



UNODC

Oficina de las Naciones Unidas
contra la Droga y el Delito



Vienna International Centre, PO Box 500, 1400 Vienna, Austria
Tel.: +(43) (1) 26060-0, Fax: +(43) (1) 26060-5866, www.unodc.org

El *Informe Mundial sobre las Drogas 2019* se presenta nuevamente en cinco partes con el fin de dividir el caudal de información y análisis que contiene el informe en fascículos de fácil lectura en los que, por primera vez en la historia del informe, se han agrupado las drogas según su efecto psicofarmacológico.

En el fascículo 1 se presenta un resumen de los cuatro fascículos siguientes, en el que se examinan las principales conclusiones de cada uno y se destacan las consecuencias en materia de políticas que de ellas se extraen. El fascículo 2 contiene una perspectiva general de las estimaciones y tendencias más recientes de la oferta y el consumo de drogas y de las consecuencias de las drogas para la salud. En el fascículo 3 se examinan las tendencias más recientes del mercado de los depresores (a saber, los opioides, los sedantes, los tranquilizantes y los hipnóticos) y en el fascículo 4 se abordan las tendencias más recientes del mercado de los estimulantes (a saber, la cocaína, los estimulantes de tipo anfetamínico y las nuevas sustancias psicoactivas). El fascículo 5 contiene un examen de las tendencias más recientes del mercado del cannabis y los alucinógenos. La sección relativa al cannabis también incluye un examen de las últimas novedades en las jurisdicciones que han adoptado medidas por las que se autoriza el consumo de cannabis con fines no médicos.

Al igual que en años anteriores, el *Informe Mundial sobre las Drogas 2019* tiene por objeto mejorar la comprensión del problema mundial de las drogas y contribuir a promover una mayor cooperación internacional para contrarrestar sus repercusiones en la salud, la gobernanza y la seguridad.

El anexo estadístico puede consultarse en el sitio web de la UNODC:
<https://www.unodc.org/wdr2019>

ISBN 978-92-1-148314-7

[QR Code]

[Bar code]



UNODC

Oficina de las Naciones Unidas
contra la Droga y el Delito



2

PANORAMA MUNDIAL DE LA DEMANDA
Y LA OFERTA DE DROGAS

INFORME MUNDIAL SOBRE LAS DROGAS 2019

© Naciones Unidas, junio de 2019. Reservados los derechos en todo el mundo.

ISBN: 978-92-1-148314-7

eISBN: 978-92-1-004174-4

Publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta:

La presente publicación puede reproducirse en su totalidad o en parte por cualquier medio con 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:

Informe Mundial sobre las Drogas 2019 (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta _____).

La presente publicación no se puede revender ni podrá ser utilizada con ningún otro fin comercial sin la autorización previa por escrito de la UNODC. Esa autorización deberá solicitarse a 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 aprobación alguna.

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

Division for Policy Analysis and Public Affairs

United Nations Office on Drugs and Crime

PO Box 500

1400 Vienna

Austria

Tel.: (43) 1 26060 0

Fax: (43) 1 26060 5827

Correo electrónico: wdr@un.org

Sitio web: www.unodc.org/wdr2019

[The following heading and side title appear on most even-numbered pages:

PANORAMA MUNDIAL DE LA DEMANDA Y LA OFERTA DE DROGAS /
INFORME MUNDIAL SOBRE LAS DROGAS 2019]

PREFACIO

Las conclusiones del *Informe Mundial sobre las Drogas* de este año completan y complican aún más el panorama mundial de los desafíos relacionados con las drogas, subrayando así la necesidad de ampliar la cooperación internacional para promover respuestas equilibradas e integradas en materia de salud y justicia penal a la oferta y la demanda de drogas.

Gracias a la disponibilidad de datos más precisos obtenidos de una investigación más rigurosa realizada en la India y Nigeria, dos de los diez países más poblados del mundo, en la actualidad se sabe que el número de consumidores de opioides y personas con trastornos por consumo de drogas es mucho mayor de lo que se había calculado. En el mundo hay unos 35 millones de personas que padecen trastornos por consumo de drogas y necesitan tratamiento, cifra superior a la estimación anterior de 30,5 millones de personas. También ha aumentado el número de víctimas mortales: 585.000 personas perdieron la vida en 2017 a consecuencia del consumo de drogas.

La prevención y el tratamiento siguen siendo insuficientes para atender las necesidades que existen en muchas partes del mundo. Esa es la situación imperante en particular en los establecimientos penitenciarios, donde los reclusos son especialmente vulnerables al consumo de drogas y corren mayor riesgo de contraer el VIH y la hepatitis C. Este déficit constituye un importante obstáculo para lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible y cumplir el compromiso de la comunidad internacional de no dejar a nadie atrás.

Los opioides sintéticos siguen representando una grave amenaza para la salud, en un contexto marcado por el número creciente de muertes por sobredosis en América del Norte y la expansión del tráfico de fentanilo y sus análogos en Europa y otras regiones. La crisis de los opioides que ha ocupado muchos menos titulares pero que requiere igualmente atención internacional urgente es el uso con fines no médicos del analgésico tramadol, particularmente en África. La cantidad de tramadol incautada en el mundo alcanzó la cifra récord de 125 toneladas en 2017; los pocos datos disponibles indican que el tramadol que se utiliza con fines no médicos en África se fabrica de manera ilícita en Asia Meridional y desde allí se introduce en la región, así como en algunas partes del Oriente Medio.

La respuesta al uso indebido del tramadol pone de manifiesto las dificultades que tienen los países para encontrar un punto de equilibrio entre permitir el necesario acceso a ese fármaco con fines médicos y atajar su uso indebido (con recursos limitados y unos sistemas de atención de la salud desbordados) y al mismo tiempo combatir la delincuencia organizada y el tráfico.

La producción de opio y la fabricación de cocaína se mantienen en niveles récord. Las cantidades incautadas también son más altas que nunca; por ejemplo, la cantidad de cocaína incautada aumentó en un 74 % en el último decenio, mientras que la fabricación se incrementó en un 50 % en ese mismo período, lo cual indica que la actuación de los organismos encargados de hacer cumplir la ley se ha vuelto más eficaz y que el refuerzo de la cooperación internacional podría estar contribuyendo a elevar las tasas de incautación.

El *Informe Mundial sobre las Drogas 2019* también se hace eco de la disminución del tráfico de opiáceos desde el Afganistán a lo largo de la ruta “septentrional” que atraviesa Asia Central con destino a la Federación de Rusia. En 2008, alrededor del 10 % de la morfina y la heroína incautadas en todo el mundo se había incautado en países situados a lo largo de la ruta septentrional; en 2017, esa proporción se redujo al 1 %. Esto podría deberse en parte a un cambio en la demanda de los mercados de destino en favor de las drogas sintéticas. También ha podido contribuir el hecho de que las respuestas regionales se hayan vuelto más eficaces.

Los países de Asia Central, con el apoyo de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), han destinado considerables recursos al fortalecimiento de la cooperación regional mediante programas nacionales, regionales y mundiales integrados de la UNODC, así como mediante plataformas como el Centro Regional de Información y Coordinación de Asia Central, la Iniciativa Afganistán-Kirguistán-Tayikistán y la Iniciativa Triangular y su célula de planificación conjunta. Es necesario seguir investigando, entre otros fines para extraer enseñanzas y definir mejores prácticas que puedan informar las medidas que se adopten en el futuro.

La cooperación internacional también ha logrado frenar la profusión de nuevas sustancias psicoactivas. En los últimos años, la Comisión de Estupefacientes, con sede en Viena, ha actuado con rapidez para someter a fiscalización las nuevas sustancias psicoactivas más nocivas, y el sistema de alerta temprana sobre nuevas sustancias psicoactivas de la UNODC ha ayudado a la comunidad internacional a mantenerse al día de las novedades que se han ido produciendo.

La clave del éxito sigue residiendo en la voluntad política y la disponibilidad de financiación adecuada. Los esfuerzos desplegados por Colombia para reducir la producción de cocaína tras el acuerdo de paz alcanzado en 2016 con las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC) son un ejemplo de ello. Las iniciativas de desarrollo alternativo han permitido que los campesinos de algunas de las regiones centrales del país que anteriormente se hallaban bajo el control de las FARC abandonen el cultivo de arbusto de coca y se incorporen a la economía lícita. El resultado ha sido una reducción drástica de la producción de cocaína. Sin embargo, en otras zonas controladas anteriormente por las FARC se han instalado grupos delictivos que han ocupado el vacío dejado y han expandido el cultivo. El desarrollo alternativo únicamente puede prosperar si se le presta atención constante y se integra en objetivos de desarrollo más amplios.

Los éxitos que se señalan entre los numerosos e ingentes problemas que siguen teniendo los países para hacer frente a la oferta y la demanda de las drogas ponen de relieve que la cooperación internacional funciona. El reto que tenemos ante nosotros es lograr que esta cooperación funcione para más personas.

La cooperación internacional se basa en acuerdos marco. Prácticamente todos los países han reafirmado su determinación de adoptar decisiones equilibradas y basadas en los derechos y fundamentadas en los tratados de fiscalización internacional de drogas. La reafirmación más reciente de ese compromiso es la Declaración Ministerial sobre el Fortalecimiento de Nuestras Medidas a Nivel Nacional, Regional e Internacional para Acelerar el Cumplimiento de Nuestros Compromisos Conjuntos a fin de Abordar y Contrarrestar el Problema Mundial de las Drogas, aprobada en la serie de sesiones a nivel ministerial del 62º período de sesiones de la Comisión de Estupefacientes.

La UNODC ayuda a los países a llevar a la práctica sus compromisos mediante la aplicación de las normas internacionales sobre prevención y tratamiento de los trastornos por consumo de drogas y el VIH, así como las normas y reglas en materia de administración de justicia y tratamiento de reclusos. Prestamos asistencia técnica a la medida a través de nuestras oficinas extrasede y nuestros programas mundiales, y mediante los instrumentos que ponemos a disposición de quienes los necesiten y la labor de investigación que llevamos a cabo.

Espero que el *Informe Mundial sobre las Drogas 2019* arroje más luz sobre el problema mundial de las drogas e informe las respuestas de la comunidad internacional. Si trabajamos juntos y centramos nuestra atención y nuestros recursos podremos contribuir a que las personas reciban los servicios que necesitan sin discriminación, promover la seguridad, someter a los delincuentes a la acción de la justicia, salvaguardar la salud y lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

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

ÍNDICE

FASCÍCULO 1 RESUMEN, CONCLUSIONES Y CONSECUENCIAS EN MATERIA DE POLÍTICAS

FASCÍCULO 2 PANORAMA MUNDIAL DE LA DEMANDA Y LA OFERTA DE DROGAS

PREFACIO

NOTAS EXPLICATIVAS

CONTENIDO DEL FASCÍCULO

DEMANDA DE DROGAS

Magnitud del consumo de drogas

Consecuencias del consumo de drogas para la salud

*Consumo de drogas, enfermedades infecciosas y prestación de servicios
de prevención y tratamiento en entornos penitenciarios*

OFERTA DE DROGAS

ANEXO

GLOSARIO

AGRUPACIONES REGIONALES

FASCÍCULO 3 DEPRESORES

FASCÍCULO 4 ESTIMULANTES

FASCÍCULO 5 CANNABIS Y ALUCINÓGENOS

Agradecimientos

El *Informe Mundial sobre las Drogas 2019* fue elaborado por la Subdivisión de Investigación y Análisis de Tendencias, División de Análisis de Políticas y Asuntos Públicos, de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), bajo la supervisión de Jean-Luc Lemahieu, Director de la División, y Angela Me, Jefa de la Subdivisión de Investigación y Análisis de Tendencias.

Coordinación y supervisión del contenido en general

Chloé Carpentier
Angela Me

Análisis y redacción

Philip Davis
Thomas Pietschmann

Gestión de datos y producción de estimaciones

Enrico Bisogno
Conor Crean
Hernan Epstein
Virginia Macdonald (OMS)
Riku Lehtovuori
Sabrina Levissianos
Andrea Oterová
Umidjon Rakhmonberdiev
Ali Saadeddin
Tun Nay Soe
Keith Sabin (ONUSIDA)
Fatma Usheva

Revisión y comentarios

La elaboración del *Informe Mundial sobre las Drogas 2019* ha sido posible gracias a los conocimientos especializados y las valiosas aportaciones de colegas de todas las divisiones de la UNODC.

La Subdivisión de Investigación y Análisis de Tendencias agradece las inestimables aportaciones y el valioso asesoramiento recibidos del Comité Consultivo Científico del *Informe Mundial sobre las Drogas*:

Jonathan Caulkins
Paul Griffiths
Marya Hynes
Vicknasingam B. Kasinather
Charles Parry

Edición

Jonathan Gibbons

Diseño gráfico y maquetación

Anja Korenblik
Suzanne Kunnen
Kristina Kuttig
Fabian Rettenbacher

Coordinación

Francesca Massanello

Apoyo administrativo

Iulia Lazar

Afarin Rahimi-Movaghar

Peter Reuter

Alison Ritter

Francisco Thoumi

Las investigaciones y los trabajos para elaborar las estimaciones conjuntas de la UNODC, la OMS, el ONUSIDA y el Banco Mundial del número de personas que se inyectan drogas fueron financiados en parte por la Sección de Lucha contra el VIH/sida de la Subdivisión de Salud y Prevención del Uso Indebido de Drogas de la División de Operaciones de la UNODC.

NOTAS EXPLICATIVAS

Los límites geográficos, así como los nombres y las denominaciones 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 con entramado de líneas debido a la dificultad para mostrarlos con suficiente detalle.

Las denominaciones empleadas en el *Informe Mundial sobre las Drogas* 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 en que se recopilaron los correspondientes datos.

Toda referencia a Kosovo en el *Informe Mundial sobre las Drogas*, de haberla, debe entenderse en conformidad con la resolución 1244 (1999) del Consejo de Seguridad.

Puesto que existe cierta ambigüedad científica y jurídica en las distinciones entre “uso” (o “consumo”), “uso indebido” y “abuso” de drogas, en el *Informe Mundial sobre las Drogas* se utilizan indistintamente los términos neutros “uso de drogas” o “consumo de drogas”. El término “uso indebido” solo se emplea para designar el consumo con fines no médicos de fármacos sujetos a prescripción médica.

El uso de los términos “droga” y “uso de drogas” (o “consumo de drogas”) en el *Informe Mundial sobre las Drogas* se refiere a las sustancias sometidas a fiscalización de conformidad con los tratados de fiscalización internacional de drogas, así como a su uso con fines no médicos.

A menos que se indique otra cosa, todos los análisis contenidos en el *Informe Mundial sobre las Drogas* se basan en los datos oficiales presentados por los Estados Miembros a la UNODC a través del cuestionario para los informes anuales.

Los datos demográficos que figuran en el *Informe Mundial sobre las Drogas* proceden de la publicación *World Population Prospects: The 2017 Revision* (División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas).

Salvo indicación en contrario, por “dólares” se entenderá dólares de los Estados Unidos.

Salvo indicación en contrario, por “toneladas” se entenderá toneladas métricas.

En el presente fascículo se han utilizado las siguientes siglas y acrónimos:

AVAD	años de vida ajustados en función de la discapacidad
EMCDDA	Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías
Europol	Agencia de la Unión Europea para la Cooperación Policial
GBL	gamma-butirolactona
GHB	ácido gamma-hidroxi-butírico
LSD	dietilamida del ácido lisérgico
NSP	nuevas sustancias psicoactivas
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida
PID	personas que se inyectan drogas
UNODC	Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito
VIH	virus de la inmunodeficiencia humana

CONTENIDO DEL FASCÍCULO

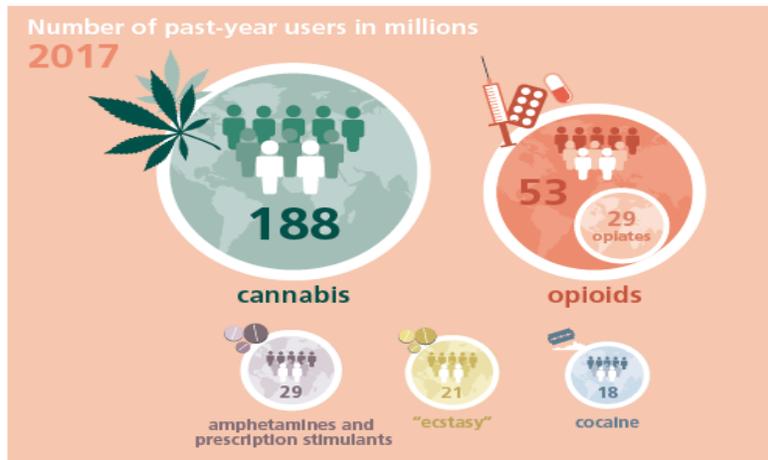
El presente fascículo constituye el segundo capítulo del *Informe Mundial sobre las Drogas 2019*. En él se ofrece una perspectiva general de la magnitud y las tendencias del consumo de drogas, incluidos los trastornos por consumo de drogas y sus consecuencias para la salud, y se examina la magnitud mundial de las muertes y los años de vida “sana” perdidos atribuibles al consumo de drogas. También se examinan el consumo de drogas, las enfermedades infecciosas y la prestación de servicios de prevención y tratamiento en entornos penitenciarios. En la última sección se ofrece una perspectiva general de las estimaciones y tendencias más recientes del cultivo, la producción y el tráfico de drogas, incluida la venta por Internet, a través de la web oscura.

[Top-right figure]



Use of any drugs during incarceration	Consumo de drogas de cualquier tipo durante el encarcelamiento
31 % at least once	31 % al menos una vez
19 % past month	19 % el último mes

[Bottom figure]



Number of past-year users in millions 2017	Número de consumidores en el último año en millones 2017
188 cannabis	188 cannabis
53 opioids	53 opioides
29 opiates	29 opíáceos
29 Amphetamines and prescription stimulants	29 anfetaminas y estimulantes sujetos a prescripción médica
21 "ecstasy"	21 éxtasis
18 cocaine	18 cocaína

DEMANDA DE DROGAS

Magnitud del consumo de drogas

Más de 250 millones de personas consumen drogas

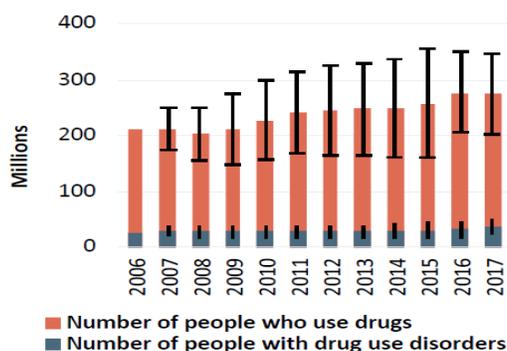
Se estima que, en 2017 y a nivel mundial, unos 271 millones de personas de 15 a 64 años habían consumido drogas al menos una vez en el último año (margen de variación: 201 millones a 341 millones). Esa cifra representa el 5,5 % de la población mundial comprendida en esa franja etaria (margen de variación: 4,1 % a 6,9 %), lo que equivale a 1 de cada 18 personas.

En 2009, la prevalencia estimada del consumo de drogas en todo el mundo en el último año había sido inferior, del 4,8 %. Entre 2009 y 2017, el número estimado de personas que habían consumido cualquier droga en el último año en todo el mundo aumentó de 210 millones a 271 millones, es decir, un 30 %, en parte como resultado del crecimiento demográfico (la población mundial de 15 a 64 años aumentó un 10 %). Los datos muestran que la prevalencia a lo largo del tiempo del consumo de opioides es mayor en África, Asia, Europa y América del Norte, y la del consumo de cannabis en América del Norte, América del Sur y Asia. Cabe señalar, sin embargo, que toda comparación de las estimaciones a lo largo del tiempo debe realizarse con cautela, dados los amplios intervalos de incertidumbre de las estimaciones.

En el último decenio se han diversificado las sustancias disponibles en los mercados de drogas. Además de las sustancias tradicionales de origen vegetal (cannabis, cocaína y heroína), durante el último decenio ha ocurrido una expansión dinámica del mercado de drogas sintéticas y del uso con fines no médicos de medicamentos sujetos a prescripción médica. Ahora se dispone de drogas más potentes y los riesgos son mayores debido al creciente número de sustancias y de sus posibles combinaciones.

[Figure 1]

Fig. 1 Tendencias mundiales del número estimado de consumidores de drogas y de personas con trastornos por consumo de drogas, 2006-2017



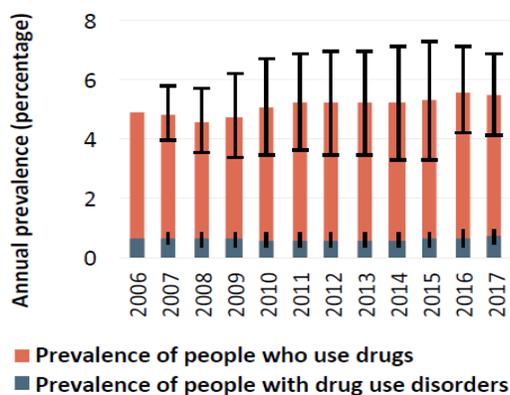
Millions	Millones
Number of people who use drugs	Número de personas que consumen drogas
Number of people with drug use disorders	Número de personas con trastornos por consumo de drogas

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

Nota: Las estimaciones de personas que consumen drogas corresponden a adultos (de 15 a 64 años) que consumieron drogas en el último año.

[Figure 2]

Fig. 2 Tendencias mundiales de la prevalencia estimada del consumo de drogas y de los trastornos por consumo de drogas, 2006-2017



Annual prevalence (percentage)	Prevalencia anual (porcentaje)
Prevalence of people who use drugs	Prevalencia de personas que consumen drogas
Prevalence of people with drug use disorders	Prevalencia de personas con trastornos por consumo de drogas

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

Nota: El porcentaje estimado de la prevalencia anual del consumo de drogas corresponde a adultos (de 15 a 64 años) que consumieron drogas en el último año.

En los últimos años se han sintetizado cientos de nuevas sustancias psicoactivas. En su mayoría se trata de estimulantes, seguidos de cannabinoides y un número creciente de opioides, con consecuencias negativas impredecibles y a veces graves, incluida la muerte. El uso de fármacos opioides con fines no médicos suscita cada vez más preocupación. En América del Norte, el consumo de opioides sintéticos como el fentanilo (y sus análogos) dio lugar a un aumento espectacular y constante de las muertes por sobredosis de opioides en 2017. En otras subregiones, como África Occidental y Central y África Septentrional, a juzgar por las incautaciones, ha aumentado considerablemente la demanda de tramadol para consumo no médico. El primer estudio nacional a gran escala sobre el consumo de drogas en Nigeria, realizado en 2017, reveló una alta prevalencia del consumo con fines no médicos de opioides sujetos a prescripción médica (principalmente tramadol), solo superado por el consumo de cannabis, con una prevalencia del 4,7 % en el último año¹.

¹ UNODC, *Drug Use in Nigeria 2018* (Viena, 2019).

[Box begins, on page 10]

Estudios recientes sobre el consumo de drogas en Nigeria y la India: mejora de la comprensión de la magnitud del consumo de drogas en África y Asia y a nivel mundial

Los estudios nacionales sobre el consumo de drogas que se llevaron a cabo en la India en 2018^a y en Nigeria en 2017^b han permitido obtener una visión mucho más adecuada de la magnitud del consumo de drogas en esos dos países muy poblados. Debido a su numerosa población, Nigeria y la India influyen de forma considerable en las estimaciones regionales y mundiales del consumo de drogas. En Nigeria, que es el país más poblado de África, reside un 38 % de la población de 15 a 64 años de África Occidental y Central y un 15 % de la población de África en su conjunto, mientras que en la India reside el 86 % de la población de Asia Meridional y el 30 % de la población de Asia.

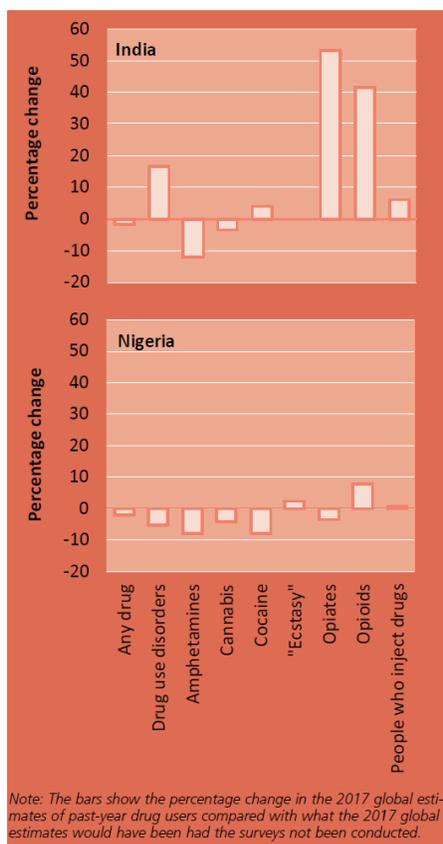
Según los resultados del estudio realizado en la India, la prevalencia del consumo de opioides y opiáceos en Asia supera con mucho los cálculos anteriores correspondientes a esa región. En 2017, la prevalencia del consumo de opioides en el último año en Asia, el 1,0 %, fue mayor que en 2016, cuando se situó en el 0,5 %, lo que representó un cambio del 117 % en el número de consumidores en el último año, que pasó de 13,6 millones a 29,5 millones. En lo que respecta al consumo de opiáceos, la prevalencia también fue mayor en 2017 (0,7 %) que en 2016 (0,4 %), lo que equivalía a un aumento del número de consumidores en el último año de 11,2 millones a 21,7 millones. De modo similar, en África se estimó que la prevalencia del uso de opioides en el último año había sido mayor en 2017 (0,9 %) que en 2016 (0,3 %), lo que equivalía a un cambio del número de consumidores en el último año de 2,2 millones a 6,1 millones, o sea, un aumento del 178 %. En las estimaciones mundiales actualizadas del consumo de opioides y opiáceos se ha incorporado información nueva de cinco países, pero los principales cambios con respecto a las estimaciones mundiales anteriores se derivan de los nuevos estudios realizados en Nigeria y la India.

