pueden reforzar mutuamente, es difícil evaluar hasta qué punto repercuten los problemas de las drogas en la violencia y viceversa. Pueden existir indicadores de la violencia relacionada con las drogas para ciertos lugares y períodos de tiempo, pero es difícil obtener datos que permitan una comparación entre países y en el curso del tiempo. Esa situación se complica por las muchas maneras en que se puede definir la violencia y las diferentes formas que puede adoptar. La violencia puede ser mortal y no mortal; en ocasiones puede ser muy visible, y en otras sus autores pueden ocultarla, por lo que resulta difícil identificarla¹⁵⁰.

Las distintas etapas del problema de las drogas dan lugar a diferentes manifestaciones de violencia. Un método utilizado para conceptualizar esas diferencias consiste en distinguir entre la violencia farmacológica (la violencia derivada del consumo directo de drogas o la abstinencia del consumo), la violencia económica (la violencia derivada de los intentos de los consumidores por obtener recursos para comprar drogas) y la violencia sistémica (la violencia derivada de las luchas en el seno de grupos delictivos o entre ellos por el control de la producción y distribución ilícitas de drogas)^{151, 152}. La intensidad y la mortalidad de la violencia varían considerablemente dentro de esa categorización amplia. La producción y el tráfico ilícitos de drogas están asociados de forma más clara con la violencia mortal, y el consumo ilícito de drogas guarda mayor relación con los delitos contra la propiedad y la violencia doméstica.

GRÁFICO 19 Tasas medias de homicidios en relación con la ubicación de los países en la cadena de oferta ilícita de drogas, 2009-2013



Source: UNODC Homicide Statistics (2015). Available at www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/homicide.html.

¹⁵⁰ A. Durán-Martínez, “To kill and tell? State power, criminal competition, and drug violence”, *Journal of Conflict Resolution*, vol. 59, núm. 8 (2015), págs. 1377 a 1402.

¹⁵¹ Paul J. Goldstein, “The drugs/violence nexus: a tripartite conceptual framework”, *Journal of Drug Issues*, vol. 15, núm. 4 (1985), págs. 493 a 506.

¹⁵² Paul J. Goldstein, “The relationship between drugs and violence in the United States”, Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas, *Informe Mundial sobre las Drogas 1997*, parte 3.

Average homicide rate (victims per 100,000 population)	Tasa media de homicidios (víctimas por 100.000 habitantes)
No	No
Yes	Sí
Country on the main Afghan opiate routes?	¿País en las rutas principales de opiáceos afganos?
Country on the main cocaine routes?	¿País en las principales rutas de cocaína?
Country with illicit crop cultivation?	¿País con cultivo ilícito?

Fuente: *UNODC Homicide Statistics (2015)*. Se puede consultar en www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/homicide.html.

A escala mundial no existe una correlación clara entre las tasas de homicidios y la prevalencia del consumo de drogas, pero sí existe una asociación entre las tasas relativamente más altas de homicidios y la condición de país de tránsito de drogas de un país, aunque con variaciones dentro de cada grupo de países.

Las tasas de homicidios son más altas en los países de tránsito de cocaína y los países productores de cocaína que en otros países. Sin embargo, los países afectados por las corrientes de tráfico de opiáceos afganos parecen estar vinculados a tasas de homicidios relativamente bajas¹⁵³, lo que parece indicar que, aunque el tránsito y la producción de drogas pueden relacionarse con tasas más altas de homicidios, no siempre es así. Existen diferencias entre regiones, países y tipos de drogas.

Repercusión del consumo de drogas en la violencia

La relación entre el consumo de drogas y los delitos violentos todavía está deficientemente investigada y no se conoce debidamente, aunque está claro que existe alguna conexión entre los dos fenómenos. Existe también una enorme variación de las poblaciones y tamaños de las muestras utilizados en los estudios existentes. Se han hecho más análisis de la relación entre el consumo de drogas y la delincuencia en los países europeos y los Estados Unidos que en otros países. Los metaanálisis de estudios de investigación parecen indicar que algunas drogas suelen impulsar la asociación general entre el consumo de drogas y la delincuencia y que la asociación suele ser más sólida en el caso de los delitos contra la propiedad y la legislación sobre drogas, incluida la venta de drogas.

La violencia y la epidemia de *crack* en los Estados Unidos

Entre 1985 y 1991, las tasas de homicidios en los Estados Unidos registraron un aumento de 7,9 a 9,8 por 100.000 habitantes, una tendencia ascendente impulsada principalmente por los aumentos de los homicidios entre varones afroamericanos menores de 25 años (tanto en el papel de víctimas como en el de autores)^a. Se produjeron aumentos similares de los robos, que se incrementaron en un 70% entre 1989 y 1994, especialmente los robos cometidos por niños menores de 18 años; entre los autores de más edad, el aumento se produjo antes. Desde el máximo de la delincuencia en 1991, las tasas de homicidios han descendido constantemente.

El aumento mencionado de los delitos violentos se ha vinculado a la epidemia de cocaína *crack* y la violencia generada por los mercados de *crack*, aunque la asociación entre el aumento del consumo de *crack* y la delincuencia violenta no era automática. En Nueva York, uno de los epicentros de la crisis de seguridad pública que representó el 9% de los homicidios nacionales

¹⁵³ Las correlaciones bivariantes entre las tasas de homicidios y cada una de esas categorías parecen tener importancia estadística en las categorías “¿País en las rutas principales de opiáceos afganos?” y “¿País en las principales rutas de cocaína?”, pero no en la categoría “¿País con cultivo ilícito?” (posiblemente porque solo hay 17 países en la última categoría).

en 1991, el máximo del consumo de *crack* se registró en 1984, pero el máximo de homicidios ocurrió en 1988, y un aumento anterior se produjo en 1980. El aumento de los homicidios parecía estar relacionado claramente con las disputas violentas generadas por el control de los mercados de *crack*, mientras la conexión con el propio consumo de *crack* era tenue pese a las percepciones generalizadas en sentido contrario. El consumo de *crack* guardaba relación con el incremento de los robos y el aumento de la venta de drogas, ya que muchos consumidores de *crack* recurrieron a esas actividades para sostener sus hábitos.

^a A. Blumstein y J. Wallman, coords., *The Crime Drop in America* (Nueva York, Cambridge University Press, 2006).

En un examen de varios estudios realizados en Australia, los Estados Unidos y el Reino Unido se comprobó que era más probable que las personas que consumen drogas cometan delitos contra la propiedad que las que no las consumen. Los estudios se centraron en personas que consumen drogas (principalmente anfetaminas y opiáceos) que habían solicitado tratamiento o notificado su drogodependencia. Se constató una relación más firme entre el consumo de drogas y el hurto en tiendas, el hurto en general y la venta de drogas que entre dicho consumo y otros delitos¹⁵⁴. Se mencionó la posibilidad de que algunas personas consuman drogas para armarse de valor a fin de cometer actos violentos, que se comprobó en algunos de los estudios, aunque no de forma muy homogénea. En general, las pruebas de violencia farmacológica eran menos firmes.

En los estudios que existen, que son relativamente pocos, se ha comprobado que el consumo de drogas constituye un factor de riesgo de distintos tipos de violencia relacionada con la familia, como la violencia leve y grave contra las parejas íntimas y el maltrato a los niños. En algunos estudios se ha detectado también un vínculo firme entre ser testigo o víctima de la violencia en las primeras etapas de la vida y practicar el consumo de drogas y cometer delitos en etapas más avanzadas. El consumo de drogas figura entre los factores de riesgo de ser tanto autor como víctima de la violencia relacionada con la familia. Entre otros factores de riesgo figuran el abuso del alcohol, la baja condición socioeconómica y un historial de violencia relacionada con la familia. Se ha comprobado que el consumo de drogas es un predictor más sólido de la comisión de delitos que haber sido victimizado; por ejemplo, en un estudio se comprobó que es más probable que las mujeres que consumen alcohol o drogas sean víctimas de palizas y abusos verbales, pero el efecto parece menos homogéneo al analizar los abusos graves¹⁵⁵.

La violencia y la producción y el tráfico ilícitos de drogas

En los mercados ilícitos de drogas, la violencia se puede utilizar con varios fines: resolver problemas territoriales, contractuales, disciplinarios o de sucesión en el seno de organizaciones de tráfico de drogas y entre ellas; tomar represalias contra las autoridades estatales encargadas de hacer cumplir la ley o presionar a funcionarios estatales para que no apliquen la ley; e inducir cambios de la legislación o la política que afectan a las actividades delictivas. En ese sentido, la violencia relacionada con las drogas afecta a menudo a delincuentes y funcionarios estatales, pero no está limitada a ellos y también puede afectar a civiles considerados enemigos, atrapados en fuego cruzado o afectados por políticas represivas. La violencia derivada de las disputas por el mercado entre organizaciones de tráfico de drogas y dentro de ellas, y del enfrentamiento con las fuerzas estatales, puede ser mortal porque es más probable que implique el uso de armas de fuego. También es probable que tenga objetivos a mediano y largo plazo, como el control del mercado, que es poco probable que se logren con rapidez.

¹⁵⁴ T. Bennett y K. Holloway, *Understanding Drugs, Alcohol and Crime*, Crime and Justice Series (Maidenhead, Berkshire (Reino Unido, Open University Press, 2005), págs. 96 y 105.

¹⁵⁵ Larry W. Bennett, "Substance abuse and the domestic assault of women", *Social Work*, vol. 40, núm. 6 (1995), págs. 760 a 771.

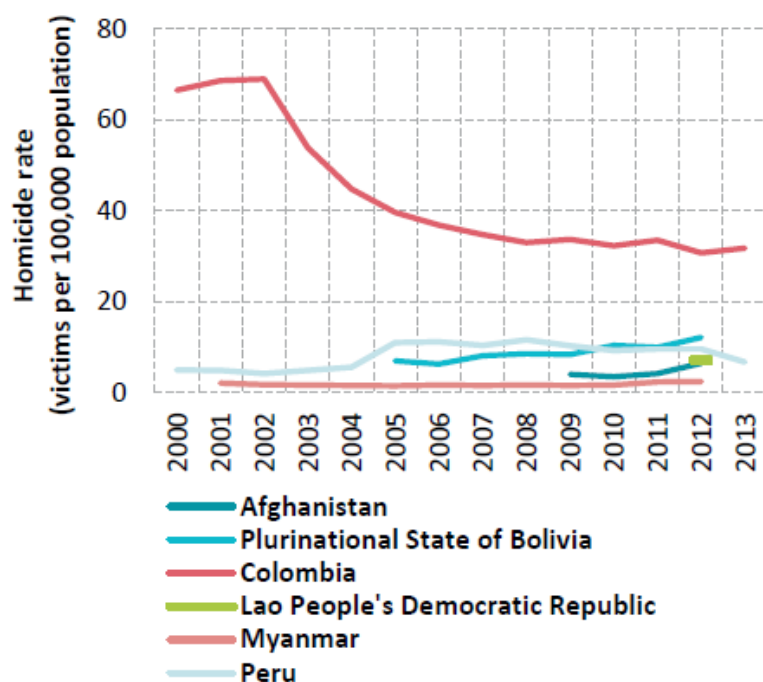
La violencia varía entre los países afectados por la producción y el tráfico ilícitos de drogas, y también varía con el curso del tiempo en los propios países. En el gráfico 20 se presenta un ejemplo de las tendencias divergentes de las tasas de homicidios en los principales países en los que se cultiva arbusto de coca y adormidera. Esa divergencia no ha sido explicada sistemáticamente, aunque varios factores relacionados con la situación política y social de esos países y con la organización de los mercados ilícitos de drogas pueden ser responsables de ello. En Colombia, los poderosos grupos de tráfico de drogas y la combinación del conflicto armado interno y el tráfico ilícito de drogas han contribuido a altos niveles de violencia. Además, como puede observarse en el ejemplo del Estado Plurinacional de Bolivia, la presión social, en especial de los cultivadores de arbusto de coca, ha moldeado también las operaciones de los traficantes de drogas, reduciendo posiblemente la influencia de las grandes organizaciones de tráfico de drogas¹⁵⁶. Así pues, si bien es probable que la violencia sea más prevalente en los países productores de cocaína, los diferentes niveles de homicidios demuestran que los factores socioeconómicos y políticos intervienen en esa relación.

La violencia asociada a los mercados ilícitos de drogas también varía entre las regiones. Por ejemplo, aunque los países de América Latina y Asia sudoriental desempeñan papeles fundamentales en la producción ilícita de cocaína y opio, se ha asociado a los primeros con unos niveles de violencia más altos que en los segundos¹⁵⁷. Los datos reunidos para el *Global Study on Homicide 2013* (Estudio Mundial sobre el Homicidio 2013) indican que, entre los países que notifican la proporción de homicidios relacionados con bandas y delincuencia organizada, existe una diferencia clara entre América, donde un promedio del 30% de los homicidios puede relacionarse con bandas y/o delincuencia organizada, y Asia, donde la proporción es de un 2% aproximadamente¹⁵⁸. Eso no indica que las organizaciones delictivas organizadas puedan ser menos activas en Asia que en América, pero demuestra que el *modus operandi* de esas organizaciones es menos violento en Asia que en América.

¹⁵⁶ Eduardo A. Gamarra, “Fighting drugs in Bolivia: United States and Bolivian perceptions at odds”, en *Coca, Cocaine and the Bolivian Reality*, M. B. Léons y H. Sanabria, coords. (Albany, State University of New York Press, 1997), págs. 243 a 252.

¹⁵⁷ V. Felbab-Brown y H. Trinkunas, “UNGASS 2016 in comparative perspective: improving the prospects for success”, Foreign Policy Paper (Washington, D. C., Brookings Institution, 2015).

¹⁵⁸ *Global Study on Homicide 2013*, pág. 43.

GRÁFICO 20 Tasas de homicidios en algunos países afectados por el cultivo ilícito de arbusto de coca y adormidera, 2000-2013

Source: UNODC Homicide Statistics (2015). Available at www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/homicide.html.

Homicide rate (victims per 100,000 population)	Tasa de homicidios (víctimas por 100.000 habitantes)
Afghanistan	Afganistán
Plurinational State of Bolivia	Estado Plurinacional de Bolivia
Colombia	Colombia
Lao People's Democratic Republic	República Democrática Popular Lao
Myanmar	Myanmar
Peru	Perú

Fuente: UNODC Homicide Statistics (2015). Se puede consultar en www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/homicide.html.

Las características del mercado ilícito de drogas y de las organizaciones de tráfico de drogas podrían explicar la razón de que la ruta de tráfico de cocaína en América parezca estar vinculada a más violencia que las rutas de tráfico de opiáceos en Asia, y de que Asia oriental y sudoriental parezca en general menos violenta que América Latina, aunque el problema de las drogas afecte considerablemente a ambas subregiones. En Asia oriental y sudoriental, distintas personas y grupos se dedican a la producción y el tráfico ilícitos de opio y heroína, y las redes de tráfico pueden caracterizarse por su compartimentación y descentralización. Los correos de drogas suelen proceder de grupos étnicos asentados en ambos lados de las fronteras y pertenecen a menudo a familias dedicadas al tráfico desde hace varias generaciones, pero relativamente independientes de los traficantes y los compradores que dirigen el mercado. Aunque los grandes grupos delictivos organizados solían desempeñar un papel destacado en el tráfico de drogas, las organizaciones que tienen el control hoy día parecen menos jerárquicas y más

descentralizadas¹⁵⁹. En cambio, las cadenas de suministro de cocaína en América Latina suelen estar constituidas alrededor de organizaciones más cohesivas y jerárquicas.

La violencia relacionada con las drogas vinculada a conflictos, terrorismo e insurgencia

En algunos países, los recursos generados por actividades ilícitas como el tráfico de drogas han desempeñado un papel para complicar y ampliar los conflictos armados, aumentando a menudo su mortalidad general¹⁶⁰. La conexión entre el tráfico ilícito de drogas y los extremistas se ha materializado en ejemplos muy visibles como los del Afganistán, Colombia, Myanmar y el Perú. En el Afganistán, un análisis de las repercusiones de la producción de opio en los ataques terroristas y las víctimas del terrorismo entre 1994 y 2008 estimó que un aumento del 25% del número de hectáreas de cultivo de adormidera estaba asociado a un promedio de 0,15 más ataques terroristas y 1,43 víctimas al año. Sin embargo, esa asociación era reducida en relación con otras variables¹⁶¹.

Colombia es otro ejemplo en el que el tráfico de drogas ha sido una fuente de financiación decisiva para grupos armados no estatales desde mediados del decenio de 1990. Así pues, el tráfico ilícito de drogas puede llegar a ser una fuente de financiación de grupos insurgentes y terroristas, y esa conexión a su vez puede debilitar el estado de derecho, perpetuando la delincuencia y la insurgencia y aumentando la mortalidad de los conflictos. Pese a los ejemplos conocidos mencionados, la conexión entre las drogas, el conflicto armado y el terrorismo no es inevitable y varía considerablemente entre grupos armados y países afectados por la guerra civil. De hecho, muchos grupos armados y organizaciones terroristas que actúan en zonas en las que podrían beneficiarse de dedicarse al tráfico ilícito de drogas no se dedican a ese tráfico en la realidad.

La colaboración entre grupos delictivos organizados y grupos terroristas, si de hecho se materializa, puede no obstante tener graves consecuencias para la seguridad. En un análisis de organizaciones terroristas y extremistas incluidas en la base de datos de conocimientos sobre el terrorismo, con referencia a los años 1998 a 2005¹⁶², se comprobó que, de las 395 organizaciones incluidas en el conjunto de datos, solo un 9% aproximadamente (35 organizaciones) se dedicaban al tráfico de drogas¹⁶³. El estudio llegó a la conclusión de que es más probable que las organizaciones se dediquen al tráfico de drogas cuando cuentan con la capacidad logística y la red necesaria.

Los beneficios vinculados al tráfico ilícito de drogas son una motivación principal para que los grupos armados no estatales se dediquen al tráfico. Sin embargo, además de las ganancias financieras directas, la participación en el tráfico de drogas puede proporcionar otros recursos no monetarios que son decisivos para llevar una guerra, como control territorial, capacidad militar y legitimidad política y social. Al proteger las actividades ilícitas que proporcionan medios de vida a segmentos empobrecidos de la población, los grupos armados pueden obtener apoyo, protección e información de inteligencia de los agricultores. En el Afganistán, una razón de la decisión de los talibanes de permitir el comercio de opio fue que se percataron de su

¹⁵⁹ UNODC, *Transnational Organized Crime in East Asia and the Pacific: A Threat Assessment* (Bangkok, 2013).

¹⁶⁰ Svante E. Cornell, "The interaction of narcotics and conflict", *Journal of Peace Research*, vol. 42, núm. 6 (2005), págs. 751 a 760.

¹⁶¹ James A. Piazza, "The opium trade and patterns of terrorism in the provinces of Afghanistan: an empirical analysis", *Terrorism and Political Violence*, vol. 24, núm. 2 (2012), págs. 213 a 234.

¹⁶² V. Asal, H. Brinton Milward y Eric W. Schoon, "When terrorists go bad: analyzing terrorist organizations' involvement in drug smuggling", *International Studies Quarterly*, vol. 59, núm. 1 (2015), págs. 112 a 123.

¹⁶³ Esa base de datos solo incluía organizaciones que estaban en el apogeo de su poder; por lo tanto, las conclusiones podrían ser menos aplicables a organizaciones en otras etapas de desarrollo.

crucial importancia para la economía local. De hecho, el apoyo al comercio del opio se convirtió presuntamente en una de las mayores fuentes de legitimidad entre la población¹⁶⁴.

Las respuestas al problema de las drogas y sus vínculos con la violencia

Las investigaciones parecen indicar que las actividades de aplicación de la ley y policiales dirigidas contra los protagonistas y elementos de la cadena de tráfico de drogas que generan los beneficios más elevados y la mayor violencia son más eficaces para reducir la violencia que las actividades indiscriminadas de aplicación de la ley llevadas a cabo por las autoridades. Por ejemplo, las actividades policiales dirigidas contra los traficantes de drogas más violentos pueden reducir la violencia al crear un potente elemento disuasivo del comportamiento violento (véase el recuadro siguiente)¹⁶⁵.

Otra forma de actuar que puede reducir la violencia al debilitar las conexiones entre los grupos armados y el tráfico de drogas es el hincapié en la interceptación del tráfico de drogas en lugar de la erradicación de los cultivos ilícitos. En esa misma línea de actuación, los programas eficaces de desarrollo alternativo pueden debilitar las conexiones entre los grupos armados, el tráfico de drogas y la población al proporcionar incentivos a esta para que se aparte de las actividades ilícitas. Pero, como se analizó en el capítulo II del *Informe Mundial sobre las Drogas 2015*, las interacciones entre el desarrollo alternativo y la violencia también pueden funcionar en dirección contraria, lo que significa que en contextos en que la violencia ya es muy alta, es difícil aplicar el desarrollo sostenible.

Las actividades de aplicación de la ley dirigidas contra objetivos concretos también pueden entrañar estrategias que no se centran en la detención de actores de bajo nivel en la cadena de tráfico de drogas y por tanto tienden a no complicar más aún los problemas de encarcelamiento masivo, que tendrían escasos efectos positivos (o incluso efectos negativos) en la violencia¹⁶⁶.

Los resultados a largo plazo de la intervención frente a los efectos a corto plazo

Las estrategias que se centran en desarticular rápidamente las organizaciones de tráfico de drogas y reducir la violencia a corto plazo pueden conducir a más violencia en ocasiones. De la misma manera, las estrategias que se enfrentan a las causas fundamentales de la violencia en un plazo mediano a largo pueden tener un efecto menos discernible en la reducción de la violencia a corto plazo.

Ejemplos de actividades policiales fructíferas que redujeron la violencia

Las actividades dirigidas contra los traficantes de drogas más violentos fueron una estrategia aplicada en Río de Janeiro a partir de 2008 como parte del programa denominado Unidades de Policía de Pacificación. Al programa, que entrañaba anunciar por anticipado la entrada de la policía y el ejército en algunas favelas en que actuaban organizaciones violentas e introducir seguidamente programas sociales y la presencia sostenida de policía especialmente capacitada, se le atribuyó la reducción de homicidios en algunas favelas. Una iniciativa denominada Estrategia de Intervención en el Mercado de Drogas y aplicada en algunas ciudades de los Estados Unidos se basó en un principio similar, identificando en primer lugar a los vendedores de drogas en un mercado activo, preparando acusaciones contra ellos, enjuiciando a los más

¹⁶⁴ Vanda Felbab-Brown, *Shooting Up: Counterinsurgency and the War on Drugs* (Washington, D.C., Brookings Institution Press, 2009).

¹⁶⁵ Mark Kleiman, “Surgical strikes in the drug wars: smarter policies for both sides of the border”, *Foreign Affairs*, vol. 90, núm. 5 (septiembre/octubre de 2011), págs. 89 a 101; y Lessing, “Logics of violence in criminal war”.

¹⁶⁶ Pien Metaal y Coletta Youngers, coords., *Systems Overload: Drug Laws and Prisons in Latin America* (Ámsterdam, Transnational Institute, 2011).

violentos y amenazando a otros con la detención si no dejaban de vender. Sin embargo, algunas limitaciones de ese enfoque “dirigido contra la violencia” se derivan de la dificultad de reunir datos apropiados para determinar la responsabilidad de la violencia y del hecho de que los traficantes violentos de drogas prefieren ocultar la violencia para evitar atraer la atención de las autoridades encargadas de hacer cumplir la ley^a.

^a A. Durán-Martínez, “To kill and tell? State power, criminal competition, and drug violence”, *Journal of Conflict Resolution*, vol. 59, núm. 8 (2015), págs. 1377 a 1402.

La estructura interna y externa de los mercados ilícitos de drogas genera violencia. Las políticas y medidas destinadas a desmantelar el funcionamiento de grupos delictivos, como las acciones dirigidas principalmente contra sus jefes, pueden dar lugar a lo que se ha descrito como “cadenas de vacantes”¹⁶⁷ y a la consiguiente competencia violenta por la sucesión, así como a represalias violentas mediante ataques al propio Estado. Se ha argumentado que esos mecanismos estaban presentes en la escalada de la violencia relacionada con las drogas en México desde 2006¹⁶⁸, antes de que la tasa de homicidios violentos empezara a disminuir tras alcanzar un máximo en 2011¹⁶⁹. En otros lugares, el análisis de la delincuencia organizada en Osaka (Japón) parece indicar que el impacto de las actividades policiales para generar “cadenas de vacantes” fue más limitado que en otros contextos, en parte porque las ofensivas policiales se centraron en responder a actividades violentas y tenían como principal objetivo la preservación del orden social¹⁷⁰.

El estado de derecho, el acceso a la justicia y el problema de las drogas

Meta 16.3 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible Promover el estado de derecho en los planos nacional e internacional y garantizar la igualdad de acceso a la justicia para todos

Aparte de los distintos efectos que las características internas de los mercados ilícitos de drogas pueden tener en la violencia, existen características relacionadas con el sistema político y el sistema de justicia penal que determinan diferencias en los resultados violentos. Como muestra el gráfico 21, el nivel de homicidios en América Latina no es consecuencia directa del tráfico de drogas, pues algunos países tienen un alto nivel de homicidios y un alto nivel de tráfico de cocaína, mientras otros tienen un alto nivel de homicidios, pero un bajo nivel de tráfico de cocaína (o viceversa).

La solidez del estado de derecho y de la presencia estatal son factores determinantes fundamentales de la forma en que se organicen las actividades ilegales y del grado de violencia que puedan alcanzar. Donde la presencia del Estado es débil, debido a la vez a la falta de servicios y a la incapacidad de proporcionar seguridad a los ciudadanos, las organizaciones delictivas pueden adquirir más poder y ser más violentas y encontrar oportunidades de captar a más personas en sus filas. Además, donde los órganos estatales de aplicación de la ley son débiles o corruptos, las organizaciones delictivas pueden tener más posibilidades de dedicarse a luchar entre sí o con los funcionarios del Estado. Un ejemplo de esa dinámica se comprueba en África occidental, donde el tráfico de tránsito de cocaína desde América del Sur con destino a Europa occidental ha aumentado desde 2005. Las repercusiones violentas de esas corrientes de tráfico de drogas han sido mayores en los países con un entorno político sumamente inestable.

¹⁶⁷ Richard H. Friman, “Forging the vacancy chain: law enforcement efforts and mobility in criminal economies”, *Crime, Law and Social Change*, vol. 41, núm. 1 (2004), págs. 53 a 77.

¹⁶⁸ Gabriela Calderón y otros, “The beheading of criminal organizations and the dynamics of violence in Mexico”, *Journal of Conflict Resolution*, vol. 59, núm. 8 (2015), págs. 1455 a 1485, pág. 1475.

