

**Comisión de Estupefacientes****55º período de sesiones**

Viena, 12 a 16 de marzo de 2012

Tema 6 a) del programa provisional provisional*

Aplicación de la Declaración política y el Plan de Acción sobre cooperación internacional en favor de una estrategia integral y equilibrada para contrarrestar el problema mundial de las drogas: reducción de la demanda y medidas conexas**Situación mundial con respecto al uso indebido de drogas****Informe de la Secretaría***Resumen*

En el presente informe se resume la información más reciente de que dispone la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito en relación con la demanda ilícita de drogas en el mundo y la promoción de estrategias orientadas a la rehabilitación y la reintegración en respuesta a los trastornos relacionados con el consumo de drogas y sus consecuencias. El informe se preparó en cumplimiento de lo dispuesto en los tratados de fiscalización internacional de drogas, así como en las resoluciones 53/16 y 54/5 de la Comisión de Estupefacientes. En comparación con las estimaciones correspondientes a 2008, no parece haber habido un cambio importante en la prevalencia, ni en el número de personas que utilizaron drogas ilícitas en 2009. A nivel mundial, se estima que entre un 3,4% y un 6,2 % de las personas de 15 a 64 años de edad, o sea, entre 149 millones y 272 millones de personas, utilizaron una droga ilícita por lo menos una vez en el año anterior. Las nuevas tendencias observadas en el mundo se exponen en la sección I, que explica el contexto del consumo de drogas. En la sección II se ofrecen resúmenes regionales. La sección III contiene un panorama general de las actividades realizadas por los Estados Miembros para promover estrategias orientadas a la rehabilitación y la reintegración en respuesta a los trastornos relacionados con el consumo de drogas y sus consecuencias. En la sección IV figuran las conclusiones y recomendaciones.

* E/CN.7/2012/1.



I. Las nuevas tendencias mundiales

1. El presente informe contiene un resumen de la información más actualizada de que dispone la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) sobre la demanda ilícita de drogas en el mundo, según los datos comunicados por los Estados Miembros en el cuestionario para los informes anuales y otras fuentes. Las nuevas tendencias observadas durante este último año son las siguientes:

- El consumo de las drogas tradicionales, como la heroína y la cocaína, está tendiendo a estabilizarse o a disminuir. Esto es particularmente evidente en Europa y América del Norte.
- Hay señales de un consumo creciente de cocaína en África y Asia.
- El consumo de cannabis está disminuyendo en Europa, pero está teniendo un nuevo auge entre los jóvenes de América del Norte, África y Asia.
- El consumo de estimulantes de tipo anfetamínico está aumentando, principalmente en Asia y América del Sur.
- Tras algunos años de descenso, ha vuelto a crecer también el uso de “éxtasis”, sobre todo en Europa y América del Sur.
- El uso no médico de los opioides sintéticos y de venta con receta y de los estimulantes de venta con receta genera una preocupación creciente, especialmente en América del Norte, Europa y Oceanía.
- La introducción de productos sintéticos más nuevos, los llamados “euforizantes legales” o “colocones legales”, como las sales baño y los cannabinoides sintéticos de la marca Spice, que se fabrican con precursores no sometidos a fiscalización internacional y que producen los mismos efectos que las drogas sometidas a fiscalización, está planteando un problema de salud pública.

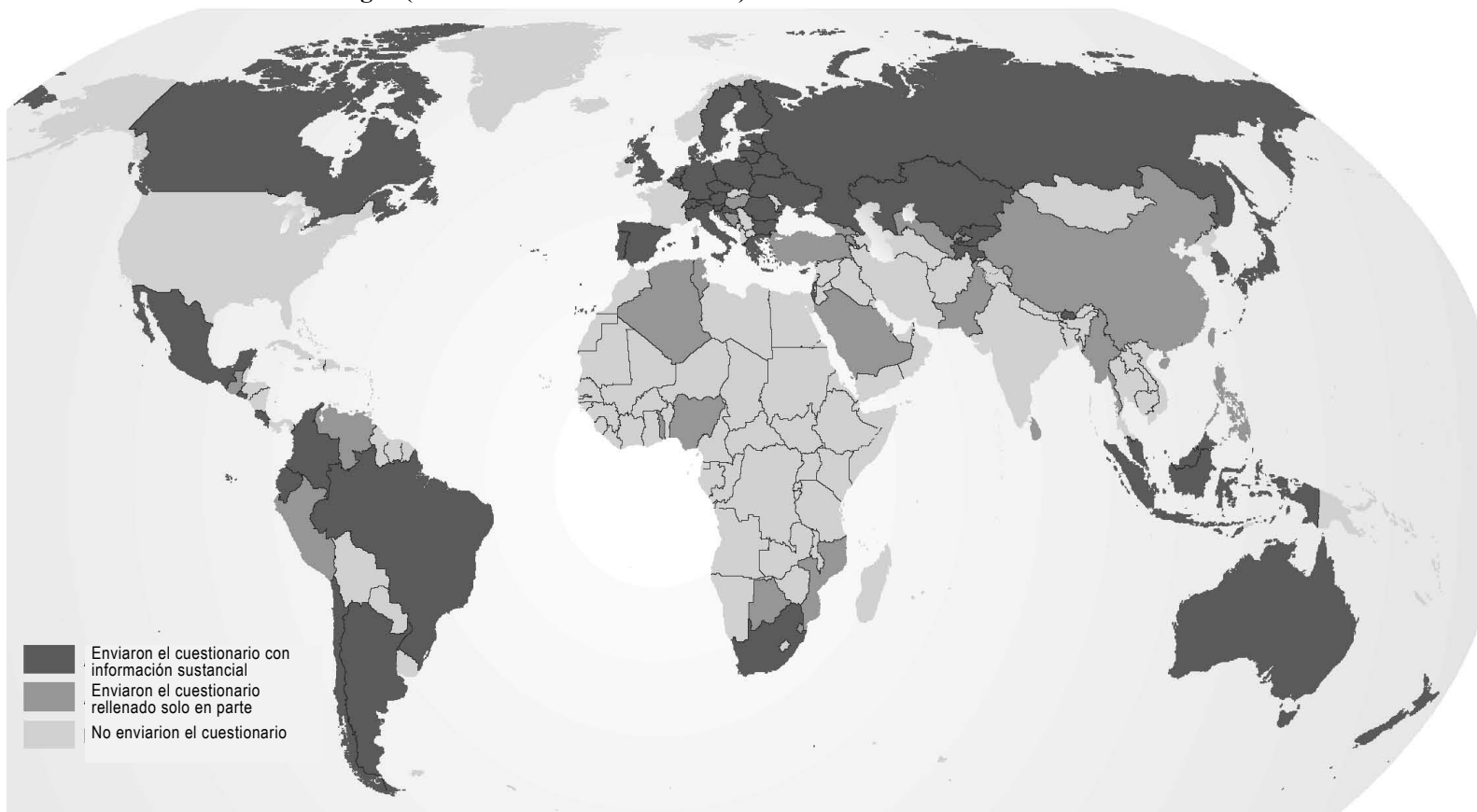
2. En 2009, uno de cada cinco usuarios de drogas inyectables vivía con el VIH y, según los informes, casi la mitad de esas personas que se inyectaban drogas estaban infectadas por el virus de la hepatitis C. Se estima que, a nivel mundial, entre 104.000 y 263.000 defunciones podrían ser atribuibles al consumo de drogas. La mayoría de las muertes que podrían haberse evitado fueron casos de sobredosis letales en usuarios de opioides. El uso indebido de los estimulantes de tipo anfetamínico está creciendo, en particular en América Latina y Asia, con aumentos del abuso de metanfetamina en partes de Asia Oriental y Sudoriental y del de anfetaminas en el Cercano Oriente y el Oriente Medio. El uso no médico de opioides sintéticos y de venta con receta, de benzodiazepinas y de estimulantes de venta con receta suscita creciente preocupación. Del mismo modo, la introducción de sustancias sintéticas más nuevas, fabricadas con precursores que no están sometidos a fiscalización internacional, también plantea nuevos problemas de salud pública. En la mayoría de las regiones sigue habiendo grandes carencias en la asistencia y el tratamiento basados en pruebas objetivas de la drogodependencia, y se estima que solo entre el 12% y el 30% de los consumidores de drogas problemáticos recibieron tratamiento en 2009. Sigue faltando información actualizada y objetiva sobre la mayoría de los indicadores epidemiológicos del

consumo de drogas, y la tasa de respuesta al cuestionario para los informes anuales aún es baja. La inexistencia de sistemas sostenibles de información sobre las drogas y de observatorios de las drogas continúa obstaculizando la vigilancia de las tendencias actuales y nuevas del consumo de drogas en la mayoría de las regiones, así como la aplicación y evaluación de las respuestas basadas en las pruebas disponibles para combatir la demanda de drogas.

3. El cuestionario revisado para los informes anuales fue aprobado por la Comisión de Estupefacientes en la continuación de su 54° período de sesiones, con el objetivo y la expectativa de mejorar tanto la tasa de respuesta como la calidad de la información sobre la situación del uso indebido de drogas comunicada por los Estados Miembros. De los 192 Estados Miembros y 15 territorios a los que se envió el cuestionario, 82 habían enviado sus respuestas a la parte del cuestionario que se refiere al alcance, las pautas y las tendencias del uso indebido de drogas (tercera parte del cuestionario) al mes de noviembre de 2011, lo que representa una tasa de respuesta de cerca del 40%. De esas respuestas recibidas, el 60% contenía información sustancial, es decir, respondía a por lo menos la mitad de las preguntas principales, mientras que más de un tercio contenía poca información. Falta información procedente de muchas partes de África, Asia y el Pacífico, de algunas partes de América Latina y de países en que las drogas son un problema importante (véase el mapa 1). Como la tasa de respuesta al cuestionario para los informes anuales ha disminuido a lo largo de los años, se está intentando complementar la información obtenida a través del cuestionario con datos tomados de otras fuentes nacionales y regionales y de las publicaciones científicas.

Mapa 1

Estados Miembros que utilizaron el cuestionario para los informes anuales para proporcionar datos correspondientes a 2010 sobre la demanda ilícita de drogas (al mes de noviembre de 2011)



Nota: Los límites, los nombres y las denominaciones que figuran en este mapa no cuentan necesariamente con la aprobación o aceptación oficial de las Naciones Unidas.

La línea de puntos representa aproximadamente la Línea de Control en Jammu y Cachemira convenida por la India y el Pakistán. El estatuto definitivo de Jammu y Cachemira aún no ha sido acordado por las partes.

A. El contexto del consumo ilícito de drogas

4. Para comprender a fondo la situación, es imprescindible examinar las diferentes dimensiones del fenómeno del consumo ilícito de drogas. Ello supone entender el alcance de ese consumo entre la población en general, el alcance de los trastornos causados por el uso de drogas, la drogodependencia y el uso de drogas problemático, y las consecuencias sanitarias de ese uso, que se reflejan en las solicitudes de tratamiento y en la información sobre la morbilidad relacionada con las drogas (por ejemplo, las infecciones por el VIH y otras infecciones de transmisión sanguínea) y sobre la mortalidad entre los usuarios de drogas ilícitas. En el presente informe se procura proporcionar información sobre estos aspectos.