A la inversa, como consecuencia de esos estudios realizados en la India y Nigeria, las estimaciones del consumo de anfetaminas se han revisado a la baja a nivel regional en África y Asia, así como a nivel mundial. En África se estimó que la prevalencia en el último año en 2017 (0,5 %) había sido inferior a la de 2016 (0,9 %), lo que se traducía en un menor número de consumidores en el último año en 2017 (3,7 millones) que en 2016 (6,0 millones). En Asia se estimó que la prevalencia había sido del 0,5 % en 2017 y del 0,6 % en 2016, lo que equivalía a un cambio del número de consumidores en el último año de 17,5 millones en 2016 a 14,1 millones en 2017. En cuanto a los opioides y los opiáceos, si bien se disponía de información actualizada sobre el consumo de anfetaminas en cinco países, la mayor parte de los cambios en las estimaciones mundiales se derivaban de los estudios realizados en Nigeria y la India.

Las estimaciones de la prevalencia del consumo de cocaína en el último año también fueron más bajas en África en 2017 (0,2 %) que en 2016 (0,5 %), lo que se correspondía con la disminución de la estimación del número de consumidores en el último año en 2017 (1,3 millones) con respecto a 2016 (3,2 millones). Nigeria es el único país de África que dispone de información nueva o actualizada sobre la prevalencia del consumo de cocaína.

[Figure within the box on page 10]

Repercusión de los resultados de los nuevos estudios realizados en la India y Nigeria en las estimaciones mundiales del número de consumidores de drogas en el último año, por tipo de droga, y de personas que se inyectan drogas



Percentage change	Porcentaje de variación
India	India
Percentage change	Porcentaje de variación
Nigeria	Nigeria
Any drug	Cualquier droga
Drug use disorders	Trastornos por consumo de drogas
Amphetamines	Anfetaminas
Cannabis	Cannabis
Cocaine	Cocaína
"Ecstasy"	Éxtasis
Opiates	Opiáceos
Opioids	Opioides
People who inject drugs	Personas que se inyectan drogas

Nota: Las barras muestran el cambio porcentual en las estimaciones mundiales de los consumidores de drogas en el último año correspondientes a 2017, en comparación con las estimaciones mundiales de 2017 si no se hubieran realizado los estudios.

[Figure ends]

[Box continues on the next page]

Antes de estos estudios, no se disponía de datos de estudios recientes sobre la prevalencia del consumo de drogas en el último año en Nigeria o la India, y las estimaciones regionales de África y Asia se elaboraban sobre la base de los datos disponibles de otros países de esas regiones.

En el estudio realizado en la India en 2018 se llevaron a cabo entrevistas con más de 500.000 personas en los 36 estados y territorios. Se combinaron dos métodos de recopilación de datos: una encuesta por hogares con una muestra representativa a nivel nacional de 473.569 personas de 10 a 75 años, y un muestreo dirigido por los entrevistados de 72.642 drogodependientes, en el que se utilizó el multiplicador de personas sometidas a tratamiento. En el estudio también se estimó en 850.000 el número de personas que se inyectaban drogas, frente a la estimación de 177.000 que había hecho la Organización Nacional de Control del Sida en 2008, sobre la base del mapeo realizado en áreas urbanizadas de 17 estados.

En el primer estudio nacional amplio sobre el consumo de drogas realizado en Nigeria, en 2017, se utilizó una encuesta por hogares con 38.850 participantes, que incorporó métodos de amplificación de redes, y una encuesta de consumidores de drogas de alto riesgo con 9.344 consumidores de drogas problemáticos, en la que utilizó el método de muestreo dirigido por los entrevistados y el método multiplicador-base de referencia. Los resultados del estudio pusieron de relieve un nivel considerable de consumo de sustancias psicoactivas en el último año. El cannabis era la droga que más se consumía, seguido de los opioides, sobre todo por el consumo con fines no médicos de opioides sujetos a prescripción médica (predominantemente el tramadol). El estudio situaba a Nigeria entre los países con mayor prevalencia del consumo con fines no médicos de opioides en el mundo.

Estos dos estudios recientes, de alta calidad científica, han supuesto importantes mejoras en la cobertura de datos de las poblaciones en las regiones respectivas. El nuevo estudio realizado en la India (en particular) y el que se llevó a cabo en Nigeria han tenido una influencia considerable en las estimaciones de la magnitud del consumo de drogas a nivel mundial. Los efectos se observan especialmente en el caso de los opioides y los opiáceos, que también han influido en las estimaciones mundiales del número de personas que padecen trastornos por consumo de drogas. Los nuevos datos de la India han repercutido, a su vez, en las estimaciones mundiales de personas que se inyectan drogas.

^a Atul Ambekar *et al.*, *Magnitud of Substance Use in India 2019* (Nueva Delhi, Ministerio de Justicia Social y Empoderamiento, 2019).

^b Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) y Gobierno de Nigeria, *Drug Use in Nigeria 2018* (Viena, 2019).

[Box ends]

Alrededor de 35 millones de personas padecen trastornos por consumo de drogas

De la cifra aproximada de 271 millones de personas que habían consumido cualquier droga en el último año, se estima que unos 35,0 millones (margen de variación: 23,0 millones a 47,0 millones), o casi el 13 %, padecen trastornos por ese motivo, lo que significa que ese consumo es nocivo hasta el extremo de que pueden experimentar drogodependencia o necesitar tratamiento. Esto corresponde a una prevalencia de los trastornos por consumo de drogas del 0,71 % (margen de variación: 0,47 % a 0,95 %) en la población de 15 a 64 años.

De 2009 a 2016, la prevalencia de los trastornos por consumo de drogas se mantuvo esencialmente estable a nivel mundial y el número de personas que padecen ese tipo de trastornos varió durante ese período en consonancia con el crecimiento de la población. Sin embargo, en 2017, la prevalencia de los trastornos por consumo de drogas (0,71 %) superó la estimación anterior (0,62 % en 2016), lo que se corresponde con un aumento del número estimado de personas que padecen trastornos por consumo de drogas de 30,5 millones a 35,0 millones. Este aumento de la prevalencia se deriva de los resultados de los estudios sobre el consumo

de drogas realizados recientemente en dos países muy poblados, Nigeria y la India (véase el recuadro). En vista de los amplios intervalos de incertidumbre de las estimaciones, debe procederse con cautela al realizar comparaciones a lo largo del tiempo.

El cannabis sigue siendo por un amplio margen la droga que más se consume

A nivel mundial, se estima que en 2017 había 188 millones de personas que habían consumido cannabis en el último año, lo que representa el 3,8 % de la población mundial de 15 a 64 años. La prevalencia anual del consumo de cannabis alcanza sus mayores niveles en América del Norte (13,8 %), Oceanía (10,9 %) y África Occidental y Central (10,0 %).

Según la información recibida, en 2010 el consumo de cannabis, especialmente entre los jóvenes, se había estabilizado o había disminuido en los países con mercados de cannabis arraigados, como los de Europa Occidental y Central, América del Norte y partes de Oceanía (Australia y Nueva Zelanda), pero esa tendencia se vio contrarrestada por el aumento del consumo en muchos países de África y Asia. Si bien el consumo de cannabis sigue estabilizándose en Europa Occidental y Central, en las Américas, África y Asia ha aumentado de manera considerable.

Los opioides causan los daños más graves para la salud de los consumidores

Los opioides constituyen una preocupación importante en muchos países debido a las graves consecuencias para la salud asociadas con su consumo. Por ejemplo, en 2017, el consumo de opioides fue el causante de 110.000 (66 %) de las 167.000 muertes atribuidas a los trastornos por el consumo de drogas². La crisis de los opioides continúa en América del Norte y ha alcanzado niveles sin precedentes en cuanto al número de muertes por sobredosis de opioides en los Estados Unidos de América y el Canadá; esos aumentos se atribuyen en gran medida al consumo de fentanilo y sus análogos.

Se estima que en 2017 había en el mundo 53,4 millones de personas que habían consumido opioides en el último año (personas que habían consumido opiáceos o que habían usado, con fines no médicos, opioides sujetos a prescripción médica). Ello representa el 1,1 % de la población mundial de entre 15 y 64 años. El número de consumidores de opioides en el último año en todo el mundo supera en un 56 % la cifra de 34,3 millones que se había estimado en 2016. El cambio se debe a que los estudios realizados recientemente en Nigeria y la India (véase el recuadro de la página anterior) han permitido comprender mejor la magnitud del consumo de drogas. Las subregiones en que se registró la mayor prevalencia del consumo de opioides en el último año fueron América del Norte (4,0 %), Oceanía (3,3 % en Australia y Nueva Zelanda), el Cercano Oriente y el Oriente Medio y Asia Sudoccidental (2,3 %) y Asia Meridional (1,8 %).

Si bien no se dispone de estimaciones a nivel mundial, muchos países informan del uso con fines no médicos de fármacos opioides, por ejemplo, en África Occidental y Septentrional y en el Cercano Oriente y el Oriente Medio (tramadol), y en América del Norte (hidrocodona, oxicodona, codeína, tramadol y fentanilo). También hay indicios de un mayor uso de opioides farmacéuticos con fines no médicos en Europa Occidental y Central, como se observa en la creciente proporción de personas admitidas para recibir tratamiento por el consumo de esas sustancias.

Los resultados del primer estudio nacional a gran escala sobre el consumo de drogas realizado en Nigeria, el país más poblado de África, en 2017 pusieron de manifiesto un nivel considerable de uso no médico de opioides sujetos a prescripción médica (principalmente tramadol) en el último año, con una prevalencia anual del 6,0 % en los hombres y del 3,3 % en las mujeres³.

² Institute for Health Metrics and Evaluation “Global Burden of Disease Study 2017”, Global Health Data Exchange.

³ *Drug use in Nigeria 2018*.

De los consumidores de opioides, 29,2 millones eran personas que habían consumido opiáceos en el último año (heroína y opio) en 2017, lo que representa el 0,6 % de la población mundial de 15 a 64 años; el número de consumidores de opiáceos en el último año en todo el mundo supera en un 50 % los 19,4 millones que se habían estimado en 2016 (debido a que los estudios realizados recientemente en la India y Nigeria permiten comprender mejor la magnitud del consumo de opiáceos). Las subregiones que presentan la mayor prevalencia de consumo de opiáceos son el Cercano Oriente y el Oriente Medio y Asia Sudoccidental (1,6 %), Asia Meridional (1,3 %) y Asia Central y Transcaucasia (0,9 %).

El consumo de anfetaminas, especialmente de metanfetamina, va en aumento en algunas partes de Asia y América del Norte

En 2017, se estima que había unos 28,9 millones de personas que habían consumido anfetaminas en el último año, lo que representa el 0,6 % de la población mundial de 15 a 64 años, un 15 % menos que los 34,2 millones que se habían estimado en 2016 (debido a una mejor comprensión del consumo de anfetaminas sobre la base de los resultados de los estudios realizados recientemente en Nigeria y la India). Los mayores niveles de prevalencia en el último año en la población de 15 a 64 años se alcanzaron en América del Norte (2,1 %) y Oceanía (1,3 %).

La forma en que se consumen las anfetaminas varía considerablemente de una región a otra. En América del Norte, la forma más común es el consumo con fines no médicos de estimulantes sujetos a prescripción médica y de metanfetamina; en Asia Oriental y Sudoriental y Oceanía (Australia), de metanfetamina cristalina; y en Europa Occidental y Central y en el Cercano Oriente y el Oriente Medio, de anfetamina. Desde 2010, el consumo de anfetaminas en la mayoría de los países de Europa Occidental y Central se ha mantenido relativamente estable, aunque los datos basados en el análisis de las aguas residuales han mostrado un aumento en los últimos años. En América del Norte hay indicios de un aumento del consumo de metanfetamina, mientras que en Asia Oriental y Sudoriental se ha seguido informando del aumento del consumo de esa sustancia, en particular su forma cristalina.

El consumo de éxtasis en el último año se estima en 21,3 millones de personas en todo el mundo, lo que representa el 0,4 % de la población mundial de 15 a 64 años. El consumo de éxtasis en el último año es relativamente elevado en Oceanía (2,2 % en Australia y Nueva Zelanda), Europa Occidental y Central (0,9 %) y América del Norte (0,9 %). El consumo de éxtasis está vinculado principalmente a los lugares de ocio nocturno; los niveles más altos se dan entre los jóvenes. Entre 2007 y 2012, la mayoría de los países de Europa Occidental y Central notificaron tendencias estables o decrecientes en el consumo de éxtasis, pero ha habido indicios de un resurgimiento general de su consumo en los últimos años, debido a la creciente disponibilidad de éxtasis de gran pureza en Europa Occidental y Central, así como en otras subregiones. Las formas de éxtasis utilizadas también se han diversificado: pueden encontrarse y se utilizan con frecuencia polvo de gran pureza y formas cristalinas de la droga.

Indicios de aumento del consumo de cocaína en América del Norte y en Europa Occidental y Central

A nivel mundial, se estima que en 2017 había 18,1 millones de personas que habían consumido cocaína en el último año, lo que representa el 0,4 % de la población mundial de 15 a 64 años. El consumo de cocaína en el último año es elevado en Oceanía (2,2 % en Australia y Nueva Zelanda), América del Norte (2,1 %), Europa Occidental y Central (1,3 %) y América del Sur (1,0 %).

En 2010, se comunicaron tendencias estables en Centroamérica, América del Sur y Europa respecto del consumo de cocaína, mientras que América del Norte registró una disminución del consumo de esa sustancia. Más recientemente, en Europa Occidental y Central, los análisis de aguas residuales y los resultados de los estudios realizados en algunos países apuntan a un aumento del consumo de cocaína en la subregión. En América del Norte, tras una disminución del consumo de cocaína entre 2006 y 2012, se observan indicios de aumento; también se han notificado aumentos del consumo de cocaína en algunos

países de América del Sur. Además, el consumo de pasta base de cocaína, que anteriormente se circunscribía a los países fabricantes de cocaína, se ha propagado a países más meridionales de la subregión. En algunas partes de Asia y África Occidental se han incautado cantidades cada vez mayores de cocaína, lo que indica que el consumo podría aumentar, sobre todo entre los sectores urbanos acomodados de la población, en subregiones en las que hasta entonces había sido escaso.

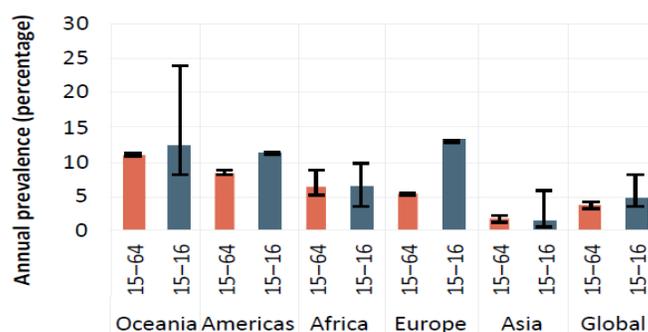
Consumo de drogas entre los adolescentes y los adultos jóvenes

La adolescencia y los primeros años de la edad adulta representan un período importante de transición. Son una etapa de desarrollo físico y psicológico, en que el cerebro experimenta cambios, y de desarrollo cognitivo y emocional. Para algunos, también representa una fase de vulnerabilidad al consumo de drogas. La adolescencia (de 12 a 17 años) es el período de riesgo crítico para la iniciación en el consumo de sustancias. En la población de 15 a 64 años, los valores máximos de consumo de drogas se alcanzan entre las personas de 18 a 25 años⁴. Esta es la situación que se observa en los países de la mayoría de las regiones y en lo que respecta a la mayoría de los tipos de drogas.

Las investigaciones de los últimos 20 años han permitido comprender mejor los factores individuales y ambientales que aumentan la vulnerabilidad a la iniciación en el consumo de drogas. También se ha comprendido mejor la progresión a los trastornos. La falta de conocimiento sobre las sustancias y las consecuencias de su consumo es uno de los principales factores que aumentan la vulnerabilidad de una persona al consumo de drogas. Cabe destacar otros factores importantes de vulnerabilidad, entre ellos: la predisposición genética, los rasgos de personalidad (por ejemplo, la impulsividad y la búsqueda de sensaciones fuertes), la presencia de trastornos mentales y conductuales, el abandono y los abusos por parte de la familia, la falta de apego a la escuela y la comunidad, las normas y entornos sociales propicios para el consumo de sustancias (entre otras cosas, por la influencia de los medios de comunicación), y la crianza en comunidades marginadas y desfavorecidas. A la inversa, el bienestar psicológico y emocional, la competencia personal y social y un sólido vínculo con padres solícitos y con escuelas y comunidades organizadas y bien dotadas de recursos son factores que contribuyen a que las personas sean menos vulnerables al consumo de sustancias⁵.

[Figure 3]

Fig. 3 Estimaciones del consumo de cannabis entre los jóvenes y la población en general, 2017



Annual prevalence (percentage)	Prevalencia anual (porcentaje)
Oceania	Oceanía
Americas	América

⁴ Informe Mundial sobre las Drogas 2018: Las drogas y la edad – Drogas y problemas conexos entre los jóvenes y las personas de más edad (publicación de las Naciones Unidas, número de venta: E.18.XI.9 (Fascículo 4)), pág. 11.

⁵ UNODC y OMS, Normas internacionales sobre la prevención del uso de drogas, segunda edición (de próxima publicación).

Africa	África
Europe	Europa
Asia	Asia
Global	Mundo

Fuente: UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales y otros informes de los Gobiernos.

Nota: Las estimaciones de la prevalencia anual del consumo en los jóvenes de 15 y 16 años se basan en encuestas escolares realizadas en la mayoría de los países y pueden no ser representativas de todas las personas de 15 y 16 años.

El cannabis es la droga de consumo más extendido entre los jóvenes. A nivel mundial, se estima que en 2017 había 12,6 millones de personas que habían consumido cualquier droga en el último año entre los estudiantes de 15 y 16 años, con una cifra estimada de 11,3 millones de consumidores de cannabis en el último año. Ello supone una prevalencia anual del consumo de cannabis del 4,7 % en este grupo de edad, lo que supera la tasa de prevalencia del consumo de cannabis en la población general de 15 a 64 años (3,8 %). El consumo de cannabis en el último año entre los jóvenes de 15 y 16 años es elevado en Europa (13,2 %), Oceanía (12,4 %) y las Américas (11,4 %). En estudios realizados en los Estados Unidos⁶ se ha estimado en un 9 % el riesgo de que las personas que hayan consumido la droga (aunque sea una vez) desarrollen dependencia del cannabis. Según estudios de los Estados Unidos, Nueva Zelanda y Australia⁷, esa tasa aumentó a uno de cada seis (17 %) entre los consumidores a lo largo de la vida que comenzaron a consumir cannabis en la adolescencia.

En Europa, donde la prevalencia del consumo de cannabis en los jóvenes es elevada, las creencias y actitudes respecto de dicho consumo pueden ayudar a explicar esa alta prevalencia. En 2014 se llevó a cabo una encuesta entre 13.128 personas de 15 a 24 años de los 28 Estados miembros de la Unión Europea con el fin de evaluar las percepciones de la disponibilidad de drogas y las actitudes respecto de su consumo⁸. Se consideraba que el cannabis era la droga menos nociva y la más fácil de obtener. El 63 % de los encuestados consideraba que el consumo habitual de cannabis podía entrañar un riesgo elevado para la salud, pero el 25 % opinaba que el riesgo era medio y el 11 % opinaba que el riesgo era bajo o nulo (el 1 % no sabía). Más de la mitad (58 %) de los encuestados afirmaron que sería fácil obtener cannabis en 24 horas y el 29 % indicó que sería “muy fácil”. Se consideraba que las sustancias con una menor prevalencia de consumo entrañaban un mayor riesgo para la salud y eran mucho menos accesibles. Casi todos los encuestados consideraban que el consumo habitual de cocaína o de éxtasis podría suponer un alto riesgo para la salud (96 % y 93 %, respectivamente). Un menor número de encuestados indicó que sería fácil obtener cocaína (25 %), éxtasis (23 %) o heroína (13 %). De hecho, solo uno de cada cinco opinó que sería imposible obtener cualquiera de esas sustancias en 24 horas.

En un estudio realizado en 2015 con 96.046 estudiantes de 15 y 16 años en 35 países de Europa se constató que la prevalencia de vida del consumo de tranquilizantes y sedantes sin prescripción médica (6 %) y de nuevas sustancias psicoactivas (4 %) era superior al consumo en algún momento de la vida de sustancias sometidas a fiscalización distintas del cannabis. Después del cannabis (prevalencia de vida del 16 %), las drogas más consumidas fueron el éxtasis, la anfetamina, la cocaína y la LSD u otros alucinógenos (cada

⁶ Catalina López-Quintero *et al.*, “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 (mayo de 2011), págs. 120 a 130.

⁷ James C. Anthony, “The epidemiology of cannabis dependence”, en *Cannabis Dependence: Its Nature, Consequences and Treatment* (Cambridge, Cambridge University Press, 2006), págs. 58 a 105.

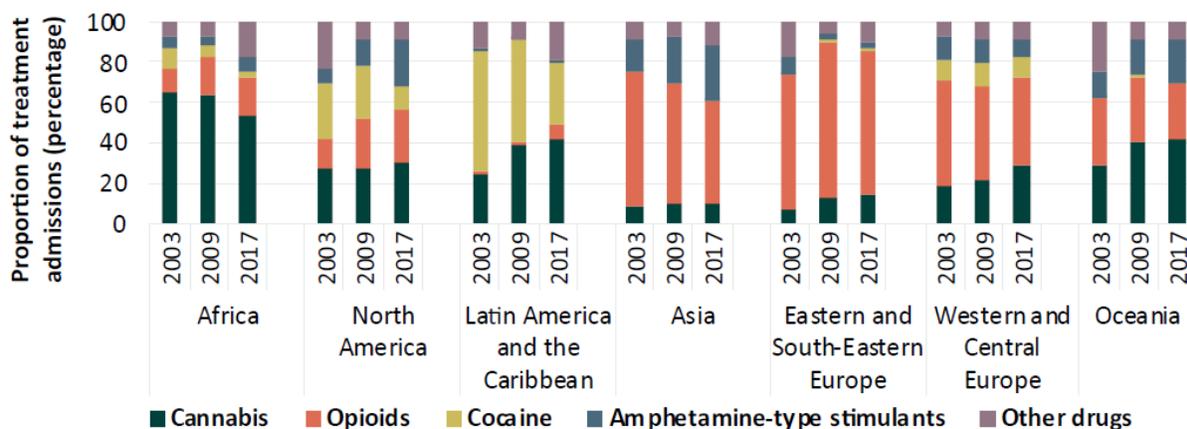
⁸ Comisión Europea, *Young people and drugs*, Flash Eurobarometer series, núm. 401 (agosto de 2014).

uno con una prevalencia de vida del 2 %). Las drogas menos consumidas fueron la metanfetamina, la cocaína *crack*, la heroína y el GHB (cada una con una prevalencia de vida del 1 %)⁹.

En los Estados Unidos, dos factores que han demostrado ser fundamentales para explicar las diferencias y los cambios a lo largo del tiempo en el consumo de muchas drogas por los jóvenes son las percepciones del riesgo de daño y la desaprobación personal. Las tendencias en la percepción de la disponibilidad de determinadas drogas también han resultado importantes para explicar los cambios en los niveles de consumo¹⁰.

[Figure 4]

Fig. 4 Tendencias de las drogas más preocupantes en las admisiones para recibir tratamiento de la drogodependencia, por región, 2003, 2009 y 2017



Proportion of treatment admissions (percentage)	Proporción de admisiones para recibir tratamiento (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: UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales.

⁹ EMCDDA y Proyecto Europeo de Encuestas Escolares sobre el Alcohol y Otras Drogas, *ESPAD Report 2015: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs* (Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2016).

¹⁰ Richard A. Miech *et al.*, *Monitoring the Future: National Survey Results on Drug Use, 1975–2017*, vol. 1, *Secondary School Students* (Ann Arbor, Michigan, University of Michigan Institute for Social Research, 2018).

Personas sometidas a tratamiento por drogodependencia

Para las personas con trastornos por consumo de drogas, la disponibilidad y el acceso a los servicios de tratamiento siguen siendo limitados a nivel mundial, y solo una de cada siete personas que sufren trastornos de ese tipo recibe tratamiento cada año. La información sobre las personas sometidas a tratamiento puede proporcionar indicaciones útiles sobre las tendencias y las variaciones geográficas en los trastornos por consumo de drogas. Sin embargo, esa información no solo refleja el nivel de demanda de tratamiento (el número de personas que buscan ayuda o que son remitidas por el sistema de justicia penal o por sus familias, por ejemplo), sino también la medida en que están disponibles los servicios de tratamiento.

En todas las regiones, con excepción de África, se ha registrado un aumento de la proporción de los tratamientos que se destina a tratar el consumo de cannabis como la droga que suscita la mayor preocupación. En África, aunque esta proporción ha ido disminuyendo, el tratamiento del consumo de cannabis como la droga más preocupante sigue siendo prominente. Sobre la base de los datos de los centros de tratamiento de las seis regiones de Sudáfrica, que abarcan el período comprendido entre julio y diciembre de 2017 (los datos más recientes disponibles), el cannabis era la droga más preocupante en el 29 % al 56 % de las personas sometidas a tratamiento (se ha excluido a las personas admitidas principalmente por consumo de alcohol). En el caso de los menores de 20 años, había una proporción mucho mayor de personas en cuyo caso el cannabis era la droga más preocupante. En todas las regiones, se indicó que el cannabis era la droga más preocupante en el 43 % al 83 % de las personas menores de 20 años¹¹.

En un examen bibliográfico de los estudios sobre el consumo de sustancias en países de África Occidental se determinó sistemáticamente que el cannabis era la droga que suscitaba la mayor preocupación en la mayoría de las admisiones para recibir tratamiento. Se disponía de información sobre las admisiones a tratamiento en 8 de los 16 países incluidos en el examen; en todos ellos se determinó que el cannabis era la sustancia (sometida a fiscalización) que suscitaba mayor preocupación respecto de la mayoría de las personas que recibían tratamiento por drogodependencia. En cinco de esos ocho países, la proporción de personas admitidas para recibir tratamiento por el consumo de cannabis era mayor que la de personas admitidas por el consumo de alcohol. Las proporciones de admisiones para recibir tratamiento de la drogodependencia principalmente por el consumo de otras sustancias eran muy bajas, por lo general inferiores al 5 %¹².

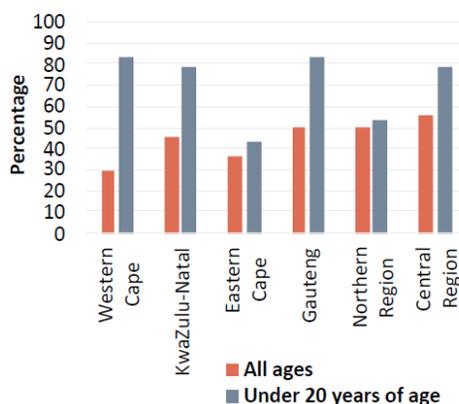
¹¹ Siphokazi Dada *et al.*, *Monitoring Alcohol, Tobacco and Other Drug Use Trends in South Africa: Phase 43* (Ciudad del Cabo, Sudáfrica, Red Sudafricana de Epidemiología Comunitaria sobre el Uso de Drogas, octubre de 2018).