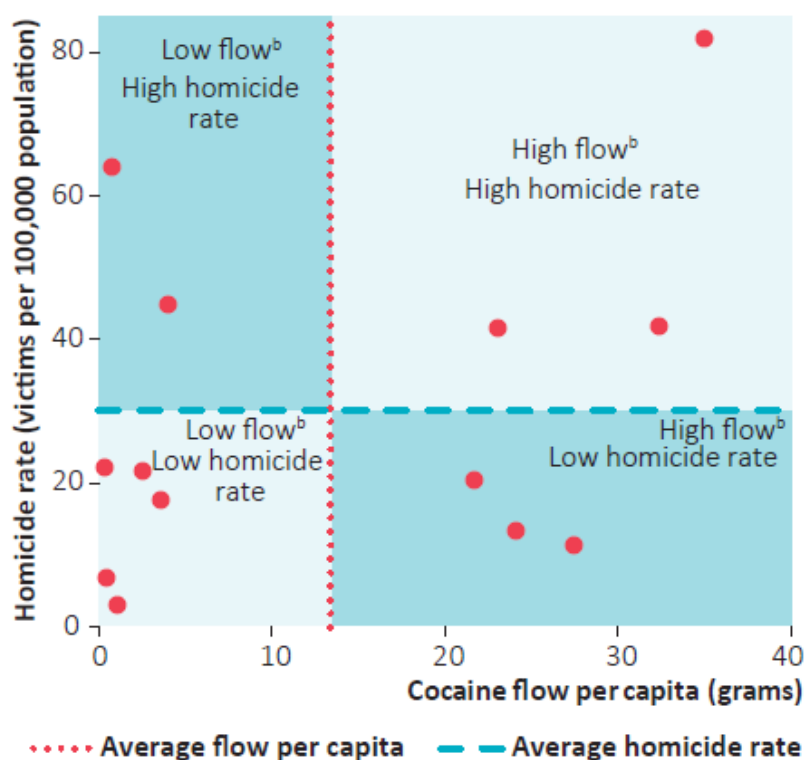
¹⁶⁹ Estadísticas sobre homicidios de la UNODC (2016).

¹⁷⁰ Véase McSweeney y otros, “Drug policy as conservation policy”; y Friman, “Forging the vacancy chain”.

Los países que se enfrentan a la violencia delictiva pueden lograr una disminución de esa violencia, o prevenir su escalada, si llevan a cabo reformas que refuerzan el estado de derecho, como las reformas policiales que aumentan la capacitación y la rendición de cuentas de la policía. Esos países también podrán observar un descenso de la violencia cuando realicen operaciones de lucha contra la delincuencia que hagan pagar a los traficantes de drogas un precio muy alto por utilizar la violencia.

Un ejemplo interesante de reformas que democratizan y refuerzan el estado de derecho es el de Nicaragua, donde las reformas de la policía y su cultura institucional han puesto de relieve la policía de proximidad, la prevención del delito y la información de inteligencia sobre la delincuencia. En consecuencia, las tasas de homicidios en Nicaragua son considerablemente más bajas que en algunos de los demás países centroamericanos, pese a vulnerabilidades similares al delito y la violencia, como la pobreza, el legado de la guerra civil y la importancia geográfica de las rutas de tráfico de drogas¹⁷¹. En otros lugares, tras la violencia y la epidemia de *crack* en los Estados Unidos (véase el recuadro de la página [...]), el constante descenso de la tasa de homicidios en ese país en el decenio de 1990 se ha atribuido a distintos factores, incluidos los cambios radicales de las estrategias de la policía.

GRÁFICO 21 Tasas de homicidios y la cantidad de cocaína en tránsito en algunos^a países de tránsito de cocaína en América Latina, 2010



Sources: Estimates of the flow of cocaine based on United States, Office of National Drug Control Policy, "Cocaine Smuggling in 2010", January 2012; homicide data from UNODC Homicide Statistics (2016). Available at www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/homicide.html.

^a Data were available for 13 countries.

^b All flows are expressed per capita.

¹⁷¹ José M. Cruz, "Criminal violence and democratization in Central America: the survival of the violent State", *Latin American Politics and Society*, vol. 53, núm. 4 (2011), págs. 1 a 33.

Homicide rate (victims per 100,000 population)	Tasa de homicidios (víctimas por 100.000 habitantes)
Low flow ^b	Corriente baja ^b
High homicide rate	Tasa de homicidios alta
High flow ^b	Corriente alta ^b
High homicide rate	Tasa de homicidios alta
Low homicide rate	Tasa de homicidios baja
Low homicide rate	Tasa de homicidios baja
Cocaine flow per capita (grams)	Corriente de cocaína por habitante (gramos)
Average flow per capita	Corriente media por habitante
Average homicide rate	Tasa media de homicidios

Fuentes: Estimaciones de la corriente cocaína basadas en Estados Unidos, Oficina de la Política Nacional para el Control de Drogas, “Cocaine Smuggling in 2010”, enero de 2012; datos sobre homicidios de las Estadísticas sobre homicidios de la UNODC (2016). Pueden consultarse en www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/homicide.html.

^a Se dispuso de datos de 13 países.

^b Todas las corrientes se expresan por habitante.

Justicia penal

Las intervenciones oficiales para desbaratar las organizaciones de tráfico de drogas tienen, por definición, el objetivo de poner a los delincuentes a disposición de la justicia y restablecer el estado de derecho. Las operaciones de aplicación de la ley en materia de drogas, como las operaciones de aplicación de la ley en general, cuando son ejecutadas por instituciones imparciales, transparentes y eficientes en cumplimiento de las normas sobre derechos humanos, promueven el estado de derecho y la justicia para todos. Pero cuando las operaciones de aplicación de la ley van en contra de esos principios, pueden crearse incentivos para una represión indiscriminada y para la violación de los derechos de los ciudadanos.

Cuando los organismos encargados de hacer cumplir la ley carecen de recursos y son propensos a la corrupción, y cuando los sistemas de justicia son débiles y prevalece la impunidad, las exigencias para que la policía sea más eficaz en la lucha contra el tráfico de drogas pueden dar lugar a la aprehensión indiscriminada de las personas que puedan ser percibidas como delincuentes. Eso también puede dar lugar a que los agentes encargados de aplicar la ley actúen contra los tipos de delitos cuyos sospechosos son más fáciles de identificar, que suelen ser delitos leves relacionados con drogas en lugar de delitos más graves como el homicidio¹⁷². Con las políticas de tolerancia cero, si no se aplican correctamente, se puede correr el riesgo en ocasiones de generar violencia al estigmatizar y permitir que el abuso de poder se dirija contra personas que consumen drogas o protagonistas de bajo nivel en la cadena de tráfico de drogas^{173, 174, 175}. Eso, a su vez, puede llevar al encarcelamiento masivo por delitos leves o a la detención forzosa de personas que consumen drogas.

¹⁷² Juan Carlos Garzón, “Tough on the weak, weak on the tough: drug laws and policing” (Washington, D. C., Woodrow Wilson International Center for Scholars, 2015).

¹⁷³ PNUD, *Addressing the Development Dimensions of Drug Policy* (Nueva York, 2015).

¹⁷⁴ “Making drug control ‘fit for purpose’: building on the UNGASS decade”, report by the Executive Director of the United Nations Office on Drugs and Crime as a contribution to the review of the twentieth special session of the General Assembly” (E/CN.7/2008/CRP.17).

¹⁷⁵ Informe del Relator Especial sobre ejecuciones extrajudiciales, sumarias o arbitrarias, documento A/HRC/14/24/Add.6.

Justicia penal, tráfico de drogas y mercados ilícitos de drogas

El sistema de justicia penal puede influir indirectamente en la disponibilidad de drogas en los mercados ilícitos, no solo cuando reduce la oferta ilícita mediante la interceptación, sino también cuando aumenta el riesgo de interceptación, que hace subir el precio de las drogas en los mercados de consumo. Como los vendedores de drogas se dedican al negocio para conseguir beneficios, cuando las actividades de las autoridades encargadas de hacer cumplir la ley aumentan los costos de los vendedores, esos costos se repercuten (en forma de aumentos de precios) a las personas que consumen drogas. Las investigaciones parecen indicar que el efecto de la actividad policial en los precios de las drogas se observa más en los mercados nuevos o emergentes, o cuando induce conmociones en los mercados establecidos^{176, 177}.

Las investigaciones confirman que, a la larga, los costos más elevados que imponen al tráfico de drogas las intervenciones de justicia penal pueden traducirse en una reducción del consumo ilícito de drogas a largo plazo¹⁷⁸, aunque no dé lugar automáticamente a una reducción del tamaño del mercado. De hecho, no basta recurrir exclusivamente a los aumentos de precio como elemento disuasivo del consumo de drogas, y es fundamental asegurarse de que la reducción de la demanda, a la que coadyuva un aumento de precio, realmente supere a ese aumento, lo que puede lograrse mediante intervenciones que reduzcan la demanda directamente, como la prevención del consumo de drogas, el tratamiento, la rehabilitación y el postratamiento.

Las intervenciones de justicia penal pueden tener otros efectos indirectos e imprevistos en los mercados de drogas. Las actuaciones contra personas que ocupan altos cargos en las organizaciones de tráfico de drogas pueden desencadenar la reestructuración¹⁷⁹ y cambios del *modus operandi*, y las operaciones de represión en una zona o ruta concreta pueden inducir desplazamientos de los patrones de oferta, ya que los traficantes explotan otras vulnerabilidades y buscan la vía de menor resistencia para obtener beneficios de la demanda ilícita de drogas^{180, 181}; esos resultados reflejan la necesidad de consolidar sistemáticamente los progresos del estado de derecho más allá de los éxitos en un país o en una ruta de tráfico. Un ejemplo de ese fenómeno es el desplazamiento de la producción ilícita de cocaína a laboratorios de procesamiento de cocaína en Colombia tras la introducción de una política para derribar las avionetas que transportan pasta o base de coca desde las zonas de cultivo en el valle del Alto Huallaga en el Perú¹⁸².

¹⁷⁶ Peter Reuter y Mark A. R. Kleiman, “Risks and prices: an economic analysis of drug enforcement”, *Crime and Justice: A Review of Research*, vol. 7 (1986), págs. 289 a 340.

¹⁷⁷ Caulkins y Reuter, “How drug enforcement affects drug prices” (véase la nota 94).

¹⁷⁸ Michael Grossman, “Individual behaviors and substance use: the role of price”, en *Substance Use: Individual Behavior, Social Interactions, Markets, and Politics*, vol. 16, Björn Lindgren y Michael Grossman, coords., *Advances in Health Economics and Health Services Research Series* (Bingley (Reino Unido), Emerald Group Publishing Limited Amsterdam, 2005).

¹⁷⁹ Jason M. Lindo y M. Padilla-Romo, “Kingpin approaches to fighting crime and community violence: evidence from Mexico’s drug war”, documento de debate núm. 9067 (Bonn, Instituto para el Estudio del Trabajo (IZA), mayo de 2015).

¹⁸⁰ Peter Reuter, “The mobility of drug trafficking”, en *Ending the Drug Wars: Report of the LSE Expert Group on the Economics of Drug Policy*, John Collins, coord. (London School of Economics and Political Science, 2014).

¹⁸¹ Juan C. Garzón y John Bailey “Displacement effects of supply-reduction policies in Latin America: a tipping point in cocaine trafficking, 2006-2008”, en *The Handbook of Drugs and Society*, Henry H. Brownstein, coord., *Wiley Handbooks in Criminology and Criminal Justice Series* (West Sussex (Reino Unido), John Wiley and Sons, 2016).

¹⁸² Barry D. Crane, A. Rex Rivolo y Gary C. Comfort, *An Empirical Examination of Counterdrug Interdiction Program Effectiveness*, documento P-3219 del IDA (Alexandria, Virginia, Institute for Defense Analysis, 1997).

Además, el tráfico de drogas puede ejercer influencia en el sistema de justicia penal. Por ejemplo, un nivel elevado de tráfico de drogas puede alimentar la corrupción y socavar la capacidad del sistema de justicia penal para funcionar debidamente. Los éxitos de las organizaciones de tráfico de drogas para lograr sus objetivos delictivos, junto con las consecuencias a veces más visibles del tráfico de drogas, pueden exponer las insuficiencias del sistema de justicia penal y dar lugar a reformas. En Colombia en el decenio de 1980, cuando la violencia relacionada con las drogas amenazaba al Estado, los organismos de seguridad, especialmente la policía, no estaban preparados para operaciones de fiscalización de drogas y estaban plagados de corrupción y falta de coordinación. La necesidad de hacer frente a las organizaciones delictivas fue motivo de transformaciones cruciales de los organismos de seguridad colombianos¹⁸³.

La repercusión de la justicia penal en las personas que consumen drogas

Los diferentes enfoques de la justicia penal tienen un efecto distinto en el consumo de drogas y en las personas que consumen drogas. Existen diferencias entre las jurisdicciones en cuanto a las definiciones, la discreción de enjuiciar o los tipos y la severidad de las sanciones por delitos relacionados con drogas. En algunas regiones, los países aplican enfoques más punitivos al ocuparse de las personas detenidas por delitos leves, como la posesión de pequeñas cantidades de drogas para consumo personal, que pueden dar lugar a que se encarcele a esos infractores. Varios países de Europa y América Latina han optado por limitar el castigo al adoptar medidas sustitutivas de la reclusión o el castigo (por ejemplo, multas, advertencias, libertad vigilada o asesoramiento) en relación con los delitos leves vinculados al consumo personal.

Los enfoques punitivos no se traducen necesariamente en beneficios por lo que se refiere a desalentar el consumo de drogas. La imposición de severas sanciones por consumo de drogas y la posesión de drogas para consumo personal no parecen tener un efecto disuasivo en el consumo de drogas en la comunidad¹⁸⁴, y de hecho pueden tener un efecto negativo en el bienestar y la salud de las personas que consumen drogas.

El encarcelamiento en instituciones penitenciarias y el confinamiento en centros de tratamiento obligatorio de drogas empeoran a menudo las vidas ya de por sí problemáticas de las personas que consumen drogas y las personas drogodependientes, en particular las más jóvenes y vulnerables¹⁸⁵. La exposición al entorno carcelario facilita la afiliación con delincuentes más viejos y bandas y organizaciones delictivas, aumenta el estigma y ayuda a formar una identidad delictiva. También aumenta a menudo la exclusión social, empeora las condiciones de salud y reduce las aptitudes sociales. Las medidas sustitutivas de la reclusión en el seno de la comunidad (en un entorno terapéutico ambulatorio o residencial), como el tratamiento farmacológico de la dependencia de opiáceos con apoyo psicosocial, pueden ser más eficaces que el encarcelamiento para reducir los delitos relacionados con drogas¹⁸⁶. La justicia penal puede tener efectos diferentes en las mujeres que en los hombres. Las delincuentes y reclusas, especialmente las que sufren trastornos relacionados con el consumo de drogas, se enfrentan a penalidades especiales, ya que, en muchos casos, los sistemas de justicia penal no están equipados aún para atender las necesidades especiales de las mujeres. Las mujeres afectadas por trastornos relacionados con el consumo de drogas son más vulnerables y están más estigmatizadas que los hombres, sufren trastornos de salud mental concurrentes en mayor medida que los hombres y es más probable que hayan sido víctimas de la violencia y el abuso (véase la sección anterior titulada “Desarrollo social”); y sin embargo es mucho menos probable

¹⁸³ Durán-Martínez, “To kill and tell?” (véase la nota 150).

¹⁸⁴ UNODC, “From coercion to cohesion: treating drug dependence through health care, not punishment”, documento de debate, 2010.

¹⁸⁵ Ralf Jurgens y Glenn Betteridge, “Prisoners who inject drugs: public health and human rights imperatives”, *Health and Human Rights*, vol. 8, núm. 2 (2005), págs. 46 a 74.

¹⁸⁶ “From coercion to cohesion” (véase la nota 184).

que tengan acceso a tratamiento que en el caso de los hombres¹⁸⁷. Los niños que sufren trastornos relacionados con el abuso de sustancias suscitan especial preocupación en el sistema de justicia, ya que a menudo son explotados por bandas y grupos delictivos organizados en el mercado ilícito de drogas. En muchos países, la mayoría de los niños que están detenidos son niños afectados por la drogodependencia o niños que han cometido delitos relacionados con drogas. El recurso excesivo a la privación de libertad de los niños y la aplicación insuficiente de programas de tratamiento por drogas y otras alternativas a la privación de libertad son problemas comunes¹⁸⁸, pese a las obligaciones internacionales de utilizar la privación de libertad como medida de último recurso¹⁸⁹.

La repercusión de las drogas en el sistema de justicia penal

Como ocurre en el caso de cualquier ley que encierre el potencial de sanciones penales, la ejecución de las leyes relacionadas con las drogas puede dar lugar a una carga correspondiente en el sistema de justicia penal y exigir recursos dedicados a la investigación, el enjuiciamiento, el fallo y el encarcelamiento en conexión con delitos relacionados con drogas. A nivel mundial, los delitos relacionados con drogas registrados por la policía, y los delitos relacionados con el consumo personal en particular, han aumentado moderadamente durante el último decenio, mientras otros tipos de delitos, como el robo, el hurto de vehículos de motor, el robo con allanamiento y el homicidio, han disminuido considerablemente (véase el gráfico 22). La UNODC estima que un poco menos de la tercera parte de la población penitenciaria mundial (el 30% durante el período 2012-2014 en comparación con el 32% durante el período 2003-2005) sigue estando formada por reclusos en prisión preventiva o sin condena¹⁹⁰. Entre los reclusos condenados, a los delitos relacionados con drogas les corresponde un 18% estimado de la población penitenciaria mundial, lo que representa una tasa de 28 por 100.000 habitantes¹⁹¹ (véase el gráfico 23).

¹⁸⁷ Informe Mundial sobre las Drogas 2015, págs. 39 y 40.

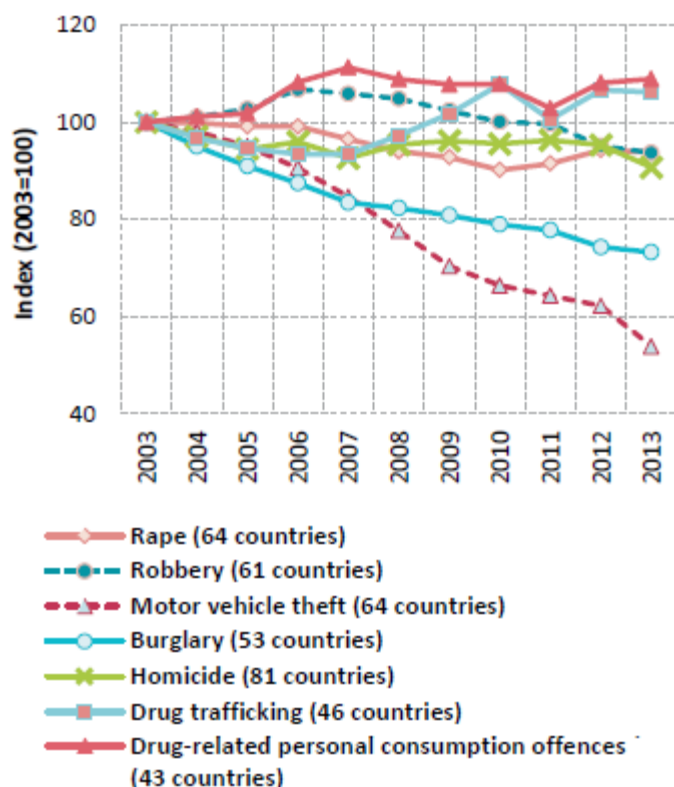
¹⁸⁸ Véase el informe del experto independiente para el estudio de la violencia contra los niños, de las Naciones Unidas (A/61/299, párr. 61; véase también el informe temático de la Representante Especial del Secretario General sobre la Violencia contra los Niños (“Promoción de la justicia restaurativa para los niños” (Nueva York, 2013), págs. 7 y 32.

¹⁸⁹ Convención sobre los Derechos del Niño, artículo 37; véanse también las reglas 1 y 2 de las Reglas de las Naciones Unidas para la Protección de los Menores Privados de Libertad (resolución 45/113 de la Asamblea General, anexo).

¹⁹⁰ Basado en datos de 145 países.

¹⁹¹ Basado en datos de 74 países, clasificando las condenas por varios delitos con arreglo al más grave.

GRÁFICO 22 Tendencias de las tasas de delincuencia mundiales, por tipo de delito, 2003-2013



Source: United Nations Survey of Crime Trends and Operations of Criminal Justice Systems (UNODC).

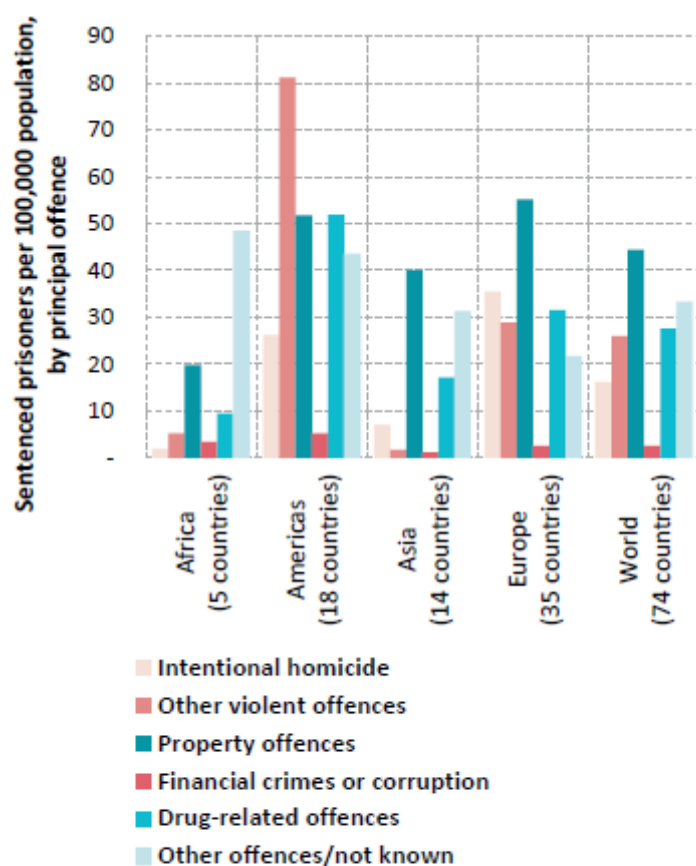
Notes: Trends are calculated as weighted crime rates per 100,000 population relative to the base year 2003. To produce global estimates, the estimated crime rates for each region were weighted according to the share of the region's population in the global population. Data on drug trafficking and drug-related personal consumption offences refer mostly to persons arrested or prosecuted for those types of crime.

Index (2003=100)	Índice (2003=100)
Rape (64 countries)	Violación (64 países)
Robbery (61 countries)	Robo (61 países)
Motor vehicle theft (64 countries)	Robo de vehículos de motor (64 países)
Burglary (53 countries)	Robo con allanamiento (53 países)
Homicide (81 countries)	Homicidio (81 países)
Drug trafficking (46 countries)	Tráfico de drogas (46 países)
Drug-related personal consumption offences (43 countries)	Delitos de consumo personal relacionados con drogas (43 países)

Fuente: Estudio de las Naciones Unidas sobre Tendencias Delictivas y Funcionamiento de los Sistemas de Justicia Penal (UNODC).

Notas: Las tendencias se calculan como tasas ponderadas de delincuencia por 100.000 habitantes en relación con el año base de 2003. Para producir estimaciones mundiales, se ponderaron las tasas estimadas de delincuencia de cada región en función de la proporción de la población de la región en la población mundial. Los datos sobre tráfico de drogas y delitos de consumo personal relacionados con drogas se refieren principalmente a personas detenidas o enjuiciadas por esos tipos de delitos.

GRÁFICO 23 Reclusos condenados por delitos principales de la condena firme, 2012



Source: Note by the Secretariat on world crime trends and emerging issues and responses in the field of crime prevention and criminal justice (E/CN.15/2016/10).

Sentenced prisoners per 100,000 population, by principal offence	Reclusos condenados por 100.000 habitantes, por delitos principales
Africa (5 countries)	África (5 países)
Americas (18 countries)	América (18 países)
Asia (14 countries)	Asia (14 países)
Europe (35 countries)	Europa (35 países)
World (74 countries)	Mundo (74 países)
Intentional homicide	Homicidio intencional
Other violent offences	Otros delitos violentos
Property offences	Delitos contra la propiedad
Financial crimes or corruption	Delitos financieros o corrupción
Drug-related offences	Delitos relacionados con drogas
Other offences/not known	Otros delitos/desconocidos

Fuente: Nota de la Secretaría sobre tendencias de la delincuencia a nivel mundial y nuevas cuestiones y respuestas relativas a la prevención del delito y la justicia penal (E/CN.15/2016/10).

Existen grandes variaciones en los criterios utilizados por las leyes nacionales para determinar el carácter de “consumo personal” en lugar de “tráfico” de un delito relacionado con drogas; puede incluir el tipo y la cantidad de droga, los umbrales asociados (o ninguno), la pureza de la droga, la posición en una banda y si la persona en cuestión consume drogas. Así pues, esa

variación dificulta la comparación de datos entre países. Los totales mundiales indican que el número de delitos relacionados con el consumo personal supera al número de delitos de tráfico, reflejando el hecho de que el número de personas que consumen drogas es mucho mayor que el de personas en la cadena de oferta de drogas. Los datos limitados de que se dispone también indican que la tasa de condenas (el número de personas condenadas como proporción del número de personas sospechosas) por delitos relacionados con el consumo personal suele ser menor que la tasa de condenas por delitos de tráfico de drogas. Además, los períodos estipulados de reclusión suelen ser más largos para los delitos de tráfico de drogas. Todos esos factores ayudan a determinar la proporción relativa de delitos de tráfico de drogas y delitos relacionados con el consumo personal en la magnitud total de reclusión atribuible a delitos relacionados con drogas. Más de tres cuartas partes de las personas encarceladas por delitos relacionados con drogas en 2014 habían sido condenadas por delitos relacionados con el tráfico de drogas y menos de la cuarta parte habían sido condenadas por delitos relacionados con el consumo personal (sobre la base de los datos de 29 países)^{192, 193}.

En un estudio se estimó que 235.000 personas estaban detenidas sin su consentimiento en 1.000 centros de detención para drogodependientes en Asia oriental y sudoriental, donde pueden estar sometidas a una serie de violaciones de los derechos humanos, como trabajos forzados, castigos físicos y violencia sexual¹⁹⁴.

Las medidas sustitutivas de la reclusión por delitos de consumo personal pueden tener un efecto positivo en el acceso a la justicia

Los tratados de fiscalización internacional de drogas han otorgado la flexibilidad de prestar a las personas que poseen, compran o cultivan drogas para consumo personal, o en otras situaciones consideradas de carácter leve, medidas de tratamiento, educación, postratamiento, rehabilitación y reinserción social, bien como alternativa a la condena o sanción o bien además de la condena o sanción, teniendo en cuenta la gravedad del delito¹⁹⁵. Ejemplos de ese enfoque son la derivación de casos leves desde el sistema de justicia penal mediante el ejercicio de la discreción policial o de la fiscalía y la imposición de medidas no privativas de libertad como alternativa a la reclusión, lo que está en consonancia con los tratados de fiscalización internacional de drogas¹⁹⁶ y con los requisitos de una política penal eficaz que cumpla las normas sobre derechos humanos. Además, los Estados partes en los tratados de fiscalización internacional de drogas están obligados a adoptar medidas para prevenir el uso indebido de drogas y prever la identificación temprana, el tratamiento, la educación, el postratamiento, la rehabilitación y la reinserción social de las personas que abusan de las drogas¹⁹⁷.

¹⁹² Cada una de las estimaciones mencionadas se ha calculado en función del correspondiente conjunto de datos disponible y se presenta en el supuesto de que el conjunto de datos es representativo de la población mundial. Sin embargo, la cobertura exacta, y por tanto el nivel de incertidumbre, difiere con arreglo al indicador específico.