B. Alcance del consumo de drogas

5. Las encuestas sobre el uso de drogas realizadas entre la población en general, así como entre los jóvenes, dan una evaluación objetiva del alcance y la naturaleza del consumo de drogas en un determinado país. Dado el ámbito de las encuestas, todos los países que efectúan encuestas sobre el uso de drogas entre la población, a excepción de tres¹, las repiten solo cada 3 a 5 años. Sin embargo, muchos países en desarrollo no han realizado nunca una encuesta de ese tipo y se basan principalmente en la información reunida por conducto de los usuarios de drogas registrados² o mediante evaluaciones rápidas efectuadas para intentar comprender la situación del uso de drogas.

¹ El Canadá, los Estados Unidos de América y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte.

² Este grupo puede incluir a los usuarios registrados en los servicios de salud o por los organismos de represión como resultado de medidas administrativas o punitivas relacionadas con el consumo de drogas.

Número estimado de personas de 15 a 64 años de edad que consumieron drogas ilícitamente durante el año precedente, por regiones y subregiones, 2009

Región o subregión	Usuarios de cannabis		Usuarios de opioides		Usuarios de cocaína		Usuarios de drogas del grupo anfetamínico		Usuarios de "éxtasis"	
	Cifra inferior	Cifra superior	Cifra inferior	Cifra superior	Cifra inferior	Cifra superior	Cifra inferior	Cifra superior	Cifra inferior	Cifra superior
África	21 630 000	59 140 000	940 000	3 750 000	940 000	4 420 000	1 180 000	8 150 000	390 000	1 900 000
África del Norte	4 780 000	10 620 000	130 000	550 000	30 000	50 000	^a	^a	^a	^a
África Occidental y Central	11 380 000	31 840 000	420 000	1 090 000	550 000	2 300 000	^a	^a	^a	^a
África Oriental	2 340 000	8 870 000	150 000	1 790 000	^a	^a	^a	^a	^a	^a
África Meridional	3 130 000	7 810 000	240 000	320 000	270 000	730 000	280 000	780 000	190 000	300 000
Américas	40 950 000	42 860 000	12 960 000	14 590 000	8 280 000	8 650 000	5 170 000	6 210 000	3 770 000	4 020 000
América del Norte	32 520 000	32 520 000	11 950 000	13 320 000	5 690 000	5 690 000	3 460 000	3 460 000	3 210 000	3 210 000
América Central	550 000	610 000	110 000	230 000	120 000	140 000	320 000	320 000	20 000	30 000
Caribe	440 000	2 060 000	60 000	100 000	110 000	330 000	30 000	530 000	20 000	240 000
América del Sur	7 410 000	7 630 000	850 000	940 000	2 360 000	2 480 000	1 340 000	1 890 000	520 000	530 000
Asia	31 340 000	67 970 000	6 760 000	12 520 000	400 000	2 300 000	4 330 000	38 230 000	2 390 000	17 330 000
Asia Oriental y Sudoriental	5 440 000	24 160 000	2 870 000	5 050 000	400 000	1 070 000	3 480 000	20 870 000	1 480 000	6 920 000
Asia Meridional	16 830 000	28 110 000	1 420 000	3 380 000	^a	^a	^a	^a	^a	^a
Asia Central	1 950 000	2 260 000	350 000	350 000	^a	^a	^a	^a	^a	^a
Cercano Oriente y Oriente Medio	6 060 000	12 360 000	2 120 000	3 730 000	40 000	650 000	460 000	4 330 000	^a	^a
Europa	28 730 000	29 250 000	3 270 000	3 730 000	4 300 000	4 750 000	2 540 000	3 180 000	3 680 000	3 920 000
Europa Occidental y Central	22 750 000	22 860 000	1 170 000	1 400 000	3 990 000	4 090 000	2 030 000	2 120 000	2 490 000	2 560 000
Europa Oriental y Sudoriental	5 980 000	6 380 000	2 100 000	2 330 000	310 000	660 000	510 000	1 050 000	1 190 000	1 370 000
Oceanía	2 160 000	3 460 000	100 000	190 000	330 000	400 000	470 000	640 000	850 000	920 000
Total mundial	124 810 000	202 680 000	24 030 000	34 780 000	14 250 000	20 520 000	13 690 000	56 410 000	11 080 000	28 090 000

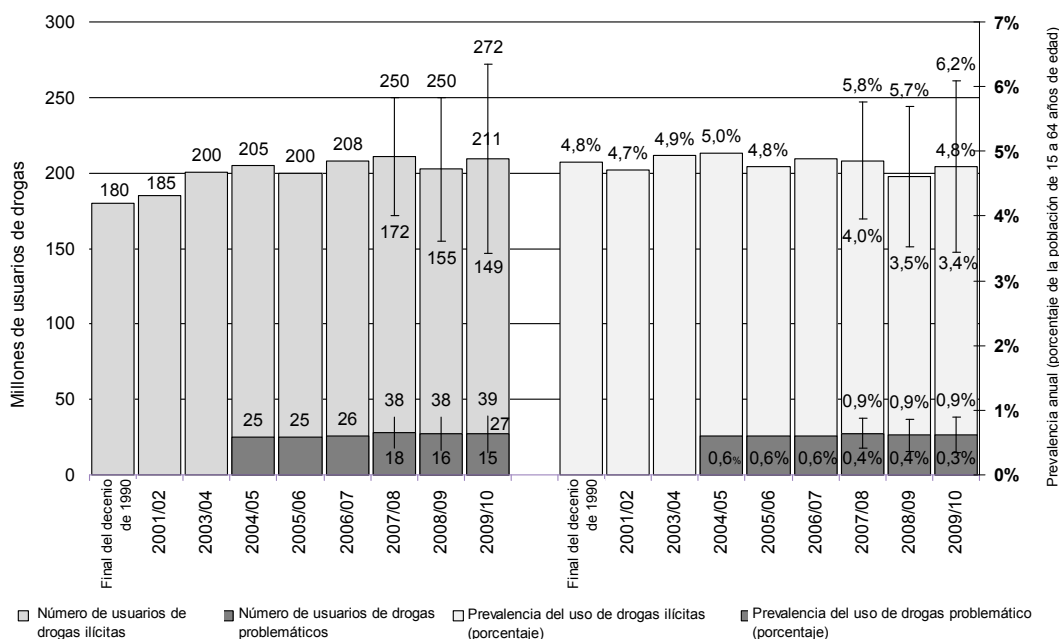
Fuente: Informe Mundial sobre las Drogas 2011 (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.11.XI.10).

^a No es posible calcular una estimación.

6. En 2009, entre el 3,4% y el 6,2% de las personas de 15 a 64 años de edad, o sea, entre 149 millones y 272 millones de personas, habían consumido una droga ilícita por lo menos una vez durante el año precedente. Estas estimaciones son muy parecidas a las de años anteriores. Las cifras de los usuarios de drogas comprenden a los consumidores experimentales u ocasionales, así como un número menor pero importante de usuarios de drogas problemáticos o con dependencia.

Gráfico I

Prevalencia anual del uso de drogas ilícitas, del final del decenio de 1990 hasta 2009/10



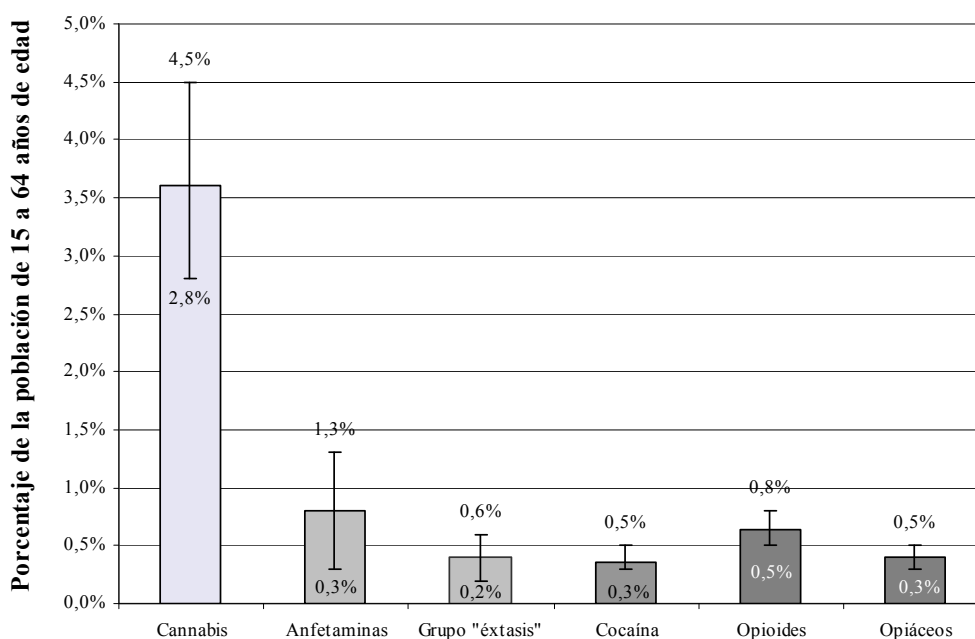
Fuente: Informe Mundial sobre las Drogas 2011 (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.11.XI.10).

7. El cannabis sigue siendo la sustancia sometida a fiscalización más ampliamente utilizada en el mundo, con un número estimado de consumidores de entre 125 millones y 203 millones de personas (del 2,8% al 4,5% de la población de 15 a 64 años de edad). Oceanía (principalmente Australia y Nueva Zelanda), América del Norte y Europa Occidental y Central siguen siendo las regiones con la mayor prevalencia de uso de cannabis. Contrariamente a la opinión de antes de que el cannabis es una sustancia que no causa gran daño, cada vez son más los consumidores de cannabis que piden tratamiento por trastornos debidos al consumo de esta droga y la morbilidad psiquiátrica conexas.

8. Los estimulantes de tipo anfetamínico son la segunda clase de drogas más utilizada en el mundo, por encima de la heroína y la cocaína. En 2009, entre 13,7 millones y 56,4 millones de personas (entre el 0,3% y el 1,3% de la población de 15 a 64 años de edad) habían consumido sustancias del grupo anfetamínico el año precedente, y entre 11 millones y 28 millones (entre el 0,2% y el 0,6%) habían utilizado sustancias del grupo “éxtasis”. El tipo de sustancias del grupo

anfetamínico utilizado en las diferentes regiones varía considerablemente. En Asia Oriental y Sudoriental y en Oceanía, la principal sustancia empleada es la metanfetamina. En todo el Cercano Oriente y el Oriente Medio se consumen tabletas con anfetamina que se venden como Captagon. En Europa, los usuarios de sustancias del grupo anfetamínico consumen principalmente anfetamina (aunque hay señales de que la metanfetamina podría estar reemplazando a la anfetamina en algunas partes de Europa), mientras que en América del Norte los consumidores de estimulantes suelen utilizar metanfetamina y estimulantes de venta con receta. En África, el uso de sustancias del grupo anfetamínico puede comprender principalmente el consumo de estimulantes de venta con receta.

Gráfico II

Prevalencia anual del consumo de drogas en el mundo

Fuente: *Informe Mundial sobre las Drogas 2011* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.11.XI.10).

9. Las sustancias del grupo "éxtasis" incluyen principalmente la metilendioximetanfetamina (MDMA) y sus análogos, y su uso está asociado frecuentemente a los entornos de recreación y esparcimiento, como los clubes nocturnos y las fiestas que duran la noche entera. Por consiguiente, la prevalencia del uso indebido es particularmente alta entre los jóvenes de las sociedades ricas, y las tasas más altas se registran en Oceanía, América del Norte y Europa. En años anteriores, muchos países europeos habían notificado una merma en la disponibilidad de "éxtasis", pero los informes más recientes indican un posible repunte y una creciente pureza del "éxtasis" disponible en Europa³.