¹² UNODC, *Situation of Drug Use in ECOWAS Member States and Mauritania: A Review of the Literature (2006-2010)* (Viena, 2017).

[Figure 5]

Fig. 5 Proporción de personas sometidas a tratamiento de drogodependencia con el cannabis como droga más preocupante, Sudáfrica, julio a diciembre de 2017

FIG. 5 Proportion of people in drug treatment with cannabis as the primary drug of concern, South Africa, July to December 2017



Percentage	Porcentaje
Western Cape	Cabo occidental
KwaZulu-Natal	KwaZulu-Natal
Eastern Cape	Cabo oriental
Gauteng	Gauteng
Northern Region	Región septentrional
Central Region	Región central
All ages	Todas las edades
Under 20 years of age	Menores de 20 años

Fuente: Siphokazi Dada *et al.*, *Monitoring Alcohol, Tobacco and Other Drug Use Trends in South Africa: Phase 43* (Ciudad del Cabo, Sudáfrica, Red Sudafricana de Epidemiología Comunitaria sobre el Uso de Drogas, octubre de 2018).

Nota: El tratamiento del consumo de alcohol, que se incluyó en la publicación, se ha excluido de este análisis.

Hasta ahora no se ha encontrado ninguna medicación eficaz para el tratamiento de los trastornos por consumo de cannabis. Por lo tanto, las intervenciones psicológicas y sociales destinadas a cambiar el comportamiento y a proporcionar apoyo, como la terapia cognitivo-conductual (en la que se cuestionan los estilos de pensamiento irracionales y negativos y se promueve el desarrollo de nuevas estrategias de afrontamiento) o las entrevistas motivacionales (en las que se estimula la motivación personal para que el consumidor cambie su propio comportamiento), son el único tipo de tratamiento disponible¹³.

Los opioides (predominantemente la heroína) siguen siendo el principal tipo de droga por el que se recibe tratamiento en Europa (en particular Europa Oriental y Sudoriental) y Asia. En Europa, el consumo de opioides (en su mayoría heroína) fue la razón principal para someterse a tratamiento especializado de la drogodependencia en 2016, y representó el 37 % de las admisiones para recibir tratamiento. El opioide más

¹³ J. Schettino *et al.*, *Treatment of Cannabis-related Disorders in Europe*, EMCDDA Insights Series, núm. 17 (Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2015).

consumido en Europa es la heroína y la región ha experimentado distintas oleadas de consumo: la primera afectó a muchos países de Europa Occidental desde mediados del decenio de 1970 y la segunda afectó, en particular, a países de Europa Central y Oriental desde mediados hasta finales del decenio de 1990. En los últimos años, se ha identificado la existencia de una cohorte de consumidores de opioides que van envejeciendo y que probablemente han estado en contacto con los servicios de tratamiento¹⁴. Las terapias de mantenimiento, con fármacos como la metadona y la buprenorfina, que reducen el ansia y el consumo de opioides, son recomendadas por la OMS y en muchos países se han convertido en la forma principal de tratar la dependencia de opioides^{15, 16}.

En la República Islámica del Irán, en la clínica del Centro Nacional Iraní de Estudios sobre Adicciones en Teherán, los opioides y los estimulantes son las drogas que suscitan mayor preocupación con respecto a las nuevas admisiones para recibir tratamiento. Esto refleja la alta prevalencia en el último año de los trastornos por consumo de opioides (en particular el opio), el tipo más común de trastorno por consumo de drogas en el país, estimado en un 1,8 % entre las personas de 15 a 64 años en 2011¹⁷. Aunque la prevalencia en el último año de los trastornos por consumo de estimulantes de tipo anfetamínico, que fue del 0,35 %, era inferior a la prevalencia de los trastornos por consumo de cannabis, que fue del 0,52 %, el cannabis apenas ha comenzado a ser una de las drogas más preocupantes en las nuevas admisiones para recibir tratamiento¹⁸.

Actualmente no se dispone de intervenciones farmacológicas para tratar el consumo de estimulantes, y las intervenciones conductuales son el único tratamiento disponible y eficaz. El tratamiento del consumo de estimulantes de tipo anfetamínico es más común en Asia (predominantemente del consumo de metanfetamina) y Oceanía (basado en datos de Australia y Nueva Zelanda en el caso de la metanfetamina). Desde hace varios años, Asia Oriental y Sudoriental y América del Norte han sido los principales mercados de la metanfetamina¹⁹. En Brunei Darussalam, Camboya, Filipinas, la República Democrática Popular Lao, Singapur y Tailandia, los consumidores de metanfetamina representan el porcentaje más alto de personas sometidas a tratamiento. Los tratamientos en los que la cocaína es la droga más preocupante se observan principalmente en las Américas, sobre todo en América Latina y el Caribe.

¹⁴ EMCDDA, *Informe Europeo sobre Drogas 2018: Tendencias y novedades* (Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2018).

¹⁵ UNODC y OMS, *International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders: Draft for Field Testing* (Viena, 2017).

¹⁶ OMS, *Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence* (Ginebra, 2009).

¹⁷ Determinado según el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, cuarta edición* (Washington, D.C., American Psychiatric Association), basado en los 12 meses anteriores a la entrevista.

¹⁸ Masoumeh Amin-Esmaeili *et al.*, "Epidemiology of illicit drug use disorders in Iran: prevalence, correlates, comorbidity and service utilization results from the Iranian Mental Health Survey", *Addiction*, vol. 111, núm. 10 (octubre de 2016), págs. 1836 a 1847.

¹⁹ UNODC, "Methamphetamine continues to dominate synthetic drug markets", *Global SMART Update*, vol. 20 (septiembre de 2018).

Box begins, on page 17]

Enfoques respecto del tratamiento de la drogodependencia

Para atender a las personas que padecen trastornos por consumo de drogas, es importante asegurar que se cuente con los servicios de tratamiento más eficaces, eficientes y éticos. Aunque las pruebas demuestran que esos trastornos se tratan mejor dentro de un sistema de salud pública, en algunos países resulta difícil incluir el tratamiento de las adicciones en el sistema de atención de la salud. Para que los servicios de tratamiento sean eficaces, deben ser acordes con las necesidades de la persona, en función del nivel específico de gravedad de su trastorno. El tratamiento eficaz incorpora muchos componentes, por ejemplo, los servicios de divulgación, las pruebas de detección y las intervenciones breves, la hospitalización y el tratamiento ambulatorio, el tratamiento farmacológico basado en pruebas y las intervenciones psicosociales, el tratamiento residencial a largo plazo, la rehabilitación y los servicios de apoyo para la recuperación^a.

Como parte de la respuesta al consumo de drogas, algunos países de Asia han establecido centros de detención obligatoria donde los consumidores de drogas o drogodependientes quedan confinados sin su consentimiento y, en algunos casos, sin las debidas garantías procesales y sin evaluación clínica, con el pretexto del tratamiento o la rehabilitación. Esas situaciones entran en conflicto directo con las obligaciones de derechos humanos y contravienen la deontología médica^b. Mediante un análisis reciente de los tratamientos obligatorios del consumo de drogas en siete países de Asia Sudoriental, basado en la información más actualizada de que se disponía, se constató que en 2014 había 450.000 personas detenidas en 948 centros de esos siete países. Si bien el número total estimado de personas detenidas se redujo en un 4 % entre 2012 y 2014, y en dos países hubo una disminución del número de centros de detención obligatoria, en cuatro países se incrementó el número de personas detenidas^c.

Los datos muestran que la respuesta más eficaz es el tratamiento de los trastornos por consumo de drogas mediante modalidades de tratamiento voluntarias y basadas en pruebas^{d, e, f}. En 2012, se emitió una declaración conjunta de 12 entidades de las Naciones Unidas sobre los centros de detención y rehabilitación obligatorias para consumidores de drogas, en la que se exhortó a los Estados a que clausuraran esos centros y proporcionaran en la comunidad servicios sociales y de salud voluntarios, basados en datos empíricos y en los derechos humanos^g.

^a UNODC y OMS, *International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders: Draft for Field Testing* (Viena, 2017).

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

^c Karsten Lunze *et al.*, “Compulsory treatment of drug use in Southeast Asian countries”, *International Journal of Drug Policy*, vol. 59 (septiembre de 2018), págs. 10 a 15.

^d *Ibid.*

^e D. Werb *et al.*, “The effectiveness of compulsory drug treatment: A systematic review”, *International Journal on Drug Policy*, vol. 28 (febrero de 2016), págs. 1 a 9.

^f Thu Vuong *et al.*, “Cost-effectiveness of center-based compulsory rehabilitation compared to community-based voluntary methadone maintenance treatment in Hai Phong City, Vietnam”, *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 168 (noviembre de 2016), págs. 147 a 155.

^g Organización Internacional del Trabajo *et al.*, “Joint Statement: compulsory drug detention and rehabilitation centres” (marzo de 2012).

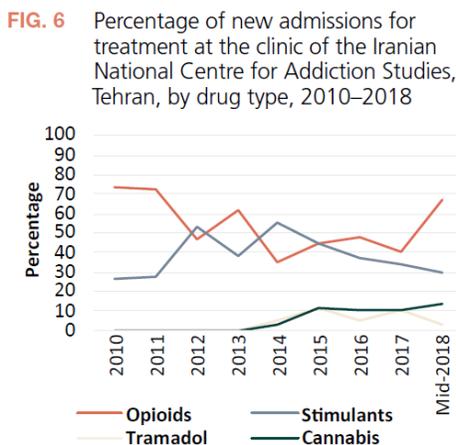
[Box ends]

El tratamiento del consumo de drogas no siempre se adapta a las necesidades específicas de las mujeres

Cuando las mujeres consumen drogas, ese hábito tiende a desembocar en trastornos por consumo de drogas en un período más breve que en el caso de los hombres (el efecto conocido como “telescoping” que se menciona en el *Informe Mundial sobre las Drogas 2018*)²⁰. Las mujeres pueden tener miedo de solicitar ayuda o tratamiento por su consumo de drogas. Esto puede deberse, por ejemplo, al temor a posibles consecuencias legales y al estigma social en caso de embarazo, a la falta de servicios de cuidado de los hijos durante el tratamiento o a otras responsabilidades familiares relacionadas con el papel de las mujeres como madres y cuidadoras²¹. Los servicios de tratamiento no siempre son fácilmente accesibles para quienes los necesitan y no siempre se presta una atención particular a los grupos de población especiales (como las mujeres embarazadas) o a los sectores marginados, desfavorecidos y vulnerables de la sociedad, en particular las mujeres, entre otros^{22, 23}. Antiguamente los participantes en las investigaciones solían ser hombres, por lo que muchas iniciativas relacionadas con el consumo de drogas están orientadas a ellos y es posible que algunas intervenciones de tratamiento no surtan tanto efecto en las mujeres como en los hombres^{24, 25, 26, 27}. Al igual que en el caso de los hombres, el tratamiento eficaz para las mujeres debe adaptarse a las necesidades de cada persona^{28, 29}.

[Figure 6]

Fig. 6 Porcentaje de nuevas admisiones para recibir tratamiento en la clínica del Centro Nacional Iraní de Estudios sobre Adicciones, Teherán, por tipo de droga, 2010-2018



²⁰ Kathleen T. Brady y Carrie L. Randall, “Gender differences in substance use disorders”, *Psychiatric Clinics of North America*, vol. 22, núm. 2 (1999), págs. 241 a 252.

²¹ *Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2016* (E/INCB/2016/1).

²² *Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2017* (E/INCB/2017/1).

²³ *International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders*.

²⁴ EMCDDA, “Women’s voices: experiences and perceptions of women facing drug-related problems in Europe” (Luxemburgo, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, 2009).

²⁵ National Institute on Drug Abuse “Substance use in women”, Research Reports (Bethesda, Maryland, Estados Unidos, 2018).

²⁶ Sharon Arpa, “Women who use drugs: issues, needs, responses, challenges and implications for policy and practice” (Lisboa, EMCDDA, 2017).

²⁷ UNODC, *Guidelines on Drug Prevention and Treatment for Girls and Women* (Viena, 2016).

²⁸ *International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders*.

²⁹ OMS, *Guidelines for the Identification and Management of Substance Use and Substance Use Disorders in Pregnancy* (Ginebra, 2014).

Percentage	Porcentaje
Mid-2018	Mediados de 2018
Opioids	Opioides
Tramadol	Tramadol
Stimulants	Estimulantes
Cannabis	Cannabis

Fuente: Centro Nacional Iraní de Estudios sobre Adicciones.

Nota: Los opioides incluyen el opio, el concentrado y los residuos de opio, la heroína, la morfina y la metadona. No se incluye el tramadol. Los clientes también son admitidos por dependencia de otras drogas, y también del alcohol, por lo que en algunos años los porcentajes no suman 100 en total. Además, algunos clientes presentan dependencia de más de un tipo de sustancia, lo que supone un total de más del 100 % en otros años debido al registro del policonsumo de drogas.

Consecuencias del consumo de drogas para la salud

Entre las consecuencias del consumo de drogas para la salud cabe mencionar diversos efectos negativos, como los trastornos por consumo de drogas, los trastornos de salud mental, la infección por el VIH, el cáncer de hígado y la cirrosis asociada con la hepatitis, las sobredosis y la muerte prematura. Los mayores daños para la salud son los asociados con el uso de opioides y de drogas por inyección debido al riesgo de contraer el VIH o la hepatitis C mediante prácticas de inyección inseguras. En consecuencia, esta sección se centra principalmente en esos aspectos del consumo de drogas.

Sin embargo, en los últimos decenios también se ha reconocido cada vez más la coexistencia de trastornos de salud mental entre las personas que padecen trastornos relacionados con el consumo de sustancias. Aunque los trastornos por consumo de sustancias suelen ir acompañados de otras enfermedades mentales, a menudo no está claro si uno de ellos provocó el otro, o si los factores de riesgo subyacentes comunes contribuyeron a ambos trastornos. La importancia de la comorbilidad del consumo de sustancias y los trastornos mentales está relacionada no solo con la alta prevalencia de esa comorbilidad, sino también con la dificultad para controlarla y su asociación con resultados deficientes, como el aumento de las hospitalizaciones psiquiátricas y de la prevalencia del suicidio, en comparación con quienes no presentan trastornos mentales comórbidos³⁰.

Estudio sobre la carga mundial de morbilidad de 2017: mortalidad y morbilidad atribuibles al consumo de drogas

El estudio sobre la carga mundial de morbilidad de 2017 (Global Burden of Disease Study 2017)³¹ indica qué sustancias y causas de lesiones y enfermedades son responsables de las mayores consecuencias negativas para la salud del consumo de drogas³² en lo que se refiere a muertes y años de vida “sana” perdidos: los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD). Mediante los AVAD se mide la carga de morbilidad a partir de la combinación de los años de vida perdidos como resultado de la muerte prematura y los años vividos con discapacidad (de cualquier tipo).

Según el estudio sobre la carga mundial de morbilidad de 2017, a nivel mundial, en 2017 se produjeron 585.000 muertes y se perdieron 42 millones de años de vida “sana” como resultado del consumo de drogas. La mitad de los AVAD se atribuyeron a años de vida perdidos por muerte prematura y la otra mitad, a años

³⁰ Marta Torrens *et al.*, *Comorbidity of Substance Use and Mental Disorders in Europe*, EMCDDA Insights Series, núm. 19 (Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2015).

³¹ “Global Burden of Disease Study 2017”.

³² En el estudio, el uso de drogas se define como la dependencia de opioides, cannabis, cocaína o anfetaminas, o un historial de consumo de drogas por inyección.

vividos con discapacidad. La mayor parte de la carga de morbilidad corresponde a los varones, que representan el 72 % de las muertes y el 70 % de los AVAD.

A nivel mundial, en los últimos tres decenios, las muertes y los AVAD atribuidos al consumo de drogas se han duplicado aproximadamente, con aumentos respectivos del 134 % y del 81 %. En 2017, más de la mitad de esas muertes (52 %) se debieron a la hepatitis C no tratada, que provoca cáncer de hígado y cirrosis; el 29 % se atribuyó a trastornos por consumo de drogas, sobre todo de opioides (el 66 % de las muertes se debieron a trastornos por consumo de drogas) y el 11 %, al VIH/sida. El mayor aumento de muertes en cifras absolutas entre 1990 y 2017 se asoció con la hepatitis C no tratada. Las muertes causadas por trastornos por consumo de drogas se han mantenido más estables, mientras que las muertes asociadas con el VIH/sida han ido disminuyendo gradualmente desde que alcanzaron su máximo nivel alrededor de 2005. Más allá de las muertes, cuando se consideran los AVAD en su conjunto, se aprecia un panorama diferente de las consecuencias perjudiciales del consumo de drogas. Entre 1990 y 2017, los años de vida “sana” perdidos por muerte prematura y discapacidad corresponden predominantemente a los trastornos por consumo de drogas, sobre todo de opioides, que contribuyeron al 79 % de los AVAD asociados con los trastornos por consumo de drogas y al 52 % del total de los AVAD atribuidos al consumo de drogas en 2017.

La mayor carga de morbilidad se detecta en Asia Oriental y Sudoriental, América del Norte y Asia Meridional. En esas subregiones, según datos de la UNODC, se observa un gran número de consumidores de opioides (el 6 %, el 24 % y el 35 % de los consumidores mundiales de opioides, respectivamente), al igual que un gran número de personas que se inyectan drogas (el 28 %, el 16 % y el 8 % de las personas que se inyectan drogas a nivel mundial, respectivamente). En África, la mortalidad y la morbilidad están más asociadas con el VIH/sida y menos con la cirrosis y el cáncer por hepatitis C no tratada. Aunque los datos relativos a África son limitados, salvo en el caso de algunos países de África Septentrional, el consumo de drogas por inyección tiene una baja prevalencia en la región y, dado que la hepatitis C es una infección hemática de alta prevalencia en las personas que se inyectan drogas, no ha tenido tanto impacto como en otras regiones.

A nivel mundial, el consumo de opioides es responsable de la mayor parte de los años de vida “sana” perdidos en relación con el consumo de drogas³³. Entre otros factores que contribuyen a ello, cabe mencionar las muertes relativamente prematuras a causa de los trastornos por consumo de opioides, en comparación con la mortalidad relacionada con el VIH o la hepatitis C. Sin embargo, la mayor parte (78 %) de los años de vida “sana” perdidos que se atribuyen al consumo de opioides se refieren a años vividos con discapacidad y no a años de vida perdidos por muertes prematuras³⁴.

Más de 11 millones de personas se inyectan drogas en todo el mundo

Las personas que se inyectan drogas sufren múltiples consecuencias negativas para la salud. Presentan un mayor riesgo de sobredosis letales³⁵ y se ven afectadas de manera desproporcionada por enfermedades infecciosas de transmisión sanguínea como el VIH y la hepatitis C, contraídas debido al uso común de agujas y jeringuillas contaminadas. Existe la posibilidad de que estas enfermedades infecciosas se propaguen de las personas que se inyectan drogas a la comunidad en general, por ejemplo, mediante la transmisión sexual.

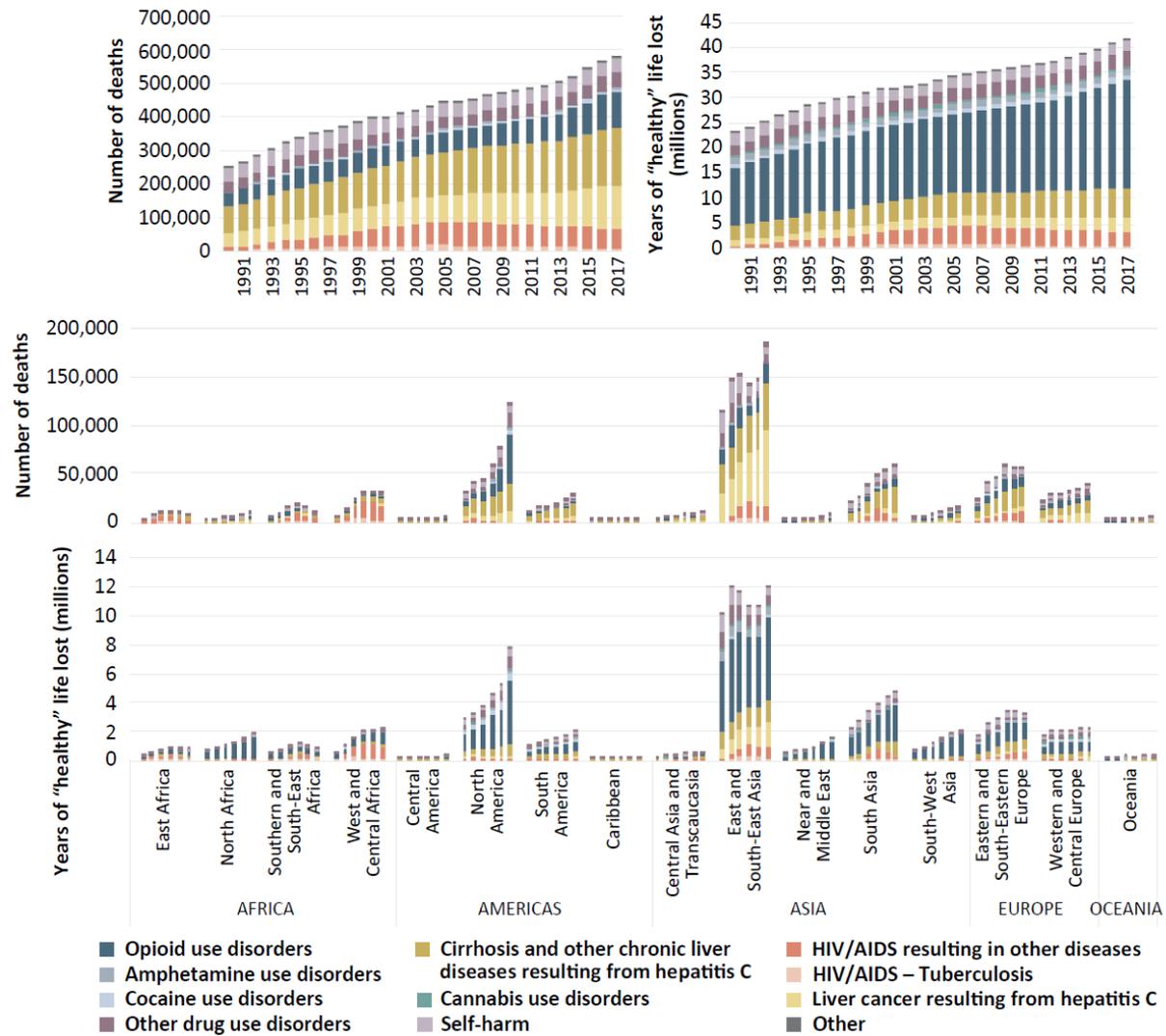
³³ “Global Burden of Disease Study 2017”.

³⁴ Global Burden of Disease Study 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators, “Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017”, *The Lancet*, vol. 392, núm. 10159 (noviembre de 2018), págs. 1789 a 1858.

³⁵ Bradley M. Mathers *et al.*, “Mortality among people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis”, *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, vol. 91, núm. 2 (2013), págs. 102 a 123.

[Figure 7]

Fig. 7 Muertes y años de vida “sana” perdidos (AVAD) atribuibles al consumo de drogas, 1990-2017



Number of deaths	Número de muertes
Years of “healthy” life lost (millions)	Años de vida “sana” perdidos (millones)
Number of deaths	Número de muertes
Years of “healthy” life lost (millions)	Años de vida “sana” perdidos (millones)
East Africa	África Oriental
North Africa	África Septentrional
Southern and South-East Africa	África Meridional y Sudoriental
West and Central Africa	África Occidental y Central
Central America	Centroamérica
North America	América del Norte
South America	América del Sur
Caribbean	Caribe
Central Asia and Transcaucasia	Asia Central y Transcaucasia

East and South-East Asia	Asia Oriental y Sudoriental
Near and Middle East	Cercano Oriente y Oriente Medio
South Asia	Asia Meridional
South-West Asia	Asia Sudoccidental
Eastern and South-Eastern Europe	Europa Oriental y Sudoriental
Western and Central Europe	Europa Occidental y Central
Oceania	Oceanía
AFRICA	ÁFRICA
AMERICAS	AMÉRICA
ASIA	ASIA
EUROPE	EUROPA
OCEANIA	OCEANÍA
Opioid use disorders	Trastornos por consumo de opioides
Amphetamine use disorders	Trastornos por consumo de anfetaminas
Cocaine use disorders	Trastornos por consumo de cocaína
Other drug use disorders	Otros trastornos por consumo de drogas
Cirrhosis and other chronic liver diseases resulting from hepatitis C	Cirrosis y otras enfermedades hepáticas crónicas causadas por la hepatitis C
Cannabis use disorders	Trastornos por consumo de cannabis
Self-harm	Lesiones autoinfligidas
HIV/AIDS resulting in other diseases	VIH/sida causante de otras enfermedades
HIV/AIDS – Tuberculosis	VIH/sida – Tuberculosis
Liver cancer resulting from hepatitis C	Cáncer de hígado causado por la hepatitis C
Other	Otros

Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation “Global Burden of Disease Study 2017”, Global Health Data Exchange. Disponible en <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.

Nota: Las agrupaciones regionales no son las utilizadas en el estudio sobre la carga mundial de morbilidad. Las estimaciones de los países se agregaron con el fin de obtener estimaciones a nivel regional, basadas en las agrupaciones regionales utilizadas en el Informe Mundial sobre las Drogas. En los gráficos que muestran datos subregionales, las barras se refieren a los años 1990, 1995, 2000, 2005, 2010 y 2017.