¹⁹³ Nota de la Secretaría sobre tendencias de la delincuencia a nivel mundial y nuevas cuestiones y respuestas relativas a la prevención del delito y la justicia penal (E/CN.15/2016/10).

¹⁹⁴ Joseph J. Amon y otros, "Compulsory drug detention in East and Southeast Asia: evolving government, UN and donor responses", *International Journal of Drug Policy*, vol. 25, núm. 1 (2014), págs. 13 a 20.

¹⁹⁵ Véanse el artículo 3, párrafo 4, de la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988, el artículo 36, párrafo 1 b), de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes enmendada por el Protocolo de 1972 y el artículo 22, párrafo 1 b) del Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971.

¹⁹⁶ Véanse el artículo 36, párrafo 1 a) de la Convención de 1961 enmendada por el Protocolo de 1972, el artículo 22, párrafo 1 a), del Convenio de 1971 y el artículo 4 a) de la Convención de 1988.

¹⁹⁷ Véase el artículo 38 de la Convención de 1961 enmendada por el Protocolo de 1972 y el artículo 20 del Convenio de 1971.

Es evidente que las medidas sustitutivas del encarcelamiento pueden tener efectos positivos en las personas que consumen drogas. Se ha demostrado que la prestación a los delincuentes consumidores de drogas de servicios de tratamiento y atención basados en principios científicos, como medida sustitutiva del encarcelamiento, aumenta considerablemente la recuperación y reduce la reincidencia¹⁹⁸. Existen considerables pruebas de que el tratamiento eficaz de la drogodependencia que ofrece intervenciones clínicas (en régimen de hospitalización y ambulatorio) como alternativa a las sanciones de justicia penal aumenta considerablemente la recuperación. Así se mejoran los resultados, tanto para la persona con el trastorno relacionado con el consumo de drogas como para la comunidad, en comparación con los efectos de las sanciones de justicia penal por sí solas¹⁹⁹.

En ocasiones se han implantado medidas sustitutivas del encarcelamiento como respuesta a la evolución del consumo de drogas. Por ejemplo, la propagación del consumo de *crack* en los Estados Unidos en el decenio de 1980 fue un factor principal para impulsar la introducción de “tribunales de drogas”. De forma parecida, el carácter difícil del problema de las drogas en Portugal en el decenio de 1990 sentó las bases para un punto de inflexión de la política portuguesa de fiscalización de drogas, así como del marco institucional para su aplicación²⁰⁰.

Corrupción, delincuencia organizada y corrientes financieras ilícitas

Corrupción

Meta 16.5 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible Reducir considerablemente la corrupción y el soborno en todas sus formas

La corrupción y las formas conexas de delincuencia, como la extorsión, generan costos relacionados con el desaliento o el impedimento de la inversión, el emprendimiento y la formación de empresas (que tienen requisitos previos como el estado de derecho y la transparencia procesal) y, a la larga, la obstaculización de la prosperidad y el desarrollo económico.

La relación entre el problema de las drogas y la corrupción se refuerza mutuamente. El tráfico ilícito de drogas florece a menudo cuando la presencia estatal y el estado de derecho son débiles y, por tanto, cuando existen oportunidades para la corrupción. Al mismo tiempo, los beneficios y el poder de las organizaciones de tráfico de drogas les facilitan los recursos para reforzar la corrupción al comprar protección de los agentes encargados de hacer cumplir la ley –especialmente cuando los niveles de remuneración de los agentes son bajos– y de los políticos y el sector empresarial; eso significa que la corrupción puede constituir el talón de Aquiles de la respuesta al tráfico de drogas.

Tipos de corrupción

La corrupción puede ser de alto o de bajo nivel. La corrupción de bajo nivel o “a pequeña escala” comienza a menudo con la policía de la calle o los políticos locales, que pueden ser vulnerables a la delincuencia por una falta de legitimidad social o porque proceden de esas mismas comunidades como miembros de grupos delictivos²⁰¹.

¹⁹⁸ Véase la resolución 55/12 de la Comisión de Estupefacientes; véase también UNODC, *Introductory Handbook on the Prevention of Recidivism and the Social Reintegration of Offenders*, Serie de Manuales de Justicia Penal (Viena, 2012), pág. 43.

¹⁹⁹ “From coercion to cohesion” (véase la nota 184).

²⁰⁰ EMCDDA, *Drug Policy Profiles: Portugal* (Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2011).

²⁰¹ Graham D. Willis, “Antagonistic authorities and the civil police in Sao Paulo, Brazil”, *Latin American Research Review*, vol. 49, núm. 1 (2014), págs. 3 a 22.

A medida que los traficantes de drogas logran más poder, también pueden infiltrarse en las instituciones policiales para garantizar el consentimiento de los funcionarios. La corrupción de alto nivel, o “gran corrupción”, por su parte, afecta a las filas más altas del poder, como jefes de policía, políticos nacionales y altos funcionarios de los servicios encargados de hacer cumplir la ley. La práctica de corromper a funcionarios para facilitar el tráfico de drogas ha sido documentada en todas las partes del mundo.

La corrupción también puede variar en función de la solidez del estado de derecho y la eficacia de las instituciones estatales; las características de los sistemas políticos, como la fuerza de los partidos políticos, la eficacia del sistema de justicia penal, incluidas sus funciones de investigación y acusación, la existencia de mecanismos de supervisión que funcionen bien y las sanciones por corrupción, pueden reducir el alcance de la corrupción relacionada con las drogas. La organización de los grupos delictivos puede afectar también a la interacción específica entre los funcionarios estatales y los grupos delictivos. En Italia, por ejemplo, unos estudios han constatado que grupos delictivos organizados con estructuras internas complejas, como la Cosa Nostra y la ‘Ndrangheta, cuyas actividades incluyen el tráfico ilícito de drogas, pero no se limitan a él, se han beneficiado de conexiones políticas de alto nivel y han disfrutado incluso de la sanción oficial del Estado en partes de Sicilia y Calabria. En otras partes del país, los grupos delictivos organizados como la Camorra y los grupos de Apulia, que son menos jerárquicos y estrictos en sus prácticas de captación, tienen conexiones políticas más difusas, aunque no obstante sólidas²⁰².

La corrupción también puede existir cuando las instituciones son fuertes, aunque de forma más esporádica y manifestándose en vínculos más individualizados. Por ejemplo, según un informe de la Oficina de Rendición de Cuentas del Gobierno de los Estados Unidos, menos del 1% de los empleados de la Patrulla de Aduanas y Fronteras fueron arrestados por cargos de corrupción entre 2005 y 2012; entre los 144 empleados detenidos o acusados por corrupción, se comprobó que un factor principal era la presión de grupos de tráfico de drogas y otros grupos delictivos transnacionales. De los 144 casos, se comprobó que 103 “ponían en peligro la misión”, incluidos casos de tráfico de drogas o de tráfico ilícito de migrantes. Durante el mismo período hubo 32.290 acusaciones de corrupción y mala conducta²⁰³, lo que demuestra que, aunque la corrupción tal vez no amenace la integridad de una institución en su conjunto, sí afecta a su actuación y desempeña un papel muy importante en las redes ilegales.

Las organizaciones de tráfico de drogas llevan a cabo sus negocios utilizando la corrupción y la violencia. Los delincuentes y los traficantes de drogas utilizan las dos estrategias simultáneamente, e incluso como complementos, porque la amenaza de violencia o su uso directo pueden servir para que la corrupción resulte más barata²⁰⁴. Sin embargo, el tipo de red corrupta puede determinar que la violencia sea más o menos imperante. Las redes corruptas que son previsibles y estables ofrecen una protección que los delincuentes tal vez no estén dispuestos a desestabilizar mediante la violencia²⁰⁵. Algunos analistas sostienen que las características de los sistemas políticos y las relaciones entre diferentes organismos encargados de hacer cumplir la ley pueden modelar la organización y la previsibilidad de las redes de corrupción. Las redes corruptas previsibles –las que garantizan protección frente a las autoridades encargadas de hacer cumplir la ley– pueden disuadir a los delincuentes de desplegar violencia en gran escala. Tal vez sea más probable que esas redes hagan su aparición cuando el

²⁰² Letizia Paoli, “Italian organised crime: Mafia associations and criminal enterprises”, *Global Crime*, vol. 6, núm. 1 (2004), págs. 19 a 31.

²⁰³ Estados Unidos de América, Oficina de Rendición de Cuentas del Gobierno, *Border Security: Additional Actions Needed to Strengthen CBP Efforts to Mitigate Risk of Employee Corruption and Misconduct*, GAO-13-59 (Washington, D.C., 2012).

²⁰⁴ Benjamin Lessing, “Logics of violence in criminal war”, *Journal of Conflict Resolution*, vol. 59, núm. 8 (2015), págs. 1486 a 1516.

²⁰⁵ R. Snyder y A. Durán-Martínez, “Drugs, Violence, and State-sponsored protection rackets in Mexico and Colombia”, *Colombia Internacional*, núm. 70 (julio/diciembre de 2009), págs. 61 a 91.

poder gubernamental esté centralizado y el estado de derecho sea débil porque esos entornos facilitan la creación de canales de corrupción en las instancias más altas del poder. Ello, a su vez, puede disuadir de utilizar la violencia porque los delincuentes pueden preferir evitarla, ya que podría obligar a las autoridades gubernamentales a actuar con más firmeza contra ellos²⁰⁶. Del mismo modo, los cambios institucionales que descentralizan el poder y crean competencia política pueden fragmentar los canales de corrupción y obligar a los delincuentes a utilizar la violencia para ejercer presión sobre las autoridades²⁰⁷.

Las drogas y las corrientes financieras ilícitas

Meta 16.4 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible De aquí a 2030, reducir significativamente las corrientes financieras y de armas ilícitas, fortalecer la recuperación y devolución de los activos robados y luchar contra todas las formas de delincuencia organizada

Los beneficios procedentes del tráfico ilícito de drogas pueden constituir unos incentivos financieros considerables para los grupos delictivos organizados. Por ejemplo, un estudio reciente de la UNODC²⁰⁸ indicó que el producto ilícito de los opiáceos introducidos de contrabando a lo largo de la ruta de los Balcanes a través de Europa ascendían por término medio a 28.000 millones de dólares al año. Casi la mitad de esos beneficios se generaron en los cuatro países europeos con los mayores mercados ilícitos de opiáceos: Alemania, Francia, Italia y el Reino Unido. Sin embargo, los beneficios derivados del tráfico ilícito de opiáceos en esos países representaron una proporción del PIB considerablemente más pequeña (del 0,07% al 0,19%) que en los países con un PIB relativamente reducido, como Albania (2,60% del PIB), Irán (República Islámica del) (1,66%) y Bulgaria (1,22%).

El blanqueo de dinero se lleva a cabo por muchos medios diferentes, que van desde la utilización de técnicas descentralizadas en pequeña escala, con giros o remesas de dinero, hasta la utilización avanzada de empresas ficticias; sin embargo, en todos los casos, el producto a menudo cuantioso del tráfico ilícito de drogas se recircula por medios legítimos. En muchos casos, ese producto ilícito puede inyectar grandes entradas de efectivo en la economía de un país y puede tener importantes efectos macroeconómicos, como cambios del valor de las monedas y aumentos de los presupuestos y de las reservas de divisas, como en varios países de África occidental, algunos de los cuales se han visto considerablemente afectados por el tráfico de cocaína. En Guinea-Bissau, por ejemplo, las reservas de divisas aumentaron de 33 millones de dólares en 2003 a 174 millones de dólares en 2008; y en Gambia, el valor del dalasi aumentó con mucha rapidez sin ningún cambio obvio de las entradas de capital²⁰⁹.

Una de las consecuencias de las corrientes financieras ilícitas es que pueden socavar la integridad del sistema financiero de un país, incluidos sus sectores financieros internacionales. En el caso de los opiáceos originarios del Afganistán, por ejemplo, un informe del Grupo de Acción Financiera²¹⁰ constató que el dinero no suele circular generalmente desde los principales mercados de consumo al Afganistán directamente; antes bien, países intermedios actúan de pasarelas para trasladar el dinero al Afganistán o desde ese país. La transferencia de fondos entre los mercados de consumo y los países intermedios varía considerablemente, y los traficantes de drogas utilizan toda la gama de técnicas de transferencia de dinero, como el sistema bancario, servicios de transferencia de dinero o valores, y correos de bienes de gran

²⁰⁶ Durán-Martínez, “To kill and tell?” (véase la nota 150).

²⁰⁷ UNODC, *Transnational Organized Crime in West Africa: A Threat Assessment* (Viena, 2013).

²⁰⁸ UNODC, *Drug Money: the illicit proceeds of opiates trafficked on the Balkan route* (Viena, 2015).

²⁰⁹ Comisión de África Occidental sobre las Drogas, *Not Just in Transit: Drugs, the State and Society in West Africa* (2014).

²¹⁰ Grupo de Acción Financiera, *Financial Flows Linked to the Production and Trafficking of Afghan Opiates* (París, 2014).

valor y efectivo. Sin embargo, en el caso de los fondos que circulan entre los países intermedios y el Afganistán, parece que se utilizan en particular los correos de efectivo y los servicios de transferencia de dinero o valores.

Parte del producto del tráfico ilícito de drogas generado en el país de consumo se transfiere a centros financieros, donde se utilizan las cuentas de empresas, instituciones financieras, personas residentes y profesionales de servicios financieros para acumular y redistribuir las corrientes financieras.

Algunos ejemplos recientes de blanqueo de dinero ilustran la forma en que el producto ilícito se recircula a través de las grandes instituciones financieras de los países desarrollados. En 2012, el Departamento de Justicia de los Estados Unidos multó a un banco con sede en el Reino Unido con 1.900 millones de dólares por “omisiones de supervisión” que permitieron el blanqueo de al menos 881 millones de dólares del producto del tráfico de drogas²¹¹. Esas omisiones incluyeron no vigilar las transferencias telegráficas por valor de al menos 670.000 millones de dólares desde la dependencia del banco en México. El dinero era originario del cartel de Sinaloa en México, el cartel del Norte del Valle en Colombia y otras organizaciones más pequeñas de tráfico de drogas²¹². Esas formas de corrientes financieras ilícitas son esenciales para que los grupos delictivos sobrevivan y constituyen una enorme amenaza al desarrollo sostenible.

E. Alianzas



Objetivo de Desarrollo Sostenible 17. Fortalecer los medios de implementación y revitalizar la Alianza Mundial para el Desarrollo Sostenible

La prestación de asistencia destinada al desarrollo sostenible mundial, incluida la asistencia para el desarrollo que han de prestar los países desarrollados a los países en desarrollo, es otro elemento fundamental que se aborda en los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Los países desarrollados han de destinar el 0,7% de su ingreso nacional bruto a la asistencia oficial para el desarrollo de los países en desarrollo. Además, la meta 17.9 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible es aumentar el apoyo internacional para realizar actividades de creación de capacidad eficaces y específicas en los países en desarrollo a fin de apoyar los planes nacionales de implementación de todos los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Dada la amplia interacción existente entre el desarrollo sostenible y la fiscalización de drogas, la asistencia para el desarrollo y la creación de capacidad deben también canalizarse en medidas para luchar contra el problema mundial de las drogas.

Los esfuerzos de la comunidad internacional por contrarrestar el problema mundial de las drogas han reconocido desde hace mucho la importancia de las alianzas consagrada en el concepto de la responsabilidad común y compartida que exige una cooperación internacional eficaz e intensificada. En un período extraordinario de sesiones de la Asamblea General, celebrado en abril de 2016, los Estados Miembros reconocieron que el problema mundial de las drogas sigue siendo una responsabilidad común y compartida que ha de abordarse en un entorno

²¹¹ United States v. HSBC Bank USA, N.A., No. 12-CR-763, 2013 WL 3306161, at 13-14 (E.D.N.Y. 1 de julio de 2013).

²¹² Comunicado de Prensa, Departamento de Justicia, HSBC Holdings Plc. y HSBC Bank USA N.A. Admit to Anti-Money Laundering and Sanctions Violations, Forfeit \$ 1.256 Billion in Deferred Prosecution Agreement, Dec. 11, 2012, <http://www.justice.gov/opa/pr/hsbc-holdings-plc-and-hsbc-bank-usa-na-admit-anti-money-laundering-and-sanctions-violations>, archivado en <http://perma.cc/NNX2-PCLJ>. Declaración de Lanny A. Breuer, Procurador General Adjunto, en la Conferencia de Prensa sobre el HSBC, Nueva York, 11 de diciembre de 2012. Se puede consultar en www.justice.gov/.

multilateral mediante una cooperación internacional más intensa y efectiva y que exige un enfoque integrado, multidisciplinario, equilibrado, amplio y basado en datos científicos. El período extraordinario de sesiones constituyó un jalón importante después del documento de políticas de 2009 titulado “Declaración Política y Plan de Acción sobre Cooperación Internacional a favor de una Estrategia Integral y Equilibrada para Contrarrestar el Problema Mundial de las Drogas”, en el que se definían las medidas que habían de adoptar los Estados Miembros, así como las metas que habían de lograrse para 2019. En el período de sesiones de 2016, los Estados Miembros adoptaron el documento final titulado “Nuestro compromiso conjunto de abordar y contrarrestar eficazmente el problema mundial de las drogas”²¹³.

En el documento se acoge con beneplácito la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y se observa que los esfuerzos encaminados a lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible y abordar el problema mundial de las drogas son complementarios y se refuerzan mutuamente. Además, en el documento los Estados Miembros reafirmaron la necesidad de movilizar recursos financieros adecuados para abordar y contrarrestar el problema mundial de las drogas y pidieron que se prestara más asistencia a los países en desarrollo que la soliciten para aplicar de manera eficaz la Declaración Política y el Plan de Acción y las recomendaciones operacionales contenidas en el documento final.

Asignación de recursos a la asistencia internacional para el desarrollo

La OCDE publica datos sobre la prestación de asistencia oficial para el desarrollo, que abarcan la asistencia comprometida y desembolsada por los miembros del Comité de Asistencia para el Desarrollo de la OCDE, así como por otros donantes. Según las estadísticas de la OCDE sobre la ayuda internacional (Sistema de Notificación de los Países Acreedores), durante el período 1995-2014, la asistencia internacional prestada por esos donantes siguió una tendencia creciente a grandes rasgos, incluso al ajustarla para tener en cuenta la inflación (expresada en dólares de 2013). Sin embargo, durante el mismo período, la magnitud de los compromisos para los sectores específicos de asuntos relacionados con las drogas, a saber, “desarrollo alternativo” (agrícola y no agrícola)²¹⁴ y “fiscalización de estupefacientes”²¹⁵, siguieron una tendencia diferente. La asistencia en esos sectores, especialmente en el de “fiscalización de estupefacientes”, aumentó considerablemente después de 1998, cuando se celebró el vigésimo período extraordinario de sesiones de la Asamblea General, dedicado al problema mundial de las drogas. Durante el período 1999-2008, la asistencia para “fiscalización de estupefacientes” alcanzó un promedio de 1.440 millones de dólares (en dólares constantes de 2013) y la asistencia para “desarrollo alternativo” llegó a un promedio de 219 millones de dólares (en dólares constantes de 2013), aproximadamente 80 veces y 5 veces el promedio anual durante el período 1995-1998, respectivamente.

Pese a la aprobación en 2009 de la Declaración Política y Plan de Acción sobre Cooperación Internacional a favor de una Estrategia Integral y Equilibrada para Contrarrestar el Problema Mundial de las Drogas²¹⁶, la asistencia en ambos sectores, especialmente en el de “fiscalización de estupefacientes”, ha disminuido considerablemente desde 2008. Además, aunque el sector de “fiscalización de estupefacientes” dominó el total relacionado con las drogas durante el período 1998-2008, el descenso en ese sector fue tan pronunciado que la asistencia en los sectores de “desarrollo alternativo”, aunque fue bastante más baja que en los años de máximos de 2007 y 2008, superó a la asistencia en el sector de “fiscalización de estupefacientes” cada año desde 2010 en adelante. La asistencia total a los sectores relacionados con las drogas

²¹³ Resolución S-30/1 de la Asamblea General, anexo.

²¹⁴ Véase la sección sobre metodología de la versión en línea del presente informe.

²¹⁵ Véase la nota anterior.

²¹⁶ Véase la nota anterior.

mencionados anteriormente, expresada como porcentaje del total de la asistencia para el desarrollo, alcanzó su máximo nivel (2,6%) en 2000 y ascendió al 0,14% en 2014.

Los principales beneficiarios de la asistencia en los sectores relacionados con las drogas son un reflejo de la ubicación de los cultivos para la producción de drogas. Durante el período 2009-2014, a América del Sur le correspondió más de la mitad de la asistencia comprometida al sector de “fiscalización de estupefacientes”, así como a “desarrollo alternativo”, mientras la región de Asia meridional y central (designación de la OCDE) representó más de una quinta parte de los compromisos de “fiscalización de estupefacientes” y más de una tercera parte de los destinados a “desarrollo alternativo”²¹⁷.

Pueden existir contribuciones importantes a la asistencia al desarrollo en esferas relacionadas con las drogas de países que no están incluidos en el Sistema de Notificación de los Países Acreedores de la OCDE. Parte de la asistencia para el desarrollo, que en el Sistema de Notificación de los Países Acreedores no está categorizada en los sectores analizados antes, puede contribuir también, ya sea directa o indirectamente, a contrarrestar el problema mundial de las drogas. Por ejemplo, el sector “servicios médicos” abarca, entre otras esferas, la “fiscalización del abuso de drogas y sustancias”²¹⁸, mientras la asistencia para el sector de “control de enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA” puede contribuir también indirectamente a la mitigación de trastornos relacionados con el consumo de drogas.

Asistencia técnica y cooperación internacional

En el Plan de Acción sobre Cooperación Internacional en Favor de una Estrategia Integral y Equilibrada para Contrarrestar el Problema Mundial de las Drogas de 2009 se convinieron varios cursos de acción en la esfera de la cooperación internacional. En particular, se acordó que los Estados Miembros aumentasen la asistencia internacional para hacer frente a la reducción de la demanda de drogas a fin de lograr una repercusión significativa. En cuanto a la reducción de la oferta de drogas, en el Plan de Acción los Estados Miembros se comprometieron a prestar mayor aliento y asistencia para el intercambio de información a través de canales oficiales a su debido tiempo; la aplicación de medidas de control fronterizo; la entrega de equipo; el intercambio de funcionarios de los organismos encargados de hacer cumplir la ley; la colaboración entre los sectores público y privado; y el desarrollo de nuevos métodos prácticos de vigilar eficazmente las actividades de tráfico de drogas.

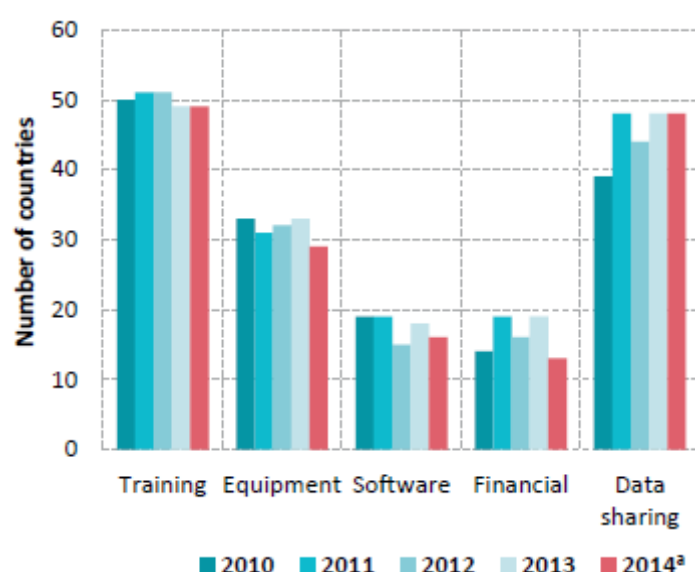
En el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General, los Estados Miembros reafirmaron su compromiso de cumplir efectivamente lo dispuesto en la Declaración Política y Plan de Acción, y recomendaron, entre otras, las siguientes medidas: fortalecer la asistencia técnica especializada, específica, eficaz y sostenible (incluida, cuando proceda, la asistencia financiera adecuada), la capacitación, la creación de capacidad, el equipo y los conocimientos tecnológicos, a los países solicitantes, a fin de ayudar a los Estados Miembros a abordar eficazmente los aspectos sanitarios, socioeconómicos, de derechos humanos, de justicia y de aplicación de la ley del problema mundial de las drogas, mejorando la cooperación Norte-Sur, Sur-Sur y triangular entre los Estados Miembros, en cooperación con la comunidad internacional de desarrollo y otros interesados principales; y fortalecer el intercambio habitual de información, las buenas prácticas y la experiencia adquirida entre profesionales nacionales de distintos ámbitos y a todos los niveles.

²¹⁷ Véase la nota anterior.

²¹⁸ Véanse los códigos-objeto de la base de datos sobre las actividades de asistencia del Sistema de Notificación de los Países Acreedores de la OCDE (válidos para la notificación de flujos, incluidos los de 2014), que se pueden consultar en: www.oecd.org.

Las respuestas de los Estados Miembros al cuestionario para los informes anuales de la UNODC de 2010 en adelante indican que los Estados Miembros siguieron emprendiendo una amplia serie de actividades transfronterizas y de cooperación internacional para reducir la oferta ilícita de drogas, incluidos el intercambio de información, las operaciones conjuntas con otros países y el intercambio de funcionarios de enlace. Se continúa utilizando extensamente una serie de plataformas de comunicación para intercambiar información entre los organismos encargados de hacer cumplir la ley. La mayoría de los Estados Miembros que han respondido utilizan muchas plataformas de comunicación, incluidos los canales formales e informales; entre los más comunes figuran las reuniones regionales e internacionales, la comunicación directa entre los organismos encargados de hacer cumplir la ley, la Organización Internacional de Policía Criminal (INTERPOL), funcionarios de enlace, organizaciones regionales, la Organización Mundial de Aduanas y conductos diplomáticos²¹⁹.

GRÁFICO 24 Número de países que informan de recibir tipos específicos de asistencia técnica, 2010-2014



Source: Responses to the annual report questionnaire.

^a Data for 2014 reflect the responses received as of November 2015.

Number of countries	Número de países
Training	Capacitación
Equipment	Equipo
Software	Programas informáticos
Financial	Financiera
Data sharing	Intercambio de datos

Fuente: Respuestas al cuestionario para los informes anuales.