³ "Amphetamines and Ecstasy 2011 Global Amphetamine-type Stimulants Assessment" (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta E.11.XI.13).

10. Se estima que, a nivel mundial, entre 24,6 millones y 36,8 millones de usuarios de opioides consumieron alguno de los opioides por lo menos una vez durante el año precedente (entre el 0,5% y el 0,8% de las personas de 15 a 64 años de edad). Si bien el consumo de heroína se ha estabilizado, en niveles de prevalencia altos, como el opioide de uso más común, el consumo de opioides ha evolucionado de manera diferente en distintos países. En América del Norte, América del Sur y Oceanía (Nueva Zelanda y Australia en particular), el abuso o el uso indebido de los opioides de venta con receta constituyen ahora el problema principal, mientras que el consumo de heroína es limitado. En Europa, la heroína es el principal opioide utilizado y algunos países han notificado el uso indebido de opioides de venta con receta, aunque el alcance de ese uso indebido en Europa debe investigarse más a fondo. En Europa Oriental y, en cierta medida, en Europa Sudoriental, además del consumo de heroína, es común también el uso de preparaciones fabricadas localmente, como el *kompot*⁴, la *cherniashka*⁵ o el *krokodil*⁶. En los países que tradicionalmente cultivan la adormidera y en algunos de sus países vecinos, en particular el Afganistán, el Irán (República Islámica del), Myanmar y la República Democrática Popular Lao, la práctica común es consumir opio en lugar de heroína. Esta última es el principal opioide utilizado en África y Asia, pero también hay indicaciones de que se ha vuelto común el uso indebido de los opioides de venta con receta. Los opioides siguen siendo con mucho el tipo de droga que causa más daño, en términos del aumento de las solicitudes de tratamiento y de las infecciones por el VIH y de otro tipo, y de los frecuentes casos de sobredosis y muerte entre quienes abusan de ellos.

11. En 2009, entre 14,3 millones y 20,5 millones de adultos (personas de 15 a 64 años de edad) habían consumido cocaína por lo menos una vez en el año precedente, lo que corresponde a un porcentaje de entre el 0,3% y el 0,5 % de la población adulta mundial. La mayoría de los indicadores (como las solicitudes de tratamiento, las consultas en los servicios de urgencia y los casos de sobredosis) apuntan a que la cocaína es la segunda droga más problemática en el mundo. Aunque la prevalencia del uso de cocaína sigue siendo alta, las tendencias se mantienen estables en la mayoría de los mercados de cocaína afirmados de América Central, América del Sur y Europa, y van en disminución en América del Norte. Por otro lado, la situación es diferente en algunas partes de Asia, el Oriente Medio y África Occidental, donde las mayores confiscaciones de cocaína notificadas indican que el uso de esta droga podría aumentar en lugares donde se había mantenido bajo o era poco frecuente.

12. Aunque no se dispone de cifras mundiales del uso no médico de medicamentos de venta con receta distintos de los opioides y las anfetaminas, el consumo de estos medicamentos, que incluyen tranquilizantes y sedantes, parece ser un problema de salud creciente, con tasas de prevalencia superiores a las de muchas de las drogas sometidas a fiscalización en algunos países. Los informes indican que el uso no médico de los medicamentos de venta con receta es común entre los adultos jóvenes, las mujeres, los pacientes de edad y los profesionales de la salud. Otra preocupación importante es que los consumidores de drogas múltiples entre los usuarios de drogas ilícitas, que son cada vez más numerosos, utilizan medicamentos

⁴ Un preparado crudo que se fabrica con paja de adormidera y se inyecta.

⁵ Se produce mezclando adormidera cultivada localmente con anhídrido acético.

⁶ Se fabrica a partir de codeína, yodo y fósforo rojo.

de venta con receta junto con la droga ilícita de su elección para intensificar los efectos de la droga principal o sustituyen la droga ilícita de su elección por medicamentos de venta con receta en caso de interrupción temporal del suministro.

13. En Europa y en otras partes del mundo se están descubriendo y utilizando en medida creciente distintos “euforizantes legales”, que son sustancias sintéticas procesadas químicamente para que queden al margen de las medidas de fiscalización internacional. Las más notables de estas sustancias son el análogo de la metcatinona llamado 4-metil-metcatinona (conocido también como “mefedrona”) y la metilendioxipirovalerona (MDPV), que a menudo se venden como “sales de baño” o “alimentos vegetales” y que se utilizan como sustitutos de drogas estimulantes sometidas a fiscalización tales como la cocaína o el “éxtasis”. Del mismo modo, los derivados de la piperazina, como la *N*-bencilpiperazina (BZP) y la 1-(3-trifluorometilfenil)piperazina (TFMPP), también se venden como sustitutos del “éxtasis”. Desde 2008 se han descubierto asimismo, en las mezclas de hierbas para fumar⁷, varios cannabinoides sintéticos comercializados con nombres de marca tales como Spice y que producen efectos parecidos a los del cannabis pero contienen productos que no están sometidos a fiscalización internacional. Además, se han señalado otras sustancias sintéticas no sometidas a fiscalización internacional que se están usando para obtener efectos parecidos a los de las drogas fiscalizadas o como sucedáneos de estas, principalmente en Europa y América del Norte, pero también en otras regiones. Estas sustancias comprenden los indanos, los benzodifuranilos, los analgésicos estupefacientes (como la codeína, para su transformación en *krokodil*, o desomorfinina, en la Federación de Rusia), los derivados sintéticos de la cocaína, la ketamina (sustancia común en Asia Sudoriental) y los derivados de la fenciclidina⁸.

C. Consecuencias del consumo de drogas

Uso de drogas problemático

14. El alcance del uso de drogas problemático, por ejemplo el uso de drogas inyectables, y las estimaciones del número de personas drogodependientes o que consumen drogas regularmente son indicadores importantes para determinar los costos y las consecuencias del uso de drogas. Se estima que en 2009 entre 15 millones y 39 millones de personas, o sea entre el 0,3% y el 0,9% de la población adulta (de 15 a 64 años de edad) eran usuarios de drogas problemáticos. Una elevada proporción de ellos consumía opioides y/o cocaína. Además, se estima que, en todo el mundo, 16 millones de personas (de 11 millones a 21 millones) se inyectan drogas⁹. Se estima también que más de una cuarta parte de los usuarios de drogas inyectables se encuentran en Europa Occidental y Oriental y en Asia Meridional, Oriental y Sudoriental. Según los informes, las principales sustancias

⁷ *Informe Mundial sobre las Drogas 2011* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.11.XI.10).

⁸ *The State of the Drugs Problem in Europe: Annual Report 2011* (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, noviembre de 2011).

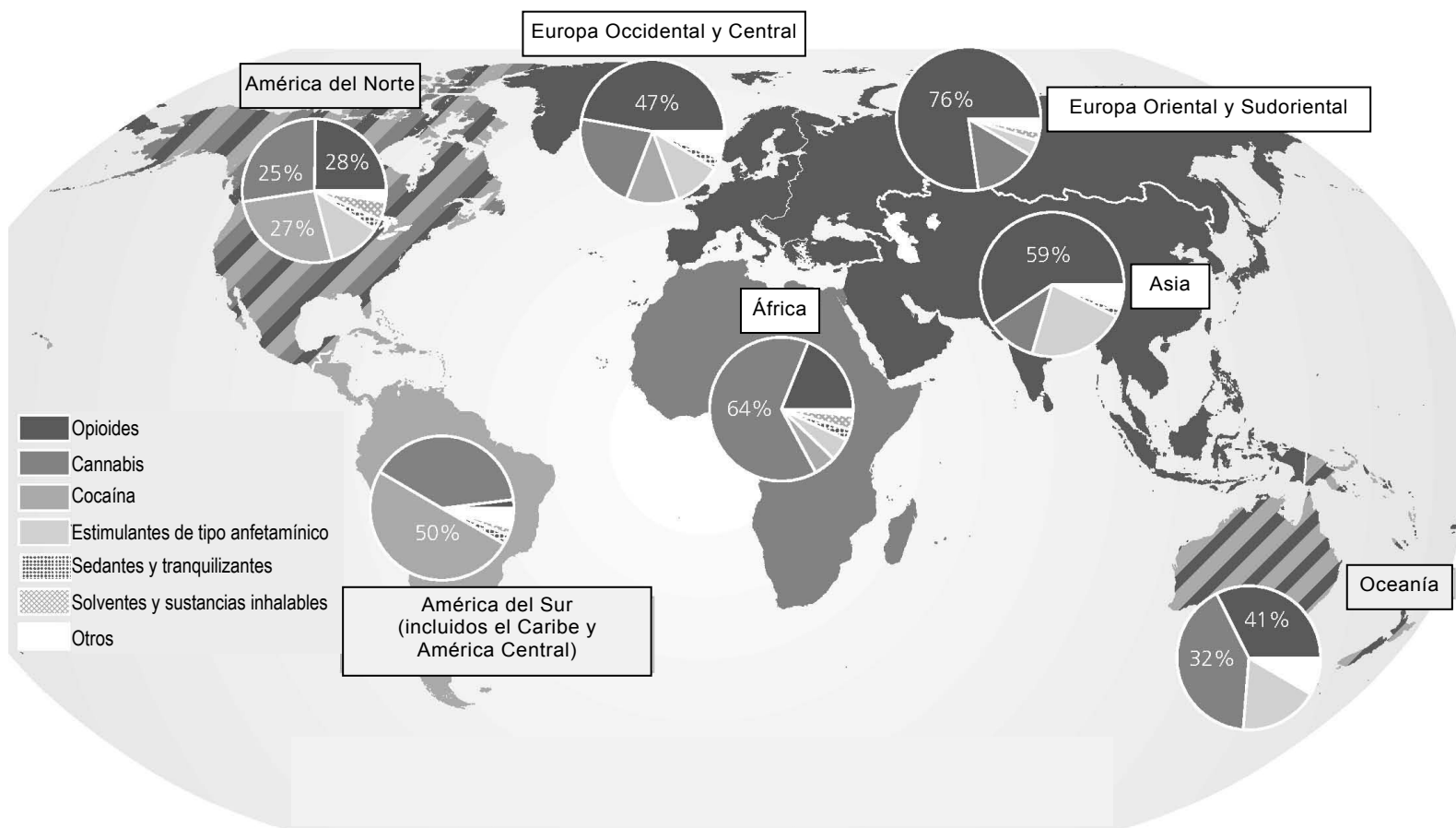
⁹ Grupo de Referencia de las Naciones Unidas sobre el VIH y el consumo de drogas por inyección (estimaciones de 2008).

que se inyectan son opioides, especialmente heroína, estimulantes de tipo anfetamínico, como la metanfetamina, y cocaína “crack”.