La estimación conjunta de la UNODC, la OMS, el ONUSIDA y el Banco Mundial del número de personas que se inyectan drogas en el mundo en 2017 es de 11,3 millones de personas (margen de variación: 8,9 millones a 15,0 millones), lo que representa el 0,23 % (margen de variación: 0,18 % a 0,30 %) de la población mundial de 15 a 64 años. Esa estimación se basa en la información más reciente y de mayor calidad de que dispone la UNODC. El número estimado de personas que se habrían inyectado drogas en el último año, 2016, fue de 10,6 millones (margen de variación: 8,3 millones a 14,7 millones), o el 0,22 % (margen de variación: 0,17 % a 0,30 %) de la población de 15 a 64 años. Sin embargo, dado el amplio intervalo de incertidumbre de las estimaciones, esto no implica que a lo largo del tiempo se haya producido un cambio en el número total de personas que se inyectan drogas. Si bien se disponía de estimaciones nuevas o actualizadas de la prevalencia del consumo de drogas por inyección en 30 países, la estimación más alta del número mundial de casos de personas que se inyectan drogas refleja en gran medida los resultados de un estudio reciente realizado en la India (véase el recuadro de la página 10 del presente fascículo). Sobre la base de las estimaciones del consumo de drogas por inyección de 110 países, los datos disponibles de 2017 se refieren al 88 % de la población mundial de 15 a 64 años.

Las proporciones de las poblaciones de 15 a 64 años que se inyectan drogas son relativamente altas en Europa Oriental y Sudoriental y en Asia Central y Transcaucasia, con tasas casi cuatro veces superiores (3,6 y 3,4, respectivamente) a la media mundial. En cuanto al número real de personas que se inyectan drogas, la mayoría reside en Asia Oriental y Sudoriental (el 28 % del total mundial), aunque la prevalencia

del consumo de drogas por inyección es relativamente baja en esa subregión. También hay muchas personas que se inyectan drogas en Europa Oriental y Sudoriental (el 16 % del total mundial) y América del Norte (el 16 % del total mundial). En conjunto, esas tres subregiones representan casi dos tercios (60 %) del número mundial de personas que se inyectan drogas.

Una proporción considerable del número estimado de personas que se inyectan drogas en todo el mundo se concentra en un pequeño grupo de países. En conjunto, tres países (China, Estados Unidos y Federación de Rusia) representan el 27 % de la población mundial de 15 a 64 años, pero tienen casi la mitad (43 %) de la población mundial de personas que se inyectan drogas.

Aproximadamente una de cada ocho personas que se inyectan drogas vive con el VIH

Las personas que se inyectan drogas se ven afectadas desproporcionadamente por el VIH. El ONUSIDA estima que, en 2017, las personas que se inyectaban drogas tenían 22 veces más probabilidades de vivir con el VIH que la población general y representaban el 9 % de las nuevas infecciones por el VIH en todo el mundo, y que la proporción aumentaba a más de un tercio de las nuevas infecciones por el VIH en Europa Oriental y Asia Central (39 %) y en el Oriente Medio y África Septentrional (38 %)³⁶.

[Box begins, on page 21]

Las drogas y la conducción de vehículos

La contribución de las drogas a la incapacitación de los conductores de vehículos y los accidentes de tránsito se ha convertido en motivo de preocupación en muchos países. Por ejemplo, a partir de estudios realizados con 50.000 conductores en las carreteras de 13 países de Europa, en los que se analizaron muestras de sangre o de fluidos orales, se detectó la presencia de drogas (principalmente cannabis) en el 1,9 % de las muestras^a. En 2017 en los Estados Unidos, según la Encuesta Nacional sobre la Salud y el Consumo de Drogas, 12,8 millones de personas (el 5,0 % de los mayores de 16 años) habían conducido bajo los efectos de drogas en el último año^b. Según las investigaciones, el riesgo de sufrir un accidente grave (en que el conductor del vehículo resulte gravemente herido o muerto) puede ser hasta 3 veces mayor cuando el conductor se encuentra bajo los efectos del cannabis, mientras que conducir bajo los efectos de la cocaína, los opioides o las benzodiacepinas aumenta el riesgo entre 2 y 10 veces, el consumo de anfetaminas o de varias drogas lo aumenta de 5 a 30 veces, y el alcohol en combinación con drogas lo multiplica por un factor que se sitúa entre 20 y 200^c. Un análisis de los conductores que sufrieron lesiones mortales (que murieron en el lugar del accidente) en los Estados Unidos entre 1998 y 2010 reveló que, en general, el 26 % dio positivo en las pruebas de detección de drogas, en su mayoría por consumo de estimulantes (7,2 %) y cannabinoles (7,1 %)^d. Aunque se ha informado ampliamente sobre el riesgo de lesiones y muerte de los conductores incapacitados, las consecuencias para los demás (pasajeros y peatones) han recibido menos atención.

^a Alain G. Verstraete y Sara-Ann Legrand, *Drug Use, Impaired Driving and Traffic Accidents*, segunda edición, EMCDDA Insights Series, núm. 16 (Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2014).

^b Estados Unidos, Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Centro de Estadísticas y Calidad de la Salud del Comportamiento, *Results from the 2017 National Survey on Drug Use and Health: Detailed Tables* (Rockville, Maryland, 2018).

^c EMCDDA, *Driving Under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines in Europe: Findings from the DRUID Project* (Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2012).

^d Eduardo Romano y Robin A. Pollini, "Patterns of drug use in fatal crashes", *Addiction*, vol. 108, núm. 8 (agosto de 2013), págs. 1428 a 1438.

[Box ends]

³⁶ ONUSIDA, *Miles to Go: Closing Gaps, Breaking Barriers, Righting Injustices* (Ginebra, 2018).

[Box begins, on page 22]

Valor monetario de los costos sociales del consumo de drogas

El valor monetario de los costos sociales derivados del consumo de drogas a nivel nacional puede ser considerable. En un estudio realizado en 2014 en el Canadá se estimó el costo del consumo de drogas en lo que se refiere a atención de la salud, costos por pérdidas de productividad, costos de la justicia penal y otros costos directos (como los programas de investigación, prevención y análisis de drogas). Los costos generales más elevados fueron los asociados con el consumo de opioides (3.500 millones de dólares canadienses, suma equivalente a 98 dólares por persona, independientemente de la edad) y en su mayor parte correspondían a costos por pérdida de productividad, relacionados en particular con la muerte prematura. No fue posible distinguir entre los daños asociados con el consumo de opioides con fines médicos y no médicos, o de fármacos opioides desviados, o de opioides que se fabrican ilícitamente. Los costos atribuidos al consumo de cannabis (2.800 millones de dólares canadienses) se asociaban en su mayor parte con la justicia penal, en particular los servicios policiales. Si bien los costos generales del consumo de cocaína eran menores (2.200 millones de dólares canadienses), dicho consumo se asociaba con los mayores costos de la justicia penal (1.900 millones de dólares canadienses), principalmente relacionados con los servicios policiales. Entre 2007 y 2014, los costos por persona asociados con los opioides aumentaron en un 0,9 %, pero el mayor incremento estuvo asociado con el consumo de cannabis, que aumentó en un 19 %, de 67 a 79 dólares canadienses por persona. El año del estudio (2014) coincidió con el inicio del aumento de las sobredosis de opioides en el Canadá y cabe esperar que los costos del consumo de opioides hayan aumentado considerablemente^a.

^a Canadian Substance Use Costs and Harms Scientific Working Group, *Canadian Substance Use Costs and Harms (2007-2014)* (Ottawa, Centro Canadiense de Consumo y Abuso de Sustancias, 2018).

[Box ends]

La estimación conjunta de 2017 de la UNODC, la OMS, el ONUSIDA y el Banco Mundial de la prevalencia a nivel mundial del VIH en los consumidores de drogas por inyección es del 12,7 %, lo que significa que 1,4 millones de personas que se inyectan drogas viven con el VIH. Según las estimaciones de la prevalencia del VIH en las personas que se inyectan drogas en 121 países, los datos disponibles se refieren al 95 % del número estimado de personas que viven con el VIH en todo el mundo.

La prevalencia del VIH en las personas que se inyectan drogas es más elevada, con diferencia, en Asia Sudoccidental y en Europa Oriental y Sudoriental, cuyos índices superan en 2,3 y 1,8 veces el promedio mundial, respectivamente. En todas las demás regiones y subregiones, la prevalencia del VIH en las personas que se inyectan drogas es inferior al promedio mundial. Un gran número de personas que se inyectan drogas y viven con el VIH residen en esas dos subregiones (el 15 % y el 29 % del total mundial, respectivamente), así como en Asia Oriental y Sudoriental (el 22 % del total mundial), aunque la prevalencia del consumo de drogas por inyección y del VIH en las personas que se inyectan drogas en Asia Oriental y Sudoriental está por debajo de los promedios mundiales. En conjunto, estas tres subregiones representan el 66 % de las personas que viven con el VIH en todo el mundo.

En un pequeño número de países se concentra una gran proporción del número de personas que se inyectan drogas y viven con el VIH en todo el mundo. En conjunto, tres países (China, Federación de Rusia y Pakistán) representan el 33 % de las personas que se inyectan drogas en todo el mundo, pero en ellos se concentra casi la mitad (47 %) de las personas que se inyectan drogas y viven con el VIH.

Según el ONUSIDA, entre el total de las personas que viven con el VIH (no solo las que consumen drogas), la reducción de las muertes por enfermedades relacionadas con el sida desde su nivel máximo en 2004 se ha debido en gran medida a la ampliación del tratamiento. En 2017, tres de cada cuatro personas que vivían

con el VIH en todo el mundo conocían su estado serológico. Con la ampliación a gran escala del acceso al tratamiento (se estima que 21,7 millones de personas tenían acceso al tratamiento a finales de 2017, cinco veces y media más que hace un decenio), entre las que conocían su estado serológico, el 79 % tenía acceso a la terapia antirretrovírica y el 81 % de quienes accedían a tratamiento habían suprimido su carga vírica (lo que contribuye a prevenir las enfermedades relacionadas con el sida y la transmisión del VIH a otras personas)³⁷.

El estudio sobre la carga mundial de morbilidad de 2017 indica que la mortalidad por VIH/sida asociada con el consumo de drogas ha ido disminuyendo. Sin embargo, no se sabe con claridad hasta qué punto la ampliación de las pruebas y el tratamiento del VIH ha beneficiado a quienes consumen y se inyectan drogas, debido a la escasez de datos, en particular sobre el acceso al tratamiento. Un examen sistemático permitió determinar que en 34 países existían programas de pruebas de VIH para las personas que se inyectaban drogas en 2017 y confirmar que en 17 países no se hacían pruebas de VIH específicas (no se obtuvieron datos sobre 125 países). Además, en la mayoría de los países (162) no se disponía de datos sobre el acceso de las personas que se inyectan drogas a la terapia antirretrovírica. Cuando se disponía de datos, la cobertura solía ser baja en comparación con las metas trazadas por la OMS, la UNODC y el ONUSIDA³⁸. Solo siete países contaban con datos de estudios sobre el acceso a la terapia antirretrovírica, desde el 5 % de personas seropositivas que recibían terapia antirretrovírica en Malasia hasta el 67 % en los Estados Unidos³⁹.

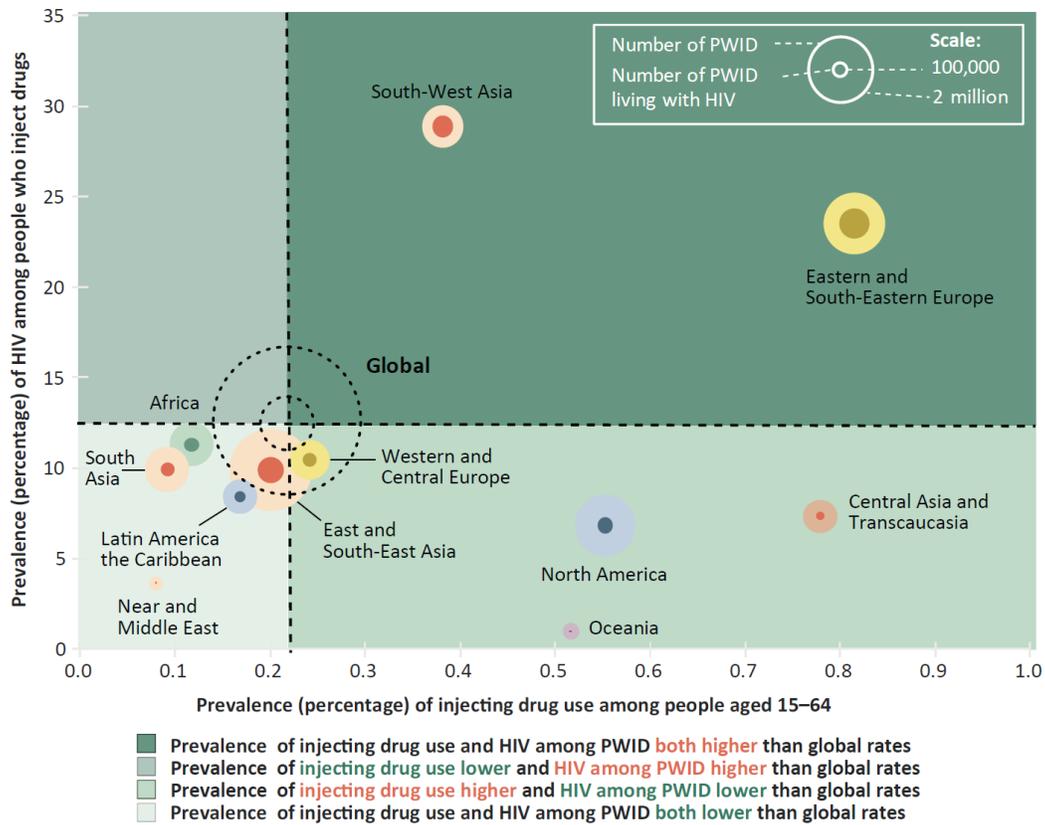
³⁷ *Ibid.*

³⁸ WHO, UNODC, UNAIDS *Technical Guide for Countries to Set Targets for Universal Access to HIV Prevention, Treatment and Care for Injecting Drug Users: 2012 Revision* (Ginebra, OMS, 2012).

³⁹ Sarah Larney *et al.*, “Global, regional, and country-level coverage of interventions to prevent and manage HIV and hepatitis C among people who inject drugs: a systematic review”, *The Lancet Global Health*, vol. 5, núm. 12 (diciembre de 2017), págs. e1208 a e1220.

[Figure 8]

Fig. 8 Patrones regionales del consumo de drogas por inyección y de la prevalencia del VIH en las personas que se inyectan drogas (PID), 2017



Prevalence (percentage) of HIV among people who inject drugs	Prevalencia (porcentaje) del VIH en las personas que se inyectan drogas
South-West Asia	Asia Sudoccidental
Number of PWID Number of PWID living with HIV	Número de PID Número de PID que viven con el VIH
Scale: 100,000 2 million	Escala: 100.000 2 millones
Eastern and South-Eastern Europe	Europa Oriental y Sudoriental
Global	Mundial
Africa	África
South Asia	Asia Meridional
Western and Central Europe	Europa Occidental y Central
Latin America the Caribbean	América Latina y el Caribe
East and South-East Asia	Asia Oriental y Sudoriental
North America	América del Norte
Central Asia and Transcaucasia	Asia Central y Transcaucasia

Near and Middle East	Cercano Oriente y Oriente Medio
Oceania	Oceanía
Prevalence (percentage) of injecting drug use among people aged 15–64	Prevalencia (porcentaje) del consumo de drogas por inyección en las personas de 15 a 64 años
Prevalence of injecting drug use and HIV among PWID both higher than global rates	Prevalencia del consumo de drogas por inyección y del VIH en las PID, superior en ambos casos a las tasas mundiales
Prevalence of injecting drug use lower and HIV among PWID higher than global rates	Prevalencia del consumo de drogas por inyección inferior a las tasas mundiales y de VIH entre las PID superior a las tasas mundiales
Prevalence of injecting drug use higher and HIV among PWID lower than global rates	Prevalencia del consumo de drogas por inyección superior a las tasas mundiales y de VIH entre las PID inferior a las tasas mundiales
Prevalence of injecting drug use and HIV among PWID both lower than global rates	Prevalencia del consumo de drogas por inyección y del VIH entre las PID, inferior en ambos casos a las tasas mundiales

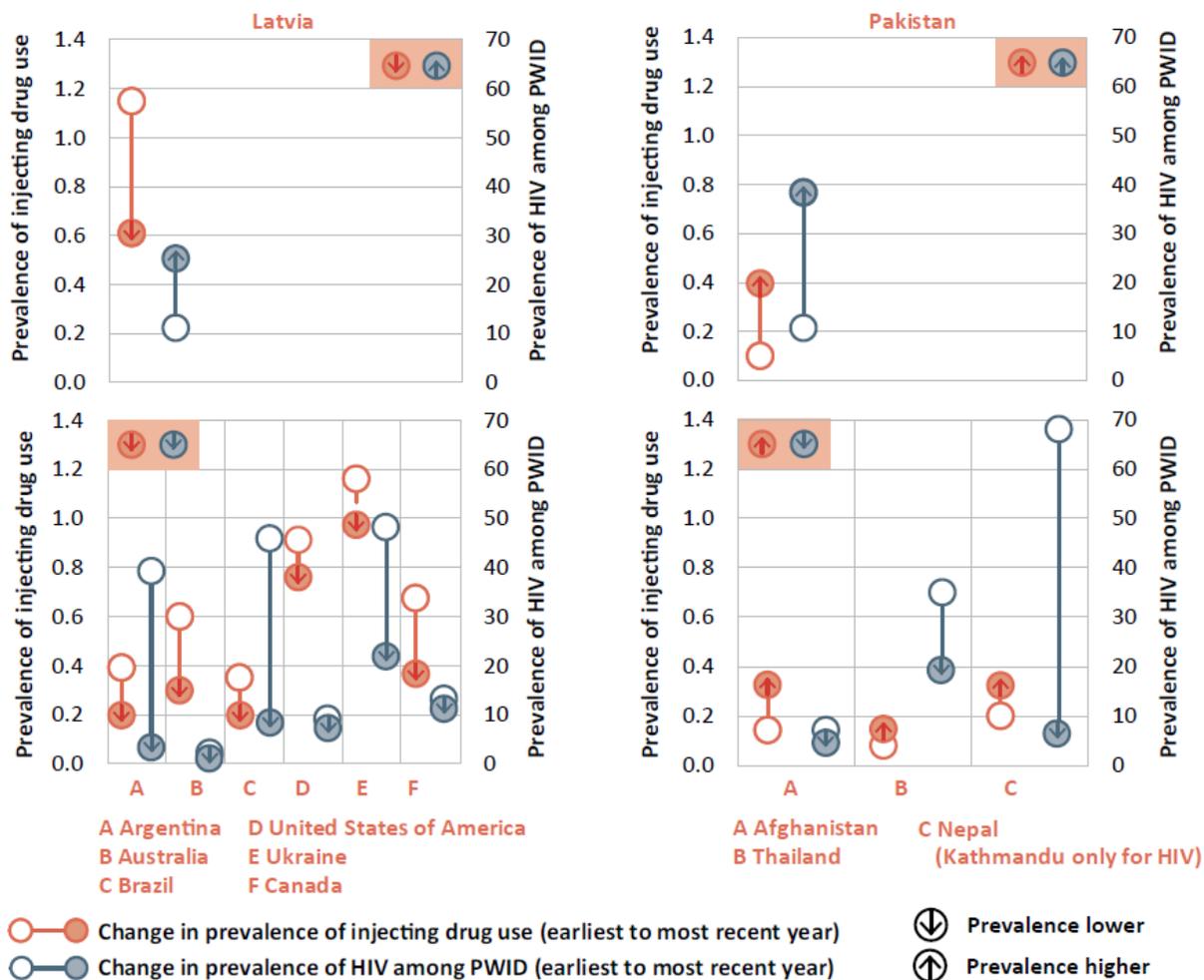
Fuente: UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales, informes de situación del ONUSIDA sobre la respuesta mundial al sida (varios años), el antiguo Grupo de Referencia de las Naciones Unidas sobre el VIH y el Consumo de Drogas por Inyección y artículos publicados con revisión científica externa e informes de los Gobiernos.

Nota: Las regiones y subregiones se representan con colores: verde (África), azul (América), naranja (Asia), amarillo (Europa) y rosado (Oceanía). Los datos disponibles sobre las estimaciones del número de personas que se inyectan drogas son más limitados en lo que se refiere a su cobertura de las poblaciones de 15 a 64 años en el Cercano y Medio Oriente (39 %), África (58 %) y Oceanía (73 %). Solo se disponía de información respecto de 1 de los 26 países y territorios del Caribe (Puerto Rico) y de 2 de los 25 de Oceanía (Australia y Nueva Zelanda). Los datos sobre la prevalencia del VIH en las personas que se inyectan drogas son más limitados en lo que se refiere a su cobertura de esas poblaciones en el Cercano y Medio Oriente (56 %), Oceanía (73 %), América Latina y el Caribe (75 %) y África (75 %). Solo se disponía de información respecto de 4 de los 26 países y territorios del Caribe (Aruba, Bahamas, Puerto Rico y Santa Lucía) y de 2 de los 25 de Oceanía (Australia y Nueva Zelanda).

Solo dos subregiones, Europa Oriental y Sudoriental y Asia Sudoccidental, tienen una prevalencia del consumo de drogas por inyección y del VIH en las personas que se inyectan drogas que es superior en ambos casos al promedio mundial. Si bien la mayoría de las subregiones han experimentado una disminución de la mortalidad asociada con el VIH/sida atribuible al consumo de drogas, la mortalidad relacionada con el VIH/sida resultante del consumo de drogas sigue aumentando en esas dos subregiones, en particular en Europa Oriental y Sudoriental.

[Figure 9]

Fig. 9 Tendencias a largo plazo del consumo de drogas por inyección y del VIH entre las personas que se inyectan drogas (PID), países seleccionados, varios años que abarcan en general el período 1992-2017



Prevalence of injecting drug use	Prevalencia del consumo de drogas por inyección
Latvia	Letonia
Prevalence of HIV among PWID	Prevalencia del VIH entre las PID
Prevalence of injecting drug use	Prevalencia del consumo de drogas por inyección
Pakistan	Pakistán
Prevalence of HIV among PWID	Prevalencia del VIH entre las PID
Prevalence of injecting drug use	Prevalencia del consumo de drogas por inyección
Prevalence of HIV among PWID	Prevalencia del VIH entre las PID
Prevalence of injecting drug use	Prevalencia del consumo de drogas por inyección
Prevalence of HIV among PWID	Prevalencia del VIH en las PID
A B C D E F	A B C D E F
A Argentina	A Argentina
B Australia	B Australia
C Brazil	C Brasil
D United States of America	D Estados Unidos de América

E Ukraine	E Ucrania
F Canada	F Canadá
A B C	A B C
A Afghanistan	A Afganistán
B Thailand	B Tailandia
C Nepal (Kathmandu only for HIV)	C Nepal (solo Katmandú en el caso del VIH)
Change in prevalence of injecting drug use (earliest to most recent year)	Cambio de la prevalencia del consumo de drogas por inyección (desde el año más anterior hasta el más reciente)
Change in prevalence of HIV among PWID (earliest to most recent year)	Cambio de la prevalencia del VIH en las PID (desde el año más anterior hasta el más reciente)
Prevalence lower	Prevalencia más baja
Prevalence higher	Prevalencia más alta

Fuente: UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales, informes de situación del 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 y artículos publicados con revisión científica externa e informes de los Gobiernos. Véanse más detalles en el anexo estadístico publicado en el sitio web de la UNODC. Puede consultarse en www.unodc.org/wdr2019.

Nota: El color naranja representa los cambios en la prevalencia (porcentaje) del consumo de drogas por inyección (varios grupos de edad). El color azul representa los cambios en la prevalencia (porcentaje) del VIH en las personas que se inyectan drogas. El círculo blanco corresponde a la estimación del año más anterior y el círculo coloreado, a la estimación del último año.

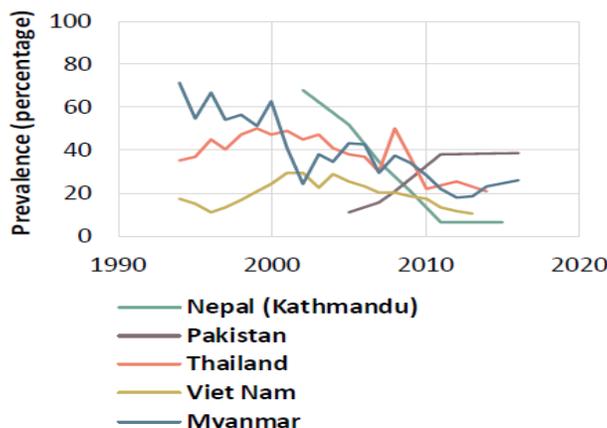
Tendencias a largo plazo del consumo de drogas por inyección y del VIH en las personas que se inyectan drogas

Resulta difícil determinar las tendencias mundiales de la prevalencia del consumo de drogas por inyección, o del VIH en las personas que se inyectan drogas, en los últimos decenios. Muy pocos países tienen datos comparables de varios años y los cambios en las estimaciones mundiales anuales suelen responder a la disponibilidad de datos nuevos y mejores, más que a un cambio real de la situación. En los últimos años se han producido mejoras en las metodologías de los estudios y se utilizan cada vez más los métodos indirectos.

Si se centra la atención en unos pocos países en los que se puedan evaluar las tendencias mediante el uso de datos comparables a lo largo del tiempo, se observan tendencias heterogéneas. Algunos países han informado de una menor prevalencia a lo largo del tiempo tanto del consumo de drogas por inyección como del VIH en las personas que se inyectan drogas, mientras que otros han informado de una mayor prevalencia del consumo de drogas por inyección o del VIH en las personas que se inyectan drogas.

[Figure 10]

Fig. 10 El VIH en las personas que se inyectan drogas, países seleccionados, Asia, 1994-2017



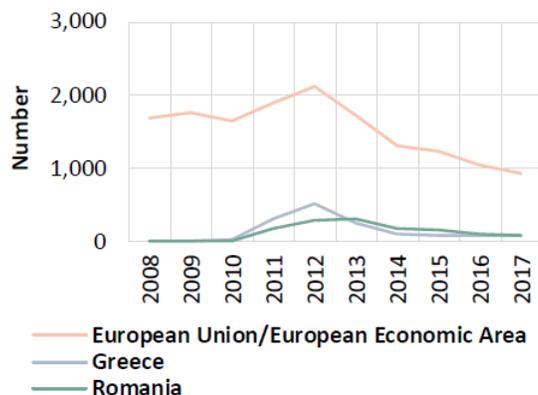
Prevalence (percentage)	Prevalencia (porcentaje)
Nepal (Kathmandu)	Nepal (Katmandú)
Pakistan	Pakistán
Thailand	Tailandia
Viet Nam	Viet Nam
Myanmar	Myanmar

Fuentes: Gobierno de Nepal, Ministerio de Salud, Centro Nacional para el Control del Sida y las ETS, "Factsheet 7: HIV Surveillance in Nepal, 2017"; Pakistán, Ministerio de Salud, Programa Nacional de Control del SIDA, *HIV Second Generation Surveillance in Pakistan* (varios años: National Report Round 1 (2005); Round II 2006-2007; Round III (2008); Round IV (2011-2012); Round V (2016-2017)) (Islamabad); Tailandia, Comité Nacional de Prevención y Mitigación del Sida, *UNGASS Country Progress Report: Thailand – Reporting Period January 2008–December 2009*; Tailandia, Comité Nacional de Lucha contra el Sida, *Thailand AIDS Response Progress Report: 2015*; Viet Nam, *Viet Nam AIDS Response Progress Report 2014: Following up the 2011 Political Declaration on HIV AIDS* (Hanói, 2014); Myanmar, HIV Sentinel Sero-surveillance (HSS) Survey (1994-2016) and Integrated Biological and Behavioral Surveillance (IBBS) survey data (2014, 2017), Programa Nacional de Lucha contra el Sida, Ministerio de Salud y Deportes.