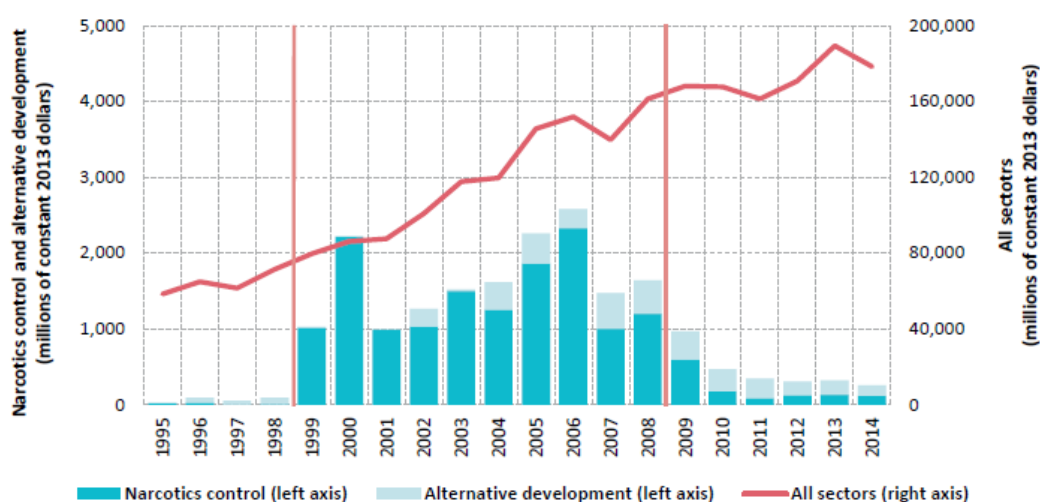
^a Los datos de 2014 reflejan las respuestas recibidas a noviembre de 2015.

En el Plan de Acción también se reconoce que varios países en desarrollo, especialmente los situados en las principales rutas de tráfico, necesitan asistencia técnica para seguir fortaleciendo sus organismos encargados de hacer cumplir la ley. En consonancia con ello, casi tres cuartas

²¹⁹ Informe del Director Ejecutivo de la UNODC sobre las medidas adoptadas por los Estados Miembros para aplicar la Declaración Política y Plan de Acción sobre Cooperación Internacional a favor de una Estrategia Integral y Equilibrada para Contrarrestar el Problema Mundial de las Drogas (E/CN.7/2016/6).

partes de los Estados Miembros que respondieron informaron de que recibían asistencia técnica de otro país o de una organización internacional en 2014 en esa esfera de la reducción de la oferta de drogas. Los datos indican una tendencia estable en la prestación de la mayoría de las formas de asistencia y parecen indicar que las formas de asistencia que conllevan menos consecuencias financieras son las adoptadas con mayor frecuencia. Específicamente, las formas de asistencia más comunes fueron la capacitación y el intercambio de datos, seguidas de la entrega de equipo. Otras formas menos comunes de asistencia incluyeron la entrega de programas informáticos y la ayuda financiera.

GRÁFICO 25 Tendencias de los compromisos mundiales de proporcionar asistencia oficial para el desarrollo: asistencia en todos los sectores y en los sectores “fiscalización de estupefacientes” y “desarrollo alternativo”^a, 1995-2014



Source: OECD, International Development Statistics online database (Creditor Reporting System). Data extracted March 2016.

^a The sum of agricultural alternative development and non-agricultural alternative development.

Narcotics control and alternative development (millions of constant 2013 dollars)	Fiscalización de estupefacientes y desarrollo alternativo (millones de dólares constantes de 2013)
All sectors (millions of constant 2013 dollars)	Todos los sectores (millones de dólares constantes de 2013)
5,000 etc.	5.000 etc.
200,000 etc.	200.000 etc.
Narcotics control (left axis)	Fiscalización de estupefacientes (eje izquierdo)
Alternative development (left axis)	Desarrollo alternativo (eje izquierdo)
All sectors (right axis)	Todos los sectores (eje derecho)

Fuente: OCDE, base de datos en línea de Estadísticas de Desarrollo Internacional (Sistema de Notificación de los Países Acreedores). Datos extraídos en marzo de 2016.

^a La suma del desarrollo alternativo agrícola y el desarrollo alternativo no agrícola.

El documento final del período extraordinario de sesiones de la Asamblea General también pide a los Estados Miembros que estudien formas de reforzar la perspectiva del desarrollo en el marco de políticas y programas nacionales en materia de drogas amplios, integrados y equilibrados, a fin de hacer frente a las causas y consecuencias conexas de la cadena de oferta ilícita de drogas mediante, entre otras cosas, la eliminación de los factores de riesgo que afectan a las personas, las comunidades y la sociedad, entre los cuales podrían contarse la falta de servicios, las necesidades en materia de infraestructura, la violencia relacionada con las drogas,

la exclusión, la marginación y la desintegración social, a fin de contribuir a promover sociedades pacíficas e inclusivas. El documento también recomienda que los Estados Miembros promuevan alianzas e iniciativas de cooperación innovadoras con el sector privado, la sociedad civil y las instituciones financieras internacionales para crear condiciones más propicias para las inversiones productivas destinadas a la creación de empleo en zonas y comunidades afectadas, o que corren el riesgo de verse afectadas, por el cultivo, la producción, la fabricación y el tráfico ilícitos y otras actividades ilícitas relacionadas con las drogas, a fin de prevenirlas, reducirlas o eliminarlas e intercambiar mejores prácticas, experiencia adquirida, conocimientos técnicos y competencias a ese respecto.

Dado que el problema de las drogas está entrelazado con un gran número de cuestiones de desarrollo, es justo decir que el desarrollo alternativo solo puede producirse realmente si se resuelve el problema mundial de las drogas. Como muestra el presente capítulo, aunque la asistencia oficial para el desarrollo ha aumentado en general, la asistencia a los sectores relacionados con las drogas ha disminuido realmente. El impulso que ya se ha generado para el logro de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible podría brindar la oportunidad ideal de subsanar ese desequilibrio.

ANEXO

ANEXO

Cannabis

Cannabis cultivation, production and eradication, 2014 or latest year available in period 2010-2014

Year	Country	Product	Outdoors/ indoors	Cultivated (ha)	Eradicated (ha)	Harvestable (ha)	Production (tons)	Plants eradicated	Sites eradicated
2012	Afghanistan	resin	outdoors	10,000 ^a			1,400		
2014	Albania	herb	outdoors				540	551,414	
2014	Algeria	resin	outdoors					2,522	
2011	Argentina	herb	outdoors					5,605	2,335
2014	Armenia	herb	outdoors	1.00 ^b	1.00	0.00			
2012	Australia	herb	indoors					17,668	322
2012	Australia	herb	outdoors					35,146	240
2014	Austria	herb	indoors					19,719	400
2014	Austria	herb	outdoors	2.00 ^b	2.00	0.00		2,795	130
2013	Azerbaijan	herb	outdoors	23.95 ^b	23.95	0.00	263.96	8,469	151
2014	Azerbaijan	herb	outdoors	17.50 ^b	17.50	0.00		14,889	195
2012	Belarus	herb	outdoors		81.20				
2014	Belgium	herb	indoors					350,531	1,137
2014	Belgium	herb	outdoors					6,057	90
2014	Belize	herb	outdoors					110,000	
2014	Bosnia and Herzegovina	herb	outdoors					6,141	
2014	Brazil	herb	outdoors		44.01			1,364,316	
2014	Bulgaria	herb	indoors						66
2014	Bulgaria	herb	outdoors	35.00 ^b	35.00	0.00		21,516	34
2010	Chad	herb	outdoors		10.00				
2014	Chile	herb	indoors					40,947	1,592
2014	Chile	herb	outdoors					215,671	227
2014	Colombia	herb	outdoors		265.79				
2014	Costa Rica	herb	outdoors	5.90 ^b	5.90	0.00		882,550	151
2014	Côte d'Ivoire	herb	outdoors	1.00 ^b		1.00			
2010	Croatia	herb	outdoors	0.30 ^b		0.30			

Year	Country	Product	Outdoors/ indoors	Cultivated (ha)	Eradicated (ha)	Harvestable (ha)	Production (tons)	Plants eradicated	Sites eradicated
2014	Czech Republic	herb	indoors					71,458	301
2014	Czech Republic	herb	outdoors					6,227	
2014	Dominican Republic	herb	outdoors	6.00 ^b	6.00	0.00	0.21	111	8
2014	Ecuador	herb	outdoors					648	34
2013	Egypt	herb/resin	outdoors	344.70 ^a		344.70			
2014	El Salvador	herb	outdoors					1,321	77
2011	Estonia	herb	indoors					385	1
2014	France	herb	outdoors					158,592	837
2014	Germany	herb	indoors					109,563	755
2014	Germany	herb	outdoors					6,988	116
2014	Greece	herb	indoors					1,753	
2014	Greece	herb	outdoors					50,331	
2014	Guatemala	herb	outdoors	15.00 ^b	15.50	0.00		1,560,638	40
2014	Hungary	herb	indoors						10
2014	Hungary	herb	outdoors						25
2013	Iceland	herb	indoors					6,652	323
2011	India	herb	outdoors		1,112.00				
2014	Indonesia	herb	outdoors		122.00		106.00	671	6
2014	Ireland	herb	indoors					15,463	357
2010	Israel	herb	indoors					1,000	25
2014	Italy	herb	indoors					51,534	639
2014	Italy	herb	outdoors					70,125	1,134
2011	Jamaica	herb	outdoors		372.69			1,053,000	
2011	Kazakhstan	herb	outdoors					79,470	228
2014	Kenya	herb	outdoors	133.00 ^b	133.00	0.00		5,801	
2014	Latvia	herb	indoors					221	15
2013	Latvia	herb	outdoors					348	14
2012	Lebanon	herb	outdoors	3,500.00 ^a	800.00	2,700.00			

Year	Country	Product	Outdoors/ indoors	Cultivated (ha)	Eradicated (ha)	Harvestable (ha)	Production (tons)	Plants eradicated	Sites eradicated
2014	Lithuania	herb	indoors						4
2013	Malta	herb	indoors					27	
2013	Mexico	herb	outdoors	13,000.00 ^a	5,734.45				
2013	Mongolia	herb	outdoors	15,000.00 ^a	4,000.00	11,000.00		4,000	4,000
2013	Morocco	resin	outdoors	47,196.00 ^a	5,000.00	42,196.00	700.00		
2010	Mozambique	herb	outdoors					1,079	
2014	Myanmar	herb	outdoors	15.00 ^b	10.00	5.00			3
2014	Netherlands	herb	indoors						5,722
2014	Netherlands	herb	outdoors						284
2014	Netherlands	herb	indoors					1,600,000	
2014	New Zealand	herb	indoors					18,508	704
2014	New Zealand	herb	outdoors					104,849	
2014	Nicaragua	herb	outdoors		0.30		1,507.00	3,014	30
2014	Nigeria	herb	outdoors	4,529.15 ^b	4,529.15	2.54		53,719,342	
2013	Panama	herb	indoors	0.50 ^b	0.50	0.00		37	2
2013	Panama	herb	outdoors	10.50 ^b	10.50	0.00		78,633	2
2014	Paraguay	herb	outdoors	6,000.00 ^a	2,474.00	3,526.00		1,803	
2012	Peru	herb	outdoors						
2014	Philippines	herb	outdoors		28.00			1,367,321	504
2014	Poland	herb	indoors					845	45
2013	Poland	herb	outdoors		1.80			69,240	12
2013	Republic of Korea	herb	outdoors					8,072	
2014	Republic of Moldova	herb	outdoors	100.00 ^a	59.00	41.00	10,000.00	200,548	
2014	Republic of Moldova	herb	indoors		41.00				
2013	Romania	herb	indoors/out- doors					8,835	69
2014	Russian Federation	herb	outdoors	24,096.29 ^a	66.90	24,029.39	369.57		2,118
2013	Sierra Leone	herb	outdoors	190.00 ^a		190.00		190	3
2012	Slovakia	herb	indoors					2,927	

Year	Country	Product	Outdoors/ indoors	Cultivated (ha)	Eradicated (ha)	Harvestable (ha)	Production (tons)	Plants eradicated	Sites eradicated
2013	Slovakia	herb	outdoors						1,077
2014	Slovenia	herb	indoors					9,223	118
2014	Slovenia	herb	outdoors					1,844	
2014	Spain	herb	indoors					208,449	
2014	Spain	herb	outdoors					61,673	
2010	Sri Lanka	herb	outdoors	500.00 ^a		500.00	4,000.00		
2014	Sudan	herb	outdoors	8.00 ^b	8.00	0.00	345.00		
2014	Swaziland	herb	outdoors	1,500.00 ^a	1,069.50	430.50		3,000,000	210
2014	Sweden	herb	indoors					10,000	56
2014	Switzerland	herb	indoors					45,620	748
2012	Tajikistan	herb	outdoors					2,180,121	
2013	Trinidad and Tobago	herb	outdoors	10.28 ^b	10.28	0.00	61.00	597,100	117
2012	Uganda	herb	outdoors	150.00 ^a	88.00	62.00			5
2013	Ukraine	herb	outdoors		166.90			483,000	
2014	United States	herb	indoors					361,727	2,754
2014	United States	herb	outdoors					4,083,513	6,376
2014	Uzbekistan	herb	outdoors	0.30 ^b	0.30	0.00			716
2014	Viet Nam	herb	outdoors		2.30				

Sources: UNODC annual report questionnaire; Government reports; United States International Narcotics Control Strategy Report.

^a Estimate of total area under cannabis cultivation.

^b Area identified by the authorities for eradication.

Cannabis

Cultivo, producción y erradicación de cannabis, 2014 o último año del que se dispone de datos en el período 2010-2014

Year	Año
Country	País
Product	Producto
Outdoors/indoors	Al aire libre/en interiores
Cultivated (ha)	Superficie cultivada (hectáreas)
Eradicated (ha)	Superficie erradicada (hectáreas)
Harvestable (ha)	Superficie cosechable (hectáreas)
Production (tons)	Producción (toneladas)
Plants eradicated	Plantas erradicadas
Sites eradicated	Lugares erradicados

[List of country names in Spanish alphabetical order. Please replace as appropriate]

Afganistán
 Albania
 Alemania
 Argelia
 Argentina
 Armenia
 Australia
 Austria
 Azerbaiyán
 Belarús
 Bélgica
 Belice
 Bosnia y Herzegovina
 Brasil
 Bulgaria
 Colombia
 Costa Rica
 Côte d'Ivoire
 Croacia
 Chad
 Chile
 Ecuador
 Egipto
 El Salvador
 Eslovaquia
 Eslovenia
 España
 Estados Unidos
 Estonia
 Federación de Rusia
 Filipinas
 Francia
 Grecia
 Guatemala
 Hungría
 India
 Indonesia
 Irlanda

Islandia
 Israel
 Italia
 Jamaica
 Kazajstán
 Kenya
 Letonia
 Líbano
 Lituania
 Malta
 Marruecos
 México
 Mongolia
 Mozambique
 Myanmar
 Nicaragua
 Nigeria
 Nueva Zelandia
 Países Bajos
 Panamá
 Paraguay
 Perú
 Polonia
 República de Moldova
 República Checa
 República de Corea
 República de Moldova
 República Dominicana
 Rumania
 Sierra Leona
 Sri Lanka
 Sudán
 Suecia
 Suíza
 Swazilandia
 Tayikistán
 Trinidad y Tabago
 Ucrania
 Uganda
 Uzbekistán
 Viet Nam

10,000 etc.	10.000 etc.
herb	hierba
herb/resin	hierba/resina
outdoors	al aire libre
indoors	en interiores
indoors/outdoors	en interiores/al aire libre
resin	resina

Fuentes: Cuestionario para los informes anuales de la UNODC; informes de los Gobiernos; Estados Unidos, *International Narcotics Control Strategy Report*.

^a *Estimación de la superficie total dedicada al cultivo de cannabis.*

^b *Zona identificada por las autoridades para la erradicación.*

Cocaine

Global illicit cultivation of coca bush, 2003-2014 (hectares)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Bolivia (Plurinational State of)	23,600	27,700	25,400	27,500	28,900	30,500	30,900	31,000	27,200	25,300	23,000	20,400
Colombia ^a	86,000	80,000	86,000	78,000	99,000	81,000	73,000	62,000	64,000	48,000	48,000	69,000
Peru ^b	44,200	50,300	48,200	51,400	53,700	56,100	59,900	61,200	64,400			
Peru ^c									62,500	60,400	49,800	42,900
Total	153,800	158,000	159,600	156,900	181,600	167,600	163,800	154,200	155,600^d	133,700	120,800	132,300

Sources: Plurinational State of Bolivia: 2002: CICAD and United States Department of State, INCSR. Since 2003: national illicit crop monitoring system supported by UNODC. Colombia: national illicit crop monitoring system supported by UNODC. Peru: national illicit crop monitoring system supported by UNODC.

Note: Different area concepts and their effect on comparability were presented in the World Drug Report 2012 (p. 41-42). Efforts to improve the comparability of estimates between countries continue; since 2011 the net area under coca bush cultivation on the reference date of 31 December was estimated for Peru. In addition to Colombia. The estimate presented for the Plurinational State of Bolivia represents the area under coca cultivation as seen on satellite imagery.

a Net area on 31 December. Estimates from 2009 onwards were adjusted for small fields, while estimates for previous years did not require that adjustment.

b Area as interpreted from satellite imagery.

c Net area on 31 December, deducting fields eradicated after satellite imagery was taken.

d The global coca cultivation figure was calculated with the "area as interpreted on satellite imagery" for Peru.

Cocaína

Cultivo ilícito mundial de arbusto de coca, 2003-2014 (hectáreas)

Bolivia (Plurinational State of)	Bolivia (Estado Plurinacional de)
Colombia ^a	Colombia ^a
Peru ^b	Perú ^b
Peru ^c	Perú ^c
Total	Total
23,600 etc.	23.600 etc.

Fuentes: Estado Plurinacional de Bolivia: 2002: CICAD y Departamento de Estado de los Estados Unidos, INCSR. Desde 2003: sistema nacional de monitoreo de cultivos ilícitos apoyado por la UNODC. Colombia: sistema nacional de monitoreo de cultivos ilícitos apoyado por la UNODC. Perú: sistema nacional de monitoreo de cultivos ilícitos apoyado por la UNODC.

Nota: En el Informe Mundial sobre las Drogas 2012 (págs. 60 y 61) se presentaron diferentes conceptos de superficie y sus efectos en la comparabilidad. Continúan las actividades 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 la fecha de referencia del 31 de diciembre en el Perú, además de Colombia. La estimación presentada en el caso del Estado Plurinacional de Bolivia representa la superficie dedicada al cultivo de arbusto de coca observada en imágenes satelitales.

a Superficie neta el 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 precisaron ese ajuste.

b Superficie interpretada a partir de imágenes de satélite.

c Superficie neta el 31 de diciembre, deduciendo los campos erradicados después de que se tomaran las imágenes de satélite.

d La cifra mundial de cultivo de coca se calculó con la "superficie interpretada a partir de imágenes de satélite" del Perú.

Reported cumulative eradication of coca bush, 2006-2014

		Unit	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Bolivia (Plurinational State of)	manual	hectare	5,070	6,269	5,484	6,341	8,200	10,460	11,044	11,407	11,144
Colombia	manual	hectare	41,346	66,392	96,003	60,565	43,804	35,201	30,487	22,127	12,496
	spraying	hectare	172,026	153,134	133,496	104,771	101,939	103,302	100,549	47,053	55,554
Peru	manual	hectare	9,153	10,188	11,102	10,091	12,239	10,290	14,235	23,947	31,200
Ecuador	manual	hectare	9	12	12	6	3	14			
Ecuador		plants	64,000	130,000	152,000	57,765	3,870	55,030	122,656	41,996	15,874
Venezuela (Bolivarian Republic of)	manual	hectare	0	0	0	0	--	--	--	--	--

Source: UNODC annual report questionnaire and government reports.

Note: The totals for Bolivia (Plurinational State of) since 2006 include voluntary and forced eradication. The totals for Peru include voluntary and forced eradication. Cumulative eradication refers to the sum of all eradication in a year, including repeated eradication of the same fields. Two dots indicate that data are not available.

Erradicación acumulada de arbusto de coca comunicada, 2006-2014

Unit	Unidad
Bolivia (Plurinational State of)	Bolivia (Estado Plurinacional de)
Colombia	Colombia
Peru	Perú
Ecuador	Ecuador
Venezuela (Bolivarian Republic of)	Venezuela (República Bolivariana de)
manual	manual
spraying	fumigación
hectare	hectáreas
plants	plantas
5,070 etc.	5.070 etc.

Fuente: Cuestionario para los informes anuales de la UNODC e informes de los Gobiernos.

Nota: Los totales correspondientes a Bolivia (Estado Plurinacional de) desde 2006 incluyen la erradicación voluntaria y forzosa. Los totales correspondientes al Perú incluyen la erradicación voluntaria y forzosa. Por erradicación acumulada se entiende la suma de toda la erradicación en un año, incluida la erradicación repetida de los mismos campos. Los dos puntos indican que no se dispone de datos.

Potential manufacture of 100 per cent pure cocaine, 2006-2014 (tons)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Bolivia (Plurinational state of)	94	104	113	--	--	--	--	--	--
Colombia a	660	630	450	488	424	384	333	290	442
Range							240-377	249-331	345-540
Peru	280	290	302	--	--	--	--	--	--
Total based on "old" conversion ratios*	1,034	1,024	865	842	788	776	714	662	746
Total based on "new" conversion ratios*	1,232	1,234	1,122	1,111	1,060	1,051	973	902	943

Sources: Plurinational State of Bolivia: Own calculations based on UNODC (Yungas of La Paz) and DEA scientific studies (Chapare) coca leaf yield surveys. Colombia: National illicit crop monitoring system supported by UNODC and DEA scientific studies. Because of the introduction of an adjustment factor for small fields, estimates since 2010 are not directly comparable with previous years. Because of the introduction of an adjustment factor for small fields, estimates since 2010 are not directly comparable with previous years. Taking into account the incorporation (in 2013) of two adjustments to the methodological processes used to calculate coca production in Colombia with a view to improving accuracy (the permanence factor, which improves estimates of production area, and the differentiated cocaine base conversion factor, which takes account of emerging trends in the alkaloid extraction process), the continuity of the historical data is affected. Data from 2009 onwards have been adjusted. Peru: Own calculations based on coca leaf to cocaine conversion ratio from DEA scientific studies. Detailed information on the ongoing revision of conversion ratios and cocaine laboratory efficiency is available in the *World Drug Report 2010* (p. 249).

Note: *Conversion of hectares under coca cultivation into coca leaf and then into cocaine HCl, taking yields, amounts of coca leaf used for licit purposes and cocaine laboratory efficiency into account. Because of the ongoing review of conversion factors in Bolivia (Plurinational State of) and Peru, no final estimates of the level of cocaine production can be provided. Figures in italics are being reviewed. Two dots indicate that data are not available. Information on estimation methodologies and definitions can be found in the online methodology section of the present report.

Fabricación potencial de cocaína 100% pura, 2006-2014 (toneladas)

Bolivia (Plurinational state of)	Bolivia (Estado Plurinacional de)
Colombia ^a	Colombia ^a
Range	Margen de variación
Peru	Perú
Total based on “old” conversion ratios*	Total basado en relaciones de conversión “antiguas”*
Total based on “new” conversion ratios*	Total basado en relaciones de conversión “nuevas”*
1,034 etc.	1.034 etc.

Fuentes: Estado Plurinacional de Bolivia: Cálculos propios basados en el estudio de cosechas de hoja de coca de la UNODC (Yungas de La Paz) y estudios científicos de la DEA (Chapare). Colombia: Sistema nacional de monitoreo de cultivos ilícitos apoyado por la UNODC y estudios científicos de la DEA. Debido a la introducción de un factor de ajuste para tener en cuenta campos de superficie reducida, a partir de 2010 las estimaciones no son directamente comparables con los años anteriores. Teniendo en cuenta la incorporación (en 2013) de dos ajustes de los procesos metodológicos utilizados para calcular la producción de coca en Colombia con miras a mejorar la exactitud (el factor de permanencia, que mejora las estimaciones de la superficie de producción, y el factor diferenciado de conversión de cocaína base, que tiene en cuenta las tendencias emergentes en el proceso de extracción de alcaloides), resulta afectada la continuidad de los datos históricos. Los datos desde 2009 en adelante se han ajustado. Perú: Cálculos propios basados en la relación de conversión de hoja de coca a cocaína de estudios científicos de la DEA. En el *Informe Mundial sobre las Drogas 2010* (pág. 249) se puede consultar información detallada sobre la revisión en curso de las relaciones de conversión y la eficiencia de los laboratorios de cocaína.

*Nota: *Conversión de las hectáreas dedicadas al cultivo de coca en hoja de coca y luego en clorhidrato de cocaína, teniendo en cuenta las cosechas, las cantidades de hoja de coca utilizadas con fines lícitos y la eficiencia de los laboratorios de cocaína. Debido a la revisión continua de los factores de conversión en Bolivia (Estado Plurinacional de), no se pueden facilitar estimaciones definitivas del nivel de producción de cocaína. Las cifras en cursiva están siendo revisadas. Los dos puntos indican que no se dispone de datos. En la sección sobre metodología de la versión en línea del presente informe figura información sobre las metodologías y definiciones de estimación.*

Global cocaine interception rates, * 2014

	Global cocaine production estimates (tons), based on:		Global cocaine seizures (tons)		Global interception rate* (percentage)
	"old" conversion ratios	"new" conversion ratios	As reported (at "street purity")	(Wholesale-) purity adjusted seizures (100% pure substance), based on: "unweighted" average of reported purities (62%)** average of purities "weighted" by seizures (69% for cocaine HCL/ 73% for all cocaine)	
Production of cocaine (100% pure), in tons	746	943			
Seizures of cocaine HCl, in tons			566	351	390
Interception rate					
- Best estimate			a		b
- Minimum			a	b	37
- Maximum	a				b
Seizures of cocaine HCl, cocaine paste, cocaine base and crack-cocaine, in tons			655	406	507
Interception rate					
- Best estimate			a		b
- Minimum			a	b	43
- Maximum	a				b

Source: Coca cultivation surveys in Colombia, Peru and the Plurinational State of Bolivia, 2014 and UNODC, annual report questionnaire data.

Note: Calculation of interception rate = b/a (for example 507/943 = 54 per cent). *Seizures adjusted for wholesale purity divided by cocaine production estimates. ** Calculation based on wholesale purity information from 63 countries or latest year available over the 2005-2014 period (information from 23 countries reporting in 2014, 23 over the 2010-13 period and 17 over the 2005-2009 period).

Tasas de interceptación mundial de cocaína*, 2014

Global cocaine production estimates (tons), based on:	Estimaciones de la producción mundial de cocaína (toneladas), basadas en:
“old” conversion ratios	relaciones de conversión “antiguas”
“new” conversion ratios	relaciones de conversión “nuevas”
Global cocaine seizures (tons)	Incautaciones mundiales de cocaína (toneladas)
As reported (at “street purity”)	Según notificación (al “grado de pureza habitual en la calle”)
(Wholesale-) purity adjusted seizures (100% pure substance), based on:	Incautaciones ajustadas para tener en cuenta la pureza (de venta al por mayor), basadas en:
“unweighted” average of reported purities (62%)**	promedio “no ponderado” de los grados de pureza notificados (62%)**
average of purities ‘weighted’ by seizures (69% for cocaine HCL/ 73% for all cocaine)	promedio del grado de pureza ‘ponderado’ por incautaciones (69% para clorhidrato de cocaína/73% para todos los tipos de cocaína)
Global interception rate* (percentage)	Tasa mundial de interceptación* (porcentaje)
Production of cocaine (100% pure), in tons	Producción de cocaína (pureza 100%), en toneladas
Seizures of cocaine HCl, in tons	Incautaciones de clorhidrato de cocaína, en toneladas
Interception rate	Tasa de interceptación
- Best estimate	- Mejor estimación
- Minimum	- Mínimo
- Maximum	- Máximo
Seizures of cocaine HCl, cocaine paste, cocaine base and crack-cocaine, in tons	Incautaciones de clorhidrato de cocaína, pasta de cocaína, cocaína base y <i>crack</i> de cocaína, en toneladas
Interception rate	Tasa de interceptación
- Best estimate	- Mejor estimación
- Minimum	- Mínimo
- Maximum	- Máximo

Fuente: Monitoreo de cultivos de coca en el Estado Plurinacional de Bolivia, Colombia y el Perú, 2014, y UNODC, datos del cuestionario para los informes anuales.