Solicitudes de tratamiento

15. Las solicitudes de tratamiento son otro indicador del uso de drogas problemático, que también revela los tipos de sustancias que causan problemas particulares en un país o región. A pesar de la disponibilidad de servicios que ofrecen tratamiento y cuidados para la drogodependencia y de su cobertura, en 2009 el número de personas que recibieron tratamiento por trastornos causados por el consumo de drogas ascendió a 4,7 millones. Esto representa entre el 12% y el 30% del número estimado de usuarios de drogas problemáticos del mundo e indica una importante carencia en la prestación de servicios y una necesidad no satisfecha de tratamiento y asistencia para los consumidores de drogas. En la mayoría de las regiones se sabe cuáles son las principales drogas problemáticas. En Europa y Asia los opioides sigue siendo las más importantes de estas drogas (véase el mapa 2). En algunos países asiáticos, los estimulantes de tipo anfetamínico, como la metanfetamina en Asia Sudoriental y las tabletas que contienen anfetamina y se venden como Captagon en el Oriente Medio, son las drogas problemáticas predominantes que se notifican en los centros de tratamiento. La demanda de tratamiento de la dependencia de estimulantes de tipo anfetamínico también es notable en Oceanía (particularmente en Australia y Nueva Zelanda), América del Norte y Europa Occidental y Central. En América del Sur, la cocaína es la droga principal en el número mayor de los casos (el 50%) que se señalan para tratamiento. En África, las solicitudes de tratamiento por trastornos relacionados con el cannabis son aún mayores (el 60% de todos los tratamientos administrados en 2009), y lo mismo ocurre en Oceanía, América del Norte y América del Sur.

Mapa 2
Principales drogas problemáticas según las solicitudes de tratamiento, por región



Notas: Los porcentajes son promedios no ponderados de las solicitudes de tratamiento en los países informantes.

Número de países que comunicaron datos: África (26); América del Norte (3); América del Sur, incluidos el Caribe y América Central (26); Asia (42); Europa Oriental y Sudoriental (11); Europa Occidental y Central (33); Oceanía (3).

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

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

Fuente: Informe Mundial sobre las Drogas 2011 (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.11.XI.10).

Infección por el VIH y otras infecciones

16. Los comportamientos sexuales y de inyección arriesgados entre los usuarios de drogas son un problema de salud pública importante debido al alto riesgo de infección por el VIH y por los virus de la hepatitis B y C. Esto afecta en particular a los grupos de población marginados y más expuestos. Se estima que en 2010 había en el mundo 34 millones de personas que vivían con el VIH: de un total estimado de 16 millones de personas que se inyectaban drogas, alrededor de 3 millones, o sea aproximadamente una quinta parte, vivía con el VIH. Exceptuando el África al sur del Sáhara, el uso de drogas inyectables causó alrededor de una tercera parte de las nuevas infecciones por el VIH notificadas en 2010¹⁰. Si bien el uso de agujas y jeringas contaminadas por los usuarios de drogas inyectables ha sido la principal causa de las infecciones por el VIH, varios estudios indican que el consumo de cocaína, cocaína “crack” y estimulantes de tipo anfetamínico por vías de administración distintas de la inyección también está asociado con un mayor riesgo de infección por el VIH, especialmente debido a las relaciones sexuales sin protección¹¹.

17. La prevalencia de la infección por el virus de la hepatitis C entre los usuarios de drogas inyectables de todo el mundo también es muy alta, y según los informes la mitad de los usuarios de estas drogas están infectados por el virus. De 51 países que comunicaron la prevalencia de la infección por la hepatitis C en 2009, 13 señalaron tasas superiores al 70% entre los usuarios de drogas inyectables. Asimismo, se estimaba que el 22% de los usuarios de estas drogas estaban infectados por el virus de la hepatitis B. Esto significa que 3,5 millones de usuarios de drogas inyectables estaban infectados por la hepatitis B.

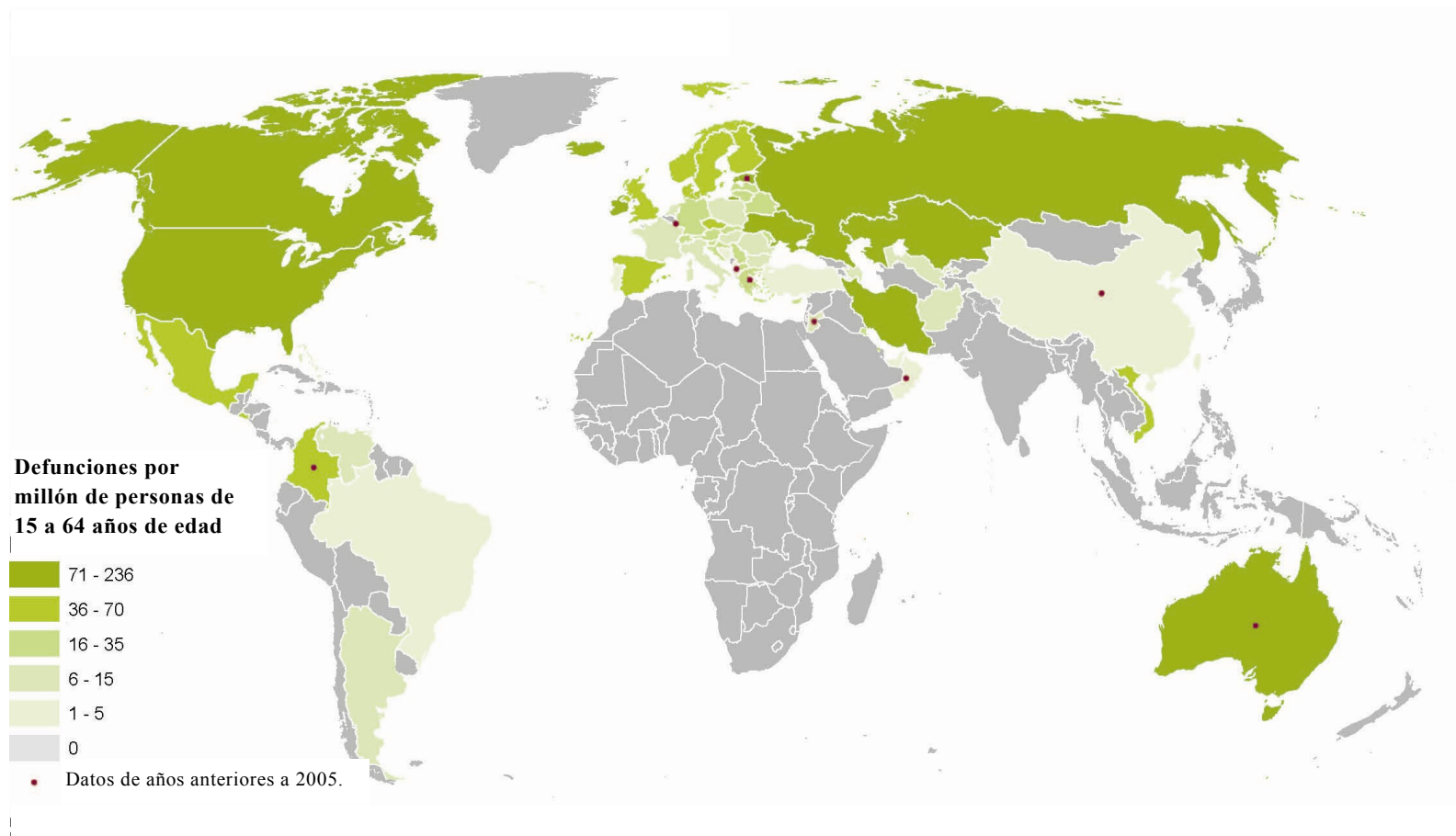
Mortalidad relacionada con las drogas

18. Las defunciones relacionadas con el uso de drogas ilícitas pueden deberse a sobredosis letales, suicidios, accidentes sufridos bajo la influencia de las drogas, muertes de usuarios de drogas inyectables debidas a la infección por el VIH o al SIDA u otras infecciones, o muertes causadas por enfermedades asociadas con el consumo de drogas por periodos prolongados. Según los datos recopilados por la UNODC, en 2009 se produjeron entre 104.000 y 263.000 muertes relacionadas con drogas, lo que significa que entre 23,1 y 58,7 muertes por millón de personas de 15 a 64 años de edad fueron atribuibles al consumo de drogas. Cerca de la mitad de las defunciones señaladas se debieron a sobredosis letales. En África, Asia, Europa y Oceanía, los opioides son el principal tipo de droga asociado con las muertes relacionadas con drogas, mientras que en las Américas lo es la cocaína. Las incongruencias en el registro de las defunciones relacionadas con las drogas, así como la notificación incompleta de esas muertes en muchas regiones, dificultan considerablemente la estimación de la magnitud real del problema.

¹⁰ Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), *Informe para el Día Mundial del SIDA 2011* (Ginebra, 2011).

¹¹ G. Golfax y otros, “Amphetamine-group substances and HIV”, *The Lancet*, vol. 376, núm. 9739 (7 de agosto de 2010).

Mapa 3
Defunciones relacionadas con las drogas, 2009



Nota: Los límites, los nombres y las denominaciones que figuran en este mapa no cuentan necesariamente con la aprobación o aceptación oficial de las Naciones Unidas.

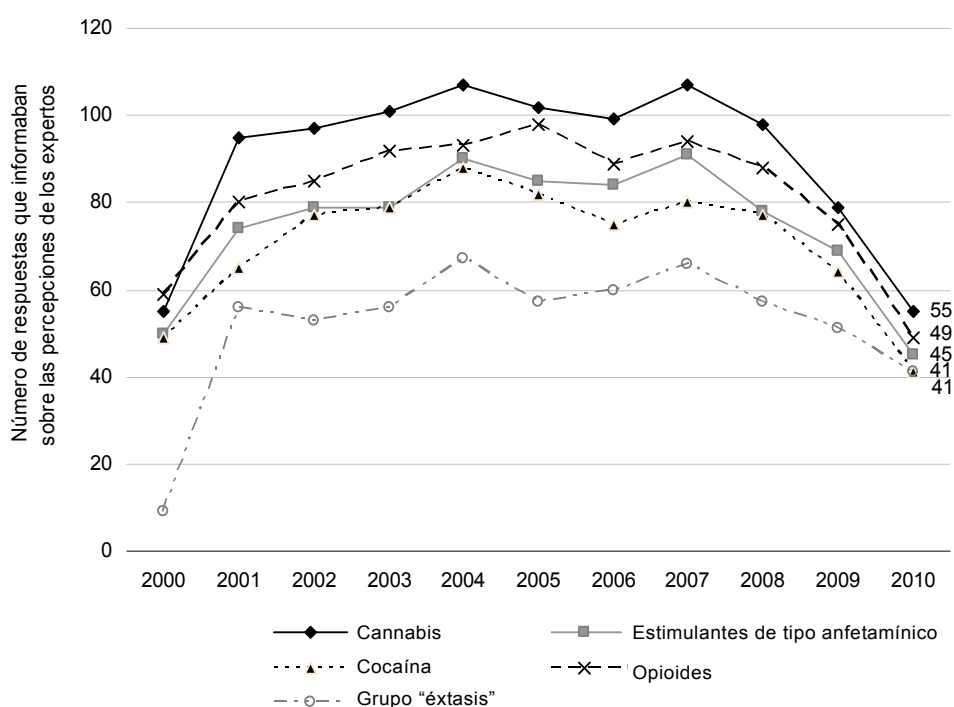
La línea de puntos representa aproximadamente la Línea de Control en Jammu y Cachemira convenida por la India y el Pakistán. El estatuto definitivo de Jammu y Cachemira aún no ha sido acordado por las partes.