Los escasos datos a nivel de los países indican que, en algunas regiones y países, se ha producido un cambio en los comportamientos de inyección y en la propagación del VIH, en consonancia con la ampliación de las intervenciones de prevención y tratamiento basadas en la ciencia. Si bien no siempre es posible establecer vínculos entre los cambios y los servicios prestados, ni entender todos los factores que contribuyen a modificar la prevalencia, en muchos países la prevalencia del consumo de drogas por inyección y del VIH en las personas que se inyectan drogas es menor ahora que hace una o dos décadas. Sin embargo, los cambios que ocurren en un país a lo largo del tiempo no siempre van en la misma dirección, sino que se observan altibajos, y en algunos países sigue siendo elevada la prevalencia del VIH en las personas que se inyectan drogas.

[Figure 11]

Fig. 11 Nuevos casos diagnosticados de VIH entre personas que se inyectan drogas en Europa, 2008-2017



Number	Número
European Union/European Economic Area	Unión Europea/Espacio Económico Europeo
Greece	Grecia
Romania	Rumania

Fuente: Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades y Oficina Regional de la OMS para Europa, *HIV/AIDS Surveillance in Europe: 2018-2017 data* (Copenhague, 2018).

Nota: A los efectos de esta figura, se incluyen los países de la Unión Europea y del Espacio Económico Europeo, salvo Alemania, que no comunicó datos relativos a 2017.

Durante el último decenio, Europa ha experimentado una disminución del número de nuevos casos de VIH entre las personas que se inyectan drogas. Ello es coherente con la ampliación de la cobertura de las medidas de prevención y una disminución general a largo plazo del consumo de drogas por inyección^{40, 41}. Aunque en 2011 y 2012 se observó un aumento de los nuevos casos de VIH en las personas que se inyectan drogas debido a brotes localizados en Grecia y Rumania, se ha observado una tendencia general a la baja en muchos países de Europa⁴².

Si bien en muchos países se han obtenido resultados favorables, el VIH en las personas que se inyectan drogas sigue siendo un problema en muchas partes del mundo. Incluso en países de ingresos altos y con abundancia de recursos de Europa y América del Norte, en los últimos años se han documentado brotes localizados de VIH entre las personas que se inyectan drogas^{43, 44}.

⁴⁰ Lucas Wiessing *et al.*, “Trends in HIV and hepatitis C virus infections among injecting drug users in Europe, 2005 to 2010”, *Eurosurveillance*, vol. 16, núm. 48 (2011).

⁴¹ EMCDDA, *Informe Europeo sobre Drogas 2017: Tendencias y novedades* (Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2017).

⁴² Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades y Oficina Regional de la OMS para Europa, *HIV/AIDS Surveillance in Europe: 2018-2017 data* (Copenhague, 2018).

⁴³ Don C. Des Jarlais *et al.*, “Complacency is the new problem: comparative analysis of recent outbreaks of HIV among persons who inject drugs in Europe and North America”, exposición realizada en la 22ª Conferencia Internacional sobre el Sida, Amsterdam, julio de 2018 (resumen THPEC189).

⁴⁴ Don C. Des Jarlais *et al.*, “HIV infection among persons who inject drugs: ending old epidemics and addressing new outbreaks”, *AIDS*, vol. 30, núm. 6 (2016), págs. 815 a 826.

[Box begins, on page 26]

El consumo de drogas y la transmisión sexual del VIH

En el debate sobre el consumo de drogas y el VIH, el *Informe Mundial sobre las Drogas* se ha centrado tradicionalmente en la transmisión del VIH asociada con el consumo de drogas por inyección. Se ha hecho menos hincapié en la contribución de las drogas, por inyección o no, a la transmisión sexual del VIH.

El consumo de drogas puede contribuir a reducir las inhibiciones y promover las prácticas sexuales riesgosas, como el aumento de la frecuencia de actividad sexual o del número de parejas sexuales ocasionales, las relaciones sexuales sin protección o el uso no sistemático de preservativos, así como la venta de sexo a cambio de dinero o de drogas. Todas esas prácticas pueden entrañar un riesgo elevado de transmisión sexual del VIH entre los consumidores de drogas y sus parejas sexuales.

En particular, parece haber una asociación entre el consumo de estimulantes y un mayor comportamiento sexual con riesgo de contraer el VIH. El consumo de estimulantes influye tanto en los aspectos fisiológicos como psicológicos del comportamiento sexual. Por ejemplo, la metanfetamina y la anfetamina suelen utilizarse para aumentar el deseo y el placer sexual, prolongar el rendimiento sexual, facilitar la experimentación y reducir la inhibición. El uso de estimulantes antes o durante las relaciones sexuales es más común entre ciertos grupos de consumidores de drogas, por ejemplo, los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres^{a, b}.

Esta subpoblación se ha visto particularmente afectada por la epidemia mundial del VIH; representa el 18 % de las nuevas infecciones por el VIH en todo el mundo y tiene un riesgo de contraer el VIH casi 28 veces mayor que los hombres heterosexuales^{c, d}. En un examen sistemático realizado en 2005 sobre el consumo de “drogas de clubes” como factor de riesgo para adquirir el VIH entre los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres se determinó que el uso de estimulantes de tipo anfetamínico, en particular de metanfetamina, estaba asociado con los comportamientos sexuales de riesgo y una mayor incidencia del VIH^e. En un examen más reciente (basado en ocho estudios de los Estados Unidos) también se determinó que el consumo de metanfetamina se asociaba sistemáticamente con comportamientos sexuales riesgosos entre los hombres que tenían relaciones sexuales con otros hombres^f. En un estudio realizado en 47 ciudades de los Estados Unidos se dio seguimiento durante un período de 36 meses a 4.684 hombres seronegativos que tienen relaciones sexuales con otros hombres. Se excluyó del estudio a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que indicaron ser en ese momento consumidores de drogas por inyección. Al comienzo del estudio, más del 60 % de los participantes indicaron que consumían drogas recreativas. Durante el período de seguimiento se informó de un elevado número de nuevos seropositivos y 338 hombres que tenían relaciones sexuales con otros hombres contrajeron el virus. El consumo de anfetaminas y nitratos de amilo (“poppers”) se relacionó con un riesgo considerablemente mayor de contraer el VIH^g.

El término “sexo químico” se utiliza para describir el consumo de determinadas drogas (por lo general, estimulantes como la mefedrona, la metanfetamina y el GHB/GBL) antes o durante las relaciones sexuales planificadas, con el fin de facilitar, prolongar, mantener o intensificar la experiencia y reducir las inhibiciones. Ello puede influir en los comportamientos de riesgo que contribuyen a la propagación del VIH entre la proporción relativamente pequeña de hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres y que recurren a esa práctica. Un examen sistemático puso de relieve que los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres que son seropositivos presentan mayores probabilidades de recurrir al “sexo químico” y a prácticas sexuales de alto riesgo, incluidas las relaciones sexuales sin protección, en comparación con los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, pero no combinan el consumo de drogas con el sexo^h.

Se ha informado de la venta de sexo a cambio de dinero o de drogas, asociada con varios comportamientos que entrañan el riesgo de contraer el VIHⁱ. Por ejemplo, la mitad de las trabajadoras sexuales de Vancouver (Canadá) que participaron en un estudio en el que se examinaron los intercambios de cocaína *crack* por

sexo y su influencia en el riesgo sexual asumido, reconocieron haber proporcionado relaciones sexuales a cambio de cocaína *crack*, lo que se asociaba de manera significativa con el hecho de atender a un mayor número de clientes (más de 10 por semana)^j. Según un estudio realizado con trabajadores sexuales de México, quienes indicaron que habían consumido metanfetamina en algún momento de la vida tenían menos probabilidades de utilizar condones^k. Según otro estudio realizado con trabajadores sexuales en Vancouver, la mayor frecuencia de consumo de drogas presentaba una clara asociación con la cantidad de dinero aceptada por ellos, u ofrecida por los clientes, para mantener relaciones sexuales sin condón. Ello da a entender que los clientes que desean tener relaciones sexuales sin protección tal vez busquen a profesionales que sean particularmente vulnerables a la coacción, por ejemplo, mujeres que experimentan síntomas agudos de abstinencia y necesitan consumir drogas de inmediato^l.

^a Claire Edmundson *et al.*, “Sexualised drug use in the United Kingdom (UK): A review of the literature”, *International Journal of Drug Policy*, vol. 55 (mayo de 2018), págs. 131 a 148.

^b Monica Desai *et al.*, “Sexualised drug use: LGTB communities and beyond”, *International Journal of Drug Policy*, vol. 55 (mayo de 2018), págs. 128 a 130.

^c ONUSIDA, *Miles to Go: Closing Gaps, Breaking Barriers, Righting Injustices* (Ginebra, 2018).

^d ONUSIDA, *UNAIDS Data 2018* (Ginebra, 2018).

^e Lydia N. Drumright, Thomas L. Patterson y Steffanie A. Strathdee, “Club drugs as causal risk factors for HIV acquisition among men who have sex with men: a review”, *Substance Use and Misuse*, vol. 41, núms. 10 a 12 (2006), págs. 1551 a 1601.

^f H. Waverly Vosburgh *et al.*, “A review of the literature on event-level substance use and sexual risk behavior among men who have sex with men”, *AIDS and Behavior*, vol. 16, núm. 6 (agosto de 2012), págs. 1394 a 1410.

^g Marta-Louise Ackers *et al.*, “High and persistent HIV seroincidence in men who have sex with men across 47 U.S. cities”, *PLOS ONE*, vol. 7, núm. 4 (abril de 2012), págs. 1 a 7.

^h Steven Maxwell, Maryam Shahmanes y Mitzy Gafo, “Chemsex behaviours among men who have sex with men: a systematic review of the literature”, *International Journal of Drug Policy*, vol. 63 (enero de 2019), págs. 74 a 89.

ⁱ UNODC, *Systematic Literature Review on Stimulant Use and HIV (A): Part 3/5 – Cocaine and Crack-Cocaine Risk and Transmission* (Viena, 2017).

^j Putu Duff *et al.*, “Sex-for-crack exchanges: associations with risky sexual and drug use niches in an urban Canadian city”, *Harm Reduction Journal*, vol. 10, núm. 29 (noviembre de 2013), págs. 1 a 8.

^k Fátima A. Muñoz *et al.*, “Condom access: associations with consistent condom use among female sex workers in two northern border cities of Mexico”, *AIDS Education and Prevention*, vol. 22, núm. 5 (octubre de 2010), págs. 455 a 465.

^l Kathleen N. Deering *et al.*, “Client demands for unsafe sex: the socioeconomic risk environment for HIV among street and off-street sex workers”, *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 63, núm. 4 (agosto de 2013), págs. 522 a 531.

[Box ends]

Aproximadamente la mitad de las personas que se inyectan drogas en el mundo viven con hepatitis C

La hepatitis C es un importante problema de salud entre las personas que se inyectan drogas y representa una mayor amenaza para la salud que el VIH^{45,46}. La mayor mortalidad asociada a la hepatitis C no tratada se debe a varios factores. Dado que la hepatitis C puede permanecer asintomática durante muchos años, ha seguido siendo una epidemia “oculta” hasta hace relativamente poco tiempo; la mayoría de los casos de

⁴⁵ Louisa Degenhardt *et al.*, “Estimating the burden of disease attributable to injecting drug use as a risk factor for HIV, hepatitis C, and hepatitis B: findings from the Global Burden of Disease Study 2013”, *The Lancet Infectious Diseases*, vol. 16, núm. 12 (2016), págs. 1385 a 1398.

⁴⁶ “Global Burden of Disease Data”.

infección no se han diagnosticado y, por lo tanto, no se han tratado⁴⁷. Según la OMS, la mortalidad por hepatitis C va en aumento debido al escaso acceso al tratamiento⁴⁸. Además, la hepatitis C se transmite más fácilmente por inyección que el VIH⁴⁹. La prevalencia de la hepatitis C es mucho mayor en las personas que se inyectan drogas; el número de personas que se inyectan drogas que viven con hepatitis C es casi cuatro veces mayor que las que viven con el VIH. El porcentaje de personas que se inyectan drogas que se somete a pruebas y tratamientos siempre ha sido bajo. Las nuevas opciones de tratamiento, altamente eficaces, en forma de antivirales de acción directa han aparecido recientemente.

La estimación conjunta de la UNODC, la OMS, el ONUSIDA y el Banco Mundial sitúa la prevalencia mundial de la hepatitis C en las personas que se inyectan drogas en 2017 en el 49,3 % y se estima en 5,6 millones el número de personas que se inyectan drogas que viven con hepatitis C. Esta estimación se basa en la información sobre la prevalencia de la hepatitis C en las personas que se inyectan drogas de 102 países, lo que representa el 94 % del total población mundial estimado de esas personas. A título comparativo, la prevalencia de infecciones por hepatitis C en la población general (de todas las edades) en todo el mundo en 2015 se estimó en un 1,0 % (margen de variación: 0,8 % a 1,1 %) ⁵⁰.

En el caso de las personas que se inyectan drogas que viven con el VIH, el virus del VIH influye en la transmisión y el curso natural de la infección por hepatitis C. La hepatitis C se transmite más fácilmente en presencia de la infección por VIH. Las personas que viven con el VIH tienen una mayor carga vírica de hepatitis C y experimentan una progresión más rápida de la hepatitis C que las que no tienen el VIH. La infección concomitante por el virus de la hepatitis C también puede complicar el tratamiento del VIH. En un examen sistemático se determinó que la probabilidad de infección por hepatitis C era seis veces mayor en las personas que se inyectan drogas seropositivas que en las seronegativas. Entre las personas que se inyectan drogas y viven con el VIH, la prevalencia de la infección concomitante por el virus de la hepatitis C es muy alta: se estima en un 82,4 % ⁵¹.

En 2016, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó la estrategia mundial del sector de la salud contra las hepatitis víricas, centrada en la hepatitis C, en la que se exhortaba a eliminar las hepatitis víricas como amenaza para la salud pública a más tardar en 2030, y se fijaba la meta de reducir las nuevas infecciones por hepatitis C en un 90 % y la mortalidad asociada a la hepatitis C en un 65 % ⁵². Para alcanzar esa meta es fundamental abordar la carga de morbilidad de la hepatitis C en las personas que se inyectan drogas, ya que en 2015 el consumo de drogas por inyección representaba el 23 % de las nuevas infecciones de hepatitis C en todo el mundo. En 2015, se estimaba que el 31,5 % de las muertes por hepatitis C eran atribuibles al consumo de drogas por inyección en algún momento de la vida ⁵³. Además, según las estimaciones contenidas en el estudio sobre la carga mundial de morbilidad de 2017, la hepatitis C representaba el 52 % de las muertes y el 21 % de los AVAD que se atribuían al consumo de drogas en 2017, y el número de muertes y de AVAD sigue en aumento ⁵⁴.

⁴⁷ Matthew Hickman y Natasha K. Martin, editores, *Hepatitis C Among Drug Users in Europe: Epidemiology, Treatment and Prevention*, EMCDDA Insights Series, núm. 23 (Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2016).

⁴⁸ OMS, “Combating hepatitis B and C to reach elimination by 2030”, Advocacy Brief (Ginebra, mayo de 2016).

⁴⁹ Elijah Paintsil *et al.*, “Survival of hepatitis C virus in syringes: implication for transmission among injection drug users”, *The Journal of Infectious Diseases*, vol. 202, núm. 7 (octubre de 2010), págs. 984 a 990.

⁵⁰ OMS, *Global Hepatitis Report 2017* (Ginebra, 2017).

⁵¹ Lucy Platt *et al.*, “Prevalence and burden of HCV co-infection in people living with HIV: a global systematic review and meta-analysis”, *The Lancet Infectious Diseases*, vol. 16, núm. 7 (2016), págs. 797 a 808.

⁵² OMS, *Global Health Sector Strategy on Viral Hepatitis 2016–2021: Towards Ending Viral Hepatitis* (Ginebra, 2016).

⁵³ *Global Hepatitis Report 2017*.

⁵⁴ “Global Burden of Disease Data”.

Desde el punto de vista de la prevención y el tratamiento es importante conocer el estado serológico. Sin embargo, en 2016, según la OMS, alrededor del 80 % de las personas que vivían con hepatitis C (no solo las que consumían drogas) en todo el mundo no habían sido diagnosticadas, por lo que no se sometieron a tratamiento ni tomaron medidas para evitar transmitir el virus a otras personas⁵⁵. La participación en el tratamiento también ha sido escasa: se estima que un 7,4 % de las personas diagnosticadas con infección por hepatitis C recibieron tratamiento en 2015⁵⁶. A nivel mundial no se dispone de mucha información sobre los porcentajes de personas que se inyectan drogas que reciben diagnóstico y tratamiento. En Europa, por ejemplo, las tasas de pruebas y tratamiento entre las personas que se inyectan drogas han alcanzado mínimos históricos⁵⁷. En un estudio de más de 3.000 personas que se inyectan drogas en cinco ciudades de los Estados Unidos, el 72 % de quienes se hicieron la prueba y se detectó que vivían con hepatitis C no sabían que tenían el virus⁵⁸.

El porcentaje de personas que se inyectan drogas que se someten a pruebas y tratamiento de la hepatitis C siempre ha sido bajo debido a una serie de obstáculos relacionados con los pacientes, los proveedores de servicios de salud y el sistema general de atención de la salud⁵⁹. En el pasado, los medicamentos (basados en el interferón y la ribavirina) que se utilizaban para el tratamiento de la hepatitis C tenían una eficacia limitada: no se toleraban bien y se asociaban a efectos adversos graves. Los tratamientos eran de larga duración (de 24 a 48 semanas) y tenían tasas de curación de entre el 40 % y el 65 %. Las dificultades que tienen las personas que se inyectan drogas para acceder a servicios de tratamiento pueden deberse a veces a la estigmatización y la discriminación por parte de los proveedores de servicios⁶⁰.

Lo que ha cambiado es que desde hace poco se dispone de un tratamiento muy eficaz contra la hepatitis C en forma de antivirales de acción directa, que representan una diferencia decisiva y podrían transformar la atención de las personas que se inyectan drogas que viven con la hepatitis C y sus perspectivas⁶¹. Algunos servicios siguen siendo reacios a tratar a las personas que se inyectan drogas debido a preocupaciones relacionadas con su constancia en el tratamiento, el aumento del riesgo de efectos secundarios y el riesgo de reinfección mediante el consumo continuado de drogas por inyección⁶². No obstante lo anterior, es probable que el uso de medicamentos antivirales de acción directa permita a las personas que se inyectan drogas superar al menos algunos de los obstáculos que solían entorpecer su acceso a los tratamientos⁶³.

Suscitan especial preocupación el uso restringido de los nuevos medicamentos antivirales de acción directa y su elevado precio. Este último representa un obstáculo importante para ampliar el uso de esos medicamentos y ha provocado el “racionamiento” de los tratamientos (por ejemplo, cuando se limita a las personas que padecen fibrosis de moderada a grave). Los precios de los antivirales de acción directa se han reducido considerablemente desde 2015 gracias a la introducción de medicamentos genéricos, sobre todo en los países de ingresos bajos y medianos. Sin embargo, en muy pocos países de ingresos altos se pueden adquirir actualmente las versiones genéricas de los antivirales de acción directa, por lo que los precios

⁵⁵ OMS, *Progress Report on Access to Hepatitis C Treatment: Focus on Overcoming Barriers in Low- and Middle-income Countries* (Ginebra, 2018).

⁵⁶ *Global Hepatitis Report 2017*.

⁵⁷ *Hepatitis C Among Drug Users in Europe*.

⁵⁸ Holly Hagan *et al.*, “Self-reported hepatitis C virus antibody status and risk behavior in young injectors”, *Public Health Reports*, vol. 121, núm. 6 (2006), págs. 710 a 719.

⁵⁹ Philip Bruggmann, “Accessing hepatitis C patients who are difficult to reach: it is time to overcome barriers”, *Journal of Viral Hepatitis*, vol. 19, núm. 12 (diciembre de 2012), págs. 829 a 835.

⁶⁰ *Global Hepatitis Report 2017*.

⁶¹ Philip Bruggmann y Jason Grebely, “Prevention, treatment and care of hepatitis C virus infection among people who inject drugs”, *International Journal of Drug Policy*, vol. 26, supl. 1 (febrero de 2015), págs. S22 a S26.

⁶² Philip Bruggmann y Alain H. Litwin, “Models of Care for the Management of Hepatitis C Virus Among People Who Inject Drugs: One Size Does Not Fit All”, *Clinical Infectious Diseases*, vol. 57, supl. 2 (agosto de 2013), págs. S56 a S61.

⁶³ *Hepatitis C Among Drug Users in Europe*.

siguen siendo elevados. El acceso a los antivirales de acción directa parece ser particularmente escaso entre las personas que se inyectan drogas⁶⁴.

A pesar de la oportunidad que brindan los nuevos medicamentos de reducir la elevada carga de hepatitis C entre las personas que se inyectan drogas, el avance en la prevención y el tratamiento de esta enfermedad ha sido lento. En Europa, por ejemplo, el acceso irrestricto al tratamiento sigue siendo excepcional debido al elevado costo de los nuevos medicamentos. En octubre de 2017, uno de cada dos países europeos había publicado un documento de política en que exponía su enfoque respecto de la prevención y la atención de la hepatitis. No obstante, en nueve países existen directrices clínicas que reflejan criterios restrictivos del acceso al tratamiento de la hepatitis C en el caso de las personas que se inyectan drogas (al exigir, por ejemplo, la abstinencia del consumo de drogas durante un período de 3 a 12 meses)⁶⁵. En cambio, otros países han tomado medidas con miras a ampliar el tratamiento. Por ejemplo, en Francia, el plan nacional de eliminación de las hepatitis víricas prevé la posibilidad de reembolsar el costo total de las pruebas de hepatitis C y la terapia con medicamentos antivirales de acción directa en el marco del plan nacional de seguro médico, y se han emprendido iniciativas concretas para llegar a las personas que se inyectan drogas⁶⁶. De conformidad con la estrategia mundial del sector de la salud contra las hepatitis víricas, en 2017 se elaboró un plan de acción para Europa que fue aprobado por los 53 Estados miembros de la región europea de la OMS. El plan de acción contiene metas intermedias para Europa hasta 2020 e incluye metas específicas relacionadas con las personas que se inyectan drogas como una de las poblaciones más afectadas por la infección por hepatitis C y con mayor riesgo de contraerla⁶⁷.

La infección por hepatitis B también conlleva un riesgo de muerte y discapacidad por cirrosis hepática y cáncer de hígado, aunque su carga de morbilidad es relativamente pequeña en comparación con la de la hepatitis C y el VIH. La estimación conjunta de la UNODC, la OMS, el ONUSIDA y el Banco Mundial sobre la prevalencia de la hepatitis B⁶⁸ en las personas que se inyectan drogas en todo el mundo en 2017 es del 8,6 %; dicho de otro modo, se estima que hay 0,98 millones de personas que se inyectan drogas que presentan infección activa por hepatitis B.

Los opioides son la principal causa de mortalidad en algunos países

Resulta complicado determinar la magnitud de las muertes que se atribuyen al consumo de drogas. La definición de muertes relacionadas con drogas puede variar de un país a otro. Cuando no se dispone de información sobre las circunstancias del fallecimiento o el entorno en el que se produjo, puede ser complicado determinar la causa de la muerte en los casos en que se sospeche que ha habido consumo de drogas. Es posible que en los países se estén produciendo grandes aumentos del número de muertes atribuibles al consumo de drogas, pero quizás las autoridades no tengan conocimiento de ello.

Según el estudio sobre la carga mundial de morbilidad de 2017 (Global Burden of Disease Study 2017), las muertes atribuidas al consumo de opioides son más elevadas y han registrado el mayor aumento en América del Norte. El Canadá y los Estados Unidos siguen experimentando la crisis de los opioides, sobre todo en relación con el consumo de fentanilo y sus análogos. Hay elevadas tasas de mortalidad por sobredosis en el Canadá y los Estados Unidos, donde se hacen esfuerzos considerables por vigilar la situación. En ambos países, las muertes por sobredosis no están distribuidas uniformemente por todo el territorio, sino que se

⁶⁴ *Progress Report on Access to Hepatitis C Treatment.*

⁶⁵ *Informe Europeo sobre Drogas 2018.*

⁶⁶ *Progress Report on Access to Hepatitis C Treatment.*

⁶⁷ Oficina Regional de la OMS para Europa, *Action plan for the health sector response to viral hepatitis in the WHO European Region* (Copenhague, 2017).

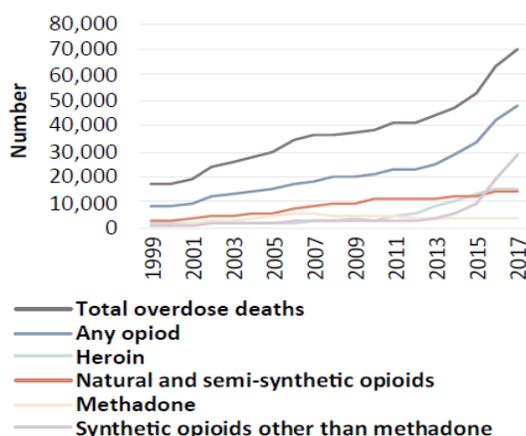
⁶⁸ La estimación de la prevalencia de la hepatitis B se refiere a la infección activa (HBsAg), y no a la presencia de anticuerpos anti-HBc, lo que indica una exposición anterior. Sin embargo, no siempre es posible distinguir entre estos dos casos en los datos que se comunican a la UNODC.

concentran en regiones concretas. En el Canadá, las tasas más elevadas se observan en la parte occidental, en las provincias de Alberta y Columbia Británica. En los Estados Unidos, las tasas más elevadas se observan en los estados del noreste y de la región denominada del “medio oeste”.