*Nota: Cálculo de la tasa de interceptación = b/a (por ejemplo, 507/943 = 54%). *Incautaciones ajustadas para tener en cuenta la pureza de venta al por mayor divididas por las estimaciones de producción de cocaína. **Cálculo basado en la información sobre pureza de venta al por mayor de 63 países o último año del que se dispone de datos durante el período 2005-2014 (información de 23 países que informaron en 2014, 23 durante el período 2010-2013 y 17 durante el período 2005-2009).*

Opium/Heroín

Cultivation of opium poppy in selected countries, 1998-2015 (hectares)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
SOUTH-WEST ASIA																
Afghanistan	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	183,000
minimum										102,000	104,000	109,000	125,000	173,000	196,000	163,000
maximum										137,000	145,000	155,000	189,000	238,000	247,000	202,000
Pakistan (best estimate)	260	213	622	2,500	1,500	2,438	1,545	1,701	1,909	1,779	1,721	362	382	493	217	372
Subtotal (best estimate)	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	224,217	183,372
SOUTH-EAST ASIA																
Lao People's Democratic Republic ^a (best estimate)	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	5,700
minimum						904	2,040	1,230	710	1,100	1,900	2,500	3,100	1,900	3,500	3,900
maximum						2,890	2,990	1,860	2,700	2,700	4,000	6,000	11,500	5,800	9,000	7,600
Myanmar ^a (best estimate)	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	57,600	55,500
minimum			65,600	49,500	38,500			22,500	17,900	20,500	17,300	29,700	38,249	45,710	41,400	42,800
maximum			97,500	71,900	49,600			32,600	37,000	42,800	58,100	59,600	64,357	69,918	87,300	69,600
Thailand ^b	890	820	750	842	129	119	157	205	288	211	289	289	209	265		
Viet Nam ^b (best estimate)																
Subtotal (best estimate)	128,642	123,075	96,150	75,042	50,929	34,719	24,157	29,405	30,388	33,811	41,389	47,989	58,009	61,965	64,065	61,465
SOUTH AND CENTRAL AMERICA																
Colombia (best estimate)	6,500	4,300	4,153	4,026	3,950	1,950	1,023	715	394	356	341	338	313	298	387	
Mexico ^c (best estimate)	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	11,000	17,000	24,800
minimum																21,500
maximum																28,100
Guatemala (best estimate)					330	100							220	310	640	
Subtotal (best estimate)	8,400	8,700	6,853	8,826	7,780	5,350	6,023	7,615	15,394	19,856	14,341	12,338	11,033	11,608	18,027	25,827

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
OTHER																
Other countries d (best estimate)	2,479	2,500	2,500	3,074	4,731	4,993	4,275	3,979	8,312	7,489	10,211	15,811	11,471	12,225	10,400	10,400
TOTAL (best estimate)	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	316,709	281,064
minimum										152,935	149,762	170,000	189,444	245,201	269,809	243,264
maximum										211,835	233,662	249,400	287,952	338,309	372,209	319,364
TOTAL best estimate (rounded)	222,000	142,100	180,200	168,600	195,900	151,500	201,000	235,700	213,000	185,900	190,700	207,500	234,900	295,300	316,700	281,100

Source: Afghanistan: before 2003: UNODC; since 2003: national illicit crop monitoring system supported by UNODC. Pakistan: annual report questionnaire, Government of Pakistan, United States Department of State. Lao People's Democratic Republic before 2000: UNODC; since 2000: national illicit crop monitoring system supported by UNODC. Myanmar: before 2001: United States Department of State; since 2001: national illicit crop monitoring system supported by UNODC. Colombia: before 2000: various sources, since 2000: national illicit crop monitoring system supported by UNODC. Mexico: Before 2015: estimates derived from United States Government surveys (INCSR); since 2015: national illicit crop monitoring system supported by UNODC. Guatemala: United States Department of State (INCSR 2016).

Note: Figures in *italics* are preliminary and may be revised when updated information becomes available. Information on estimation methodologies and definitions can be found in the methodology section of the online version of the present report.

a May include areas that were eradicated after the date of the area survey.

b Owing to continuing low cultivation, figures for Viet Nam as of 2000 were included in the category "Other countries".

c The Government of Mexico does not validate the estimates provided by the United States Department of State over the 1998-2014 period, as they are not part of its official figures and it does not have information on the methodology used to calculate them. The Government of Mexico has implemented a monitoring system in collaboration with UNODC to estimate illicit cultivation for 2015. The figures prior to 2015 are - for methodological reasons - not comparable with previous estimates. More information on the opium poppy cultivation estimates and the statistical ranges for 2015 (actually referring to the period July 2014 - June 2015) are contained in a joint report by the Government of Mexico and UNODC, entitled "Resultados del Proyecto de Monitoreo de Cultivos Ilícitos en Territorio Mexicano" ("Result of the Project on Monitoring Illicit Cultivations on Mexican territory").

d Eradication and plant seizure reports from different sources indicate that illicit opium poppy cultivation also exists in the following subregions: North Africa, Central Asia and Transcaucasia, Near and Middle East/South-West Asia, South Asia, East and South-East Asia, Eastern Europe, South-Eastern Europe, Central America and South America. Starting in 2008, a new methodology was introduced to estimate opium poppy cultivation and opium/heroin production in these countries. These estimates are higher than the previous figures but have a similar order of magnitude. A detailed description of the estimation methodology is available in the online version of the World Drug Report.

Opio/Heroína

Cultivo de adormidera en determinados países, 1998-2015 (hectáreas)

SOUTH-WEST ASIA	ASIA SUDOCCIDENTAL
Afghanistan	Afganistán
minimum	mínimo
maximum	máximo
Pakistan (best estimate)	Pakistán (mejor estimación)
Subtotal (best estimate)	Total parcial (mejor estimación)
SOUTH-EAST ASIA	ASIA SUDORIENTAL
Lao People's Democratic Republic ^a (best estimate)	República Democrática Popular Lao ^a (mejor estimación)
minimum	mínimo
maximum	máximo
Myanmar ^a (best estimate)	Myanmar ^a (mejor estimación)
minimum	mínimo
maximum	máximo
Thailand ^b	Tailandia ^b
Viet Nam ^b (best estimate)	Viet Nam ^b (mejor estimación)
Subtotal (best estimate)	Total parcial (mejor estimación)
SOUTH AND CENTRAL AMERICA	AMÉRICA DEL SUR Y CENTROAMÉRICA
Colombia (best estimate)	Colombia (mejor estimación)
Mexico ^c (best estimate)	México ^c (mejor estimación)
minimum	mínimo
maximum	máximo
Guatemala (best estimate)	Guatemala (mejor estimación)
Subtotal (best estimate)	Total parcial (mejor estimación)
OTHER	OTRAS SUBREGIONES
Other countries ^d (best estimate)	Otros países ^d (mejor estimación)
TOTAL (best estimate)	TOTAL (mejor estimación)
minimum	mínimo
maximum	máximo
TOTAL best estimate (rounded)	TOTAL (mejor estimación) (redondeada)
82,171 etc.	82.171 etc.

Fuente: Afganistán, antes de 2003: UNODC; desde 2003: sistema nacional de vigilancia de cultivos ilícitos apoyado por la UNODC. Pakistán: cuestionario para los informes anuales, Gobierno del Pakistán, Departamento de Estado de los Estados Unidos. República Democrática Popular Lao, antes de 2000: UNODC; desde 2000: sistema nacional de vigilancia de cultivos ilícitos apoyado por la UNODC. Myanmar, antes de 2001: Departamento de Estado de los Estados Unidos; desde 2001: sistema nacional de vigilancia de cultivos ilícitos apoyado por la UNODC. Colombia, antes de 2000: varias fuentes; desde 2000: sistema nacional de monitoreo de cultivos ilícitos apoyado por la UNODC. México, antes de 2015: estimaciones obtenidas de estudios del Gobierno de los Estados Unidos (INCSR); desde 2015: sistema nacional de monitoreo de cultivos ilícitos apoyado por la UNODC. Guatemala: Departamento de Estado de los Estados Unidos (INCSR 2016).

Nota: Las cifras en cursiva son preliminares y se podrán revisar cuando se disponga de información actualizada. En la versión sobre metodología de la versión en línea del presente informe figura información sobre las metodologías y definiciones de estimación.

^a *Puede incluir superficies que fueron erradicadas después de la fecha de estudio de la zona.*

- ^b Debido a la continuación del cultivo reducido, las cifras correspondientes a Viet Nam a partir de 2000 se incluyeron en la categoría “Otros países”.
- ^c El Gobierno de México no valida las estimaciones facilitadas por el Departamento de Estado de los Estados Unidos durante el período 1998-2014, ya que no son parte de sus cifras oficiales y no tiene información sobre la metodología utilizada para calcularlas. El Gobierno de México ha aplicado un sistema de monitoreo en colaboración con la UNODC para estimar el cultivo ilícito en 2015. Las cifras anteriores a 2015 no son comparables con las estimaciones anteriores por razones de metodología. Figura más información sobre las estimaciones del cultivo de adormidera y los márgenes de variación estadísticos de 2015 (que se refieren en realidad al período de julio de 2014 a junio de 2015) en un informe conjunto del Gobierno de México y la UNODC titulado “Resultados del Proyecto de Monitoreo de Cultivos Ilícitos en Territorio Mexicano”.
- ^d Los informes sobre erradicación e incautación de plantas de distintas fuentes indican que también existe el cultivo ilícito de adormidera en las siguientes subregiones: África septentrional, Asia central y Transcaucasia, Cercano Oriente y Oriente Medio/Asia sudoccidental, Asia meridional, Asia oriental y sudoriental, Europa oriental, Europa sudoriental, Centroamérica y América del Sur. A partir de 2008 se introdujo una nueva metodología para estimar el cultivo de adormidera y la producción de opio/heroína en esos países. Esas estimaciones son más elevadas que las cifras anteriores, pero tienen un orden de magnitud similar. En la versión en línea del Informe Mundial sobre las Drogas se puede consultar una descripción detallada de la metodología de estimación.

Global potential production of oven-dry opium in selected countries, 2000-2015 (tons)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
SOUTH-WEST ASIA																
Afghanistan	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	3,300
minimum											3,000	4,800	2,800	4,500	5100	2,700
maximum											4,200	6,800	4,200	6,500	7800	3,900
Pakistan (best estimate)	8	5	5	52	40	36	39	43	48	44	43	9	9	12	5	9
Subtotal (best estimate)	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	6,405	3,309
SOUTH-EAST ASIA																
Lao People's Democratic Republic ^a (best estimate)	167	134	112	120	43	14	20	9	10	11	18	25	41	23	92	..
minimum						7.2	16.3	7.4	4.3	6.6	11.4	15	18	11	51	84
maximum						23.1	23.9	11.2	16.2	16.2	24	36	69	35	133	176
Myanmar ^a (best estimate)	1,087	1,097	828	810	370	312	315	460	410	330	580	610	690	870	670	647
minimum										213	350	420	520	630	481	498
maximum										445	820	830	870	1,100	916	815
Thailand ^b	6	6	9	6	2	2	2	3	5	3	5	6	3	4	..	..
Viet Nam ^b (best estimate)																
Subtotal (best estimate)	1,260	1,237	949	936	415	328	337	472	424	345	603	641	734	897	766	781
SOUTH AND CENTRAL AMERICA																
Colombia (best estimate)	88	80	52	50	49	24	13	14	10	9	8	8	8	11	12	..
Mexico ^c (best estimate)	21	91	58	101	73	71	108	150	325	425	300	250	220	225	360	475
minimum																275
maximum																641
Guatemala (best estimate)	..	..	..	..	12	4	..	..	..	..	..	..	4	6	14	..
Subtotal (best estimate)	109	171	110	151	134	75	121	164	335	434	308	258	232	242	386	501

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
OTHER																
Other countries ^d (best estimate)	38	32	56	50	61	82	16	15	139	134	181	281	156	159	175	175
TOTAL (best estimate)	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	7,732	4,766
minimum										3,858	5,789	5,789	3,738	5,558	6,202	3,771
maximum										5,581	8,220	8,220	5,539	8,052	9,420	5,746
TOTAL best estimate (rounded)	4,690	1,630	4,520	4,780	4,850	4,620	5,810	8,090	6,840	4,950	4,730	6,980	4,830	6,810	7,730	4,770

Sources: Afghanistan: before 2003: UNODC; since 2003: national illicit crop monitoring system supported by UNODC. Pakistan: annual report questionnaire Government of Pakistan, United States Department of State, Lao People's Democratic Republic: before 2000: UNODC; since 2000: national illicit crop monitoring system supported by UNODC. Myanmar: before 2001: United States Department of State; since 2001: national illicit crop monitoring system supported by UNODC. Colombia: before 2000: various sources; since 2000: national illicit crop monitoring system supported by UNODC. Since 2008, production was calculated based on updated regional yield figures and conversion ratios from United States Department of State/DEA, Mexico: Before 2015: Estimates derived from United States Government surveys; data for 2015 based on cultivation surveys by the national illicit crop monitoring system supported by UNODC; yield ratios based on United States yield studies conducted 2001-2003 in Mexico; Guatemala: United States Department of State (INCSR 2016).

Note: The opium production estimates for Afghanistan for 2006 to 2009 were revised after data quality checks revealed an overestimation of opium yield estimates in those years. Figures in *italics* are preliminary and may be revised when updated information becomes available. Information on estimation methodologies and definitions can be found in the online methodology section of the present report.

^a May include areas eradicated after the date of the area survey. 2014 figures are not comparable to 2013 because two provinces were added to the survey and the timing of the survey was different.

^b Because of continuing low levels of cultivation, figures for Viet Nam (as of 2000) were included in the category "Other countries."

^c The Government of Mexico does not validate the estimates provided by the United States until 2014, as they are not part of its official figures and it does not have information on the methodology used to calculate them. The Government of Mexico has established, as of 2015, a system to monitor the area under opium poppy cultivation and is in the process of implementing a system, in collaboration with UNODC, to also estimate illicit opium production. Opium production estimates for 2015 are based on (i) the area under cultivation, established by the joint project of the Government of Mexico and UNODC and (ii) yield data, based on yield studies conducted by the United States in Mexico over the 2001-2003 period. The opium production figures shown for 2015 are preliminary and, for methodological reasons, are not comparable with the production figures over the 1998-2014 period. The opium production estimates for 2015, calculated by UNODC, have not been validated by the Government of Mexico. The production figures will be adjusted, once yield data from the joint Mexico/UNODC project entitled "Monitoring of the illicit cultivation on Mexican territory" become available.

^d Eradication and plant seizure reports from different sources indicate that illicit opium poppy cultivation also exists in the following subregions: North Africa, Central Asia and Transcaucasia, Near and Middle East/South-West Asia, South Asia, East and South-East Asia, Eastern Europe, Southeast Europe, Central America and South America. Starting in 2008, a new methodology was introduced to estimate opium poppy cultivation and quin/heroine production in these countries. These estimates are higher than the previous figures but have a similar order of magnitude. A detailed description of the estimation methodology is available in the online version of the World Drug Report.

Producción potencial mundial de opio secado al horno en determinados países, 2000-2015
(toneladas)

SOUTH-WEST ASIA	ASIA SUDOCCIDENTAL
Afghanistan	Afganistán
minimum	mínimo
maximum	máximo
Pakistan (best estimate)	Pakistán (mejor estimación)
Subtotal (best estimate)	Total parcial (mejor estimación)
SOUTH-EAST ASIA	ASIA SUDORIENTAL
Lao People's Democratic Republic ^a (best estimate)	República Democrática Popular Lao ^a (mejor estimación)
minimum	mínimo
maximum	máximo
Myanmar ^a (best estimate)	Myanmar ^a (mejor estimación)
minimum	mínimo
maximum	máximo
Thailand ^b	Tailandia ^b
Viet Nam ^b (best estimate)	Viet Nam ^b (mejor estimación)
Subtotal (best estimate)	Total parcial (mejor estimación)
SOUTH AND CENTRAL AMERICA	AMÉRICA DEL SUR Y CENTROAMÉRICA
Colombia (best estimate)	Colombia (mejor estimación)
Mexico ^c (best estimate)	México ^c (mejor estimación)
minimum	mínimo
maximum	máximo
Guatemala (best estimate)	Guatemala (mejor estimación)
Subtotal (best estimate)	Total parcial (mejor estimación)
OTHER	OTRAS SUBREGIONES
Other countries ^d (best estimate)	Otros países ^d (mejor estimación)
TOTAL (best estimate)	TOTAL (mejor estimación)
minimum	mínimo
maximum	máximo
TOTAL best estimate (rounded)	TOTAL (mejor estimación) (redondeada)
3,276 etc.	3.276 etc.

Fuentes: Afganistán, antes de 2003: UNODC; desde 2003: sistema nacional de vigilancia de cultivos ilícitos apoyado por la UNODC. Pakistán: cuestionario para los informes anuales, Gobierno del Pakistán, Departamento de Estado de los Estados Unidos. República Democrática Popular Lao, antes de 2000: UNODC; desde 2000: sistema nacional de vigilancia de cultivos ilícitos apoyado por la UNODC. Myanmar, antes de 2001: Departamento de Estado de los Estados Unidos; desde 2001: sistema nacional de vigilancia de cultivos ilícitos apoyado por la UNODC. Colombia, antes de 2000: varias fuentes; desde 2000: sistema nacional de monitoreo de cultivos ilícitos apoyado por la UNODC. Desde 2008 la producción se calculó en función de cifras regionales actualizadas de cosechas y relaciones de conversión del Departamento de Estado de los Estados Unidos/DEA. México, antes de 2015: estimaciones obtenidas de estudios del Gobierno de los Estados Unidos; los datos de 2015 se basan en estudios de cultivos por el sistema nacional de monitoreo de cultivos ilícitos apoyado por la UNODC; relaciones de rendimiento basadas en estudios de los Estados Unidos sobre la producción, realizados en 2001-2003 en México; Guatemala: Departamento de Estado de los Estados Unidos (INCSR 2016).

Nota: Las estimaciones de producción de opio correspondientes al Afganistán de 2006 a 2009 fueron revisadas después de que unas verificaciones de la calidad de los datos pusieran de relieve una sobreestimación de los cálculos de la producción de opio en esos años. Las cifras en cursiva son preliminares y se podrán revisar cuando se disponga de información actualizada. En la versión sobre metodología de la versión en línea del presente informe figura información sobre las metodologías y definiciones de estimación.

- ^a *Puede incluir superficies que fueron erradicadas después de la fecha de estudio de la zona. Las cifras de 2014 no son comparables con las de 2013 porque se añadieron dos provincias al estudio y la cronología del estudio fue diferente.*
- ^b *Debido a la continuación del cultivo reducido, las cifras correspondientes a Viet Nam a partir de 2000 se incluyeron en la categoría “Otros países”.*
- ^c *El Gobierno de México no valida las estimaciones facilitadas por el Departamento de Estado de los Estados Unidos hasta 2014, ya que no son parte de sus cifras oficiales y no tiene información sobre la metodología utilizada para calcularlas. El Gobierno de México ha establecido en 2015 un sistema de monitoreo de la superficie dedicada al cultivo ilícito de adormidera y está en vías de implantar un sistema, en colaboración con la UNODC, para estimar también la producción ilícita de opio. Las estimaciones de la producción de opio de 2015 se basan en i) la superficie dedicada al cultivo, establecida por el proyecto conjunto del Gobierno de México y la UNODC, y ii) datos sobre las cosechas, basados en estudios de las cosechas realizados por los Estados Unidos en México durante el período 2001-2003. Las cifras de producción de opio indicadas para 2015 son preliminares y, por razones metodológicas, no son comparables con las cifras de producción durante el período 1998-2014. Las cifras de producción de opio de 2015, calculadas por la UNODC, no han sido validadas por el Gobierno de México. Las cifras de producción se ajustarán cuando se disponga de datos sobre las cosechas del proyecto conjunto de México y la UNODC titulado “Resultados del Proyecto de Monitoreo de Cultivos Ilícitos en Territorio Mexicano”.*
- ^d *Los informes sobre erradicación e incautación de plantas de distintas fuentes indican que también existe el cultivo ilícito de adormidera en las siguientes subregiones: África septentrional, Asia central y Transcaucasia, Cercano Oriente y Oriente Medio/Asia sudoccidental, Asia meridional, Asia oriental y sudoriental, Europa oriental, Europa sudoriental, Centroamérica y América del Sur. A partir de 2008 se introdujo una nueva metodología para estimar el cultivo de adormidera y la producción de opio/heroína en esos países. Esas estimaciones son más elevadas que las cifras anteriores, pero tienen un orden de magnitud similar. En la versión en línea del Informe Mundial sobre las Drogas se puede consultar una descripción detallada de la metodología de estimación.*

Potential manufacture of heroin (of unknown purity) out of global (illicit) opium production, 2004-2015 (tons)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Total potential opium production	4,620	5,810	8,091	6,841	4,953	4,730	6,983	4,831	6,810	7,723	4,770
Potential opium not processed into heroin	1,169	1,786	3,078	2,360	1,680	1,728	3,400	1,850	2,600	2,450	1,360
Potential opium processed into heroin	3,451	4,024	5,012	4,481	3,273	3,002	3,583	2,981	4,210	5,273	3,410
Total potential heroin manufacture	472	553	686	600	427	383	467	377	555	542	327

Notes: The calculation shows the potential amount of heroin that could have been manufactured out of the opium produced in a given year; it does not take into account changes in opium inventories, which may be also used for the manufacture of heroin and which may be important. Only in the case of Afghanistan is the proportion of potential opium production not converted into heroin within the country estimated. For all other countries, for the purpose of this table, it is assumed that all opium produced is converted into heroin. If all of the opium produced in Afghanistan in 2015 had been converted into heroin, the total potential heroin manufacture would have risen to 300 tons in Afghanistan or 447 tons at the global level (the estimates for 2006 to 2009 were revised owing to the revision of opium production figures for Afghanistan).

The amount of heroin produced in Afghanistan is calculated using two parameters that may change: (a) the distribution between opium that is not processed and opium processed into heroin; and (b) the conversion ratio. The first parameter is indirectly estimated, based on seizures of opium versus seizures of heroin and morphine reported by neighbouring countries. From 2004 to 2013 a conversion ratio of opium to morphine/heroin of 7:1 was used, based on interviews conducted with Afghan morphine/heroin "cooks"; based on an actual heroin production exercise conducted by two (illiterate) Afghan heroin "cooks", documented by the German Bundeskriminalamt in Afghanistan in 2003 (published in Bulletin on Narcotics, vol. LVII, Nos. 1 and 2, pp. 11-31, 2005); and UNODC studies on the morphine content of Afghan opium (12.3 per cent over the 2010-2012 period, down from 15 per cent over the 2000-2003 period). The ratio was modified to 18:5 kg of opium for 1 kilogram of 100 per cent pure white heroin hydrochloride, equivalent to a ratio of 9.6:1 for heroin at an estimated 52 per cent export quality (see Afghan Opium Survey 2014); based on an estimated export quality of 59 per cent in 2015, the ratio was adjusted to 11:1 for 2015 (range: 10:4:1 to 11.6:1; see Afghan Opium Survey 2015). The estimates of the export quality of Afghan heroin are based on the average heroin wholesale purities reported by Turkey. For countries other than Afghanistan, a "traditional" conversion ratio of opium to heroin of 10:1 is used. The ratios will be adjusted when improved information becomes available. Figures in italics are preliminary and may be revised when updated information becomes available.

Fabricación potencial de heroína (de pureza desconocida) a partir de la producción (ilícita) mundial de opio, 2004-2015 (toneladas)

Total potential opium production	Producción potencial total de opio
Potential opium not processed into heroin	Producción potencial de opio no transformado en heroína
Potential opium processed into heroin	Producción potencial de opio transformado en heroína
Total potential heroin manufacture	Fabricación potencial total de heroína
4,620 etc.	4.620 etc.

Notas: El cálculo muestra la cantidad potencial de heroína que se podría haber fabricado a partir del opio producido en un año dado; no se tienen en cuenta las variaciones en las existencias de opio, que también pueden utilizarse para la fabricación de heroína y que pueden ser importantes. Solamente en el caso del Afganistán se ha estimado la proporción de la producción potencial de opio que no fue transformada en heroína dentro del país. Para todos los demás países, a efectos del presente cuadro, se supone que todo el opio potencialmente producido se transformó en heroína. Si todo el opio producido en el Afganistán en 2015 se hubiera transformado en heroína, la fabricación potencial total de heroína habría aumentado a 300 toneladas en el Afganistán o a 447 toneladas a nivel mundial (las estimaciones correspondientes al periodo 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 variar: a) la relación entre el opio que no fue transformado en heroína y el opio que sí se transformó en heroína; y b) la relación de conversión. El primer parámetro se estima indirectamente, sobre la base de las incautaciones de opio en comparación con las incautaciones de heroína y morfina comunicadas por los países vecinos. De 2004 a 2013, el índice de conversión que se empleó fue de 7:1, basado en entrevistas realizadas con "cocineros" afganos de morfina y heroína; basado en un ejercicio real de producción de heroína llevado a cabo por dos "cocineros" afganos de heroína (analfabetos), documentado por el Bundeskriminalamt de Alemania en Afganistán en 2003 (publicado en el Boletín de

Estupefacientes, vol. LVII, núms. 1 y 2, págs. 11 a 31, 2005); y estudios de la UNODC sobre el contenido de morfina del opio afgano (12,3% durante el período 2010-2012, lo que representa un descenso frente al 15% durante el período 2000-2003). La relación se modificó a 18,5 kilogramos de opio por 1 kilogramo de clorhidrato de heroína blanca pura, equivalente a una relación de 9,6:1 para la heroína de calidad de exportación estimada del 52% (véase el Estudio del Opio en el Afganistán 2014); la relación, basada en una calidad estimada de exportación del 59% en 2015, se ajustó a 11:1 para 2015 (margen de variación: 10,4:1 a 11,6:1; véase el Estudio del Opio en el Afganistán 2015). Las estimaciones de la calidad de exportación de la heroína afgana se basan en el promedio de la pureza de la heroína de venta al por mayor comunicadas por Turquía. En el caso de países distintos del Afganistán, se utiliza una relación “tradicional” de transformación de opio a heroína de 10:1. Las relaciones se ajustarán cuando se disponga de información mejorada. Las cifras en cursiva son preliminares y podrán revisarse cuando se disponga de información actualizada.