D. Percepción del consumo de drogas

19. Junto con las estadísticas sobre el consumo de drogas y los daños que causa, las percepciones de los expertos sobre los cambios en el uso de drogas pueden proporcionar información cualitativa útil acerca de las tendencias regionales y mundiales. Puesto que esas percepciones pueden no basarse siempre en datos objetivos, hay que interpretarlas con cautela. En 2010, de los 82 Estados Miembros y territorios que respondieron al cuestionario para los informes anuales, casi la mitad comunicó las percepciones de los expertos sobre las tendencias del uso de drogas. Como se puede observar en el gráfico III, desde 2007 se ha registrado un descenso sistemático del número de Estados Miembros que presentan el cuestionario y del número que comunica las percepciones de los expertos sobre las tendencias del consumo de drogas.

Gráfico III

Número de Estados Miembros que comunicaron datos sobre las percepciones de los expertos, por grupos de drogas, 2000-2010



Fuente: Cuestionario para los informes anuales de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito.

20. En general, en todo el mundo se observan tendencias prácticamente estables en el uso de cocaína y opioides, mientras que una mayor proporción de países considera que el uso de cannabis y estimulantes de tipo anfetamínico está aumentando. Esto ocurre especialmente en África, con el cannabis, en Asia, con el cannabis y los estimulantes de tipo anfetamínico, y en América Latina, con los estimulantes de tipo anfetamínico y los opioides.

Gráfico IV
Número de países que señalaron haber observado un aumento, una disminución o un nivel estable en el consumo de cocaína, 2000-2010
 (Al 14 de diciembre)

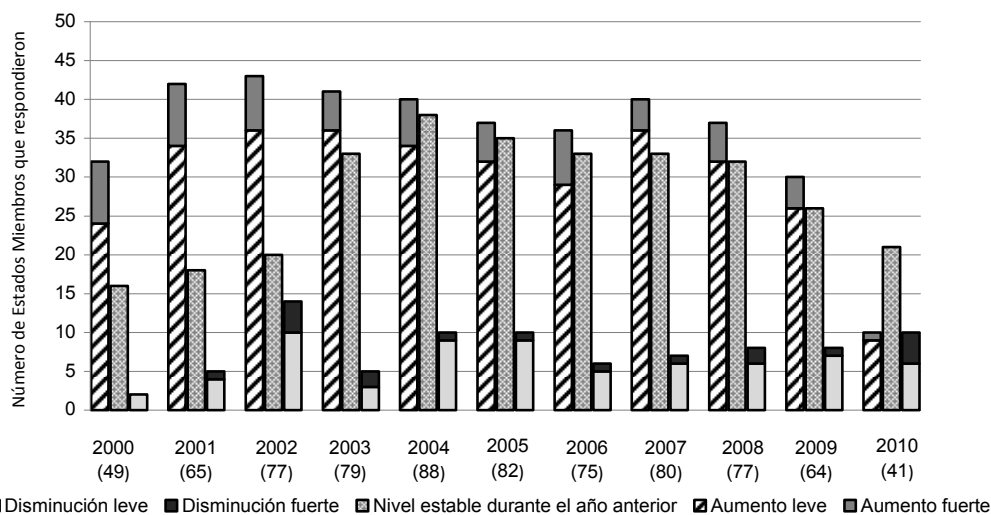


Gráfico V
Número de países que señalaron haber observado un aumento, una disminución o un nivel estable en el consumo de opioides, 2000-2010
 (Al 14 de diciembre)

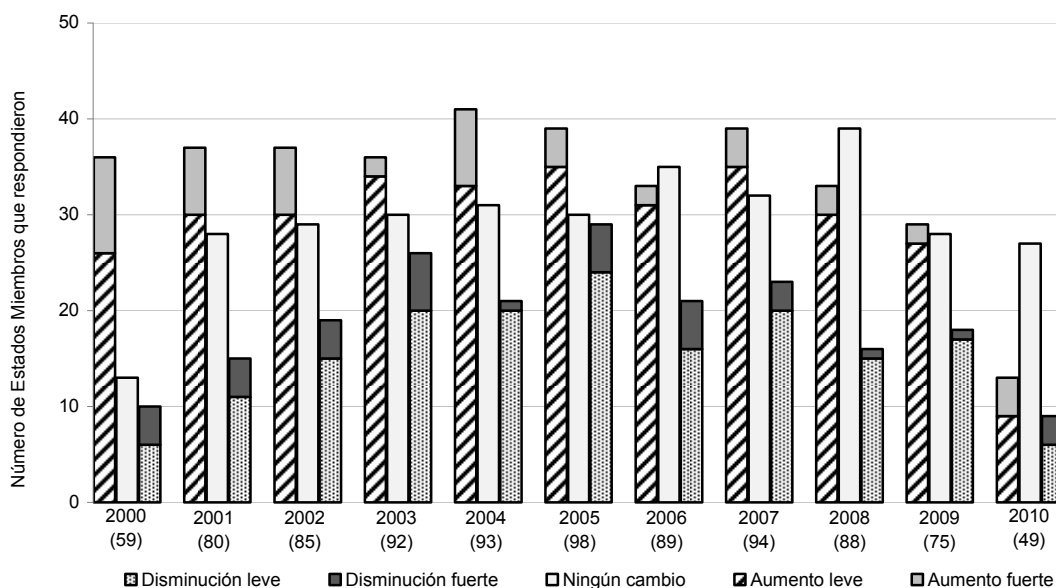


Gráfico VI
Número de países que señalaron haber observado un aumento, una disminución o un nivel estable en el consumo de estimulantes de tipo anfetamínico, 2000-2010
 (Al 14 de diciembre)

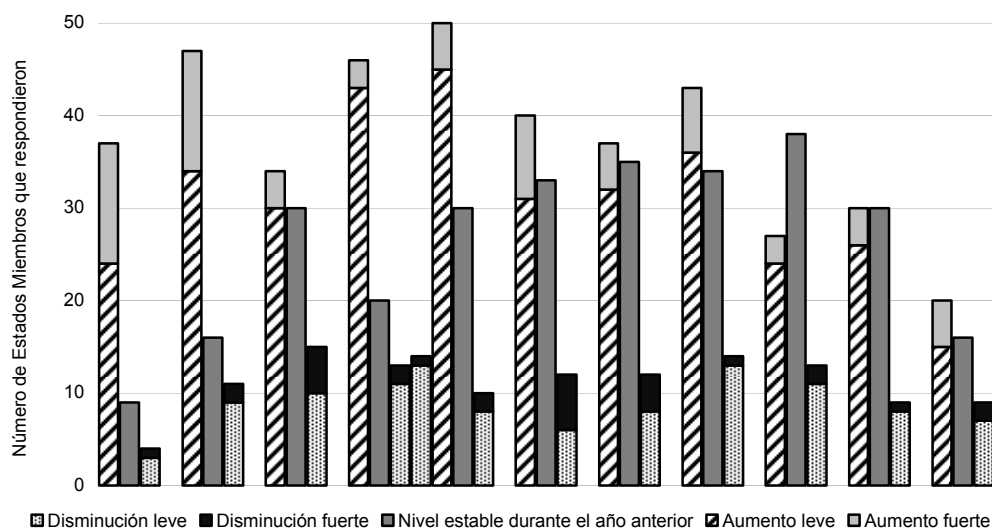
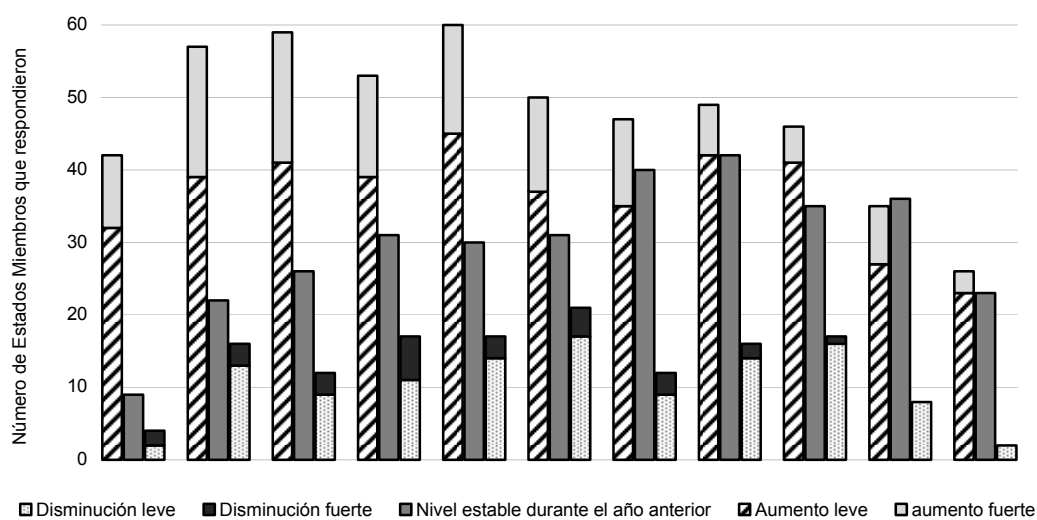


Gráfico VII
Número de países que señalaron haber observado un aumento, una disminución o un nivel estable en el consumo de cannabis, 2000-2010
 (Al 14 de diciembre)



II. Resúmenes regionales

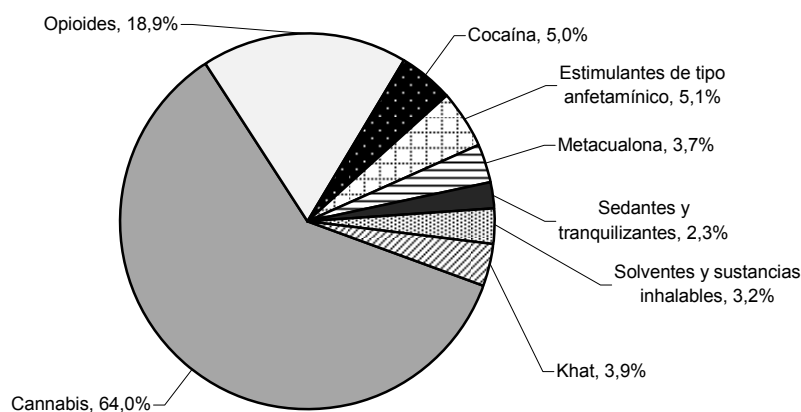
A. África

21. Respecto de 2010, la mayoría de los Estados Miembros de África señalaron una tendencia creciente en el uso de cannabis y opioides y tendencias estables en el consumo de cocaína y estimulantes el tipo anfetamínico. Nigeria es uno de los países que comunicaron un aumento gradual del número de consumidores de heroína, en comparación con los años anteriores¹².

22. El cannabis es la sustancia sometida a fiscalización que más frecuentemente se utiliza en África, lo que se refleja también en las solicitudes de tratamiento: según los informes, el 64% de todos los tratamientos administrados se deben a trastornos relacionados con el consumo de cannabis.

Gráfico VIII

Distribución de la droga principal de abuso entre las personas que recibieron tratamiento en 2009



Fuente: Informe Mundial sobre las Drogas 2011.

Nota: Debido a variaciones en los métodos utilizados para preparar la información, las cifras no dan una suma de 100.

23. En África Occidental, se piensa que el creciente tráfico de cocaína a través de los países ribereños puede estar conduciendo a un aumento del consumo de cocaína¹³, que es más frecuente que el de heroína. Una encuesta realizada entre los estudiantes secundarios de Freetown reveló que el 11% utilizaba cannabis, mientras

¹² Respuestas de Nigeria al cuestionario para los informes anuales de 2010.