Las muertes por sobredosis han seguido aumentando en los Estados Unidos en 2017, hasta alcanzar una cifra sin precedentes de 70.237 muertes, un incremento del 10,4 % desde 2016. Los opioides representaron el 68 % de esos fallecimientos (47.600 en 2017). El incremento de las muertes por sobredosis durante los últimos cinco años se corresponde estrechamente con el aumento de las muertes por opioides sintéticos distintos de la metadona (un grupo formado predominantemente por el fentanilo y sus análogos). La tasa de muertes por sobredosis relacionadas con opioides sintéticos distintos de la metadona aumentó, por término medio, un 8 % anual entre 1999 y 2013, y un 71 % anual entre 2013 y 2017. En 2017 hubo 28.466 sobredosis con opioides sintéticos distintos de la metadona, lo que representa un aumento del 47 % con respecto a las 19.413 sobredosis registradas en 2016⁶⁹.

[Figure 12]

Fig. 12 Muertes por sobredosis en los Estados Unidos de América, desglosadas por categoría de opioides, 1999-2017



Number	Número
Total overdose deaths	Total de muertes por sobredosis
Any opioid	Cualquier opioide
Heroin	Heroína
Natural and semi-synthetic opioids	Opioides naturales y semisintéticos
Methadone	Metadona
Synthetic opioids other than methadone	Opioides sintéticos distintos de la metadona

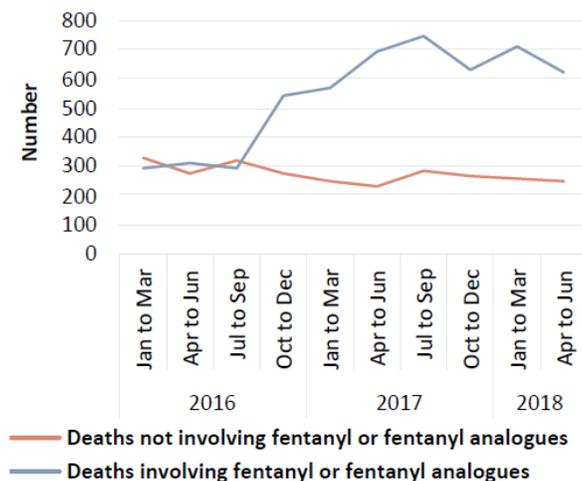
Fuente: Holly Hedegaard, Arialdi M. Miniño y Margaret Warner, “Drug overdose deaths in the United States, 1999-2017”, NCHS Data Brief, núm. 329 (Hyattsville, Maryland, Estados Unidos, Centro Nacional de Estadísticas de Salud, noviembre de 2018).

Nota: Las muertes se clasifican sobre la base de la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Las muertes por intoxicación por drogas (sobredosis) se identifican mediante los códigos X40 a X44 de causas básicas de muerte (intoxicación accidental), X60 a X64 (autointoxicación intencional), X85 (agresión, incluido el homicidio) y Y10 a Y14 (envenenamiento, intención no determinada). Las muertes por sobredosis de drogas pertenecientes a categorías seleccionadas se identifican mediante códigos específicos de causas múltiples de muerte: heroína, T40.1; opioides naturales y semisintéticos, T40.2; metadona, T40.3; y opioides sintéticos distintos de la metadona, T40.4.

⁶⁹ Holly Hedegaard, Arialdi M. Miniño y Margaret Warner, “Drug overdose deaths in the United States, 1999-2017”, NCHS Data Brief, núm. 329 (Hyattsville, Maryland, Estados Unidos, Centro Nacional de Estadísticas de Salud, noviembre de 2018).

[Figure 13]

Fig. 13 Muertes accidentales relacionadas con sobredosis de opioides en el Canadá, relacionadas o no con el fentanilo o sus análogos, por trimestre, enero de 2016 a junio de 2018



Number	Número
Jan to Mar	ene. a mar.
Apr to Jun	abr. a jun.
Jul to Sep	jul. a sept.
Oct to Dec	oct. a dic.
Jan to Mar	ene. a mar.
Apr to Jun	abr. a jun.
Jul to Sep	jul. a sept.
Oct to Dec	oct. a dic.
Jan to Mar	ene. a mar.
Apr to Jun	abr. a jun.
Deaths not involving fentanyl or fentanyl analogues	Muertes no relacionadas con el fentanilo o sus análogos
Deaths involving fentanyl or fentanyl analogues	Muertes relacionadas con el fentanilo o sus análogos

Fuente: Canadá, Comité Asesor Especial sobre la Epidemia de Sobredosis de Opioides, "National report: apparent opioid-related deaths in Canada", 12 de diciembre de 2018.

En el Canadá se registraron 3.998 muertes relacionadas con los opioides en 2017 (el 93 % de las cuales fueron por sobredosis accidental, el 5 % fueron suicidios y el 3 % se debieron a causas no determinadas). Esto representó un aumento del 33 % con respecto a las 3.014 muertes relacionadas con los opioides en 2016.

La mayoría de las muertes relacionadas con los opioides en 2017 fueron de hombres (76 %) y la proporción más alta (27 %) correspondió a las personas de 30 a 39 años. Según el Organismo de Salud Pública del Canadá, el fentanilo y sus análogos han contribuido al aumento de las muertes relacionadas con los opioides⁷⁰. En 2017, el fentanilo o sus análogos fueron detectados en el 69 % de esos fallecimientos, o

⁷⁰ Lisa Belzak y Jessica Halverson, "Evidence synthesis: the opioid crisis in Canada – a national perspective", *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada: Research, Policy and Practice*, vol. 38, núm. 6 (junio de 2018), págs. 224 a 233.

contribuyeron directamente a ellos, en comparación con el 50 % en 2016⁷¹. En 2016 y 2017, la tasa de mortalidad más elevada y el número más alto de muertes por sobredosis (un tercio o más del total) se registraron en Columbia Británica. Allí hubo 1.489 muertes por sobredosis (de cualquier tipo de droga) en 2018 y las sobredosis letales fueron más frecuentes durante los días inmediatamente posteriores al cobro de los ingresos suplementarios (promedio de 5,2 muertes por sobredosis al día) que durante el resto del mes (promedio de 3,9 muertes por sobredosis al día). La proporción del total de muertes por sobredosis en 2018 en las que se detectó fentanilo, por sí solo o en combinación con otras drogas, fue del 85 %⁷². La esperanza de vida al nacer de los habitantes de Columbia Británica aumentó en 3 años de 2001 a 2014, pero disminuyó en 0,38 años de 2014 a 2016. Se ha determinado que la crisis de las sobredosis de opioides es uno de los principales factores que ha contribuido a esa disminución⁷³.

En otras regiones, si bien los opioides siguen siendo la mayor causa de muerte, el fentanilo y sus análogos no son tan prominentes. En Europa, la heroína o sus metabolitos, a menudo en combinación con otras sustancias, intervienen en la mayoría de las sobredosis letales, y los datos más recientes muestran un aumento del número de muertes relacionadas con la heroína⁷⁴. En 2017, en el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte (país donde se concentra un tercio de las muertes por sobredosis en toda Europa), se registraron en Inglaterra y Gales 1.164 fallecimientos relacionados con la heroína y la morfina (el 46 % de las muertes por consumo de drogas)⁷⁵. Las muertes relacionadas con la heroína y la morfina aumentaron de 579 en 2012 a 1.209 en 2016; el incremento sobrevino a la “sequía” de heroína que se produjo en 2010 y 2011. Después de esa “sequía” aumentó la pureza de la heroína y se cree que ello contribuyó al mayor número de sobredosis. En 2017 se registraron 75 muertes relacionadas con el fentanilo y sus análogos. En Australia en 2016 se produjeron 1.045 muertes inducidas por opioides, que se atribuyeron principalmente al consumo de morfina, codeína, oxycodona y heroína, y no hubo apenas indicios de que en ese país se registraran muchas muertes atribuibles al consumo de fentanilo⁷⁶. Se informó de que el consumo de benzodiazepinas había contribuido a casi la mitad (45 %) de las muertes inducidas por opioides y que los antidepresivos habían contribuido a casi una de cada cinco muertes (23 %). En 2016 hubo 105 muertes por consumo de anfetamina, si bien esa es la tasa más alta registrada desde que se inició la vigilancia, y el número de muertes inducidas por la cocaína fue inferior a 20.

Consumo de drogas, enfermedades infecciosas y prestación de servicios de prevención y tratamiento en entornos penitenciarios

Se calcula que en todo el mundo había 10,7 millones de personas reclusas en establecimientos penitenciarios⁷⁷ en un día cualquiera de 2017, ya sea como detenidos en espera de juicio o en prisión

⁷¹ Canadá, Comité Asesor Especial sobre la Epidemia de Sobredosis de Opioides, “National report: apparent opioid-related deaths in Canada”, 12 de diciembre de 2018.

⁷² Canadá, Servicio de Medicina Forense de Columbia Británica, “Illicit drug overdose deaths in B.C. January 1, 2008–December 31, 2018” (Burnaby, Columbia Británica, Dirección de Medicina Forense, 7 de febrero de 2019). Disponible en www2.gov.bc.ca/gov/content/life-events/death/coroners-service/statisticalreports.

⁷³ Xibiao Ye *et al.*, “At a glance: impact of drug overdose-related deaths on life expectancy at birth in British Columbia”, *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada*, vol. 38, núm. 6 (junio de 2018), págs. 248 a 251.

⁷⁴ *Informe Europeo sobre Drogas 2018*.

⁷⁵ Reino Unido, Oficina Nacional de Estadística, “Deaths related to drug poisoning in England and Wales: 2017 registrations”, *Statistical Bulletin* (Newport, 6 de agosto de 2018).

⁷⁶ Amanda Roxburgh *et al.*, “Opioid-, amphetamine-, and cocaine-induced deaths in Australia” (Sidney, Centro Nacional de Investigación sobre las Drogas y el Alcohol de la Universidad de Nueva Gales del Sur, 2018).

⁷⁷ Reclusos en prisiones o en instituciones penitenciarias o correccionales.

preventiva, o como personas condenadas y sancionadas⁷⁸. Sin embargo, debido a que muchos entran y salen de las cárceles, el número de personas que pasan por lo menos algún tiempo en prisión cada año es en realidad más elevado, aunque no se ha determinado con claridad cuánto más⁷⁹.

Las poblaciones carcelarias están asociadas con niveles sustancialmente más altos de enfermedades infecciosas que las comunidades circundantes. Según un examen sistemático, que abarca datos publicados entre 2005 y 2015, la prevalencia de las enfermedades infecciosas en la población reclusa general a nivel mundial se estimó de la siguiente manera: un 3,8 % tiene VIH (sobre la base de 204 estudios de 74 países); un 15,1 %, hepatitis C (sobre la base de 171 estudios de 46 países); y un 2,8 %, tuberculosis activa (sobre la base de 46 estudios de 25 países)⁸⁰. Muchos de los que ingresan en prisión tienen antecedentes de consumo de drogas o de trastornos por consumo de drogas^{81, 82}. La representación excesiva de las personas que se inyectan drogas entre la población reclusa contribuye a la prevalencia del VIH en la cárcel, sobre todo en países donde la epidemia del VIH en las comunidades se debe en gran medida al consumo de drogas por inyección⁸³. Los consumidores de drogas, en particular quienes las consumen por inyección, se encuentran en un entorno de alto riesgo en el que existen elevados niveles de enfermedades infecciosas y donde no suelen prestarse servicios de prevención y tratamiento de la drogodependencia y de enfermedades infecciosas⁸⁴.

[Box begins, on page 32]

Poblaciones reclusas: número y tasas de encarcelamiento

El número de reclusos y las tasas de encarcelamiento varían considerablemente de una región a otra. Más de un tercio de la población reclusa mundial de 10,7 millones de personas se encuentra en Asia (41 %) y hay una proporción similar en las Américas (35 %). América tiene, por amplio margen, la tasa de encarcelamiento más alta, que casi triplica la tasa mundial de 142 por cada 100.000 habitantes, en tanto África y Asia tienen las tasas de encarcelamiento más bajas (ambas con aproximadamente dos tercios de la tasa mundial). Más del 90 % de los reclusos son hombres y se estima que la proporción del total de reclusos que son niños (menores de 18 años) es del 1,0 %^a.

Aunque el número de mujeres encarceladas es mucho menor que el de hombres, una mayor proporción de mujeres (35 %) que de hombres (19 %) están en prisión por delitos de drogas^b.

⁷⁸ Sobre la base de datos de 224 países y territorios correspondientes a 2017 (o el último año disponible) compilados a partir del Estudio de las Naciones Unidas sobre tendencias delictivas y funcionamiento de los sistemas de justicia penal (varios años); y Roy Walmsley, “World prison population list”, 12ª edición (Londres, Instituto de Investigación de Política Penal, 2018).

⁷⁹ Stuart A. Kinner y Jesse T. Young, “Understanding and improving the health of people who experience incarceration: an overview and synthesis”, *Epidemiologic Reviews*, vol. 40, núm. 1 (junio de 2018), págs. 4 a 11.

⁸⁰ Kate Dolan *et al.*, “Global burden of HIV, viral hepatitis, and tuberculosis in prisoners and detainees”, *The Lancet*, vol. 388, núm. 10049 (2016), págs. 1089 a 1102.

⁸¹ Seena Fazel, Isabel A. Yoon y Adrian J. Hayes, “Substance use disorders in prisoners: an updated systematic review and meta-regression analysis in recently incarcerated men and women”, *Addiction*, vol. 112, núm. 10 (octubre de 2017), págs. 1725 a 1739.

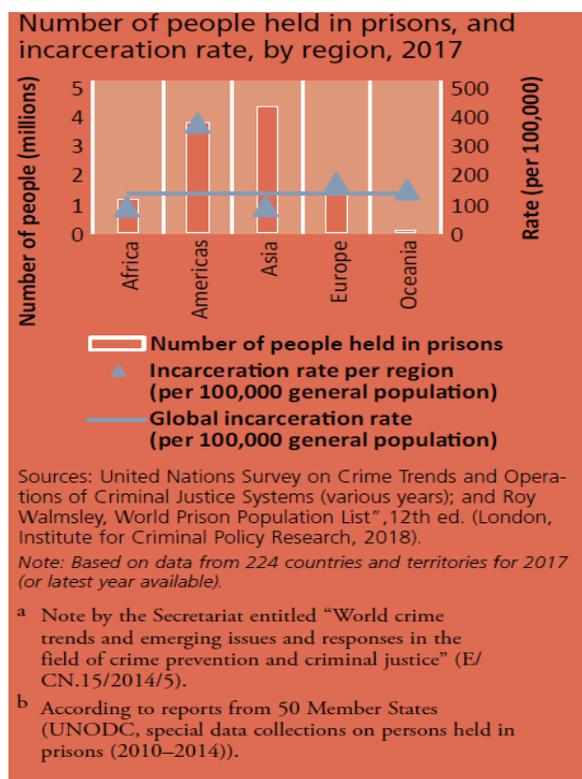
⁸² Adrian P. Mundt *et al.*, “Substance use during imprisonment in low- and middle-income countries”, *Epidemiologic Reviews*, vol. 40, núm. 1 (junio de 2018), págs. 70 a 81.

⁸³ Kate Dolan *et al.*, “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.

⁸⁴ Adeeba Kamarulzaman *et al.*, “Prevention of transmission of HIV, hepatitis B virus, hepatitis C virus, and tuberculosis in prisoners”, *The Lancet*, vol. 388, núm. 10049 (2016), págs. 1115 a 1126.

[Figure within the box on page 32]

Número de personas recluidas en prisiones y tasa de encarcelamiento, por región, 2017



Number of people (millions)	Número de personas (millones)
Rate (per 100,000)	Tasa (por cada 100.000)
Africa	África
Americas	América
Asia	Asia
Europe	Europa
Oceania	Oceanía
Number of people held in prisons	Número de personas recluidas en prisiones
Incarceration rate per region (per 100,000 general population)	Tasa de encarcelamiento por región (por cada 100.000 habitantes)
Global incarceration rate (per 100,000 general population)	Tasa mundial de encarcelamiento (por cada 100.000 habitantes)

Fuentes: Estudio de las Naciones Unidas sobre tendencias delictivas y funcionamiento de los sistemas de justicia penal (varios años); y Roy Walmsley, World Prison Population List, 12ª edición (Londres, Instituto de Investigación de Política Penal, 2018).

Nota: Basado en datos de 224 países y territorios relativos a 2017 (o al último año disponible).

^a Nota de la Secretaría titulada, “Tendencias de la delincuencia a nivel mundial y nuevas cuestiones y respuestas relativas a la prevención del delito y la justicia penal” (E/CN.15/2014/5).

^b Según informes de 50 Estados Miembros (UNODC, recopilaciones especiales de datos sobre personas encarceladas (2010-2014)).

[Box ends]

En esta sección se presentan datos recientes sobre el consumo de estupefacientes y los trastornos por consumo de drogas antes del encarcelamiento, el consumo de drogas (incluso por inyección) durante el encarcelamiento, la prevalencia de enfermedades infecciosas en las personas que se inyectan drogas y la respuesta mundial en lo que respecta a la aplicación de programas de distribución de agujas y jeringuillas, el tratamiento de sustitución con opioides y las pruebas y el tratamiento del VIH, la hepatitis C y la tuberculosis activa en los entornos penitenciarios. Los datos provienen de una serie de exámenes sistemáticos mundiales recientes. Aunque en su mayor parte se basan en estudios de países desarrollados, se incluyen los resultados de algunos estudios de países de ingresos bajos y medianos. Para conocer más detalles sobre estos exámenes sistemáticos, véase el cuadro de las páginas 40 y 41.

Las personas que tienen un historial de consumo de drogas o de trastornos por consumo de drogas constituyen una parte considerable de la población reclusa de algunos países

Si bien los datos son limitados, hay indicios de que, en algunos países de ingresos altos, las personas que sufren trastornos por consumo de drogas constituyen una gran parte de la población reclusa. Los trastornos por consumo de drogas tienen gran prevalencia en las personas que ingresan en prisión, siendo más elevadas las tasas correspondientes a las mujeres que las relativas a los hombres. En un examen sistemático se analizaron estudios sobre la prevalencia en el último año de los trastornos por consumo de drogas⁸⁵ en el momento del ingreso en prisión⁸⁶. La prevalencia en el último año de los trastornos por consumo de drogas en las personas que ingresan en prisión era del 30 % en el caso de los hombres (intervalo de confianza del 95 %: 22 % a 38 %) y del 51 % en el de las mujeres (intervalo de confianza del 95 %: 43 % a 58 %). Ello contrasta, por ejemplo, con la prevalencia de los trastornos por consumo de drogas en el último año en la población general de los países de ingresos altos, del 2,9 % (población de 12 años o más) en los Estados Unidos en 2015 y del 0,9 % (población de 16 a 85 años) en Australia en 2007^{87, 88}. Hay indicios de que los trastornos por consumo de drogas entre las mujeres que ingresan en prisión se han incrementado durante los tres decenios anteriores, pues la tasa ha aumentado del 46 % (intervalo de confianza del 95 %: 33 % a 58 %) antes del año 2000 al 54 % (intervalo de confianza del 95 %: 47 % a 62 %) a partir del año 2000. Se constató que escaseaban los datos sobre la prevalencia de los trastornos por consumo de drogas durante el año anterior al encarcelamiento en países de ingresos bajos y medianos, con la excepción de dos estudios de América del Sur. Ambos se excluyeron del análisis general, a fin de proporcionar una estimación de la prevalencia de los trastornos por consumo de drogas durante el año anterior al encarcelamiento solo en los países de ingresos altos. Sin embargo, en esos dos estudios de países de ingresos bajos y medianos, la prevalencia de los trastornos por consumo de drogas en el último año en el momento del ingreso en prisión era de al menos el 30 %.

En otro examen sistemático de estudios de países de ingresos bajos y medianos se demostró que muchos reclusos tenían antecedentes de consumo de drogas antes de entrar en prisión. En el examen se constató que

⁸⁵ Uso indebido o dependencia de sustancias sobre la base de exámenes clínicos o de entrevistas en que se utilizaron instrumentos de diagnóstico validados (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, tercera y cuarta ediciones (Washington, D.C., American Psychiatric Association, varios años) y *Clasificación Internacional de Enfermedades*, novena y décima ediciones (Ginebra, Organización Mundial de la Salud, varios años)), con diagnósticos basados en los 12 meses anteriores a partir del momento en que se entrevistó o examinó a los participantes.

⁸⁶ Fazel, Yoon y Hayes, “Substance use disorders in prisoners”.

⁸⁷ Estados Unidos, Departamento de Salud y Servicios Humanos, Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Centro de Estadísticas y Calidad de la Salud del Comportamiento, “Behavioral health barometer: United States, volume 4 – indicators as measured through the 2015 National Survey on Drug Use and Health and National Survey of Substance Abuse Treatment Services”, publicación del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos núm. SMA-17-BaroUS-16 (Rockville, Maryland, 2017).

⁸⁸ Tim Slade *et al.*, *The Mental Health of Australians 2: Report on the 2007 National Survey of Mental Health and Wellbeing* (Canberra, Departamento de Salud y Envejecimiento, 2009).

casi la mitad (48 %) había consumido drogas al menos una vez antes del encarcelamiento (intervalo de confianza del 95 %: 41 % a 55 %)⁸⁹. Si bien lo más común era el consumo de cannabis, también se informó del uso de otras drogas antes del encarcelamiento: el 10,4 % informó del consumo de opiáceos en algún momento de la vida (intervalo de confianza del 95 %: 7 % a 14 %); y el 9,5 % informó de antecedentes de consumo de drogas por inyección (intervalo de confianza del 95 %: 7 % a 13 %).

El consumo de drogas, incluida la heroína, y las prácticas peligrosas de consumo de drogas por inyección persisten en muchas cárceles

Sobre la base de un total de 149 estudios realizados en 62 países, se estima que una de cada tres personas recluidas en prisiones de todo el mundo ha consumido drogas al menos una vez durante su encarcelamiento (mediana y media = 31 %) y una de cada cinco indica haberlas consumido durante el último mes (mediana y media = 19 %). Al igual que en los entornos comunitarios, la droga más consumida es el cannabis. El consumo de heroína en el último mes (mediana = 2,2 % y media = 4,9 %) supera al de anfetaminas, cocaína o éxtasis.

El consumo de drogas por inyección en las cárceles hace que el riesgo de transmisión del VIH y la hepatitis C sea especialmente elevado, debido a la alta prevalencia de esas enfermedades en las poblaciones reclusas y a la poca disponibilidad de agujas y jeringuillas en la mayoría de los entornos penitenciarios, lo que puede dar lugar a que los reclusos compartan el material de inyección más a menudo y con más personas^{90, 91, 92}. En un examen sistemático se analizaron estudios sobre la prevalencia de vida del consumo de drogas por inyección en las cárceles⁹³. No se determinaron estimaciones mundiales. Sin embargo, las regiones (se utilizan las mismas agrupaciones regionales definidas por los autores) que presentan la mayor prevalencia del consumo por inyección son Asia y el Pacífico, Europa Oriental y Asia Central, donde aproximadamente una de cada cinco personas encarceladas se había inyectado drogas al menos una vez durante su estancia en prisión. En cambio, en África Oriental, Meridional, Occidental y Central se observaron bajos niveles de consumo de drogas por inyección en las cárceles, lo que refleja la baja prevalencia de esa forma de consumo de drogas entre la población en general en muchos países de esas subregiones.

⁸⁹ Mundt *et al.*, “Substance use during imprisonment in low- and middle-income countries”.

⁹⁰ Dolan *et al.*, “Global burden of HIV, viral hepatitis, and tuberculosis in prisoners and detainees”.

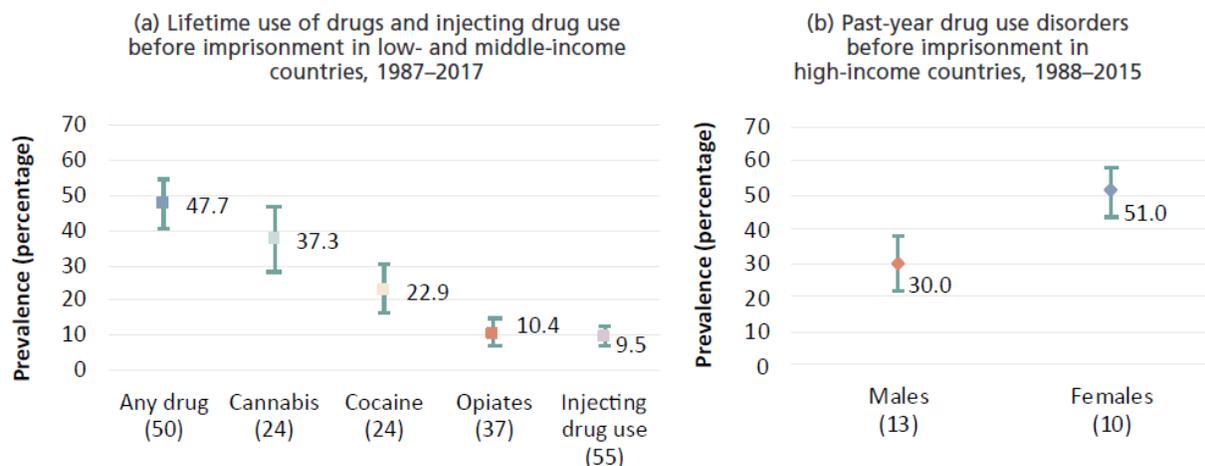
⁹¹ Ralf Jürgens, Andrew Ball y Annette Verster, “Interventions to reduce HIV transmission related to injecting drug use in prison”, *The Lancet Infectious Diseases*, vol. 9, núm. 1 (enero de 2009), págs. 57 a 66.

⁹² Dolan *et al.*, “People who inject drugs in prison”.

⁹³ Babak Moazen *et al.*, “Prevalence of drug injection, sexual activity, tattooing, and piercing among prison inmates”, *Epidemiologic Reviews*, vol. 40, núm. 1 (junio de 2018), págs. 58 a 69.