Reported opium poppy eradication in selected countries, 2005 to 2015

	Unit of measurement	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Afghanistan	Hectares	5,103	15,300	19,047	5,480	5,351	2,316	3,810	9,672	7,348	2,692	3,760
Algeria	Plants						868	340	204	2,721	7,470	
Azerbaijan	Hectares							2	0.2	0.4	0.5	
Azerbaijan	Plants							201	2,628	34	284	
Bangladesh	Hectares	4					8	22				
Canada	Hectares						7	7				
Canada	Plants						60,000	60,000				
Colombia	Hectares	2,121	1,929	375	381	546	711	299	319	514	813	
Ecuador	Plants	7,500			74,555	115,580	257,306	44,200	4,025,800	2,554,865	2,023,385	
Egypt	Hectares	45	50	98	121	98	222	1		3		
Greece	Plants								192	60	144	
Guatemala	Hectares	489	720	449	536	1,345	918	1,490	590	2,568	1,197	
India	Hectares	12	247	8,000	624	2,420	3,052	5,746	1,332	865	1,636	
Iran (Islamic Republic of)	Hectares						2		1	1	1	
Iran (Islamic Republic of)	Plants								140,000	100,000	120,000	
Italy	Plants						1,797	2,007	6,717			
Kazakhstan	Plants							1,692			2,254	
Laos People's Democratic Republic	Hectares	2,575	1,518	779	575	651	579	662	707	397		809
Lebanon	Hectares	27		8		21	14	4		6	1	
Mexico	Hectares	21,609	16,890	11,046	13,095	14,753	15,491	16,389	15,726	14,662	21,644	
Myanmar	Hectares	3,907	3,970	3,598	4,820	4,087	8,268	7,058	23,718	12,288	15,188	13,450
Nepal	Hectares		1		21	35						
Pakistan	Hectares	391	354	614	0	105	68	1053	592	568	1,010	605
Peru	Hectares	92	88	28	23	32	21					

	Unit of measurement	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Poland	Hectares					9						
Republic of Moldova	Plants							32,413	11,255			
Republic of Korea	Plants									25,369		
Russian Federation	Hectares	4		2		3		1	1	1	1	
Russian Federation	Plants										645	
Tajikistan	Plants							13	5,400	103		
Thailand	Hectares	110	153	220	285	201	278	208	205	264		
Ukraine	Hectares				28		436			39		
Ukraine	Plants						1,185,118		474,000	22,800,000		
Uzbekistan	Hectares							1		1	0.3	
Venezuela (Bolivarian Republic of)	Hectares	154										
Viet Nam	Hectares			38	99	31		38	35	25	19	
TOTAL	Hectares	36,643	41,220	44,302	26,088	29,687	32,392	36,791	52,897	39,551	44,203	
TOTAL	Plants	7,500	-	-	74,555	115,580	1,505,089	140,866	4,666,196	25,483,152	2,154,182	

Source: UNODC annual report questionnaire; Government reports; reports of regional bodies; and the United States International Narcotics Control Strategy Report.

Erradicación de adormidera notificada en determinados países, 2005 a 2015

[List of country names in Spanish alphabetical order. Please replace as appropriate]

Unit of measurement	Unidad de medida
5,103 etc.	5.103 etc.
Hectares	Hectáreas
Plants	Plantas
Afghanistan	Afganistán
Algeria	Argelia
Azerbaijan	Azerbaiyán
Azerbaijan	Azerbaiyán
Bangladesh	Bangladesh
Canada	Canadá
Canada	Canadá
Colombia	Colombia
Ecuador	Ecuador
Egypt	Egipto
Greece	Grecia
Guatemala	Guatemala
India	India
Iran (Islamic Republic of)	Irán (República Islámica del)
Iran (Islamic Republic of)	Irán (República Islámica del)
Italy	Italia
Kazakhstan	Kazajstán
Lao People's Democratic Republic	República Democrática Popular Lao
Lebanon	Líbano
Mexico	México
Myanmar	Myanmar
Nepal	Nepal
Pakistan	Pakistán
Peru	Perú
Poland	Polonia
Republic of Moldova	República de Moldova
Republic of Korea	República de Corea
Russian Federation	Federación de Rusia
Russian Federation	Federación de Rusia
Tajikistan	Tayikistán
Thailand	Tailandia
Ukraine	Ucrania
Ukraine	Ucrania
Uzbekistan	Uzbekistán
Venezuela (Bolivarian Republic of)	Venezuela (República Bolivariana de)
Viet Nam	Viet Nam
TOTAL	TOTAL
TOTAL	TOTAL

Fuente: Cuestionario para los informes anuales de la UNODC; informes de los Gobiernos; informes de órganos regionales; y Estados Unidos, *International Narcotics Control Strategy Report*.

Annual prevalence of the use of cannabis, opioids and opiates, by region and globally, 2014

Region or subregion	Cannabis						Opioids (opiates and prescription opioids)						Opiates					
	Number (thousands)			Prevalence (percentage)			Number (thousands)			Prevalence (percentage)			Number (thousands)			Prevalence (percentage)		
	Best estimate	Lower	Upper	Best estimate	Lower	Upper	Best estimate	Lower	Upper	Best estimate	Lower	Upper	Best estimate	Lower	Upper	Best estimate	Lower	Upper
Africa	47,520	21,030	60,990	7.6	3.4	9.7	2,060	950	3,350	0.33	0.15	0.53	1,960	980	2,440	0.31	0.15	0.38
East Africa	6,640	2,200	11,230	4.2	1.4	7.1	270	100	1,180	0.17	0.06	0.74	240	170	330	0.15	0.11	0.21
North Africa	5,690	2,950	8,620	4.4	2.3	6.6	350	140	560	0.25	0.10	0.41	350	140	560	0.25	0.10	0.41
Southern Africa	4,610	3,190	8,280	5.1	3.5	9.2	370	240	390	0.40	0.26	0.43	310	210	330	0.34	0.23	0.37
West and Central Africa	30,590	12,690	32,760	12.4	5.1	13.3	1,080	470	1,230	0.44	0.19	0.50	1,050	460	1,210	0.43	0.19	0.49
Americas	48,970	48,200	50,550	7.5	7.4	7.7	13,350	13,130	13,620	2.0	2.0	2.1	2,090	1,890	2,270	0.32	0.29	0.35
Caribbean	700	320	1,830	2.5	1.2	6.5	100	60	190	0.4	0.2	0.7	80	50	160	0.28	0.18	0.58
Central America	810	750	910	2.9	2.7	3.3	40	40	50	0.2	0.1	0.2	20	20	20	0.07	0.06	0.08
North America	38,520	38,320	38,730	12.1	12.0	12.1	12,300	12,150	12,450	3.9	3.8	3.9	1,590	1,440	1,680	0.50	0.45	0.52
South America	8,940	8,820	9,070	3.2	3.2	3.3	910	880	930	0.3	0.3	0.3	400	390	410	0.14	0.14	0.15
Asia	56,520	29,890	90,890	1.9	1.0	3.1	122,900	9,280	15,830	0.42	0.32	0.54	10,160	7,690	13,360	0.35	0.26	0.46
Central Asia	1,930	1,350	2,300	3.5	2.4	4.1	490	470	510	0.88	0.85	0.91	450	440	470	0.81	0.78	0.84
East and South-East Asia	10,240	6,000	23,510	0.6	0.4	1.5	3,380	2,540	4,740	0.21	0.16	0.30	3,350	2,510	4,700	0.21	0.16	0.30
Near and Middle East	9,650	5,620	13,620	3.4	2.0	4.8	5,400	4,000	6,820	1.91	1.41	2.41	3,470	2,500	4,650	1.22	0.88	1.64
South Asia	34,700	16,930	51,460	3.5	1.7	5.2	30,200	2,260	3,770	0.31	0.23	0.38	2,890	2,240	3,540	0.29	0.23	0.36
Europe	26,940	26,300	27,680	4.9	4.8	5.1	4,680	4,590	4,960	0.9	0.8	0.9	3,190	3,140	3,480	0.58	0.57	0.63
Eastern and South-Eastern Europe	5,450	4,870	6,130	2.4	2.1	2.7	3,090	3,020	3,160	1.4	1.3	1.4	1,890	1,820	1,960	0.83	0.80	0.86
Western and Central Europe	21,490	21,430	21,550	6.7	6.7	6.7	1,590	1,560	1,800	0.5	0.5	0.6	1,310	1,320	1,520	0.41	0.41	0.47
Oceania	2,550	2,120	3,540	10.2	8.5	14.2	740	610	760	3.0	2.4	3.0	50	30	50	0.20	0.12	0.19
Global estimate	182,500	127,540	233,650	3.8	2.7	4.9	33,120	28,570	36,520	0.7	0.6	0.8	17,440	13,740	21,590	0.37	0.29	0.45

Source: UNODC estimates based on annual report questionnaire data and other official sources.

Prevalencia anual del consumo de cannabis, opioides y opiáceos, por región y a nivel mundial, 2014

Region or subregion	Región o subregión
Cannabis	Cannabis
Opioids (opiates and prescription opioids)	Opioides (opíáceos y opioides sujetos a prescripción médica)
Opiates	Opiáceos
Number (thousands)	Número (miles)
Prevalence (percentage)	Prevalencia (porcentaje)
Best estimate	Mejor estimación
Lower	Inferior
Upper	Superior
Africa	África
East Africa	África oriental
North Africa	África septentrional
Southern Africa	África meridional
West and Central Africa	África occidental y central
Americas	América
Caribbean	Caribe
Central America	Centroamérica
North America	América del Norte
South America	América del Sur
Asia	Asia
Central Asia	Asia central
East and South- East Asia	Asia oriental y sudoriental
Near and Middle East	Cercano Oriente y Oriente Medio
South Asia	Asia meridional
Europe	Europa
Eastern and South-Eastern Europe	Europa oriental y sudoriental
Western and Central Europe	Europa occidental y central
Oceania	Oceanía
Global estimate	Estimación mundial
47,520 etc.	47,520 etc.

Fuente: Estimaciones de la UNODC basadas en datos del cuestionario para los informes anuales y otras fuentes oficiales.

Annual prevalence of the use of cocaine^a, amphetamines^b and "ecstasy", by region and globally, 2014

Region or subregion	Cocaine						Amphetamines and prescription stimulants						"Ecstasy"					
	Number (thousands)		Prevalence (percentage)		Number (thousands)		Prevalence (percentage)		Number (thousands)		Prevalence (percentage)		Number (thousands)		Prevalence (percentage)			
	Best estimate	Lower	Upper	Best estimate	Lower	Upper	Best estimate	Lower	Upper	Best estimate	Lower	Upper	Best estimate	Lower	Upper	Best estimate	Lower	Upper
Africa	2,770	860	4,990	0.4	0.1	0.8	5,540	1,440	9,530	0.87	0.23	1.50	1,160	370	2,010	0.18	0.06	0.32
East Africa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
North Africa	30	30	40	0.0	0.0	0.0	780	280	1,290	0.57	0.20	0.94	-	-	-	-	-	-
Southern Africa	680	170	780	0.7	0.2	0.9	650	310	880	0.71	0.34	0.96	270	150	330	0.30	0.16	0.36
West and Central Africa	1,710	580	2,600	0.7	0.2	1.1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Americas	9,710	9,400	10,040	1.5	1.4	1.5	7,600	7,320	7,980	1.2	1.1	1.2	3,080	2,970	3,250	0.47	0.45	0.50
Caribbean	180	60	340	0.6	0.2	1.2	220	20	530	0.8	0.1	1.9	50	10	160	0.19	0.04	0.56
Central America	170	170	180	0.6	0.6	0.6	240	240	240	0.9	0.9	0.9	30	30	30	0.11	0.11	0.11
North America	5,140	5,020	5,260	1.6	1.6	1.6	4,560	4,490	4,620	1.4	1.4	1.5	2,490	2,460	2,520	0.78	0.77	0.79
South America	4,210	4,150	4,260	1.5	1.5	1.5	2,580	2,570	2,600	0.9	0.9	0.9	500	470	540	0.18	0.17	0.19
Asia	1,360	440	2,280	0.1	0.0	0.1	19,750	4,300	35,200	0.68	0.15	1.21	11,050	2,720	19,380	0.38	0.09	0.67
Central Asia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
East and South-East Asia	470	370	1,100	0.0	0.0	0.1	9,110	3,530	20,480	0.57	0.22	1.29	3,210	1,660	6,640	0.20	0.10	0.42
Near and Middle East	100	50	140	0.0	0.0	0.1	430	290	850	0.15	0.10	0.30	-	-	-	-	-	-
South Asia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Europe	4,040	3,800	4,290	0.7	0.7	0.8	2,410	2,020	2,800	0.4	0.4	0.5	3,500	3,270	3,750	0.64	0.60	0.68
Eastern and South-Eastern Europe	510	300	740	0.2	0.1	0.3	840	480	1,210	0.4	0.2	0.5	1,300	1,090	1,520	0.57	0.48	0.67
Western and Central Europe	3,530	3,510	3,550	1.1	1.1	1.1	1,560	1,540	1,590	0.5	0.5	0.5	2,200	2,170	2,220	0.69	0.68	0.69
Oceania	390	390	470	1.5	1.5	1.9	480	380	520	1.9	1.5	2.1	610	560	620	2.42	2.22	2.49
Global estimate	18,260	14,880	22,080	0.38	0.31	0.46	35,650	15,340	55,900	0.8	0.3	1.2	19,400	9,800	29,010	0.4	0.2	0.6

Source: UNODC estimates based on annual report questionnaire data and other official sources.

^a Cocaine includes cocaine salt, "crack", cocaine and other types such as coca paste, cocaine base, basuco, paco and meña. ^b Amphetamines include both amphetamine and methamphetamine.

Prevalencia anual del consumo de cocaína^a, anfetaminas^b y éxtasis, por región y a nivel mundial, 2014

Region or subregion	Región o subregión
Cocaine	Cocaína
Amphetamines and prescription stimulants	Anfetaminas y estimulantes de venta con receta
“Ecstasy”	Éxtasis
Number (thousands)	Número (miles)
Prevalence (percentage)	Prevalencia (porcentaje)
Best estimate	Mejor estimación
Lower	Inferior
Upper	Superior
Africa	África
East Africa	África oriental
North Africa	África septentrional
Southern Africa	África meridional
West and Central Africa	África occidental y central
Americas	América
Caribbean	Caribe
Central America	Centroamérica
North America	América del Norte
South America	América del Sur
Asia	Asia
Central Asia	Asia central
East and South- East Asia	Asia oriental y sudoriental
Near and Middle East	Cercano Oriente y Oriente Medio
South Asia	Asia meridional
Europe	Europa
Eastern and South-Eastern Europe	Europa oriental y sudoriental
Western and Central Europe	Europa occidental y central
Oceania	Oceanía
Global estimate	Estimación mundial
2,770 etc.	2.770 etc.

Fuente: Estimaciones de la UNODC basadas en datos del cuestionario para los informes anuales y otras fuentes oficiales.

^a La cocaína incluye sal de cocaína, cocaína crack y otros tipos como pasta de coca, cocaína base, basuco, paco y merla. ^b Las anfetaminas incluyen la anfetamina y la metanfetamina.

Prevalence of use of Ketamine* in the general and youth population (per cent)

REGION	SUB-REGION	COUNTRY	SURVEY YEAR	AGE OF POPULATION GROUP	LIFE-TIME PREVALENCE			PAST-YEAR PREVALENCE			PAST-MONTH		
					ALL	MALE	FEMALE	ALL	MALE	FEMALE	ALL	MALE	FEMALE	SOURCE
Central America		Costa Rica	2010	15-64	0.14	0.21	0.07						ARQ
			2012	15-16	0.36	0.53	0.21						ARQ
North America	El Salvador		2010	17-25	0.19			0.19					ARQ
			2012	17-25	0.20								ARQ
	Canada		2004	15 and above	1.00				0.30				ARQ
			2007	15 and above	1.10				0.20				ARQ
	United States of America		2010	15 and above	1.40				0.20				ARQ
			2010-11	15-16	1.60	2.30	0.80	1.10	1.60	0.00			ARQ
			2002	19-28				1.20					Monitoring the Future 2011
			2003	19-28				0.90					Monitoring the Future 2011
			2004	19-28				0.60					Monitoring the Future 2011
			2005	19-28				0.50					Monitoring the Future 2011
America		2006	19-28				0.50					Monitoring the Future 2011	
		2007	19-28				0.30					Monitoring the Future 2011	
		2008	19-28				0.40					Monitoring the Future 2011	
		2009	19-28				0.50					Monitoring the Future 2011	
		2010	19-28				0.80					Monitoring the Future 2011	
		2011	19-28				0.50					Monitoring the Future 2011	
		2000	12th Grade				2.50					Monitoring the Future 2011	
		2001	12th Grade				2.50					Monitoring the Future 2011	
		2002	12th Grade				2.60					Monitoring the Future 2011	
		2003	12th Grade				2.10					Monitoring the Future 2011	
		2004	12th Grade				1.90					Monitoring the Future 2011	
		2005	12th Grade				1.60					Monitoring the Future 2011	
		2006	12th Grade				1.40					Monitoring the Future 2011	
		2007	12th Grade				1.30					Monitoring the Future 2011	
	2008	12th Grade				1.50					Monitoring the Future 2011		
	2009	12th Grade				1.70					Monitoring the Future 2011		
	2010	12th Grade				1.60					Monitoring the Future 2011		
	2011	12th Grade				1.70					Monitoring the Future 2011		
	2012	12th Grade				1.50					Monitoring the Future 2013 Overview: Key Findings on Adolescent Drug Use		

REGION	SUB-REGION	COUNTRY	SURVEY YEAR	AGE OF POPULATION GROUP	LIFE-TIME PREVALENCE			PAST-YEAR PREVALENCE			PAST MONTH			SOURCE
					ALL	MALE	FEMALE	ALL	MALE	FEMALE	ALL	MALE	FEMALE	
			2013	12th Grade				1.40						Monitoring the Future 2013 Overview: Key Findings on Adolescent Drug Use
			2014	12th Grade				1.50						Monitoring the Future 2014
	South America	Argentina	2006	16-65	0.50	0.60	0.40							Psicoactivas en Argentina 2004-2010
			2006	16-24	0.70									Psicoactivas en Argentina 2004-2010
			2008	16-65	0.30	0.50	0.10							Psicoactivas en Argentina 2004-2010
			2008	16-24	0.20									Psicoactivas en Argentina 2004-2010
			2009	..	1.00	1.80	0.40							ARQ
			2010	16-65	0.40	0.50	0.30							Psicoactivas en Argentina 2004-2010
			2010	16-24	0.20									Psicoactivas en Argentina 2004-2010
			2010	12-65	0.30	0.40	0.20							ARQ
			2011	13, 15 and 17	0.70	1.00	0.40							Quinta Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media 2011
			2011	15-16	0.60									Quinta Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media 2011
			2011	16-65	0.30	0.40	0.20							ARQ
			2014	15-16	0.50	0.70	0.30							Sexto Estudio Nacional Sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en Estudiantes de Enseñanza Media 2014
		Bolivia	2012	University students	0.25			0.01						II Estudio Epidemiológico Andino en la Población Universitaria
		Brazil	2005	15-16	0.20	0.30	0.10							ARQ
		Chile	2014	15-64	0.02	0.03	0.01	0.00	0.01	0.00				Décimo Primer Estudio Nacional de Drogas en Población General 2014
		Colombia	2013	12-65	0.18									Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2013
		Ecuador	2012	University students	0.26			0.09				0.02		ARQ
			2009	..	0.01	0.00	0.00							ARQ
		Peru	2012	University students	0.05			0.01						II Estudio Epidemiológico Andino en la Población Universitaria
			2006		0.01	0.02	0.00							ARQ
			2010	12-65	0.01	0.02	0.00							Informe ejecutivo: IV Encuesta Nacional de consumo de drogas en la población general del Perú 2010 DEVIDA
			2012	University students	0.12			0.01						II Estudio Epidemiológico Andino en la Población Universitaria
		Uruguay	2006	15-64	0.30	0.40	0.20							ARQ

REGION	SUB-REGION	COUNTRY	SURVEY YEAR	AGE OF POPULATION GROUP	LIFE-TIME PREVALENCE			PAST-YEAR PREVALENCE			PAST MONTH				
					ALL	MALE	FEMALE	ALL	MALE	FEMALE	ALL	MALE	FEMALE	SOURCE	
Asia	East and South-East Asia SAR	China, Hong Kong	2011	15-65	0.60	0.80	0.50							ARQ	
			2014	13-17	0.10	0.10	0.10								V Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes de Esperanza Media 2014
			2014	15-65	0.60	0.90	0.30								V Encuesta Nacional en Hogares sobre consumo de drogas 2014
			2015	University students	1.08	1.38	0.87	0.34	0.55	0.18	0.17	0.24	0.12		Pilot Study on Drug Use among University Students in Uruguay
			2007	11-99				0.06		0.03					ARQ, Central Registry of Drug Abuse
			2007	11-20					0.27		0.16				ARQ, Central Registry of Drug Abuse
			2008	11-99					0.08		0.04				ARQ, Central Registry of Drug Abuse
			2008	11-20					0.34		0.21				ARQ, Central Registry of Drug Abuse
			2009	11-99					0.08		0.04				ARQ, Central Registry of Drug Abuse
			2009	11-20			0.55		0.56		0.30				ARQ, Central Registry of Drug Abuse
			2011	15-64					0.05		0.02				ARQ, Central Registry of Drug Abuse
			2011	15-16					0.18		0.11				ARQ, Central Registry of Drug Abuse
			2012	15-64					0.05		0.02				ARQ, Central Registry of Drug Abuse
			2012	15-16					0.13		0.07				ARQ, Central Registry of Drug Abuse
2014	11-20					0.05		0.03				ARQ, Central Registry of Drug Abuse			
2014	11 and above					0.03		0.02				ARQ, Central Registry of Drug Abuse			
Europe	Eastern Europe	Ukraine	2006	15-25	2.00									ARQ	
			2009	11-19	0.30		0.20	0.10						ARQ	
			2007	12-65	0.70									ARQ	
			2005	18-40	0.40								0.05		ARQ
			2005	18-24											ARQ
			2008	18-40	0.90	0.00	0.00	0.12	0.22	0.03	0.05	0.00	0.00		ARQ
			2008	18-24									0.23		ARQ
			2009	18-40	0.90										ARQ
			2011	15-17	0.80	1.50	0.20								ARQ
			2010	..		0.10	0.10	0.10							ARQ

REGION	SUB-REGION	COUNTRY	SURVEY YEAR	AGE OF POPULATION GROUP	LIFE-TIME PREVALENCE			PAST-YEAR PREVALENCE			PAST MONTH			SOURCE
					ALL	MALE	FEMALE	ALL	MALE	FEMALE	ALL	MALE	FEMALE	
	Western & Central Europe	Germany	2013	15-64	0.40	0.50	0.20							Estudio nacional en población generală privind consumul de tutun, alcool și droguri GPS – 2013
		France	2009	..	0.80	1.10	0.40							ARQ
		Spain	2003	..				0.30		0.20				ARQ
			2010	14-18	1.10			0.80				0.40		Government
			2011	15-64	1.00			0.20				0.10		Government
			2012	14-18	1.10		0.70	0.70						Government
			2013	15-64	0.80			0.10						Government
		United Kingdom	2006-07	16-59	1.30			0.30				0.10		ARQ
		England	2011	11-15				0.50	0.50	0.50				SDD Survey
			2012	11-15				0.50	0.50	0.50				SDD Survey
			2013	11-15				0.40	0.50	0.30				SDD Survey
			2014	11-15				0.40	0.60	0.20				SDD Survey
			2008-09	16-59	1.80			0.70	0.60	0.25				National report to EMCDDA
			2009-10	15-64	4.00			0.50	0.80	0.20				ARQ
		United Kingdom (England and Wales)	2006-07	16-24	2.30			0.80				0.30		2010/11 British Crime Survey
			2007-08	16-59	1.30			0.40				0.20		2010/11 British Crime Survey
			2007-08	16-24	2.20			0.90				0.30		2010/11 British Crime Survey
			2008-09	16-24	3.50			1.90				0.80		2010/11 British Crime Survey
			2009-10	16-59	2.00			0.50				0.20		Drug Misuse: Findings from the 2010 to 2011 British Crime Survey
			2009-10	16-24	4.00			1.70				0.90		Drug Misuse: Findings from the 2010 to 2011 British Crime Survey
			2010-11	16-59	2.20			0.60	0.80	0.40		0.30		Drug Misuse: Findings from the 2010 to 2011 British Crime Survey
			2010-11	16-24	4.30			2.00				0.90		Drug Misuse: Findings from the 2010 to 2011 British Crime Survey
			2011-12	16-59	2.50			0.60						Drug Misuse: Findings from the 2011 to 2012 British Crime Survey
			2011-12	16-24	4.00			1.80						Drug Misuse: Findings from the 2011 to 2012 British Crime Survey
			2012-13	16-59	2.20			0.40						Drug Misuse: Findings from the 2012 to 2013 British Crime Survey
			2012-13	16-24	3.30			0.80						Drug Misuse: Findings from the 2012 to 2013 British Crime Survey
			2013-14	16-59	2.70	3.90	1.50	0.60						Drug Misuse: Findings from the 2013 to 2014 British Crime Survey
			2013-14	16-24	4.70			1.80						Drug Misuse: Findings from the 2013 to 2014 British Crime Survey

REGION	SUB-REGION	COUNTRY	SURVEY YEAR	AGE OF POPULATION GROUP	LIFE-TIME PREVALENCE			PAST-YEAR PREVALENCE			PAST MONTH							
					ALL	MALE	FEMALE	ALL	MALE	FEMALE	ALL	MALE	FEMALE	SOURCE				
			2014-15	16-59	2.60			0.50			0.10							
			2014-15	16-24	4.00			1.60			0.20							
			2007	15-64	1.30		0.70	0.20		0.10								
			2007	12-17	0.00		0.00	0.00		0.00								
			2010	14 and older	1.40	1.80	0.90	0.21	0.30	0.20								
			2010	15-16				0.10		0.00								
			2010	18-24	2.50													
			2013	14 and older	1.70	2.30	1.20	0.30	0.40	0.20								
			2008	16-64	1.20	1.7	0.7	0.30	0.4	0.1								

Note: For the purposes of this report, NPS include ketamine, which differs from other NPS in that it is widely used in human and veterinary medicine, while most NPS have little or no history of medical use. Two dots indicate that data are not available.