¹³ Dada la capacidad forense de que disponen los Estados africanos para identificar debidamente las sustancias, hay dudas sobre la verdadera composición química de la sustancia notificada como cocaína, así como sobre la de otras sustancias sintéticas señaladas por África.

que un 0,6% consumía cocaína y un 0,4% heroína¹⁴. Del mismo modo, en otra encuesta efectuada entre los niños y jóvenes de la calle de entre 8 y 24 años de edad, dos tercios de los informantes señalaron que utilizaban cannabis, mientras que un 6,8% consumía cocaína y un 5,6% heroína. Las otras sustancias que cabe señalar eran el diazepam, la clorpromazina y diferentes sustancias inhalables. El estudio reveló también que el 3,7% de los jóvenes se había inyectado drogas¹⁵.

24. Asimismo, una encuesta entre estudiantes secundarios llevada a cabo en Liberia indicó que alrededor del 9% había consumido cannabis, mientras que un 0,6% había utilizado cocaína y un 0,1% heroína¹⁶.

25. El creciente uso de heroína y drogas inyectables se está perfilando asimismo como una tendencia alarmante, sobre todo en África Oriental, pero también en otras partes de África, como Kenya, Libia¹⁷, Mauricio y la República Unida de Tanzania^{18, 19}. En el África al sur del Sáhara, se estima que 1,78 millones de usuarios de drogas (entre 535.000 y 3.022.500) se inyectan las drogas. En Kenya, la prevalencia del VIH entre los usuarios de drogas inyectables se calcula en un 42,9% (entre un 36,3% y un 49,5%); en Libia es de un 22%, en Sudáfrica, de un 12,4%, y en Mauricio, de un 9,8%²⁰.

26. En Sudáfrica, las tendencias del consumo de opioides y cocaína parecen ser estables, pero se ha señalado cierto aumento en el uso de cannabis y una disminución en el de estimulantes de tipo anfetamínico²¹. A juzgar por las admisiones a tratamiento, la metanfetamina y la metcatinona son los estimulantes de tipo anfetamínico más utilizados.

27. Hay indicaciones de que el uso de estimulantes de tipo anfetamínico se está difundiendo también a otras regiones de África. Se ha señalado su uso en países tales como Cabo Verde, Egipto, Ghana, Kenya y Nigeria. En las escuelas secundarias de Nairobi, un 2,6% de los alumnos habían probado las anfetaminas y el Mandrax (metacualona) alguna vez en la vida, mientras que el 1,6% había utilizado esas sustancias en los últimos seis meses²².

¹⁴ Campaña para el Desarrollo y la Solidaridad (FORUT). "Summary of baseline surveys on alcohol, drugs, cigarettes and development in Freetown" (Sierra Leona, 2011). La muestra de la encuesta escolar estaba constituida por 1.245 estudiantes secundarios.

¹⁵ GOAL, "European Union substance use harm reduction programme: summary of results from main survey" (Sierra Leona, 2011).

¹⁶ Benjamin Harris y otros, "Substance use behaviours of secondary school students in post-conflict Liberia: a pilot study", *International Journal of Culture and Mental Health*, 2011.

¹⁷ Desde el 16 de septiembre de 2011, la denominación "Libia" ha sustituido a "la Jamahiriya Árabe Libia" como nombre breve utilizado en las Naciones Unidas.

¹⁸ Chris Beyrer y otros. "Time to act: a call for comprehensive responses to HIV in people who use drugs". *The Lancet*, vol. 376, núm. 9740 (14 de agosto de 2010).

¹⁹ Grupo de Referencia de las Naciones Unidas sobre el VIH y el consumo de drogas por inyección (estimaciones de 2011).

²⁰ *Ibid.*

²¹ Respuestas de Sudáfrica al cuestionario para los informes anuales de 2010.

²² Peter Koome y Organismo Nacional de la Campaña contra el Abuso de Drogas (NACADA) de Kenya, documento sobre el papel del entorno escolar en el uso indebido de alcohol y de drogas entre los estudiantes: datos de los estudiantes de escuelas secundarias públicas de Nairobi (véase NACADA, "Promotion of evidence-based campaign-national alcohol and drug abuse research workshop 2011 report", anexo 3).

B. Las Américas

28. Con un número de usuarios de cocaína estimado en 8 millones, el consumo de cocaína sigue siendo un problema importante en las Américas. Sin embargo, como señalaron los Estados Miembros, se observan tendencias decrecientes en el uso de esta sustancia, mientras que el consumo de cannabis y “éxtasis” se mantiene estable. Por otra parte, el uso de opioides y estimulantes de tipo anfetamínico parece estar aumentando en la región.

1. América del Norte

29. El uso no médico de medicamentos de venta con receta sigue siendo un problema considerable en los Estados Unidos, donde esos medicamentos son el segundo tipo de sustancias más utilizadas, después del cannabis. La prevalencia estimada del uso de cannabis entre las personas de 12 años o más en 2010 (6,9%) fue similar a la de 2009 (6,6%), pero superior a la de 2008. Las estimaciones del número actual de personas que hacen un uso no médico de medicamentos de venta con receta, incluidos los opioides y estimulantes, al igual que las de los usuarios de metanfetamina y “éxtasis”, también se mantuvieron estables en 2010. Sin embargo, en 2009 se señaló que el consumo de “éxtasis” iba en aumento. Aunque el número total estimado de usuarios de cocaína se ha mantenido estable desde 2009, los usuarios de 12 años de edad o más pasaron de un 0,7% en 2008 a un 0,6% en 2010²³.

30. En el Canadá, las tendencias comunicadas para la mayoría de las drogas son estables, pero el consumo de “éxtasis” registró un nuevo descenso durante el año pasado (de un 0,9% en 2009 a un 0,7% en 2010)²⁴. *Salvia divinorum*²⁵, una planta que contiene una sustancia psicoactiva no sometida a fiscalización nacional, se ha convertido en un motivo de preocupación. En 2010, una proporción estimada en el 1,6% de los canadienses de 15 años de edad o más, y el 6,6% de los de 15 a 24 años, comunicó que había consumido *Salvia* un algún momento de su vida²⁶.

31. México señaló que el uso de cannabis, opioides, cocaína y estimulantes de tipo anfetamínico iba en disminución, mientras que las tendencias de los tranquilizantes, alucinógenos y sustancias inhalables se mantenían estables.

32. En América del Norte en su conjunto, las solicitudes de tratamiento relacionadas con el consumo de cannabis, opioides y cocaína se mantenían en niveles comparables a los de años anteriores. Se notificaron altos niveles de defunciones relacionadas con las drogas: 182,4 por millón de habitantes en los Estados Unidos, y 93,34 por millón de habitantes en el Canadá. En los

²³ Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de América, Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental, “Results from the 2010 national survey on drug use and health: summary of national findings” (septiembre de 2011).

²⁴ Respuestas del Canadá a los cuestionarios para los informes anuales de 2009 y 2010; y Health Canada, “Canadian alcohol and drug use monitoring survey, summary of results for 2010”.

²⁵ El principal ingrediente activo de *Salvia divinorum* es el terpenoide salvinatorin A, antes denominado divinorin A. Ha sido descrito como “la sustancia psicodélica natural más potente jamás descubierta”, y es activa en dosis de tan sólo 100 a 200 microgramos.

²⁶ Health Canada, “Canadian alcohol and drug use monitoring survey, summary of results for 2010”.

Estados Unidos los opioides de venta con receta médica son el principal tipo de droga implicada en las muertes relacionadas con drogas.

33. En el Canadá y los Estados Unidos se estima que entre 1,6 millones y 3,1 millones de usuarios de drogas se inyectan las sustancias, y entre 127.000 y 709.000 usuarios de drogas inyectables viven con el VIH.

2. América Latina y el Caribe

34. En la mayoría de los países de América del Sur se observa una disminución del consumo de cocaína, mientras que el de opioides y estimulantes de tipo anfetamínico está aumentando, especialmente en el Ecuador, El Salvador y Guatemala. La preocupación por los crecientes niveles de uso de drogas sintéticas, tales como el “éxtasis”, entre los jóvenes sudamericanos sigue creciendo, y el uso de preparados farmacéuticos que contienen sustancias estimulantes es muy común en la región²⁷. Varios países, como la Argentina, el Brasil, El Salvador, el Perú y el Uruguay, han notificado también el consumo de ketamina.

35. En cambio, expertos del Brasil señalan que el uso de cannabis, de tranquilizantes y de estimulantes de tipo anfetamínico está disminuyendo, al tiempo que aumenta el consumo de cocaína, especialmente el hábito de fumar crack y el uso de pasta base²⁸. Asimismo, un estudio publicado en 2010 por la Secretaría Nacional Antidroga (SENAD) del Brasil reveló una disminución del uso de sustancias del grupo anfetamínico entre los estudiantes, que había pasado del 3,2% en 2004 a un 1,6% en 2010²⁹.

36. La cocaína, que es la causa del 47,9% de las solicitudes de tratamiento, sigue siendo la principal sustancia de abuso entre las personas tratadas en América Latina y el Caribe, seguida del cannabis, con el 38,7%. Hay poca información sobre las solicitudes de tratamiento por uso de estimulantes de tipo anfetamínico en la región.

37. La región tiene un número relativamente bajo de defunciones relacionadas con las drogas (2.965, o el 2% del total global), con una tasa de mortalidad (10 defunciones por millón de personas de 15 a 64 años de edad) muy inferior al promedio mundial. Sin embargo, esta región difiere de todas las demás por cuanto la cocaína es la primera causa de muerte relacionada con las drogas, y el cannabis la segunda, en todos los países.

C. Asia

38. El problema de las drogas en las diferentes subregiones de Asia sigue siendo muy distinto del de otras regiones; las drogas que causan más preocupación son los opioides en Asia Central y Sudoccidental, la metanfetamina y los opioides en Asia Oriental y Sudoriental, y la anfetamina en el Cercano Oriente y el Oriente Medio. En general, la mayoría de los países de Asia consideran que el consumo de cannabis y estimulantes de tipo anfetamínico va en aumento, mientras que el de opioides y de

²⁷ *Amphetamines and Ecstasy* (véase la nota 3).

²⁸ Respuestas del Brasil al cuestionario para los informes anuales de 2010.

²⁹ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Programa mundial de vigilancia de las drogas sintéticas: análisis, informes y tendencias (SMART), “Amphetamine-type stimulants in Latin America: preliminary assessment report 2011”.

“éxtasis” se mantiene estable. En lo que respecta a las solicitudes de tratamiento, se observa una situación similar, con un incremento constante del tratamiento por el uso de estimulantes de tipo anfetamínico, especialmente en Asia Oriental y Sudoriental, en comparación con el uso de opioides.

1. Asia Oriental y Sudoriental

39. En Asia Oriental y Sudoriental, el uso de metanfetamina, especialmente de metanfetamina cristalina, se ha vuelto muy común. La metanfetamina cristalina es ahora la droga más usada en Brunei Darussalam, Filipinas, Indonesia, el Japón y la República de Corea. Las solicitudes de tratamiento por el consumo de esta sustancia también han crecido considerablemente. En Tailandia, por ejemplo, el número de personas tratadas por dependencia de la metanfetamina cristalina aumentó un 250% durante el año pasado³⁰.

40. En China, los opioides son la droga que causa más preocupación, seguida de los estimulantes de tipo anfetamínico y los tranquilizantes. China también ha notificado números crecientes de usuarios de estimulantes de tipo anfetamínico, que representaron el 55% de los nuevos usuarios de drogas identificados en 2010. El consumo de ketamina también aumentó en 2010 en China, Hong Kong (China), Malasia y Viet Nam³¹.