[Figure 14]

Fig. 14 Trastornos por consumo de drogas y consumo de drogas antes del encarcelamiento



(a) Lifetime use of drugs and injecting drug use before imprisonment in low- and middle-income countries, 1987–2017	a) Consumo de drogas en algún momento de la vida y consumo de drogas por inyección antes del encarcelamiento en países de ingresos bajos y medianos, 1987-2017
Prevalence (percentage)	Prevalencia (porcentaje)
Any drug (50)	Cualquier droga (50)
Cannabis (24)	Cannabis (24)
Cocaine (24)	Cocaína (24)
Opiates (37)	Opiáceos (37)
Injecting drug use (55)	Consumo de drogas por inyección (55)
(b) Past-year drug use disorders before imprisonment in high-income countries, 1988–2015	b) Trastornos por consumo de drogas en el último año antes del encarcelamiento en países de altos ingresos, 1988-2015
Prevalence (percentage)	Prevalencia (porcentaje)
Males (13)	Hombres (13)
Females (10)	Mujeres (10)

Fuentes: Seena Fazel, Isabel A. Yoon y Adrian J. Hayes, “Substance use disorders in prisoners: an updated systematic review and meta-regression analysis in recently incarcerated men and women”, *Addiction*, vol. 112, núm. 10 (octubre de 2017), págs. 1725 a 1739; y Adrian P. Mundt *et al.*, “Substance use during imprisonment in low- and middle-income countries”, *Epidemiologic Reviews*, vol. 40, núm. 1 (junio de 2018), págs. 70 a 81.

Notas: Los símbolos representan estimaciones globales de la prevalencia y las líneas verticales representan intervalos de confianza del 95 %. La coherencia de los datos no se mantiene de un estudio a otro. Las cifras indicadas entre corchetes en el eje horizontal representan el número de estudios.

Dos tercios de la población reclusa del mundo se encuentra en países de ingresos bajos y medianos⁹⁴. En un examen sistemático de los estudios sobre la prevalencia del consumo de drogas en las personas encarceladas en países de ingresos bajos y medianos se estimó que uno de cada cuatro reclusos consumía drogas durante su encarcelamiento⁹⁵. Esa proporción supera la correspondiente al alcohol, que se estima en aproximadamente una de cada seis personas durante su encarcelamiento. El 17 % de los reclusos informó

⁹⁴ Walmsley, “World Prison Population List”.

⁹⁵ Mundt *et al.*, “Substance use during imprisonment in low- and middle-income countries”.

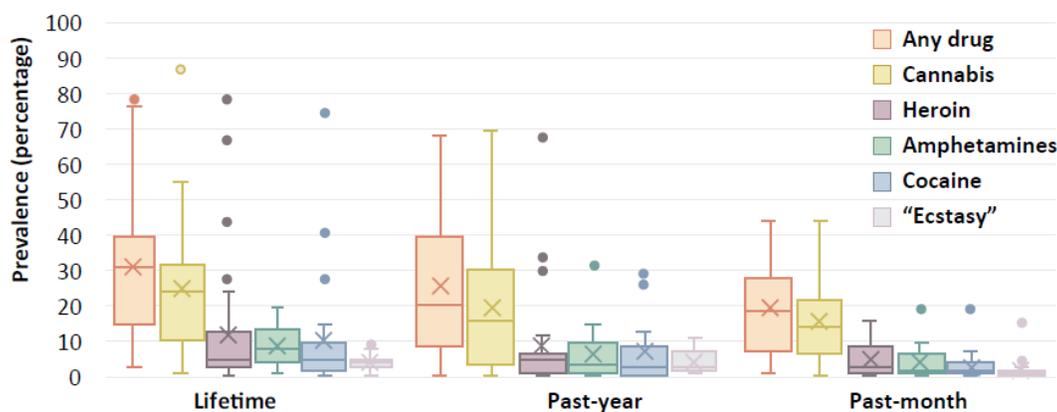
del consumo de cannabis durante el encarcelamiento y el 6 % informó del consumo de opiáceos. La prevalencia del consumo de drogas por inyección durante el encarcelamiento en los países de ingresos bajos y medianos de Europa (6,5 %, intervalo de confianza del 95 %: 1,5 % a 14,6 %) resultó ser considerablemente más elevada que en África (0,0 %, intervalo de confianza del 95 %: 0,0 % a 0,2 %). Al compararse las tasas de prevalencia antes del encarcelamiento con las tasas durante el encarcelamiento, se determinó que los reclusos tenían muchas más probabilidades de seguir consumiendo opiáceos que cannabis o cocaína.

Los datos indican un elevado nivel de infecciones por VIH y hepatitis C entre las personas que se inyectan drogas en las cárceles de algunos países

Si bien la prevalencia del VIH, la hepatitis C y la tuberculosis en la población reclusa general es mucho mayor que en la población general fuera de los entornos penitenciarios⁹⁶, los datos disponibles, aunque escasos, indican que las tasas son considerablemente más elevadas entre las personas que se inyectan drogas en las cárceles (antes de su ingreso o durante su reclusión) en comparación con los reclusos que no se inyectan drogas. En un examen sistemático se analizaron estudios sobre la prevalencia del VIH y la hepatitis C en las personas que se inyectan drogas en prisión⁹⁷. No se determinaron las estimaciones globales de prevalencia del VIH y la hepatitis C en las personas que se inyectan drogas en prisión⁹⁸. Sin embargo, el 50 % intermedio de las estimaciones respecto de la prevalencia del VIH en las personas que se inyectan drogas oscilaba entre el 1,5 % y el 18 % y, respecto de la prevalencia de la hepatitis C en esas personas, el margen de variación correspondiente era del 41 % al 75 %. La prevalencia del VIH en las personas que se inyectan drogas era 6,0 veces mayor (intervalo de confianza del 95 %: 3,8 % a 9,4 %) y la prevalencia de la hepatitis C era 8,1 veces mayor (intervalo de confianza del 95 %: 6,4 % a 10,4 %), en comparación con las poblaciones de reclusos que no se inyectaban drogas.

[Figure 15]

Fig. 15 Consumo de drogas en algún momento de la vida, en el último año y en el último mes en la cárcel, 2000-2017



⁹⁶ Dolan *et al.*, "Global burden of HIV, viral hepatitis, and tuberculosis in prisoners and detainees".

⁹⁷ Andrea L. Wirtz *et al.*, "HIV and viral hepatitis among imprisoned key populations", *Epidemiologic Reviews*, vol. 40, núm. 1 (junio de 2018), págs. 12 a 26.

⁹⁸ El análisis global es una técnica estadística que combina los resultados, en este caso la prevalencia obtenida en múltiples estudios epidemiológicos, para obtener una estimación global de la prevalencia.

Prevalence (percentage)	Prevalencia (porcentaje)
Any drug Cannabis Heroin Amphetamines Cocaine “Ecstasy”	Cualquier droga Cannabis Heroína Anfetaminas Cocaína Éxtasis
Lifetime	En algún momento de la vida
Past-year	En el último año
Past-month	En el último mes

Fuentes: UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales; UNODC, *Informe Mundial sobre las Drogas 2015* (Viena, 2015); EMCDDA, *Statistical Bulletin* (varios años); y Adrian P. Mundt *et al.*, “Substance use during imprisonment in low- and middle-income countries”, *Epidemiologic Reviews*, vol. 40, núm. 1 (junio de 2018), págs. 70 a 81.

Nota: Sobre la base de un total de 149 estudios realizados en 62 países (número de países por región: África, 7; América, 13; Asia, 11; Europa, 29; Oceanía, 2). No se mantiene de un estudio a otro la coherencia entre los datos sobre el consumo en algún momento de la vida, en el último año o en el último mes. El rectángulo sombreado representa el 50 % central de las estimaciones de prevalencia (es decir, entre los percentiles 25 y 75). La línea horizontal dentro del rectángulo representa la mediana de la tasa de prevalencia. La cruz representa la media de la prevalencia. La línea vertical trazada por encima y por debajo del rectángulo sombreado va hasta las prevalencias mínima y máxima, a menos que haya estimaciones que estén fuera del margen de variación de 1,5 veces el intervalo entre cuartiles (la diferencia entre los percentiles 75 y 25) fuera del rectángulo. En este caso, las estimaciones de prevalencia se consideran excepcionalmente elevadas y aparecen marcadas con un punto, y la línea vertical se extiende hasta la estimación más grande que se encuentra dentro del margen de variación de 1,5 veces el intervalo entre cuartiles del rectángulo sombreado.

En el mismo examen se indica que se desconoce hasta qué punto las personas que se inyectan drogas contraen esas enfermedades durante su encarcelamiento; solo se pudo encontrar un estudio que proporcionaba una estimación de la incidencia. Sin embargo, hay indicios de que los antecedentes de encarcelamiento están asociados con un mayor riesgo de VIH y hepatitis C entre las personas que se inyectan drogas y podrían ser un factor importante que contribuye a la transmisión de la hepatitis C y el VIH entre esas personas⁹⁹. El encarcelamiento reciente (en los últimos 3, 6 o 12 meses, según el estudio de que se trate) se asociaba con un aumento del 81 % del riesgo de contraer el VIH y del 62 % del riesgo de contraer la hepatitis C¹⁰⁰. El riesgo no solo aumenta mientras la persona está en el entorno carcelario propiamente dicho, sino también durante las transiciones entre cárceles, así como entre el entorno penitenciario y comunitario, situaciones que pueden provocar una recaída en el consumo de drogas, la pérdida del contacto con los servicios de salud y la perturbación o interrupción de los tratamientos^{101, 102}.

Es importante comprender la magnitud de la tuberculosis en la población reclusa general, sobre todo en el caso de las personas que viven con el VIH, por ejemplo, las personas que se inyectan drogas, porque la tuberculosis es una de las principales causas de muerte entre las personas que viven con el VIH^{103, 104}. La

⁹⁹ Jack Stone *et al.*, “Incarceration history and risk of HIV and hepatitis C virus acquisition among people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis”, *The Lancet Infectious Diseases*, vol. 18, núm. 12 (diciembre de 2018), págs. 1397 a 1409.

¹⁰⁰ Basado en datos de 41 estudios sobre las personas que se inyectan drogas en entornos comunitarios, publicados entre 2000 y 2017.

¹⁰¹ Josiah D. Rich *et al.*, “Clinical care of incarcerated people with HIV, viral hepatitis, or tuberculosis”, *The Lancet*, vol. 388, núm. 10049 (2016), págs. 1103 a 1114.

¹⁰² Wirtz *et al.*, “HIV and viral hepatitis among imprisoned key populations”.

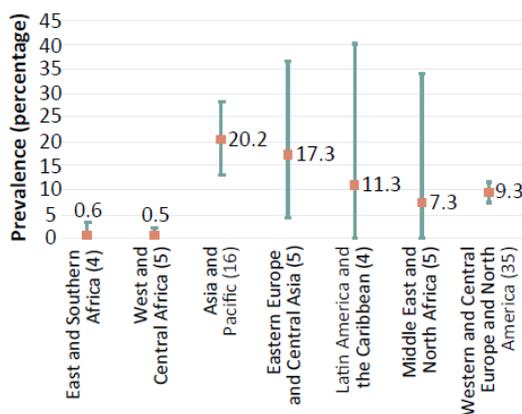
¹⁰³ Candice K. Kwan y Joel D. Ernst, “HIV and tuberculosis: a deadly human syndemic”, *Clinical Microbiology Reviews*, vol. 24, núm. 2 (abril de 2011), págs. 351 a 376.

¹⁰⁴ OMS, *Informe mundial sobre la tuberculosis 2016* (Ginebra, 2016).

tuberculosis se propaga de una persona a otra a través del aire y se transmite con mayor facilidad entre personas que se encuentren muy cerca unas de otras, en condiciones de hacinamiento y ventilación deficiente, como ocurre a menudo en los entornos penitenciarios^{105, 106}. A nivel mundial, se estima que el 2,8 % de los reclusos viven con tuberculosis activa, una tasa muy superior a la de la población en general, que se estima en menos del 0,2 %¹⁰⁷.

[Figure 16]

Fig. 16 Consumo de drogas por inyección en algún momento de la vida en prisión, por región, 2007-2017



Prevalence (percentage)	Prevalencia (porcentaje)
East and Southern Africa (4)	África Oriental y Meridional (4)
West and Central Africa (5)	África Occidental y Central (5)
Asia and Pacific (16)	Asia y el Pacífico (16)
Eastern Europe and Central Asia (5)	Europa Oriental y Asia Central (5)
Latin America and the Caribbean (4)	América Latina y el Caribe (4)
Middle East and North Africa (5)	Oriente Medio y África Septentrional (5)
Western and Central Europe and North America (35)	Europa Occidental y Central y América del Norte (35)

Fuente: Babak Moazen *et al.*, “Prevalence of drug injection, sexual activity, tattooing, and piercing among prison inmates”, *Epidemiologic Reviews*, vol. 40, núm. 1 (junio de 2018), págs. 58 a 69.

Notas: Las agrupaciones regionales son las utilizadas por los autores. Los símbolos representan la prevalencia global y las líneas verticales representan intervalos de confianza del 95 %. Las cifras indicadas entre corchetes en el eje horizontal representan el número de estudios.

¹⁰⁵ Masoud Dara *et al.*, “Tuberculosis control in prisons: current situation and research gaps”, *International Journal of Infectious Diseases*, vol. 32 (marzo de 2015), págs. 111 a 117.

¹⁰⁶ Iacopo Baussano *et al.*, “Tuberculosis incidence in prisons: a systematic review”, *PLOS Medicine*, vol. 7, núm. 12 (diciembre de 2010), págs. 1 a 10.

¹⁰⁷ OMS, Informe mundial sobre la tuberculosis 2015 (Ginebra, 2015).

La disponibilidad y la cobertura de los servicios de prevención y tratamiento del VIH, la hepatitis C y la tuberculosis para los reclusos son limitadas en la mayoría de los entornos penitenciarios

Las intervenciones de base científica más importantes para la prevención eficaz del VIH y la hepatitis C son los programas de distribución de agujas y jeringuillas que proporcionan material de inyección aséptico y el tratamiento de sustitución con opioides para reducir la dependencia de los opioides y, de ese modo, disminuir la frecuencia de inyección¹⁰⁸. Las pruebas y el asesoramiento son una importante vía de acceso a la atención, junto con el tratamiento para reducir sustancialmente la carga vírica y la transmisión continua del VIH y la hepatitis C en las cárceles^{109, 110, 111}. Dado que la tuberculosis es una de las principales causas de muerte entre las personas que viven con el VIH, la realización de pruebas de detección y el tratamiento de la tuberculosis son de importancia crítica, en particular entre las personas que se inyectan drogas, quienes experimentan una prevalencia del VIH mucho más elevada que los reclusos que no se inyectan drogas.

En un examen sistemático reciente de la bibliografía, en combinación con estudios nacionales, se evaluó la disponibilidad y la cobertura de los programas de suministro de agujas y jeringuillas, el tratamiento de sustitución con opioides y las pruebas y tratamientos del VIH, la hepatitis C y la tuberculosis activa en los entornos penitenciarios^{112, 113}. Se consideró que un país proveía el servicio si lo ofrecía en al menos un centro penitenciario. Los datos relativos a la cobertura de estos servicios, es decir, la proporción de establecimientos penitenciarios del país que los prestaban, eran limitados. Se definieron dos grupos de países, en función de si la intervención se realizaba en el 50 % o más de los establecimientos penitenciarios o en menos del 50 % de estos.

El estudio permitió constatar que existen grandes deficiencias respecto de la disponibilidad de programas de distribución de agujas y jeringuillas y del tratamiento de sustitución con opioides en los establecimientos penitenciarios, a pesar de la alta prevalencia del consumo de heroína y de drogas por inyección y de la elevada carga de enfermedades infecciosas en muchas cárceles, en particular en las personas que se inyectan drogas. Incluso en el caso de los países sobre los que se ha notificado que se dispone de un servicio en los establecimientos penitenciarios, ello no significa necesariamente que se alcance una cobertura adecuada ni que el servicio prestado sea de una calidad suficiente como para obtener verdaderos logros en materia sanitaria.

¹⁰⁸ UNODC/OIT/PNUD/OMS y ONUSIDA, “HIV prevention, treatment and care in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions”, Reseña sobre políticas (Viena, 2013).

¹⁰⁹ *Technical Guide for Countries to Set Targets for Universal Access to HIV Prevention, Treatment and Care for Injecting Drug Users: 2012 Revision*.

¹¹⁰ Katy M. E. Turner *et al.*, “The impact of needle and syringe provision and opiate substitution therapy on the incidence of hepatitis C virus in injecting drug users: pooling of UK evidence”, *Addiction*, vol. 106, núm. 11 (noviembre de 2011), págs. 1978 a 1988.

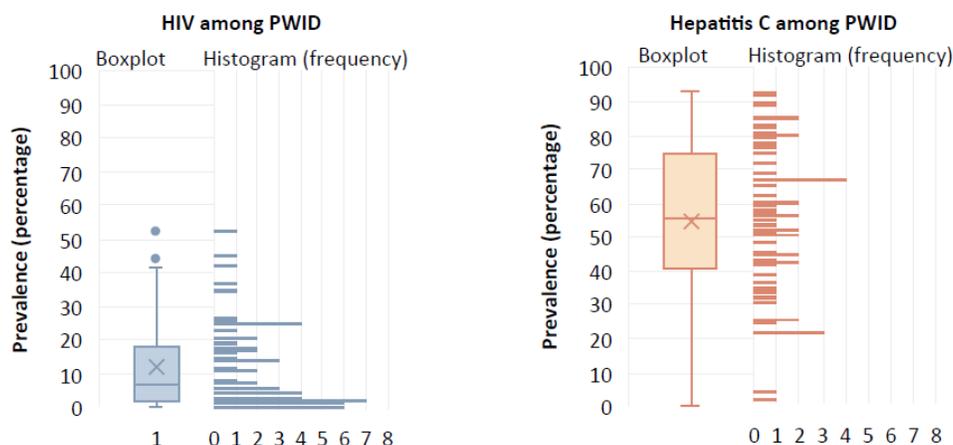
¹¹¹ Peter Vickerman *et al.*, “Can needle and syringe programmes and opiate substitution therapy achieve substantial reductions in hepatitis C virus prevalence? Model projections for different epidemic settings”, *Addiction*, vol. 107, núm. 11 (noviembre de 2012), págs. 1984 a 1995.

¹¹² Rebecca Bosworth, Babak Moazen y Kate Dolan, “HIV, viral hepatitis and TB in prison populations: a global systematic review and survey of infections and mortality, and provision of HIV services in prisons” (de próxima publicación).

¹¹³ Se recibieron respuestas de 52 países, con representación de todas las regiones.

[Figure 17]

Fig. 17 VIH y hepatitis C entre los reclusos que se inyectan drogas^a, 2005-2017



HIV among PWID	El VIH entre las PID
Boxplot	Diagrama de cajas
Histogram (frequency)	Histograma (frecuencia)
Prevalence (percentage)	Prevalencia (porcentaje)
Hepatitis C among PWID	La hepatitis C entre las PID
Boxplot	Diagrama de cajas
Histogram (frequency)	Histograma (frecuencia)
Prevalence (percentage)	Prevalencia (porcentaje)

Fuente: Andrea L. Wirtz *et al.*, "HIV and viral hepatitis among imprisoned key populations", *Epidemiologic Reviews*, vol. 40, núm. 1 (junio de 2018), págs. 12 a 26.

Notas: Sobre la base de 62 estudios de 18 países respecto del VIH, y de 61 estudios de 22 países respecto de la hepatitis C. El rectángulo sombreado representa el 50 % central de las estimaciones de prevalencia (es decir, entre los percentiles 25 y 75). La línea horizontal dentro del rectángulo sombreado representa la mediana de la tasa de prevalencia. La cruz dentro del rectángulo sombreado representa la media de la prevalencia. Las líneas verticales trazadas por encima y por debajo del rectángulo sombreado van hasta las prevalencias mínima y máxima, a menos que haya estimaciones que estén fuera del margen de variación de 1,5 veces el intervalo entre cuartiles (la diferencia entre los percentiles 75 y 25) fuera del rectángulo. En este caso, las estimaciones de prevalencia se consideran excepcionalmente elevadas y aparecen marcadas con un punto, y las líneas verticales se extienden hasta la estimación más grande que se encuentra dentro del margen de variación de 1,5 veces el intervalo entre cuartiles del rectángulo sombreado.

^a Se inyectó cualquier droga antes o durante el encarcelamiento.

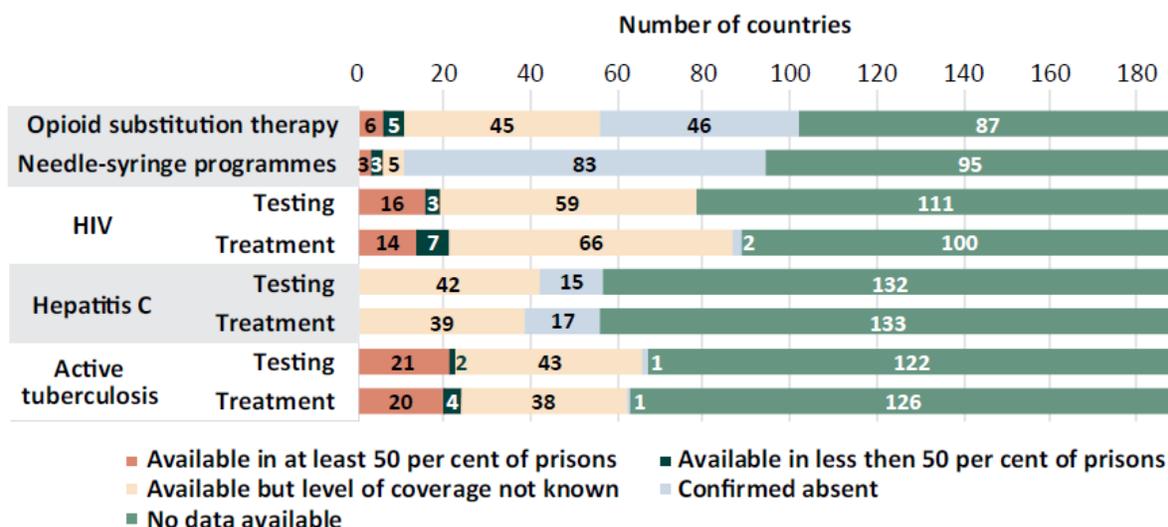
Se concluyó que en 56 países (en los que se encuentra el 45 % de la población reclusa mundial) había indicios de la aplicación del tratamiento de sustitución con opioides en al menos una prisión, y se confirmó que dicho tratamiento no se aplicaba en entornos penitenciarios en 46 países (en los que se encuentra el 30 % de la población reclusa mundial). En 11 países fue posible determinar la proporción de establecimientos penitenciarios donde se aplica el tratamiento de sustitución de opioides, el cual se ofrecía en al menos el 50 % de las prisiones de 6 de esos países. En 22 de los 46 países en los que se confirmó que no se ofrecía el tratamiento de sustitución con opioides, hay indicios de que ese tipo de tratamiento se ofrece en el entorno

comunitario¹¹⁴. A lo largo de los dos últimos decenios se ha producido un aumento del número de países que ofrecen el tratamiento de sustitución con opioides en al menos un establecimiento penitenciario, de 5 países en 1996¹¹⁵ a 29 en 2008¹¹⁶ y 56 en 2017.

Se comprobó que en los establecimientos penitenciarios hay muchos menos programas de distribución de agujas y jeringuillas que de tratamiento de sustitución con opioides: los primeros fueron notificados por 11 países (en los que se encuentra el 4 % de la población reclusa mundial) en al menos un establecimiento, pero se confirmó que no existía ese tipo de programas en 83 países (en los que se encuentra el 68 % de la población reclusa mundial). Fue posible determinar la proporción de establecimientos penitenciarios que aplican programas de suministro de agujas y jeringuillas en seis países: se aplican en al menos el 50 % de los centros penitenciarios de tres de esos países. Hay indicios de que en 62 de los 83 países en los que se confirmó la inexistencia de programas de distribución de agujas y jeringuillas se ofrecen programas de este tipo en entornos comunitarios¹¹⁷.

[Figure 18]

Fig. 18 Disponibilidad mundial, no disponibilidad y cobertura de las intervenciones básicas de prevención y tratamiento del VIH, la hepatitis C y la tuberculosis activa en las cárceles, 2013-2017



Number of countries	Número de países
Opioid substitution therapy	Tratamiento de sustitución con opioides
Needle-syringe programmes	Programas de distribución de agujas y jeringuillas
HIV Testing	VIH Pruebas

¹¹⁴ Larney *et al.*, “Global, regional, and country-level coverage of interventions to prevent and manage HIV and hepatitis C among people who inject drugs: a systematic review”.

¹¹⁵ Kate Dolan y Alex Wodak, “An international review of methadone provision in prison”, *Addiction Research*, vol. 4, núm. 1 (1996), págs. 85 a 97.

¹¹⁶ Sarah Larney y Kate Dolan, “A literature review of international implementation of opioid substitution treatment in prisons: equivalence of care?”, *European Addiction Research*, vol. 15, núm. 2 (marzo de 2009), págs. 107 a 112.

¹¹⁷ Larney *et al.*, “Global, regional, and country-level coverage of interventions to prevent and manage HIV and hepatitis C among people who inject drugs”.

Treatment	Tratamiento
Hepatitis C Testing Treatment	Hepatitis C Pruebas Tratamiento
Active tuberculosis Testing Treatment	Tuberculosis activa Pruebas Tratamiento
Available in at least 50 per cent of prisons	Disponible en al menos el 50 % de las prisiones
Available but level of coverage not known	Existen, pero se desconoce el nivel de cobertura
No data available	No se dispone de datos
Available in less than 50 per cent of prisons	Disponible en menos del 50 % de las prisiones
Confirmed absent	Ausencia confirmada

Fuente: Rebecca Bosworth, Babak Moazen y Kate Dolan, "HIV, viral hepatitis and TB in prison populations: a global systematic review and survey of infections and mortality, and provision of HIV services in prisons" (de próxima publicación).

Nota: En total se han incluido 189 países. Se consideró que un país prestaba el servicio si lo ofrecía en al menos un centro penitenciario.

La combinación del tratamiento de sustitución con opioides y los programas de distribución de agujas y jeringuillas puede ser particularmente eficaz para prevenir la propagación del VIH y la hepatitis C^{118, 119}. Había diez países (en los que se encuentra el 3,9 % de la población reclusa mundial) que ofrecían tanto programas de suministro de agujas y jeringuillas como tratamientos de sustitución con opioides en al menos un centro penitenciario, aunque no necesariamente ambos en un mismo centro.