Prevalencia del consumo de ketamina* en la población en general y en la población joven (porcentaje)

LIFE-TIME PREVALENCE	PREVALENCIA DURANTE LA VIDA
PAST-YEAR PREVALENCE	PREVALENCIA EN EL AÑO ANTERIOR
PAST MONTH	EN EL MES ANTERIOR
REGION	REGIÓN
SUB- REGION	SUBREGIÓN
COUNTRY	PAÍS
SURVEY YEAR	AÑO DE ESTUDIO
AGE OF POPULATION GROUP	EDAD DEL GRUPO DE POBLACIÓN
ALL	TODOS
MALE	HOMBRES
FEMALE	MUJERES
SOURCE	FUENTE
America	América
Central America	Centroamérica
Costa Rica	Costa Rica
El Salvador	El Salvador
North America	América del Norte
Canada	Canadá
United States of America	Estados Unidos de América
South America	América del Sur
Argentina	Argentina
Bolivia	Bolivia
Brasil	Brasil
Chile	Chile
Colombia	Colombia
Ecuador	Ecuador
Peru	Perú
Uruguay	Uruguay
Asia	Asia
East and South East Asia	Asia oriental y sudoriental
<i>China, Hong Kong SAR</i>	<i>China, RAE de Hong Kong</i>
<i>China, Macao SAR</i>	<i>China, RAE de Macao</i>
Indonesia	Indonesia
Thailand	Tailandia
Near and Middle East	Cercano Oriente y Oriente Medio
Israel	Israel
Europe	Europa
Eastern Europe	Europa oriental
Ukraine	Ucrania
South Eastern Europe	Europa sudoriental
Romania	Rumania
Western & Central Europe	Europa occidental y central
Germany	Alemania
France	Francia
Spain	España
United Kingdom	Reino Unido
England	Inglaterra
United Kingdom (England and Wales)	Reino Unido (Inglaterra y Gales)
Oceania	Oceanía
Australia	Australia

New Zealand	Nueva Zelanda
15 and above	Mayores de 15
12 th Grade	12° grado
13, 15 and 17	13, 15 y 17
University students	Estudiantes universitarios
11 and above	Mayores de 11
14 and older	Mayores de 14
0,14 etc.	0,14 etc.
ARQ	CPIA
Monitoring the Future 2011	Monitoring the Future 2011
Monitoring the Future 2013 Overview: Key Findings on Adolescent Drug Use	Monitoring the Future 2013 Overview: Key Findings on Adolescent Drug Use
Central Registry of Drug Abuse	Registro Central de Abuso de Drogas
Illegal use of drugs and alcohol in Israel 2009	Illegal use of drugs and alcohol in Israel 2009
Seventh national epidemiological survey	Séptima encuesta epidemiológica nacional
Government	Gobierno
SDD Survey	Encuesta SDD
National report to EMCDDA	Informe nacional al EMCDDA
2010/11 British Crime Survey	2010/11 British Crime Survey
Drug Misuse: Findings from the 2010 to 2011 British Crime Survey	Drug Misuse: Findings from the 2010 to 2011 British Crime Survey
2010 National Drug Strategy Survey Report	2010 National Drug Strategy Survey Report
2007/08 New Zealand Alcohol and Drug Use Survey	2007/08 New Zealand Alcohol and Drug Use Survey

Nota: A los efectos del presente informe, las NSP incluyen la ketamina, que es diferente de otras NSP porque se utiliza ampliamente en la medicina humana y veterinaria, mientras que la mayoría de las NSP tienen un historial escaso o nulo de uso con fines médicos. Los dos puntos indican que no se dispone de datos.

Prevalence of use of Synthetic Cannabinoids* in the general and youth population (per cent)

REGION	SUB-REGION	COUNTRY	SURVEY YEAR	AGE OF POPULATION GROUP	LIFETIME PREVALENCE			PAST-YEAR PREVALENCE			PAST MONTH			SOURCE
					ALL	MALE	FEMALE	ALL	MALE	FEMALE	ALL	MALE	FEMALE	
Americas	North America	United States of America	2011	19-30				6.50	9.60	4.50				Monitoring the Future 2011
			2011	12th Grade			11.40							Monitoring the Future 2011
			2012	12th Grade			11.30							Monitoring the Future 2013 Overview: Key Findings on Adolescent Drug Use
			2013	12th Grade			7.90							Monitoring the Future 2013 Overview: Key Findings on Adolescent Drug Use
			2014	12th Grade			5.80							Monitoring the Future 2014
South America		Chile	2014	15-64	1.59	1.82	1.37	0.56	0.75	0.37	2.70		Décimo Primer Estudio Nacional de Drogas en Población General 2014	

REGION	SUB-REGION	COUNTRY	SURVEY YEAR	AGE OF POPULATION GROUP	LIFETIME PREVALENCE			PAST-YEAR PREVALENCE			PAST MONTH			SOURCE	
					ALL	MALE	FEMALE	ALL	MALE	FEMALE	ALL	MALE	FEMALE		
Europe	South-Eastern Europe	Croatia	2010-11	..	1.10						1.10			2012 National Report to the EMCDDA	
		Latvia	2011	15-64	2.50	3.70	1.40							2013 National Report to the EMCDDA	
	Western & Central Europe		2011	15-24	6.10									2013 National Report to the EMCDDA	
			2011	15-16	10.60	15.60	6.30							ARQ	
		2013	15-16	13.20	14.09	12.26								ESPAD methodological survey	
	Germany		2009	18-64	0.80	1.10	0.40							ARQ	
			2012	18-64	0.60	0.90	0.30							ARQ	
			2010	15-64	0.30	0.50	0.10	0.10	0.20			0.10	0.20	0.00	ARQ
		2010	15-19	4.10										2011 National Report to the EMCDDA	
	Spain		2010	14-18	1.10			0.80				0.50			Government
			2011	15-64	0.80			0.10				0.10			Government
			2012	14-18	1.40			1.00				0.60			Government
			2013	15-64	0.50			0.10				0.00			Government
	Sweden	2012	15-16		2.40	2.00							ARQ		
	United Kingdom (England and Wales)	2010-11	16-59				0.20							Drug Misuse: Findings from the 2010 to 2011 British Crime Survey	
		2010-11	16-24				0.40							Drug Misuse: Findings from the 2010 to 2011 British Crime Survey	
		2011-12	16-59				0.10							Drug Misuse: Findings from the 2011 to 2012 British Crime Survey	
Oceania	Australia	2013	14 and older		1.30									ARQ	
	New Zealand	2013	15+				1.70							2012/13 New Zealand Health Survey: Drug Module	

*Following their international control in 2015, the synthetic cannabinoids JWH-018 and AMB-201 no longer belong to the category of new psychoactive substances. However, in the context of prevalence of use surveys, it is not possible to differentiate between the synthetic cannabinoids which are and those which are not under international control.

Prevalencia del consumo de cannabinoides sintéticos* en la población en general y la población joven (porcentaje)

LIFE-TIME PREVALENCE	PREVALENCIA DURANTE LA VIDA
PAST-YEAR PREVALENCE	PREVALENCIA EN EL AÑO ANTERIOR
PAST MONTH	EN EL MES ANTERIOR
REGION	REGIÓN
SUB-REGION	SUBREGIÓN
COUNTRY	PAÍS
SURVEY YEAR	AÑO DE ESTUDIO
AGE OF POPULATION GROUP	EDAD DEL GRUPO DE POBLACIÓN
ALL	TODOS
MALE	HOMBRES
FEMALE	MUJERES
SOURCE	FUENTE
Americas	América
North America	América del Norte
United States of America	Estados Unidos de América
South America	América del Sur
Chile	Chile
Europe	Europa
South Eastern Europe	Europa sudoriental
Croatia	Croacia
Western & Central Europe	Europa occidental y central
Latvia	Letonia
Germany	Alemania
Spain	España
Sweden	Suecia
United Kingdom (England and Wales)	Reino Unido (Inglaterra y Gales)
Oceania	Oceanía
Australia	Australia
New Zealand	Nueva Zelanda
12 th Grade	12º grado
14 and older	Mayores de 14
1.59 etc.	1,59 etc.
Monitoring the Future 2011	Monitoring the Future 2011
Monitoring the Future 2013 Overview: Key Findings on Adolescent Drug Use	Monitoring the Future 2013 Overview: Key Findings on Adolescent Drug Use
2012 National Report to the EMCDDA	Informe Nacional al EMCDDA 2012
2013 National Report to the EMCDDA	Informe Nacional al EMCDDA 2013
ARQ	CPIA
ESPAD methodological survey	Encuesta metodológica del ESPAD
2011 National Report to the EMCDDA	Informe Nacional al EMCDDA 2011
Government	Gobierno
Drug Misuse: Findings from the 2010 to 2011 British Crime Survey	Drug Misuse: Findings from the 2010 to 2011 British Crime Survey
Drug Misuse: Findings from the 2011 to 2012 British Crime Survey	Drug Misuse: Findings from the 2011 to 2012 British Crime Survey
2012/13 New Zealand Health Survey: Drug Module	2012/13 New Zealand Health Survey: Drug Module

**Tras ser sometidos a fiscalización internacional en 2015, los cannabinoides sintéticos JWH-018 y AM-2201 ya no pertenecen a la categoría de nuevas sustancias psicoactivas. Sin embargo, en el contexto de las encuestas sobre la prevalencia del consumo, no se puede diferenciar entre los cannabinoides sintéticos que están sometidos a fiscalización internacional y los que no lo están.*

Prevalence of use of miscellaneous new psychoactive substances* in the general and youth populations (per cent)

REGION	SUB-REGION	COUNTRY	SUBSTANCE	SURVEY YEAR	AGE OF POPULATION GROUP	LIFE-TIME PREVALENCE			PAST-YEAR PREVALENCE			PAST MONTH			SOURCE	
						ALL	MALE	FEMALE	ALL	MALE	FEMALE	ALL	MALE	FEMALE		
Americas	North America	Canada	Salvia Divinorum	2011	15-64	1.60	2.2	1.1							ARQ, estimated	
			Salvia Divinorum	2010-11	15-16	2.90	8.50	5.80	3.80	5.50	2.00				ARQ	
	United States of America		Salvia Divinorum	2011	19-30				2.30	3.50	1.50				Monitoring the Future 2011	
			Salvia Divinorum	2014	12th Grade				1.80						Monitoring the Future 2014	
			Salvia Divinorum	2013	12th Grade				3.40						Monitoring the Future 2013 Overview: Key Findings on Adolescent Drug Use	
			Salvia Divinorum	2012	12th Grade				4.40						Monitoring the Future 2013 Overview: Key Findings on Adolescent Drug Use	
			Salvia Divinorum	2011	12th Grade				5.90						Monitoring the Future 2011	
			Salvia Divinorum	2010	12th Grade				5.50						Monitoring the Future 2011	
			Salvia Divinorum	2009	12th Grade				5.70						Monitoring the Future 2011	
			Khat	2008	18-40								1.84			Illegal use of drugs and alcohol in Israel 2009: Seventh national epidemiological survey
Asia	Near and Middle East		Khat	2008	12-18							6.65			Illegal use of drugs and alcohol in Israel 2009: Seventh national epidemiological survey	
			Khat	2006	12 and above				52.30	72.00	32.60				Towards Qat Demand Reduction (World Bank)	
	South-Eastern Europe	Croatia	Mephedrone	2010-11	..	0.30						1.50			2012 National Report to the EMCDDA	
Europe	Western Europe &	Hungary	Mephedrone	2011	16	6.00	5.80	6.30							ARQ	
		Ireland and Northern Ireland	Mephedrone	2010/11	15-64	2.00	3.10	0.90	1.10	1.90	0.30	0.10	0.10	0.10	0.00	Drug Prevalence Survey 2010/11: Regional Drug Task Force (Ireland) and Health & Social Care Trust (Northern Ireland) Results
	Central Europe	Ireland	Mephedrone	2010/11	15-64	2.00	3.10	0.90	1.10	1.90	0.30	0.10	0.10	0.10	0.00	Drug Prevalence Survey 2010/11: Regional Drug Task Force (Ireland) and Health & Social Care Trust (Northern Ireland) Results
		Ireland	Mephedrone	2010/11	15 - 34	4.30			2.20							Drug Prevalence Survey 2010/11: Regional Drug Task Force (Ireland) and Health & Social Care Trust (Northern Ireland) Results

REGION	SUB-REGION	COUNTRY	SUBSTANCE	SURVEY YEAR	AGE OF POPULATION GROUP	LIFE-TIME PREVALENCE			PAST-YEAR PREVALENCE			PAST MONTH			FEMALE SOURCE
						ALL	MALE	FEMALE	ALL	MALE	FEMALE	ALL	MALE	FEMALE	
		Latvia	Salvia Divinorum	2011	15-16	4.40	6.40	2.10							ARQ
		Malta	Mephedrone	2011	15-16	3.50	5.00	2.00							ARQ
			Ketamine	2009		0.80	1.10	0.40							ARQ
		Finland	MDPV	2010	15-69	0.10									ARQ
		Slovakia	Mephedrone	2010	15-64	0.00	0.10	0.00							ARQ
			Mephedrone	2010	15-19	1.70									2011 National Report to the EMCDDA
		Spain	Piperazines	2010	14-18	0.40			0.30			0.20			Government
			Piperazines	2011	15-64	0.10			0.00			0.00			Government
			Piperazines	2012	14-18	0.40			0.30			0.20			Government
			Piperazines	2013	15-64	0.00			0.00			0.00			Government
			Mephedrone	2010	14-18	0.40			0.30			0.20			Government
			Mephedrone	2012	14-18	0.50			0.30			0.20			Government
			Mephedrone	2013	15-64	0.10			0.00			0.00			Government
			Salvia Divinorum	2010	14-18										Government
			Salvia Divinorum	2011	15-64	0.90			0.20			0.10			Government
			Salvia Divinorum	2012	14-18	0.80			0.50			0.30			Government
			Salvia Divinorum	2013	15-64	0.50			0.10			0.00			Government
		United Kingdom (England and Wales)	BZP	2010-11	16-59				0.10						Drug Misuse: Findings from the 2010 to 2011 British Crime Survey
			BZP	2010-11	16-24				0.20						Drug Misuse: Findings from the 2010 to 2011 British Crime Survey
			Khat	2010-11	16-59				0.20						Drug Misuse: Findings from the 2010 to 2011 British Crime Survey

REGION	SUB-REGION	COUNTRY	SUBSTANCE	SURVEY YEAR	AGE OF POPULATION GROUP	LIFE-TIME PREVALENCE			PAST-YEAR PREVALENCE			PAST MONTH			
						ALL	MALE	FEMALE	ALL	MALE	FEMALE	ALL	MALE	FEMALE	ALL	MALE	FEMALE	SOURCE
			Mephedrone	2011-12	16-59				1.00	1.50	0.70				Drug Misuse: Findings from the 2011 to 2012 British Crime Survey
			Mephedrone	2011-12	16-24				3.30						Drug Misuse: Findings from the 2011 to 2012 British Crime Survey
			Mephedrone	2012-13	16-59	1.90			0.50						Drug Misuse: Findings from the 2012 to 2013 British Crime Survey
			Mephedrone	2012-13	16-24	4.50			1.60						Drug Misuse: Findings from the 2012 to 2013 British Crime Survey
			Mephedrone	2013-14	16-59	2.30	3.20	1.40	0.60						Drug Misuse: Findings from the 2013 to 2014 British Crime Survey
			Mephedrone	2013-14	16-24	6.30			1.90						Drug Misuse: Findings from the 2013 to 2014 British Crime Survey
			Mephedrone	2014-15	16-59	2.20			0.50			0.20			Drug Misuse: Findings from the 2014 to 2015 British Crime Survey
			Mephedrone	2014-15	16-24	5.30			1.90			0.50			Drug Misuse: Findings from the 2014 to 2015 British Crime Survey
			BZP	2011-12	16-59				0.10						Drug Misuse: Findings from the 2011 to 2012 British Crime Survey
			Salvia Divinorum	2012-13	16-59				0.30						Drug Misuse: Findings from the 2012 to 2013 British Crime Survey
			Salvia Divinorum	2012-13	16-24				1.10						Drug Misuse: Findings from the 2012 to 2013 British Crime Survey
			Salvia Divinorum	2013-14	16-59				0.50						Drug Misuse: Findings from the 2013 to 2014 British Crime Survey
			Salvia Divinorum	2013-14	16-24				1.80						Drug Misuse: Findings from the 2013 to 2014 British Crime Survey
Oceania	Oceania	New Zealand	BZP	2008	16-64	13.5	15.70	11.40	5.60	6.40	4.90				2007/08 New Zealand Alcohol and Drug Use Survey
			BZP	2008	16-17	19.9	15.50	24.30	13.40	9.50	17.30				2007/08 New Zealand Alcohol and Drug Use Survey

* Following their international control in 2015, mephedrone, MDPV and BZP no longer belong to the category of new psychoactive substances. However, as the data presented here refers to a time when these substances were not yet controlled internationally, information available on their prevalence of use was included in this table. Two dots indicate that data are not available.

Prevalencia del consumo de nuevas sustancias psicoactivas varias* en la población en general y la población joven (porcentaje)

LIFE-TIME PREVALENCE	PREVALENCIA DURANTE LA VIDA
PAST-YEAR PREVALENCE	PREVALENCIA EN EL AÑO ANTERIOR
PAST MONTH	EN EL MES ANTERIOR
REGION	REGIÓN
SUB- REGION	SUBREGIÓN
COUNTRY	PAÍS
SUBSTANCE	SUSTANCIA
SURVEY YEAR	AÑO DE ESTUDIO
AGE OF POPULATION GROUP	EDAD DEL GRUPO DE POBLACIÓN
ALL	TODOS
MALE	HOMBRES
FEMALE	MUJERES
SOURCE	FUENTE
Americas	América
North America	América del Norte
Canada	Canadá
United States of America	Estados Unidos de América
Asia	Asia
Near and Middle East	Cercano Oriente y Oriente Medio
Israel	Israel
Yemen	Yemen
Europe	Europa
South Eastern Europe	Europa sudoriental
Croatia	Croacia
Western & Central Europe	Europa occidental y central
Hungary	Hungría
Ireland and Northern Ireland	Irlanda e Irlanda del Norte
Latvia	Letonia
Malta	Malta
Finland	Finlandia
Slovakia	Eslovaquia
Spain	España
United Kingdom (England and Wales)	Reino Unido (Inglaterra y Gales)
Oceania	Oceanía
New Zealand	Nueva Zelanda
Mephedrone	Mefedrona
Ketamine	Ketamina
MDVP	MDVP
Piperazines	Piperazinas
BZP	BZP
12 th Grade	12º grado
12 and above	Mayores de 12 años
1.60 etc.	1,60 etc.
ARQ, estimated	CPIA, estimación
2011 National Report to the EMCDDA	Informe Nacional al EMCCDA 2011
Government	Gobierno

* Tras ser sometidas a fiscalización internacional en 2015, la mefedrona, la MDPV y la BZP ya no pertenecen a la categoría de nuevas sustancias psicoactivas. Sin embargo, como los datos presentados en el cuadro se refieren a un momento en que esas sustancias no estaban sometidas aún a fiscalización internacional, se incluyó en este cuadro la información disponible sobre la prevalencia de su consumo. Los dos puntos indican que no se dispone de datos.

Regulations for legal cannabis in five United States jurisdictions and Uruguay

	Alaska	Colorado	Oregon	Washington	Washington, D.C.	Uruguay
Legal process	Voter initiative, state statute	Voter initiative, amendment to state constitution	Voter initiative, state statute	Voter initiative, state statute	Voter initiative	Government initiative, national law
Title	Ballot Measure 2	Amendment 64	Measure 91	Initiative 502	Initiative 71	Law No. 19.172
Date passed	November 2014	November 2012	November 2014	November 2012	November 2014	December 2013
Date implemented	February 2015: Personal possession, consumption, cultivation Late-2016 (expected): Retail sales	December 2012: Personal possession, consumption, cultivation January 2014: Retail sales	July 2015: Personal possession, consumption, cultivation Oct. 1 2015: Retail sales through medical dispensaries Late-2016 (expected): retail sales through licensed retailers	December 2012: Personal possession, consumption July 2014: Retail sales	February 2015: Personal possession, consumption, cultivation	August 2014: Personal cultivation October 2014: Grower clubs Mid-2016: Pharmacy sales
Regulatory authority	Marijuana Control Board (Alcoholic Beverage Control Board)	Marijuana Enforcement Division (Department of Revenue)	Oregon Liquor Control Commission	Liquor and Cannabis Board (formerly the Liquor Control Board)	Not applicable	Instituto de Regulación y Control del Cannabis (IRCCA)
Minimum age	21	21	21	21	21	18
Residency requirement	None	None	None	None	None	Uruguayan citizenship or permanent Uruguayan residency required
Personal possession quantity	28.5 g	28.5 g	In public 28.5 g	28.5 g	57 g	40 g per month
Home cultivation	6 plants, 3 of which can be flowering	6 plants, 3 of which can be flowering	4 plants in flower	Not allowed	6 plants per person 12 plants per household, 3 of which can be flowering	6 plants in flower
Interpersonal sharing	28.5 g	28.5 g	28.5 g	Not allowed	28.5 g	Allowed within the home
Retail transaction limit	28.5 g	Residents: 28.5 g Non-residents: 7 g	7 g	28.5 g	Not applicable	40 g per month, 10 g per week (sale through pharmacies to registered users)
Retail pricing structure	Market	Market	Market	Market	Market	Government price controls

	Alaska	Colorado	Oregon	Washington	Washington, D.C.	Uruguay
Average retail price per gram after tax	No retail stores currently	\$11.50	\$10	\$10.00	Not applicable	Projected at \$1.20-\$1.30 (final price will be determined before the product is dispensed)
Maximum THC content	No maximum	No maximum	No maximum	No maximum	No maximum	15% maximum THC content (suggested criterion, not fixed by law)
Registration requirements	None	None	None	None	None	Yes, with IlicCA for any mode of access.
Commercial production	Licensed marijuana producers	Licensed marijuana cultivation facilities	Licensed marijuana producers	Licensed marijuana producers	None	Licensed marijuana producers
Commercial distribution	Licensed retail marijuana stores	Licensed retail marijuana stores	Licensed retail marijuana stores	Licensed retailers	None	Licensed pharmacies
Advertising	Final advertising regulations to be determined by the Alaska Department of Health and Social Services Division of Public Health	Restricted to media with no more than 30 per cent of the audience under the age of 21	Entry sign required on exterior of dispensaries Oregon Liquor Control Commission has authority to further regulate or prohibit advertising	Limited to one sign for retailers at business location	Not applicable, no commercial market	Prohibited
Taxation	\$50 excise tax per ounce on sales or transfers from cultivation facility to retail store or product manufacturer	15% excise tax on cultivation; 10% retail marijuana sales tax; 2.9% state sales tax; local sales taxes	No tax on retail sales from Oct. 2015-Dec. 2015; 25% sales tax after Jan. 5, 2016	July 2014-June 2014: 25% tax at each stage (production, processing, retail) July 2015: 37% sales tax	Not applicable, no commercial market	Tax is deferred, though IlicCA can impose tax in the future.
Cannabis clubs	Not explicitly allowed or prohibited; ban on in-store consumption repealed in Nov. 2015	Not allowed	Not allowed	Not allowed	Not allowed; currently under investigation by city task force.	Clubs with 15-45 members allowed to cultivate up to 99 plants, maximum 480 g of dried product per member per year
Medical cannabis	2000: Patient registry, possession, home cultivation	2000: Patient registry, possession, consumption 2010: Commercial production and sales	1999: Patient registry, possession, home cultivation	1999: Possession 2012: Home cultivation	2011: Patient registry	2014: Passed, but not yet effective

Regulaciones del cannabis legal en cinco jurisdicciones de los Estados Unidos y en el Uruguay

Alaska	Alaska
Colorado	Colorado
Oregon	Oregón
Washington	Washington
Washington D.C.	Washington D.C.
Uruguay	Uruguay
Legal process	Proceso legal
Title	Título
Date passed	Fecha de aprobación
Date implemented	Fecha de aplicación
Regulatory authority	Autoridad regulatoria
Minimum age	Edad mínima
Residency requirement	Requisito de residencia
Personal possession quantity	Cantidad para posesión personal
Home cultivation	Cultivo doméstico
Interpersonal sharing	Intercambio interpersonal
Retail transaction limit	Límite de la transacción al por menor
Retail pricing structure	Estructura de precios al por menor
Average retail price per gram after tax	Precio medio al por menor por gramo después de impuestos
Maximum THC content	Contenido máximo de THC
Registration requirements	Requisitos de registro
Commercial production	Producción comercial
Commercial distribution	Distribución comercial
Advertising	Publicidad
Taxation	Tributación
Cannabis clubs	Clubes de cannabis
Medical cannabis	Cannabis para fines médicos
Voter initiative, state statute	Iniciativa de los votantes, ley estatal
Ballot Measure 2	Propuesta legislativa 2
November 2014	Noviembre de 2014
February 2015: Personal possession, consumption, cultivation	Febrero de 2015: Posesión, consumo, cultivo personales
Late 2016 (expected): Retail sales	Finales de 2016 (previsión): Ventas al por menor
Marijuana Control Board (Alcoholic Beverage Control Board)	Junta de Control de la Marihuana (Junta de Control de Bebidas Alcohólicas)
None	Ninguno
28.5 g	28,5 gramos
6 plants, 3 of which can be flowering	6 plantas, de las que 3 pueden ser floridas
Market	Mercado
No retail stores currently	No hay tiendas de venta al por menor actualmente
No maximum	Ningún máximo
None	Ninguno
Licensed marijuana producers	Productores de marihuana con licencia
Licensed retail marijuana stores	Tiendas de venta al por menor de marihuana con licencia

Final advertising regulations to be determined by the Alaska Department of Health and Social Services Division of Public Health	La División de Salud Pública del Departamento de Servicios Sanitarios y Sociales de Alaska determinará los reglamentos definitivos sobre publicidad
\$50 excise tax per ounce on sales or transfers from cultivation facility to retail store or product manufacturer	Impuesto especial de 50 dólares por onza sobre las ventas o las transferencias de la instalación de cultivo a la tienda de venta al por menor o al fabricante de productos
Not explicitly allowed or prohibited; ban on in-store consumption repealed in Nov. 2015	Ni prohibidos ni permitidos explícitamente; prohibición del consumo en las tiendas revocada en noviembre de 2015
2000: Patient registry, possession, home cultivation	2000: Registro de pacientes, posesión, cultivo casero
Voter initiative, amendment to state constitution	Iniciativa de los votantes, modificación de la constitución estatal
Amendment 64	Enmienda 64
November 2012	Noviembre de 2012
December 2012: Personal possession, consumption, cultivation	Diciembre de 2012: Posesión, consumo, cultivo personales
January 2014: Retail sales	Enero de 2014: Ventas al por menor
Marijuana Enforcement Division (Department of Revenue)	División de Aplicación de la Ley sobre Marihuana (Departamento de Ingresos Fiscales)
Residents: 28.5 g Non-residents: 7 g	Residentes; 28,5 gramos No residentes: 7 gramos
\$11.50	11,50 dólares
Licensed marijuana cultivation facilities	Instalaciones de cultivo de marihuana con licencia
Licensed retail marijuana stores	Tiendas de venta al por menor de marihuana con licencia
Restricted to media with no more than 30 per cent of the audience under the age of 21	Limitada a los medios informativos con una audiencia de menores de 21 años no superior al 30%
15% excise tax on cultivation; 10% retail marijuana sales tax; 2.9% state sales tax; local sales tax	Impuesto especial del 15% sobre el cultivo; impuesto del 10% sobre las ventas al por menor de marihuana; impuesto estatal del 2,9% sobre las ventas; impuesto local sobre las ventas
Not allowed	No permitidos
2000: Patient registry, possession, consumption 2010: Commercial production and sales	2000: registro de pacientes, posesión, consumo 2010: producción y ventas comerciales
Voter initiative, state statute	Iniciativa de los votantes, ley estatal
Measure 91	Medida 91
November 2014	Noviembre de 2014
July 2015: Personal possession, consumption, cultivation	Julio de 2015: Posesión, consumo, cultivo personales
Oct. 1 2015: Retail sales through medical dispensaries	1 de octubre de 2015: Ventas al por menor a través de dispensarios médicos
Late 2016 (expected): retail sales through licensed retailers	Finales de 2016 (previsión): ventas al por menor a través de minoristas con licencia
Oregon Liquor Control Commission	Comisión de Control del Alcohol de Oregón
In public: 28.5 g	En público: 28,5 gramos
4 plants in flower	4 plantas en flor