41. El uso de drogas inyectables es otro motivo de preocupación creciente en Asia Oriental y Sudoriental, donde se estima que 3,9 millones de usuarios de drogas (entre 3.043.500 y 4.913.000) se inyectan principalmente opioides y metanfetamina. Se estima asimismo que 661.000 (entre 313.333 y 1.251.500) usuarios de drogas inyectables viven con el VIH. Los países de la subregión que tienen la prevalencia más alta de infección por el VIH entre los usuarios de drogas inyectables son Myanmar (42,6%), Indonesia (42,5%), Viet Nam (33,85%), Camboya (22,8%) y China (12,3%).

2. Asia Central y Sudoccidental

42. Los opioides siguen siendo la droga que causa más preocupación en Asia Central y Sudoccidental, y la mayoría de los países señalaron que el uso de opioides se estaba estabilizando o iba en disminución. Sin embargo, muchos países de la subregión, como Georgia, Kazajstán, Tayikistán y Uzbekistán, comunicaron tendencias al alza del consumo de cannabis en el último año, y Georgia señaló también una tendencia creciente en el uso de estimulantes de tipo anfetamínico. Ante los informes cada vez más frecuentes sobre la fabricación y la confiscación de metanfetamina en algunas partes de Asia Central y Sudoccidental, se considera probable que el uso de estimulantes de tipo anfetamínico se difunda en la subregión.

43. En muchos países de Asia Central y Sudoccidental, la prevalencia de la infección por el VIH entre los usuarios de drogas inyectables es elevada; el Pakistán

³⁰ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Programa mundial de vigilancia de las drogas sintéticas: análisis, informes y tendencias (SMART), “Patterns and Trends of Amphetamine-Type Stimulants and Other Drugs: Asia and the Pacific, 2011” (noviembre de 2011).

³¹ *Ibid.*

(21%), la República Islámica de Irán (15%) y Uzbekistán (15,6%) tienen las proporciones más altas de usuarios de drogas inyectables que viven con el VIH³².

3. Asia Meridional

44. Entre los países de Asia Meridional, Bhután y Sri Lanka notificaron una tendencia estable o una disminución en el uso de opioides y un aumento en el de cannabis y de estimulantes de tipo anfetamínico, respectivamente. En Bangladesh, el uso de estimulantes de tipo anfetamínico se ha vuelto muy frecuente, especialmente en las zonas urbanas, donde hay abundante disponibilidad de comprimidos de metanfetamina. En lo que respecta a las solicitudes de tratamiento, los opioides siguieron siendo la principal droga por la que se trató a la mayoría de los usuarios de drogas en la subregión.

4. Cercano Oriente y Oriente Medio

45. Varios países del Cercano Oriente y del Oriente Medio han notificado un uso creciente de drogas sintéticas y de venta con receta. En muchos países de la subregión, los opioides siguen siendo la principal droga para la que se solicita tratamiento; sin embargo, también se ha señalado una demanda sustancial de tratamiento por el uso de estimulantes de tipo anfetamínico, cannabis, y sedantes y tranquilizantes.

D. Europa

46. El cannabis sigue siendo la sustancia sometida a fiscalización de uso más frecuente en Europa, seguida de la cocaína, los estimulantes de tipo anfetamínico y los opioides. En la mayor parte de Europa, las tendencias en el uso de opioides, cannabis, cocaína y estimulantes de tipo anfetamínico son estables o descendentes. Sin embargo, los opioides y la cocaína son las dos drogas más problemáticas en la región. Los opioides son las principales sustancias mencionadas como droga principal de abuso en el tratamiento, y la primera causa de muertes relacionadas con las drogas. La rápida aparición de nuevas drogas sintéticas y la creciente interacción entre los “euforizantes legales” y los mercados de drogas ilícitas plantean un reto importante en la región. Se ha señalado un aumento de los nuevos casos de infección por el VIH entre los usuarios de drogas inyectables en Bulgaria, Estonia, Grecia (tradicionalmente un país con baja prevalencia de infección por el VIH) y Lituania. Otros países de la región que tienen altas tasas de prevalencia de la infección por el VIH son la Federación de Rusia, Letonia, Portugal y Ucrania. En los últimos años, muchos países europeos habían notificado una merma de la disponibilidad de “éxtasis”. Sin embargo, informes más recientes indican un posible repunte y una creciente pureza del “éxtasis” en Europa.

1. Europa Occidental y Central

47. Los datos recientes de Europa indican una tendencia a la estabilización o a la disminución del consumo de cannabis, especialmente entre los adultos jóvenes

³² Grupo de Referencia de las Naciones Unidas sobre el VIH y el consumo de drogas por inyección (2011).

(de 15 a 34 años de edad). Esta merma del consumo de cannabis puede deberse en parte a la disminución del consumo de tabaco entre los jóvenes, pero la tendencia puede explicarse también por los cambios en los estilos de vida, las modas, la sustitución por otras drogas y las percepciones relacionadas con el uso de cannabis³³.

48. En el último decenio, la cocaína se ha afirmado como el estimulante de uso más común en Europa, aunque la mayoría de los usuarios de cocaína pertenecen a países de Europa Occidental. Estudios recientes indican que el consumo de cocaína entre los adultos jóvenes disminuyó algo en el último año en los países de alta prevalencia, a saber, Dinamarca, España, Italia y el Reino Unido. Sin embargo, la cocaína fue la causa del 17% de las solicitudes de tratamiento y de alrededor de 1.000 muertes relacionadas con drogas en la región³⁴.

49. Los datos más recientes revelan también tendencias estables en el consumo de opioides. No obstante, los usuarios de opioides representan casi la mitad de la demanda de tratamiento, aunque constituyen una cohorte de más edad y es menor el número que se inyecta heroína. La mayoría de las 7.600 muertes relacionadas con drogas registradas en la región se atribuyeron al consumo de opioides. Si bien la heroína es el principal opioide utilizado, hay informes que indican que los opioides sintéticos, como el fentanil y la buprenorfina podrían haberla desplazado en algunos países, especialmente en Estonia y Finlandia.

50. Aún persiste un nivel importante de consumo de anfetaminas en la región. Mientras que antes el uso de metanfetamina se limitaba a la República Checa y Eslovaquia, recientemente se ha informado de su creciente disponibilidad en Letonia, Noruega y Suecia; en estos países, se piensa que su uso está sustituyendo al de la anfetamina³⁵.

2. Europa Oriental y Sudoriental

51. En Europa Oriental y Sudoriental, muchos países han señalado una tendencia al alza en el uso de cannabis y estimulantes de tipo anfetamínico, incluido el “éxtasis”, mientras que el consumo de opioides y cocaína se mantiene estable. Sin embargo, los opioides, principalmente la heroína, siguen siendo las drogas más problemáticas en la subregión y son responsables del 68% de las solicitudes de tratamiento y una causa importante de muerte relacionada con las drogas.

³³ *The State of the Drugs Problem in Europe* (véase la nota 8).

³⁴ *Ibid.*

³⁵ *Ibid.*

52. En el último decenio, Europa Oriental (y Asia Central) han experimentado un rápido aumento de las infecciones por el VIH, debido principalmente a la interacción del uso de drogas inyectables con el trabajo sexual³⁶. Se estima que entre el 39% y el 50% de los usuarios de drogas inyectables de Ucrania y más de un tercio de los de la Federación de Rusia viven con el VIH^{37, 38}.

53. La Federación de Rusia notificó tendencias estables en el consumo de opioides y estimulantes de tipo anfetamínico, con un descenso del uso de cannabis y cocaína³⁹. Como señalaron las autoridades rusas, si bien ha habido escasez de heroína, esta droga ha sido sustituida al parecer por el uso de desomorfina, opio acetilado y, en algunas regiones, fentanil⁴⁰. Según los informes, de las 9.263 muertes relacionadas con drogas, 6.324 estuvieron vinculadas con el uso de opioides.

E. Oceanía

54. La información correspondiente a Oceanía representa principalmente la situación relativa a las drogas notificada por Australia y Nueva Zelanda, ya que los pequeños Estados insulares del Pacífico no responden al cuestionario para los informes anuales.

55. Australia notificó un aumento del consumo de cocaína y cannabis, mientras que el uso de opioides se considera estable y el de estimulantes de tipo anfetamínico -metanfetamina, anfetamina y “éxtasis”- parece haber disminuido. El cannabis sigue siendo la droga de uso más común en Australia, así como la principal sustancia ilícita por la que se solicita tratamiento (el 50% de los casos), mientras que casi el 20% de la demanda de tratamiento se relaciona con el consumo de heroína y anfetamina⁴¹. De las 1.790 defunciones relacionadas con drogas registradas en Australia, cerca del 40% se debieron a los opioides y alrededor de una cuarta parte a las benzodiazepinas.

56. Nueva Zelanda notificó tendencias estables en el consumo de la mayoría de las drogas, pero con cierto aumento en el uso de opioides y estimulantes de venta con receta y de benzodiazepinas. Una gran disminución en el consumo de “éxtasis” ha sido contrarrestada por el uso de otras sustancias que producen efectos parecidos, entre ellas muchas piperazinas, la catinona y la mefedrona^{42, 43}.

³⁶ Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), *Informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial de SIDA 2010*.

³⁷ *Ibid.*

³⁸ En contraste, los Servicios Federales de Fiscalización de Drogas de la Federación de Rusia señalaron una prevalencia de la infección por el VIH del 14,4% entre los usuarios de drogas inyectables registrados en su respuesta al cuestionario para los informes anuales de 2010.

³⁹ Respuestas de la Federación de Rusia al cuestionario para los informes anuales de 2010.

⁴⁰ *Ibid.*

⁴¹ Respuestas de Australia al cuestionario para los informes anuales de 2010.

⁴² 4-metilmetcatinona, TFMPP, BZP.

⁴³ Respuestas de Nueva Zelanda al cuestionario para los informes anuales de 2010.

57. En los Estados insulares del Pacífico, la información disponible sobre el alcance del consumo de drogas es incompleta; sin embargo, el uso de kava (*Piper methysticum*) y de cannabis se considera muy frecuente y generalizado. Muchos Estados insulares del Pacífico señalan ahora también el consumo de estimulantes de tipo anfetamínico entre los estudiantes de la enseñanza secundaria, con altas tasas de prevalencia del consumo de metanfetamina por lo menos una vez en la vida en las islas Marshall y Palau. También hay pruebas del uso de metanfetamina por inyección en muchas islas del Pacífico³⁰.

III. Promoción de estrategias orientadas a la rehabilitación y la reintegración en respuesta a los trastornos relacionados con el uso de drogas y sus consecuencias

58. El informe del Director Ejecutivo sobre las medidas adoptadas por los Estados Miembros para aplicar la Declaración política y el Plan de Acción sobre cooperación internacional en favor de una estrategia integral y equilibrada para contrarrestar el problema mundial de las drogas (E/CN.7/2012/14) contiene un análisis de las respuestas de los Estados Miembros con respecto al tratamiento del consumo de drogas y las políticas y programas de atención orientados a la rehabilitación y la reintegración.