\$10	10 dólares
Licensed marijuana producers	Productores de marihuana con licencia
Licensed retail marijuana stores	Tiendas de venta al por menor de marihuana con licencia
Entry sign required on exterior of dispensaries; Oregon Liquor Control Commission has authority to further regulate or prohibit advertising	Rótulo en la entrada necesario en el exterior de los dispensarios; la Comisión de Control del Alcohol de Oregon está autorizada a seguir regulando la publicidad o prohibirla
No tax on retail sales from Oct. 2015-Dec. 2015; 25% sales tax after Jan. 5, 2016	Ningún impuesto sobre las ventas al por menor de octubre a diciembre de 2015: impuesto del 25% sobre las ventas después del 5 de enero de 2016
1999: Patient registry, possession, home cultivation	1999: Registro de pacientes, posesión, cultivo casero
Voter initiative, state statute	Iniciativa de los votantes, ley estatal
Initiative 502	Iniciativa 502
November 2012	Noviembre de 2012
December 2012: Personal possession, consumption	Diciembre de 2012: Posesión, consumo personales
July 2014: Retail sales	Julio de 2014: Ventas al por menor
Liquor and Cannabis Board (formerly the Liquor Control Board)	Junta del Alcohol y el Cannabis (anteriormente Junta de Control del Alcohol)
Not allowed	No permitido
Not allowed	No permitido
Market	Mercado
\$10.00	10,00 dólares
No maximum	Ningún máximo
None	Ninguno
Licensed marijuana producers	Productores de marihuana con licencia
Licensed retailers	Vendedores al por menor con licencia
Limited to one sign for retailers at business location	Limitada a un rótulo para los minoristas en la ubicación
July 2014-June 2014: 25% tax at each stage (production, processing, retail) July 2015: 37% sales tax	Julio de 2014 a junio de 2014: Impuesto del 25% en cada etapa (producción, procesamiento, venta al por menor) Julio de 2015: Impuesto del 37% sobre las ventas
1999: Possession; 2012: Home cultivation	1999: Posesión; 2012: Cultivo casero
Voter initiative	Iniciativa de los votantes
Initiative 71	Iniciativa 71
November 2014	Noviembre de 2014
February 2015: Personal possession, consumption, cultivation	Febrero de 2015: Posesión, consumo, cultivo personales
Not applicable	No aplicable
57 g	57 gramos
6 plants per person, 12 plants per household, 3 of which can be flowering	6 plantas por persona, 12 plantas por hogar, de las que 3 pueden ser floridas
Not applicable	No aplicable
Market	Mercado
Not applicable	No aplicable
No maximum	Ningún máximo
None	Ninguno
None	Ninguna

Not applicable, no commercial market	No aplicable, no hay mercado comercial
Not allowed; currently under investigation by city task force	No permitidos; investigados actualmente por el grupo de tareas de la ciudad
2011: Patient registry	2011: Registro de pacientes
[Uruguay] Government initiative, national law	Iniciativa del Gobierno, ley nacional
Law No. 19.172	Ley núm. 19.172
December 2013	Diciembre de 2013
August 2014: Personal cultivation	Agosto de 2014: Cultivo personal
October 2014: Grower clubs	Octubre de 2014: Clubes de cultivadores
Mid-2016: Pharmacy sales	Mediados de 2016: Ventas en farmacias
Uruguayan citizenship or permanent Uruguayan residency required	Se requiere la ciudadanía uruguaya o la residencia permanente en el Uruguay
40 g per month	40 gramos al mes
6 plants in flower	6 plantas floridas
Allowed within the home	Permitido en el hogar
40 g per month, 10 g per week (sale through pharmacies to registered users)	40 gramos al mes, 10 gramos a la semana (venta a través de farmacias a consumidores registrados)
Government price controls	Controles de precios por el Gobierno
Projected at \$1.20-\$1.30 (final price will be determined before the product is dispensed)	Proyectado entre 1,20 y 1,30 dólares (el precio final se determinará antes de que el producto sea dispensado)
15% maximum THC content (suggested criterion, not fixed by law)	Contenido máximo de THC del 15% (criterio propuesto, no fijado por la ley)
Yes, with IRCCA for any mode of access	Sí, con el IRCCA para cualquier modalidad de acceso
Licensed marijuana producers	Productores de marihuana con licencia
Licensed pharmacies	Farmacias con licencia
Prohibited	Prohibida
Tax is deferred, though IRCCA can impose tax in the future	El impuesto se aplaza, aunque el IRCCA puede imponerlo en el futuro
Clubs with 15-45 members allowed to cultivate up to 99 plants, maximum 480 g of dried product per member per year	Los clubes con entre 15 y 45 socios pueden cultivar hasta 99 plantas, con un máximo de 480 gramos de producto seco por socio al año
2014: Passed, but not yet effective	2014: Aprobado, pero no vigente aún

Identified substances in waste-water, selected cities, 2011-2014 (milligram /1000 people/per day)*

Country/city/year	Benzoyllecgonine (COCAINE metabolite)			AMPHETAMINE			METHAMPHETAMINE			THC-COOH (CANNABIS metabolite)		
	min	max	mean	min	max	mean	min	max	mean	min	max	mean
Australia												
Canberra												
2014	35.24	97.86	61.07	20.23	27.38	24.54	99.45	120.46	109.10	-	-	-
Toowoomba												
2014	0.60	8.19	2.32	16.52	21.60	17.59	76.42	124.33	98.22	1.92	5.06	2.42
Belgium												
Antwerp D.												
2012	256.28	353.69	315.63	76.53	134.98	101.99	3.58	6.23	5.01	32.80	82.55	57.30
2013	329.26	683.98	442.72	90.16	157.75	117.96	5.19	10.32	6.64	60.01	134.39	79.53
2014	265.06	564.83	363.77	91.23	170.18	120.16	1.72	3.83	2.34	46.56	108.31	62.67
Antwerp Z.												
2011	589.73	919.91	721.18	211.52	318.89	277.18	3.79	6.50	5.46	-	-	-
2012	577.36	865.23	742.05	131.10	188.63	159.47	4.16	8.93	6.33	90.72	140.75	124.70
2013	712.15	1,053.75	836.79	166.19	202.24	185.11	3.63	7.66	5.76	118.57	142.90	129.62
2014	439.30	859.27	632.69	144.14	304.38	212.95	12.59	30.38	23.11	81.80	176.00	126.11
Brussels												
2011	115.82	244.04	184.32	22.18	57.57	35.39	-	-	-	-	-	-
2012	138.08	253.17	187.19	27.36	52.36	38.85	1.71	2.56	2.09	61.68	89.51	73.11
2013	179.39	276.49	223.81	16.89	34.58	24.80	0.98	2.63	1.71	63.39	117.17	89.47
Geraardsbergen												
2013	13.30	31.61	22.88	0.47	1.32	0.82	-	-	-	3.72	9.92	6.59
Koksijde												
2013	25.47	70.44	51.68	21.56	31.11	26.48	-	-	-	18.63	42.68	30.42
Ninove												
2013	71.28	140.09	106.20	78.41	185.48	111.94	-	-	-	25.95	67.67	39.95
2014	75.66	152.43	114.17	98.39	192.64	129.40	0.23	0.67	0.49	24.92	105.92	45.84
Bosnia and Herzegovina												
Sarajevo												
2013	18.31	44.62	30.58	26.15	80.77	52.42	-	-	-	33.08	46.15	39.77
Canada												
Granby												
2014	64.74	137.17	94.52	14.82	27.66	22.87	-	-	-	-	-	-

Country/city/year	Benzoyllecgonine (COCAINE metabolite)		AMPHETAMINE		METHAMPHETAMINE		THC-COOH (CANNABIS metabolite)			
Montreal										
2014	115.78	177.79	150.16	7.05	12.55	9.63	-	36.37	60.46	48.72
Croatia										
Zagreb										
2011	33.99	66.84	49.95	11.00	20.64	14.60	-	25.15	34.21	30.59
2012	53.52	103.36	69.80	7.25	20.35	12.13	-	40.31	49.16	44.71
2013	63.07	112.05	80.03	4.06	15.83	10.00	0.76	1.40	1.06	63.01
2014	59.26	106.05	77.43	9.48	23.62	15.65	0.62	1.51	0.77	89.66
Cyprus										
Limassol										
2013	11.73	18.79	13.92	1.12	2.22	1.69	2.68	4.88	3.48	-
Nicosia										
2013	39.24	81.44	61.00	2.73	4.03	3.34	1.12	2.02	1.50	-
Czech Republic										
Budweis										
2011	3.30	10.68	6.82	20.20	37.43	28.51	145.98	205.73	175.49	38.50
2012	3.16	6.89	5.25	7.46	25.52	20.13	59.24	146.33	106.45	30.66
2013	2.15	3.30	2.58	18.66	23.00	20.61	184.77	252.87	215.29	52.72
Prague										
2012	35.35	68.85	48.34	29.38	38.35	32.41	172.54	199.58	186.72	57.30
2013	36.03	85.50	51.45	34.08	40.41	36.25	308.91	350.64	326.60	73.46
Denmark										
Copenhagen										
2013	166.96	322.89	218.55	25.44	37.22	30.64	8.41	10.70	9.78	-
2014	258.65	495.45	341.80	-	-	-	-	-	-	-
Finland										
Espoo										
2014	4.39	7.52	6.23	41.53	60.07	48.63	2.75	4.73	3.52	-
Helsinki										
2011**	4.67	8.95	6.49	-	-	-	-	-	-	-
2012	4.78	19.96	9.27	30.21	59.08	43.73	16.81	35.79	23.74	-
2013**	6.68	14.95	9.80	66.78	127.34	94.52	-	-	-	-
2014	6.85	14.63	9.40	57.59	89.38	68.53	3.48	4.02	3.70	-
Joensuu										
2014	0.13	0.82	0.35	11.60	28.77	21.02	0.95	2.64	1.59	-

Country/city/year	Benzoyllecgonine (COCAINE metabolite)		AMPHETAMINE		METHAMPHETAMINE		THC-COOH (CANNABIS metabolite)		
Jyväskylä									
2014	0.14	0.34	0.25	45.77	54.91	49.87	1.32	1.77	1.49
Kotka									
2014	1.64	8.71	4.25	90.71	114.26	104.99	1.59	2.30	1.90
Kuopio									
2014	2.08	6.39	4.30	25.90	72.71	43.27	4.38	7.63	6.15
Lahti									
2014	7.34	13.89	11.08	110.66	166.96	139.62	2.21	61.64	12.78
Lappeenranta									
2014	0.37	3.38	1.74	18.79	29.79	22.88	0.67	1.29	0.93
Oulu									
2014	0.12	0.41	0.28	21.49	27.19	24.86	0.99	1.62	1.27
Rovaniemi									
2014	0.14	0.81	0.39	29.93	61.71	46.39	1.89	2.68	2.24
Savonlinna									
2014	0.33	0.90	0.55	12.42	28.62	19.63	10.13	52.66	31.56
Tampere									
2014	0.72	1.86	1.00	34.66	53.52	41.87	1.20	2.49	1.52
Turku									
2011**	2.39	3.60	2.97	-	-	-	-	-	-
2012	-	-	-	24.22	58.09	43.61	33.94	174.68	85.10
2013**	0.74	2.05	1.31	49.49	86.86	63.99	-	-	-
2014	1.19	1.87	1.49	47.58	86.62	62.39	3.04	4.81	3.66
Vaasa									
2014	0.41	1.27	0.85	30.48	57.25	42.60	1.74	4.71	3.79
France									
Fort-de-France D									
2014	804.63	1,869.12	1,094.83	-	-	-	-	-	294.04
Fort-de-France P									
2014	224.76	380.37	293.33	-	-	-	-	-	178.33
Paris									
2011	167.77	263.28	206.30	-	-	-	-	-	36.68
2012	122.40	356.31	215.42	-	-	-	-	-	104.32
2013	155.46	359.59	242.66	-	-	-	3.32	4.89	4.00
2014	171.92	318.70	233.96	-	-	-	-	-	102.39
									147.11
									121.36
									123.59
									117.46
									151.03
									208.80

Country/city/year	Benzoyllecgonine (COCAINE metabolite)	AMPHETAMINE	METHAMPHETAMINE	THC-COOH (CANNABIS metabolite)								
Germany												
Berlin												
2014	133.43	266.61	198.29	80.11	146.55	115.27	5.59	10.57	7.91	46.80	70.53	58.30
Dortmund												
2013	274.55	407.08	324.14	80.78	119.61	92.23	-	-	-	74.94	100.46	84.53
2014	150.62	310.79	243.26	85.25	181.30	138.29	-	-	-	42.63	92.77	74.52
Dresden												
2013	3.02	8.49	6.00	-	-	-	106.24	171.49	136.61	27.22	34.48	29.93
2014	6.79	9.98	8.39	9.64	33.00	22.01	114.98	159.80	133.02	24.84	45.73	31.32
Dülmen												
2013	26.18	93.38	48.43	50.16	91.00	62.85	-	-	-	38.27	84.64	59.79
2014	12.02	60.92	31.85	48.63	100.74	67.63	-	-	-	27.08	41.59	34.52
Munich												
2014	5.33	130.13	79.46	13.32	38.52	22.19	-	-	-	7.99	47.29	34.42
Greece												
Athens												
2013	47.08	75.26	59.21	12.03	18.92	16.05	3.90	5.65	4.76	25.13	230.02	103.56
2014	63.24	113.85	80.06	9.41	25.00	16.84	3.90	6.28	5.30	23.70	124.30	67.45
Italy												
Milan												
2011	199.89	314.56	238.85	4.43	15.47	11.05	41.37	63.47	48.68	24.60	41.55	27.61
2012	193.50	286.37	241.75	-	-	-	8.61	12.12	10.11	17.83	36.14	24.25
2013	177.79	288.68	233.17	-	-	-	4.13	8.38	5.93	18.49	37.02	24.91
2014	196.68	224.73	208.05	-	-	-	4.99	6.07	5.37	19.53	31.69	23.86
Netherlands												
Amsterdam												
2011	612.06	676.18	644.10	70.73	181.64	123.57	-	-	-	155.64	227.57	191.77
2012	429.58	951.28	650.49	17.15	35.57	27.59	3.69	10.82	6.41	138.31	219.61	178.95
2013	296.58	603.69	393.00	33.34	157.06	70.81	3.13	11.66	5.24	-	-	-
2014	626.72	830.81	716.38	23.82	155.41	89.94	1.31	5.08	2.96	273.45	1,016.30	469.37
Bendern												
2014	112.16	175.40	140.04	12.71	122.68	55.74	-	-	-	-	-	-

Country/city/year	Benzoyllecgonine (COCAINE metabolite)		AMPHETAMINE		METHAMPHETAMINE		THC-COOH (CANNABIS metabolite)					
Eindhoven												
2011	335.00	612.00	437.42	135.82	9,372.00	3,039.78	-	76.45	116.63	102.77		
2012	213.57	465.02	349.83	167.92	863.53	416.75	-	60.58	102.36	84.42		
2013	187.32	918.06	426.62	177.09	2,459.90	1,129.51	-	-	-	-		
2014	302.05	503.15	380.83	141.37	324.03	203.73	-	70.52	125.00	92.55		
Utrecht												
2011	253.67	468.92	356.34	54.04	103.67	83.46	-	85.75	128.67	109.17		
2012	274.72	456.43	344.77	38.51	60.42	46.67	0.82	119.15	169.13	133.29		
2013	102.79	324.48	199.16	29.80	76.41	46.52	-	-	-	-		
2014	184.65	258.01	220.20	42.07	268.21	111.06	-	47.67	159.19	93.99		
Norway												
Oslo												
2011	39.26	76.80	52.59	10.49	16.95	12.31	186.16	-	-	-		
2012	55.22	149.96	96.35	55.86	128.58	88.58	118.64	221.87	168.75	113.46		
2013	35.38	113.11	69.88	46.60	77.15	63.99	69.31	139.32	107.90	-		
2014	163.84	393.68	270.93	-	-	-	199.80	292.23	237.40	-		
Portugal												
Almada												
2014	38.91	71.23	54.49	0.38	2.69	1.06	0.38	1.59	0.65	26.52	54.98	45.05
Lisbon												
2013	86.51	135.10	106.82	-	-	-	-	-	-	-	-	
Serbia												
Belgrade												
2013	19.95	87.80	40.69	9.44	20.71	16.70	-	-	12.45	21.47	16.92	
Novi Sad												
2013	10.04	21.46	15.78	20.08	42.92	25.67	-	-	-	-	-	
Slovakia												
Bratislava												
2013	16.99	50.92	37.56	12.92	19.41	16.58	127.92	192.05	163.77	29.91	51.35	41.45
Piestany												
2013	2.37	6.38	3.23	11.86	18.96	13.99	108.20	163.44	123.80	15.66	25.97	20.92
Spain												
Barcelona												
2011	249.14	560.93	421.68	7.40	25.29	15.41	6.43	10.66	8.43	58.17	136.98	108.63

Country/city/year	Benzoyllecgonine (COCAINE metabolite)		AMPHETAMINE		METHAMPHETAMINE		THC-COOH (CANNABIS metabolite)					
2012	338.01	472.60	400.59	10.59	16.72	13.37	22.28	34.73	26.55	56.52	92.31	78.52
2013	366.92	722.27	537.99	16.22	27.99	21.11	24.83	28.48	26.52	105.23	148.03	126.09
2014	402.79	541.81	461.10	20.89	43.56	29.79	14.41	34.65	22.15	119.83	204.56	165.74
Castellon												
2011	226.85	565.54	371.57	-	-	-	-	-	-	28.61	139.29	101.73
2012	155.14	376.59	262.96	-	-	-	-	-	-	96.54	170.67	117.35
2013	112.30	300.83	174.51	4.45	10.42	8.60	-	-	-	40.00	73.94	55.74
2014	57.84	430.13	206.28	-	-	-	-	-	-	41.74	88.32	60.22
Santiago												
2011	115.20	319.67	211.22	22.29	41.20	33.84	-	-	-	36.57	138.20	78.79
2012	99.01	390.46	239.98	-	-	-	-	-	-	57.85	193.61	116.95
2013	84.01	216.24	130.21	-	-	-	-	-	-	38.16	76.38	56.72
2014	144.39	216.84	165.17	-	-	-	-	-	-	60.06	96.44	78.27
Valencia												
2011**	248.49	884.57	497.70	9.76	21.86	16.29	8.21	15.91	12.26	10.45	20.44	14.25
2013	312.99	582.11	401.50	5.31	11.64	7.96	0.96	1.47	1.16	56.30	92.18	67.72
2014	179.50	643.10	378.16	7.44	22.56	14.73	0.97	1.34	1.19	31.80	149.53	67.27
Sweden												
Gothenburg												
2012	16.86	42.75	25.30	75.15	124.98	87.14	36.58	62.57	50.04	-	-	-
2013	21.95	53.73	30.58	134.70	266.44	215.33	-	-	-	-	-	-
Stockholm												
2011	31.11	83.23	48.82	23.32	46.46	32.80	6.31	15.06	9.44	-	-	-
Umeå												
2011	0.51	4.87	2.63	7.22	22.16	13.82	1.29	4.37	2.93	-	-	-
2012	-	-	-	-	-	-	0.65	1.34	0.94	-	-	-
2013	2.58	7.44	5.07	13.22	48.85	29.99	-	-	-	-	-	-
Switzerland												
Basel												
2012	221.15	352.94	281.22	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2013	359.43	536.12	436.64	14.77	56.55	33.89	2.23	18.85	12.83	-	-	-
2014	404.31	609.73	453.47	10.18	32.56	16.56	12.63	16.22	14.13	-	-	-
Berne												
2012	224.03	323.60	265.50	26.41	45.19	33.05	3.79	24.69	19.55	-	-	-
2013	187.90	418.27	264.34	14.11	28.43	19.06	13.33	18.78	16.01	-	-	-

Country/city/year	Benzoyllecgonine (COCAINE metabolite)		AMPHETAMINE		METHAMPHETAMINE		THC-COOH (CANNABIS metabolite)				
2014	335.50	393.30	365.08	16.03	21.32	18.12	5.34	13.92	10.23	-	-
Biel											
2014	170.38	316.51	239.59	12.39	26.02	19.31	3.89	29.57	19.07	-	-
Chur											
2014	101.24	210.57	130.65	1.09	14.08	8.47	1.09	5.55	2.14	57.24	104.82
Geneva											
2012	272.61	502.62	341.15	14.88	70.98	38.96	-	-	-	-	-
2013	281.92	664.09	373.45	-	-	-	-	-	-	-	-
Lausanne											
2014	242.43	460.52	311.89	4.80	13.41	7.26	2.21	6.41	3.81	73.62	215.27
Lugano											
2014	185.86	299.11	240.60	-	-	-	-	-	-	35.84	79.26
Luzern											
2014	240.78	593.17	337.36	17.03	42.70	25.18	7.76	14.60	10.20	77.27	137.60
Neuchatel											
2014	74.47	146.38	105.81	7.37	14.35	10.53	22.39	46.05	33.38	103.44	173.43
Sion											
2014	60.41	93.04	71.09	-	-	-	1.27	3.31	1.63	69.96	114.30
St.Gallen											
2012	186.59	275.16	225.32	-	-	-	-	-	-	-	-
2013	293.21	470.28	380.47	-	-	-	7.76	41.39	16.55	-	-
2014	252.59	492.31	350.99	12.09	172.55	65.13	2.09	9.07	5.05	-	-
Winterthur											
2014	266.59	508.27	329.85	14.03	26.58	19.85	2.63	11.07	7.92	-	-
Zurich											
2012	368.17	552.99	436.86	-	-	-	-	-	-	-	-
2013	526.12	877.20	678.79	13.15	65.13	42.65	2.63	21.26	16.65	-	-
2014	445.62	834.48	598.27	13.33	53.27	25.65	17.38	25.39	21.79	-	-
United Kingdom											
Bristol											
2014	183.79	369.63	248.30	70.91	92.42	82.99	1.52	2.78	2.05	-	-
London											
2011	335.15	532.41	392.71	26.31	46.20	37.60	6.54	13.72	8.18	-	-
2013	421.04	978.90	710.65	-	-	-	2.01	17.09	8.94	-	-
2014	660.29	852.05	737.33	-	-	-	-	-	-	-	-

Source: Sewage Analysis CORE Group Europe (SCORE).

* Note: population normalized loads found over a one week period in waste-water. ** Results could not be validated by the SCORE project because of no interlab data or failing interlab test.

Sustancias detectadas en aguas residuales, determinadas ciudades, 2011-2014 (miligramos/1000 habitantes/día)*

Country/city/year	País/ciudad/año
Benzoyllecgonine (COCAINE metabolite)	Benzoilecgonina (metabolito de la COCAÍNA)
AMPHETAMINE	ANFETAMINA
METHAMPHETAMINE	METANFETAMINA

THC-COOH (CANNABIS metabolite)	THC-COOH (metabolito del CANNABIS)
min	mín.
max	máx.
mean	media
35.24 etc.	35,24 etc.
Australia	Australia
Canberra	Canberra
Toowoomba	Toowoomba
Belgium	Bélgica
Antwerp D.	Amberes D.
Antwerp Z.	Amberes Z.
Brussels	Bruselas
Geraardsbergen	Geraardsbergen
Koksijde	Koksijde
Ninove	Ninove
Bosnia and Herzegovina	Bosnia y Herzegovina
Sarajevo	Sarajevo
Canada	Canadá
Granby	Granby
Montreal	Montreal
Croatia	Croacia
Zagreb	Zagreb
Cyprus	Chipre
Limassol	Limassol
Nicosia	Nicosia
Czech Republic	República Checa
Budweis	Budweis
Prague	Praga
Denmark	Dinamarca
Copenhagen	Copenhague
Finland	Finlandia
Espoo	Espoo
Helsinki	Helsinki
Joensuu	Joensuu
Jyväskylä	Jyväskylä
Kotka	Kotka
Kuopio	Kuopio
Lahti	Lahti
Lappeenranta	Lappeenranta
Oulu	Oulu
Rovaniemi	Rovaniemi
Savonlinna	Savonlinna
Tampere	Tampere
Turku	Turku
Vaasa	Vaasa
France	Francia
Fort-de-France D	Fort-de-France D
Fort-de-France P	Fort-de-France P
Paris	París
Germany	Alemania
Berlin	Berlín
Dortmund	Dortmund
Dresden	Dresde

Dülmen	Dülmen
Munich	Múnich
Greece	Grecia
Athens	Atenas
Italy	Italia
Milan	Milán
Netherlands	Países Bajos
Amsterdam	Ámsterdam
Bendern	Bendern
Eindhoven	Eindhoven
Utrecht	Utrecht
Norway	Noruega
Oslo	Oslo
Portugal	Portugal
Almada	Almada
Lisbon	Lisboa
Serbia	Serbia
Belgrade	Belgrado
Novi Sad	Novi Sad
Slovakia	Eslovaquia
Bratislava	Bratislava
Piestany	Piestany
Spain	España
Barcelona	Barcelona
Castellon	Castellón
Santiago	Santiago
Valencia	Valencia
Sweden	Suecia
Gothenburg	Gotemburgo
Stockholm	Estocolmo
Umeå	Umeå
Switzerland	Suiza
Basel	Basilea
Berne	Berna
Biel	Biel
Geneva	Ginebra
Lausanne	Lausana
Lugano	Lugano
Luzern	Lucerna
Neuchatel	Neuchatel
Sion	Sion
St. Gallen	St. Gallen
Winterthur	Winterthur
United Kingdom	Reino Unido
Bristol	Bristol
London	Londres

Fuente: Sewage Analysis CORE Group Europe (SCORE).

* Nota: cargas normalizadas en función de la población detectadas durante un periodo de una semana en las aguas residuales.

** El proyecto SCORE no pudo validar los resultados debido a la falta de datos entre laboratorios o a no superar el ensayo entre laboratorios.

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.

África septentrional: 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, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía 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: Arabia Saudita, Bahrein, Emiratos Árabes Unidos, Estado de Palestina, Iraq, Israel, Jordania, Kuwait, Líbano, Omán, Qatar, República Árabe Siria 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, 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 drogas, las que las consumen diariamente o las que padecen trastornos relacionados con el consumo de drogas (consumo nocivo o drogodependencia) diagnosticados sobre la base de criterios clínicos contenidos en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (cuarta edición) de la American Psychiatric Association, o en la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (décima revisión) de la Organización Mundial de la Salud.

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 pertenecen al grupo de sustancias denominadas anfetaminas que incluye la anfetamina, la metanfetamina, la metcatinona y las sustancias del grupo del éxtasis (3,4-metilendioximetanfetamina (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 sujetos a prescripción médica) 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).

Personas que sufren trastornos relacionados con el consumo de drogas/personas con trastornos por consumo de drogas – Subconjunto de las personas que consumen drogas. Las personas con trastornos por consumo de drogas necesitan tratamiento, atenciones sanitarias y sociales y rehabilitación. La dependencia es un trastorno relacionado con el consumo de drogas.

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.

Prevención del consumo de drogas y tratamiento de los trastornos relacionados con el consumo de drogas – El objetivo de la “prevención del consumo de drogas” es prevenir o retrasar el inicio del consumo de drogas, así como la transición a trastornos relacionados con el consumo de drogas. Cuando exista un trastorno relacionado con el consumo de drogas, se precisa tratamiento, cuidados y rehabilitación.