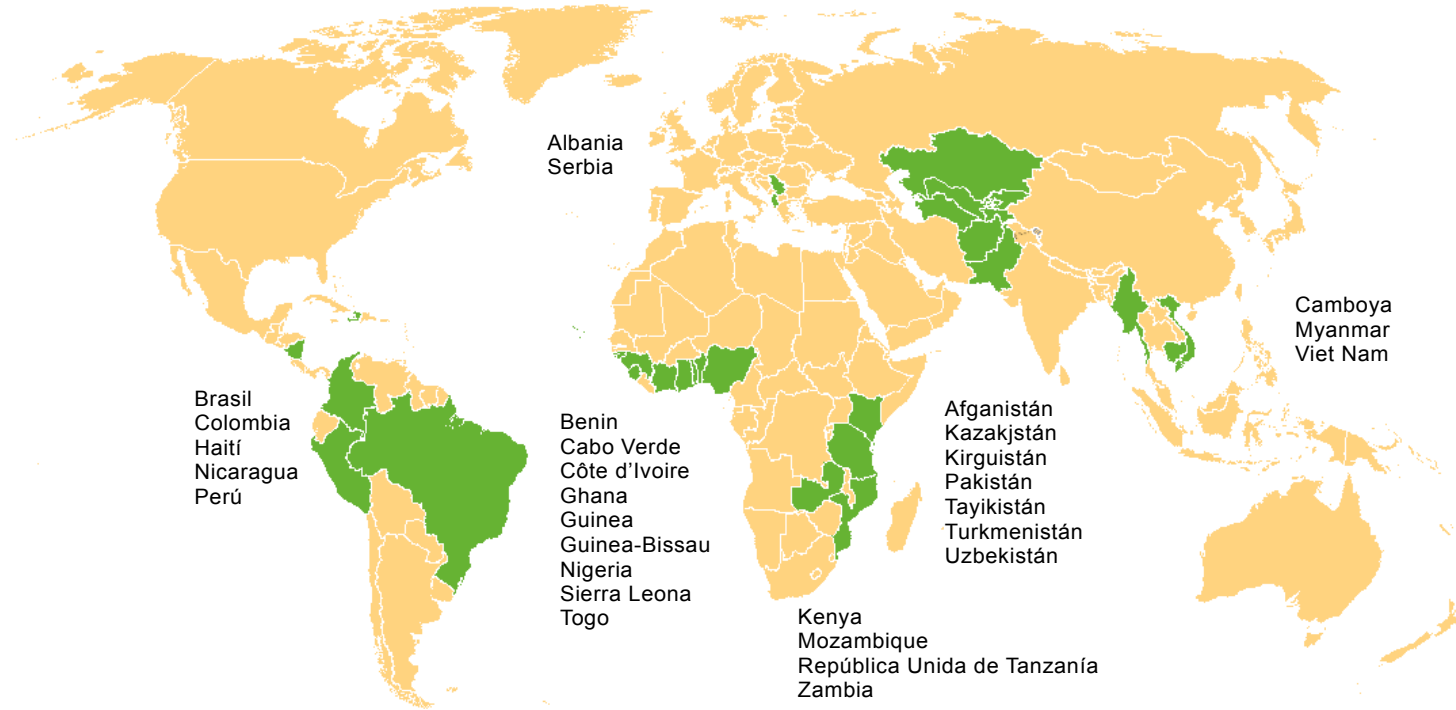
59. Además, en 2011 la UNODC realizó varias actividades, atendiendo a lo dispuesto en la resolución 54/5 de la Comisión de Estupefacientes. La Oficina siguió promoviendo e impulsando, junto con la Organización Mundial de la Salud, una respuesta mundial encaminada a establecer políticas, estrategias e intervenciones de tratamiento éticas y basadas en las pruebas disponibles para la rehabilitación y reintegración de las personas con drogodependencia.

60. La UNODC apoyó la aplicación de una estrategia mundial para la difusión de conocimientos, contribuyendo considerablemente a la transferencia de competencias técnicas y buenas prácticas mediante la capacitación en metodologías basadas en datos objetivos en el sector del tratamiento de la drogodependencia con vistas a la rehabilitación y la reintegración, la difusión de las buenas prácticas clínicas y la promoción de normas clínicas de alta calidad entre los servicios que ofrecen tratamiento para la drogodependencia en más de 25 países. La estrategia ha contribuido a tender puentes entre los resultados de las investigaciones y las políticas y prácticas de tratamiento que promueven la salud y el bienestar social de las personas, las familias y las comunidades.

61. Además, la UNODC respaldó intervenciones de tratamiento en 30 países (véase el mapa 4), con vistas a aumentar la disponibilidad de servicios de tratamiento, rehabilitación y reintegración para llegar a quienes los necesitan, incluidos los más marginados, promoviendo un proceso continuo de asistencia orientada al paciente integrado en el sistema de atención de salud. Las intervenciones alentaron la participación y coordinación entre diferentes sectores (salud, bienestar social, justicia penal y aplicación de la ley) y un justo equilibrio

entre los servicios especializados y la atención primaria. También contribuyeron a la creación de un sistema global de tratamiento encaminado a lograr la rehabilitación y la reintegración, con servicios prestados a diversos niveles, y una atención integrada entre los diferentes servicios de salud y bienestar, los entornos clínicos y el trabajo de extensión, los servicios en residencias y de tipo ambulatorio y los centros de tratamiento y rehabilitación. Esto permite que haya servicios disponibles, accesibles y asequibles y, de ese modo, que los usuarios de drogas, sus familiares y las comunidades puedan asistir a programas de tratamiento. Este enfoque multidisciplinario conducirá en última instancia a la rehabilitación de las personas afectadas por el consumo de drogas y la drogodependencia y su reintegración en la sociedad.

Mapa 4
Países en que la UNODC ha promovido criterios de atención y tratamiento basados en las pruebas disponibles



Nota: Los límites, los nombres y las denominaciones que figuran en este mapa no cuentan necesariamente con la aprobación o aceptación oficial de las Naciones Unidas.

La línea de puntos representa aproximadamente la Línea de Control en Jammu y Cachemira convenida por la India y el Pakistán. El estatuto definitivo de Jammu y Cachemira aún no ha sido acordado por las partes.

62. Las normas de atención en el tratamiento de la drogodependencia se elaboraron para orientar y ayudar a los Estados Miembros en sus esfuerzos por establecer programas y servicios de tratamiento adecuados basados en las pruebas disponibles y en los resultados de las investigaciones.

63. Además, la UNODC ha lanzado una iniciativa mundial encaminada a promover una respuesta mundial coordinada de las instituciones públicas y las organizaciones no gubernamentales al problema de los niños y adolescentes en situación de riesgo y/o afectados por el consumo de drogas o por la drogodependencia, y sus consecuencias sanitarias y sociales. La iniciativa tiene por objeto prevenir el uso indebido de drogas, tratar la drogodependencia y facilitar la integración de los antiguos drogadictos en la sociedad. Comprende una movilización en gran escala, con la participación de la sociedad civil, el mundo académico, los medios de comunicación y personalidades de alto rango, y exige una acción inmediata para mejorar las condiciones de vida de los niños en todo el mundo, reducir el riesgo de que contraigan afecciones relacionadas con el consumo de drogas y proporcionar estrategias de tratamiento adecuadas y adaptadas a las necesidades específicas de este grupo de edad. La UNODC ha elaborado protocolos especializados y de base científica para el tratamiento (tanto psicosocial como farmacológico) de los trastornos asociados con el uso de drogas entre los niños, así como un componente de fomento de la capacidad destinado a los dispensadores de servicios clínicos y de educación de las distintas disciplinas que trabajan en los diferentes niveles y entornos.

IV. Conclusiones y recomendaciones

64. En los últimos años no se ha registrado un aumento importante del número estimado de usuarios de drogas ilícitas en el mundo. Se observan tendencias a la estabilización o a la merma del consumo de las drogas de abuso tradicionales o convencionales, como la cocaína y la heroína, especialmente en América del Norte y Europa. Sin embargo, las tendencias a la estabilización quedan contrarrestadas por el creciente uso de esas drogas observado en algunas partes de África y Asia. En muchas regiones, la introducción de nuevas sustancias sintéticas y la sustitución por medicamentos de venta con receta, así como por sustancias no sometidas a fiscalización internacional, están planteando retos nuevos e importantes. Del mismo modo, el fenómeno del consumo de drogas múltiples oblitera la distinción entre los usuarios de diferentes sustancias (tanto sometidas a fiscalización internacional como no sometidas a esa fiscalización). Todas estas tendencias deben vigilarse y estudiarse más a fondo.

65. Los opioides sigue planteando un problema de salud pública considerable, tanto por la mayor proporción de usuarios de opioides que se inyectan la droga y se infectan por el VIH como porque son una causa importante de muerte relacionada con las drogas. Las infecciones por el VIH y las muertes relacionadas con las drogas son problemas que aún pueden prevenirse estableciendo servicios basados en las pruebas disponibles para prevenir la infección por el VIH y las sobredosis y ofrecer tratamiento y atención. Es preciso mejorar aún más la vigilancia de los usuarios de drogas inyectables, el control de las infecciones por el VIH en las poblaciones en situación de riesgo y la notificación de las defunciones relacionadas con las drogas a fin de que se reflejen de manera realista en las tendencias.

66. Sigue habiendo una importante carencia, y una necesidad no satisfecha, en lo que respecta a la realización de intervenciones basadas en pruebas objetivas para ofrecer tratamiento y asistencia a las personas con drogodependencia y a quienes sufren trastornos por el uso de drogas en todo el mundo. Esta carencia es más marcada en África y Asia, especialmente en los países que tienen una alta prevalencia y también una elevada proporción de usuarios de drogas que necesitan con urgencia esas intervenciones. Así pues, es preciso reforzar la cobertura de los servicios y la información sobre los tratamientos en muchos países desarrollados y en desarrollo.

67. Es necesario estudiar los diversos factores interdependientes que pueden haber dado lugar a las tendencias a la estabilización en el consumo de ciertas drogas, así como a las nuevas tendencias respecto de otras.

68. A fin de poder captar y notificar la aparición de nuevas sustancias sintéticas y las tendencias en el consumo de drogas en diferentes partes del mundo, es preciso elaborar directrices para establecer sistemas de alerta temprana y comunicación que permitan vigilar estas tendencias nuevas y emergentes. También es necesario identificar mecanismos para difundir la información sobre las nuevas tendencias y pautas de consumo de drogas entre los expertos en los foros regionales e internacionales.

69. En muchos países en desarrollo no existe información objetiva y actualizada sobre las pautas y las tendencias del consumo de drogas. La mayoría de los países carecen de medios para la vigilancia y la recopilación de datos sistemáticas a través de los indicadores epidemiológicos fundamentales del consumo de drogas. Faltan datos sobre las tendencias del uso de drogas en subregiones importantes, tales como África Occidental y Central, Asia Meridional, Asia Sudoccidental y Central y partes de Asia Oriental, el Caribe y partes de América Latina y los Estados insulares del Pacífico. Hay pruebas de que los países que han mejorado su capacidad de vigilar la situación del consumo de drogas, es decir, que han invertido recursos en el establecimiento de sistemas de vigilancia del uso de drogas, se han encontrado también mejor preparados para combatir los problemas de las drogas con intervenciones basadas en datos objetivos y con un uso eficiente de los recursos. A pesar de las mejores intenciones de los Estados Miembros, este sigue siendo un eslabón perdido en la elaboración y aplicación de políticas basadas en pruebas objetivas para la reducción de la demanda ilícita de drogas.

70. Como respuesta eficaz a los esfuerzos desplegados para reducir la demanda, los Estados Miembros deben apoyar a la UNODC en la asistencia que presta a otros Estados Miembros para acrecentar su capacidad de vigilar la situación del uso de drogas mediante el desarrollo sistemático de observatorios nacionales de las drogas.