La prevalencia del consumo de drogas por inyección en los establecimientos penitenciarios alcanza sus mayores niveles en Asia y el Pacífico, Europa Oriental y Asia Central, donde se estima que aproximadamente uno de cada cinco reclusos se ha inyectado drogas por lo menos una vez durante su encarcelamiento¹²⁰. No obstante, ninguno de los centros penitenciarios de los 37 países de la región de Asia y el Pacífico ofrecía programas de suministro de agujas y jeringuillas y solo en 9 países se aplicaba el tratamiento de sustitución con opioides. En Europa Oriental y Asia Central, en 5 de 16 países se ofrecían programas de distribución de agujas y jeringuillas en al menos una prisión y en 8 países se ofrecía tratamiento de sustitución con opioides; 4 países ofrecían ambos servicios en al menos un centro penitenciario.

La elevada prevalencia de la hepatitis C en la población reclusa, especialmente las personas que se inyectan drogas, y la importante carga de morbilidad asociada con la hepatitis C no tratada ponen de relieve la necesidad de pruebas médicas y acceso al tratamiento de la hepatitis C en los entornos penitenciarios. Sin embargo, el número de países que comunicaron la disponibilidad de pruebas de detección y tratamiento era menor en lo que respecta a la hepatitis C que al VIH o la tuberculosis, y un número mayor de países han confirmado que no ofrecían pruebas ni tratamientos de hepatitis C. Actualmente se dispone de medicamentos antivirales de acción directa muy eficaces que dan nuevas esperanzas de tratamiento y reducen la carga de la hepatitis C en los entornos penitenciarios. Sin embargo, la asequibilidad ha sido un obstáculo importante para ampliar su uso y el acceso a esos medicamentos a menudo se restringe a quienes estén clasificados como candidatos de alta prioridad para su tratamiento, por ejemplo, los enfermos de

¹¹⁸ Natasha K. Martin *et al.*, "Combination interventions to prevent HCV transmission among people who inject drugs: modeling the impact of antiviral treatment, needle and syringe programs, and opiate substitution therapy", *Clinical Infectious Diseases*, vol. 57, supl. núm. 2 (agosto de 2013), págs. S39 a S45.

¹¹⁹ Louisa Degenhardt *et al.*, "Prevention of HIV infection for people who inject drugs: why individual, structural and combination approaches are needed", *The Lancet*, vol. 376, núm. 9737 (julio de 2010), págs. 285 a 301.

¹²⁰ Moazen *et al.*, "Prevalence of drug injection, sexual activity, tattooing, and piercing among prison inmates".

cirrosis, tanto en la comunidad como en los entornos penitenciarios^{121, 122}. No abunda la información reciente sobre la cobertura de los antivirales de acción directa en entornos penitenciarios^{123, 124, 125}. Por ejemplo, si bien en los establecimientos penitenciarios de la mayoría de los países europeos se realizan pruebas de enfermedades infecciosas, no es común que se ofrezca ningún tipo de tratamiento de la hepatitis C¹²⁶. Según un examen sistemático de los servicios de tratamiento de la hepatitis C en centros penitenciarios en Europa, se ofrecían medicamentos antivirales de acción directa en cárceles de tres países (España, Francia e Italia), aunque todavía no se han dado a conocer en publicaciones con revisión científica externa las mejoras que podrían conseguirse mediante la introducción de los antivirales de acción directa en los entornos penitenciarios¹²⁷.

El tratamiento del VIH no solo mejora la salud de las personas, sino que también reduce la carga vírica hasta un nivel en que disminuye sustancialmente el riesgo de transmitir el virus a otras personas. Dada la función que desempeña el VIH en el desarrollo de la tuberculosis activa y las consecuencias de la tuberculosis para la salud de las personas que viven con el VIH, es importante acometer ambas infecciones de manera integrada¹²⁸. A nivel mundial, se proporciona tratamiento del VIH y la tuberculosis (en al menos un centro penitenciario) en 61 países, aunque no necesariamente al mismo tiempo ni en el mismo lugar.

La disponibilidad de servicios de tratamiento del consumo de drogas, incluido el tratamiento farmacológico y psicosocial, y de servicios de rehabilitación social y postratamiento, sigue siendo mucho menor en los centros penitenciarios que en la comunidad¹²⁹.

Se ha reconocido que el ingreso en prisión, el traslado y la puesta en libertad son períodos de gran vulnerabilidad. Se ha señalado que el período inmediatamente posterior a la puesta en libertad es un momento crítico, con un alto riesgo de recaída en el consumo de drogas, incluido el consumo por inyección, y de sobredosis letales^{130, 131, 132}. La continuidad de la atención a los reclusos es clave para que no se pierdan los beneficios de los tratamientos de trastornos por consumo de drogas y enfermedades infecciosas que se

¹²¹ Alison D. Marshall *et al.*, “The removal of DAA restrictions in Europe: one step closer to eliminating HCV as a major public health threat”, *Journal of Hepatology*, vol. 69, núm. 5 (noviembre de 2018), págs. 1188 a 1196.

¹²² Rachel E. Simon *et al.*, “Tackling the hepatitis C cost problem: a test case for tomorrow's cures”, *Hepatology*, vol. 62, núm. 5 (noviembre de 2015), págs. 1334 a 1336.

¹²³ Karli R. Hochstatter *et al.*, “The continuum of hepatitis C care for criminal justice involved adults in the DAA era: a retrospective cohort study demonstrating limited treatment uptake and inconsistent linkage to community-based care”, *Health & Justice*, vol. 5, núm. 10 (2017), págs. 1 a 10.

¹²⁴ Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades y EMCDDA, *Public Health Guidance on Prevention and Control of Blood-borne Viruses in Prison Settings* (Estocolmo, 2018).

¹²⁵ Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades, *Systematic Review on the Prevention and Control of Blood-borne Viruses in Prison Settings* (Estocolmo, 2018).

¹²⁶ EMCDDA, *Respuestas sanitarias y sociales a los problemas relacionados con las drogas: Una guía europea* (Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2017).

¹²⁷ Hilde Vroiling *et al.*, “A systematic review on models of care effectiveness and barriers to hepatitis C treatment in prison settings in the EU/EEA”, *Journal of Viral Hepatitis*, vol. 25, núm. 12 (diciembre de 2018), págs. 1406 a 1422.

¹²⁸ OMS, “WHO policy on collaborative TB/HIV activities: guidelines for national programmes and other stakeholders” (Ginebra, 2012).

¹²⁹ Informe del Director Ejecutivo sobre las medidas adoptadas por los Estados Miembros para aplicar 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 (E/CN.7/2018/6).

¹³⁰ Kamarulzaman *et al.*, “Prevention of transmission of HIV, hepatitis B virus, hepatitis C virus, and tuberculosis in prisoners”.

¹³¹ Oficina Regional de la OMS para Europa, “Preventing overdose deaths in the criminal-justice system”, edición revisada (Copenhague, 2014).

¹³² Wirtz *et al.*, “HIV and viral hepatitis among imprisoned key populations”.

iniciaron antes o durante el encarcelamiento¹³³. Sin embargo, tras su puesta en libertad los reclusos raramente tienen acceso a intervenciones de prevención y gestión de las sobredosis ni a medicamentos (como la naloxona o la metadona), ni a tratamientos de trastornos por consumo de sustancias, y no están vinculados a servicios de tratamiento del VIH, la hepatitis C o la drogodependencia en el momento de la liberación, o solo reciben algunos de esos servicios¹³⁴.

[Table 1, on page 40]

Cuadro 1 Detalles del estudio de los recientes exámenes sistemáticos mundiales sobre el consumo de drogas, las enfermedades infecciosas y la prestación de servicios de prevención y tratamiento en los entornos penitenciarios

Indicador	Prevalencia de los trastornos por consumo de drogas en el último año antes del encarcelamiento
Fuente:	Seena Fazel, Isabel A. Yoon y Adrian J. Hayes, “Substance use disorders in prisoners: an updated systematic review and meta-regression analysis in recently incarcerated men and women”, <i>Addiction</i> , vol. 112, núm. 10 (octubre de 2017), págs. 1725 a 1739.
Cobertura geográfica:	Países de ingresos altos (principalmente los Estados Unidos de América: 11 de 23 estudios)
Período:	1988-2015
Número de estudios:	Hombres - 13 estudios de 8 países, con 5.750 prisioneros Mujeres - 10 estudios de 4 países, con 4.379 reclusas
Indicador	Prevalencia del consumo de drogas en algún momento de la vida antes del encarcelamiento
Fuente:	Adrian P. Mundt <i>et al.</i> , “Substance use during imprisonment in low- and middle-income countries”, <i>Epidemiologic Reviews</i> , vol. 40, núm. 1 (junio de 2018), págs. 70 a 81.
Cobertura geográfica:	Países de ingresos bajos y medianos
Período:	1987-2017
Número de estudios:	Consumo de cualquier droga - 50 estudios de 21 países Opiáceos - 37 estudios de 22 países Cannabis - 24 estudios de 12 países Cocaína - 24 estudios de 10 países Consumo de drogas por inyección - 55 estudios de 27 países
Indicador	Prevalencia del consumo de drogas en algún momento de la vida en prisión
Fuente:	Adrian P. Mundt <i>et al.</i> , “Substance use during imprisonment in low- and middle-income countries”, <i>Epidemiologic Reviews</i> , vol. 40, núm. 1 (junio de 2018), págs. 70 a 81.
Cobertura geográfica:	Países de ingresos bajos y medianos
Período:	1987-2017
Número de estudios:	Consumo de cualquier droga - 26 estudios de 14 países Opiáceos - 26 estudios de 14 países Cannabis - 30 estudios de 16 países Cocaína - 20 estudios de 8 países Consumo de drogas por inyección - 28 estudios de 16 países
Indicador	Consumo de drogas por inyección en algún momento de la vida en prisión
Fuente:	Babak Moazen <i>et al.</i> , “Prevalence of drug injection, sexual activity, tattooing, and piercing among prison inmates”, <i>Epidemiologic Reviews</i> , vol. 40, núm. 1 (junio de 2018), págs. 58 a 69.
Cobertura geográfica:	Mundial

¹³³ Oficina Regional de la OMS para Europa, *Prisons and Health* (Copenhague, 2014).

¹³⁴ Leonard S. Rubenstein *et al.*, “HIV, prisoners, and human rights”, *The Lancet*, vol. 388, núm. 10050 (2016), págs. 1202 a 1214.

Período:	2007-2017
Número de estudios:	71 estudios de 36 países
Indicador	Prevalencia del VIH y la hepatitis C en las personas que se inyectan drogas en las cárceles
Fuente:	Andrea L. Wirtz <i>et al.</i> , “HIV and viral hepatitis among imprisoned key populations”, <i>Epidemiologic Reviews</i> , vol. 40, núm. 1 (junio de 2018), págs. 12 a 26.
Cobertura geográfica:	Principalmente países de ingresos medianos y altos del Oriente Medio y África Septentrional, y de Asia y el Pacífico
Período:	2005-2017
Número de estudios:	VIH - 62 estudios de 18 países Hepatitis C - 61 estudios de 22 países
Indicador	Disponibilidad de programas de distribución de agujas y jeringuillas, tratamiento de sustitución con opioides y pruebas y tratamiento de enfermedades infecciosas
Fuente:	Rebecca Bosworth, Babak Moazen y Kate Dolan, “HIV, viral hepatitis and TB in prison populations: A global systematic review and survey of infections and mortality, and provision of HIV services in prisons” (de próxima publicación).
Cobertura geográfica:	Mundial, con representación de todas las regiones
Período:	2013-2017
Número de estudios:	Programas de distribución de agujas y jeringuillas - 94 países Tratamiento de sustitución con opioides - 102 países VIH - 78 países (pruebas) y 89 países (tratamiento) Hepatitis C - 57 países (pruebas) y 56 países (tratamiento) Tuberculosis activa - 67 países (pruebas) y 63 países (tratamiento)

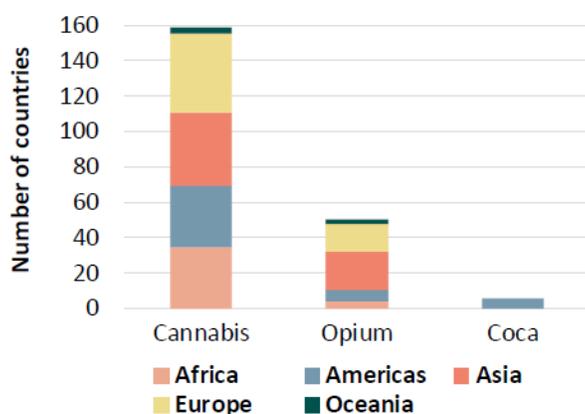
OFERTA DE DROGAS

El cannabis sigue siendo la sustancia que más se produce

El cannabis sigue siendo la droga que más se produce en todo el mundo. Durante el período 2010-2017, 159 países, de todas las regiones, que representan el 97 % de la población mundial, informaron directa o indirectamente a la UNODC del cultivo ilícito de cannabis. Esa suma más que triplica la de los 50 países, la mayoría de ellos de Asia, que notificaron el cultivo de adormidera, y supera con mucho el número de países, todos ellos de las Américas, que indicaron que en su territorio se cultiva el arbusto de coca.

[Figure 19]

Fig. 19 Número de países que informaron del cultivo ilícito de drogas^a, 2010-2017



Number of countries	Número de países
Cannabis	Cannabis
Opium	Opio
Coca	Coca
Africa	África
Americas	América
Asia	Asia
Europe	Europa
Oceania	Oceanía

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

^a Países que informaron del cultivo, producción y erradicación de plantas de cannabis, adormidera y arbusto de coca, países que informaron de incautaciones de plantas de cannabis, plantas de adormidera y arbusto de coca, y países que otros Estados Miembros han señalado como países de origen de plantas de cannabis, plantas de adormidera y hoja de coca.

El cultivo de adormidera disminuyó en 2018, pero el cultivo de arbusto de coca siguió aumentando

A pesar de que en 2018 la superficie mundial de cultivo ilícito de adormidera se redujo aproximadamente en un 17 %, a 346.000 ha, sigue siendo más del 60 % mayor que hace un decenio y considerablemente mayor que la superficie mundial dedicada al cultivo de arbusto de coca.

La reducción de la superficie mundial dedicada al cultivo de adormidera en 2018 se debió principalmente al descenso del cultivo de opio en el Afganistán, que disminuyó un 20 % en todo el país. Sin embargo, con

263.000 ha¹³⁵, el Afganistán en 2018 volvió a ser el país que tenía la mayor superficie de cultivo ilícito de adormidera del mundo. Aunque la disminución del cultivo de adormidera en el Afganistán en 2018 se debió principalmente a la sequía, es posible que los bajos precios del opio hayan contribuido a que se redujera el cultivo de adormidera en las provincias que no se vieron afectadas por la sequía. Durante el período 2016-2018, los precios del opio en el Afganistán se desplomaron, probablemente como consecuencia de la sobreproducción de los años anteriores.

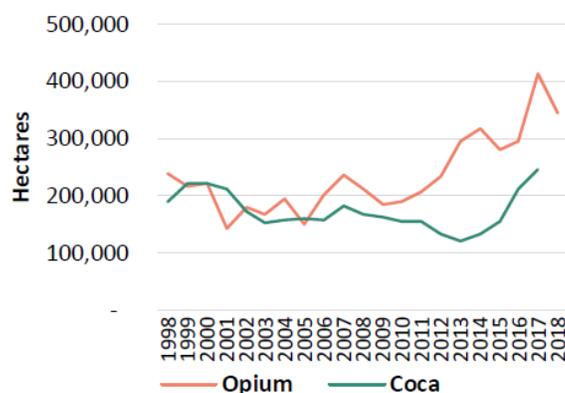
Otro factor que contribuyó a la disminución general del cultivo de adormidera a nivel mundial fue la reducción constante de ese cultivo en Myanmar, el segundo productor de opio del mundo. En 2018 se redujo en un 12 %, hasta alcanzar las 37.300 ha. Ello obedeció posiblemente a la intensificación de las iniciativas de desarrollo alternativo en combinación con la caída de los precios del opio, que se debió a la disminución de la demanda de opio de Myanmar al evolucionar el consumo de drogas en Asia Oriental y Sudoriental hacia las drogas sintéticas, en particular la metanfetamina¹³⁶.

Después del Afganistán y Myanmar, la mayor superficie dedicada al cultivo de adormidera se encuentra en México (30.600 ha en el período comprendido entre julio de 2016 y junio de 2017)¹³⁷.

Tras haber disminuido un 45 % en el período 2000-2013, el cultivo mundial de arbusto de coca mostró una clara tendencia al alza en el período 2013-2017, con un aumento de más del 100 %. Se notificaron aumentos en los tres países andinos en 2016 y 2017, lo que supuso incrementos anuales del cultivo mundial de arbusto de coca del 36 % de 2015 a 2016 y del 15 % de 2016 a 2017, cuando alcanzó un volumen sin precedentes de 245.000 ha. Alrededor del 70 % de la superficie de cultivo de arbusto de coca en 2017 se encontraba en Colombia, el 20 % en el Perú y el 10 % en el Estado Plurinacional de Bolivia.

[Figure 20]

Fig. 20 Superficie total dedicada al cultivo de adormidera y arbusto de coca, 1998-2018



Hectares	Hectáreas
Opium	Opio
Coca	Coca

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

¹³⁵ UNODC y Afganistán, Ministerio de Lucha contra los Estupefacientes, *Afghanistan Opium Survey 2018: Cultivation and Production* (noviembre de 2018).

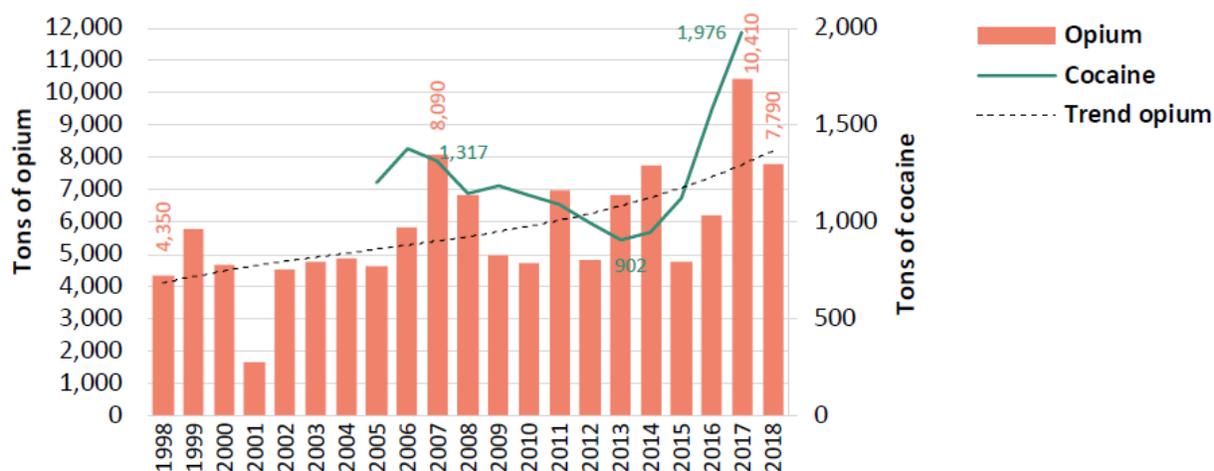
¹³⁶ UNODC y Myanmar, Comité Central de Lucha contra el Uso Indebido de Drogas, *Myanmar Opium Survey 2018: Cultivation, Production and Implications* (Bangkok, 2019).

¹³⁷ UNODC, *México: Monitoreo de Cultivos de Amapola 2015-2016 y 2016-2017* (noviembre de 2018). En el momento en que se redactó el presente informe no se disponía de datos sobre México correspondientes a 2018.

Las reducciones y los incrementos del cultivo de arbusto de coca a lo largo de los dos últimos decenios se han debido principalmente a los cambios ocurridos en Colombia. El cultivo disminuyó en Colombia durante el período 2000-2013 en paralelo con la realización de una amplia variedad de intervenciones, incluida la fumigación aérea, la erradicación manual y, sobre todo a partir de 2007, el desarrollo alternativo. Después de 2012, las superficies dedicadas al cultivo de coca que fueron fumigadas o erradicadas manualmente disminuyeron de 130.000 ha a 18.300 ha en 2016, y aumentaron nuevamente a 53.600 ha en 2017. Este descenso de la erradicación vino acompañado de una intensificación de las actividades de represión contra la fabricación de cocaína en Colombia¹³⁸.

[Figure 21]

Fig. 21 Producción de opio y fabricación de cocaína^a a nivel mundial, 1998-2018



Tons of opium	Toneladas de opio
Tons of cocaine	Toneladas de cocaína
Opium	Opio
Cocaine	Cocaína
Trend opium	Tendencia del opio

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

^a Expresado a un nivel hipotético de fabricación de cocaína de una pureza del 100 %; el nivel de fabricación de cocaína efectivo, sin ajustar en función de la pureza, es considerablemente más alto.

La producción mundial de opio disminuyó en 2018, pero se mantuvo a un nivel elevado

La producción mundial de opio ha mantenido una tendencia al alza a largo plazo en los dos últimos decenios, aunque ha tenido importantes fluctuaciones anuales. En 2018, la producción mundial de opio disminuyó un 25 % en comparación con el año anterior, a 7.790 t, cifra que aun así es la tercera más elevada desde que la UNODC comenzó a vigilar sistemáticamente la producción de opio en el decenio de 1990.

Se calcula que los tres principales países productores de opio (Afganistán, México y Myanmar) han sido responsables de aproximadamente el 96 % de la producción total estimada de esa sustancia a nivel mundial en 2018, de la que el Afganistán por sí solo representa el 82 %.

¹³⁸ En el fascículo 4 (Estimulantes) del presente informe se examinan en mayor profundidad los cambios en el cultivo de coca.

La reducción de la producción mundial de opio en 2018 se debió principalmente a una mala cosecha de opio en el Afganistán (de 6.400 t, un 29 % menos que en 2017), lo que refleja una disminución del 20 % en la superficie dedicada al cultivo y un 11 % menos de rendimiento. Al parecer, un factor importante en este descenso fue la sequía, que no solo afectó a las tierras de secano, sino también a las zonas irrigadas, como resultado de la limitada disponibilidad de agua tras las escasas nevadas del invierno de 2017-2018.

Además, la producción de opio en Myanmar disminuyó ligeramente, de 550 t en 2017 a 520 t en 2018, como continuación de la reciente tendencia a la baja (un descenso del 20 % desde 2015). Es posible que ello se deba a la disminución de la demanda de opiáceos procedentes de Myanmar, que tal vez sea consecuencia de la producción masiva de opio en el Afganistán en 2017, así como de la evolución hacia el consumo de drogas sintéticas en los mercados de drogas de Asia Oriental y Sudoriental¹³⁹.

A pesar de la disminución de la producción mundial de opio en 2018, no hay indicios de escasez en el suministro de heroína a los mercados de consumo¹⁴⁰. Además, los precios del opio y de la heroína siguieron disminuyendo en 2018 en las principales zonas de producción de opio del Afganistán y Myanmar. La producción estimada de opio de 2018 habría bastado para fabricar de 486 a 736 t de heroína (expresadas en pureza apta para la exportación), después de tener en cuenta el consumo de opio.

La fabricación de cocaína ha alcanzado el nivel más alto jamás registrado

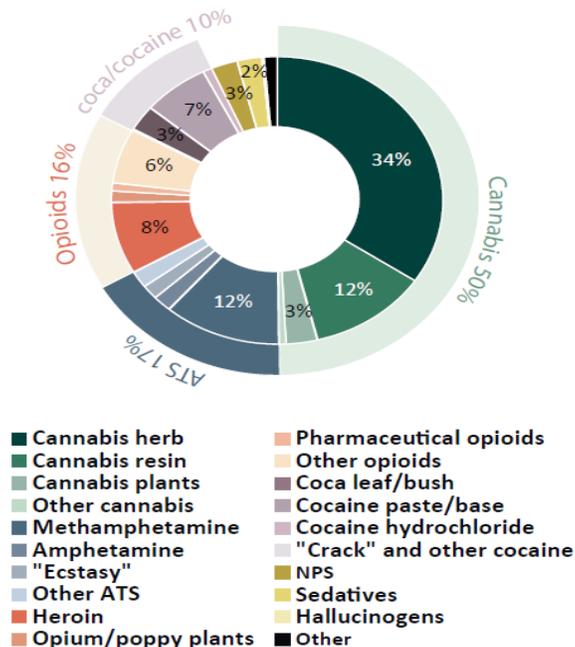
La fabricación mundial de cocaína, que había disminuido un 35 % durante el período 2006-2013, se duplicó con creces durante el período 2013-2017 y aumentó un 25 % de 2016 a 2017, hasta alcanzar 1.976 t (expresadas en una pureza del 100 %). Ese nivel sin precedentes se debió principalmente a los aumentos registrados en Colombia, aunque la fabricación de cocaína también se incrementó en el Perú y en el Estado Plurinacional de Bolivia.

¹³⁹ UNODC y Myanmar, Comité Central de Lucha contra el Uso Indebido de Drogas, *Myanmar Opium Survey 2018*.

¹⁴⁰ La UNODC no ha recibido ninguna información sobre el aumento de los precios de la heroína ni sobre la disminución de su pureza en los principales mercados de consumo de heroína.

[Figure 22]

Fig. 22 Distribución mundial del número de casos de incautación de drogas, 2016-2017, por tipo de droga



coca/cocaine 10%	Coca o cocaína 10 %
Cannabis 50%	Cannabis 50 %
ATS 17%	Estimulantes de tipo anfetamínico 17 %
Opioids 16%	Opioides 16 %
Cannabis herb	Hierba de cannabis
Cannabis resin	Resina de cannabis
Cannabis plants	Plantas de cannabis
Other cannabis	Otros tipos de cannabis
Methamphetamine	Metanfetamina
Amphetamine	Anfetamina
"Ecstasy"	Éxtasis
Other ATS	Otros estimulantes de tipo anfetamínico
Heroin	Heroína
Opium/poppy plants	Opio/plantas de adormidera
Pharmaceutical opioids	Fármacos opioides
Other opioids	Otros opioides
Coca leaf/bush	Hoja o arbusto de coca
Cocaine paste/base	Pasta o base de cocaína
Cocaine hydrochloride	Clorhidrato de cocaína
"Crack" and other cocaine	Crack y otras formas de cocaína
NPS	NSP
Sedatives	Sedantes
Hallucinogens	Alucinógenos
Other	Otros

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

Nota: Los cálculos se basan en un desglose de 5,3 millones de casos de incautación notificados a la UNODC durante el período 2016-2017 (2,54 millones de casos en 2016 y 2,73 millones de casos en 2017). Los datos de los casos de incautación se basan en información de 70 países correspondiente a 2016 y de 71 países correspondiente a 2017.

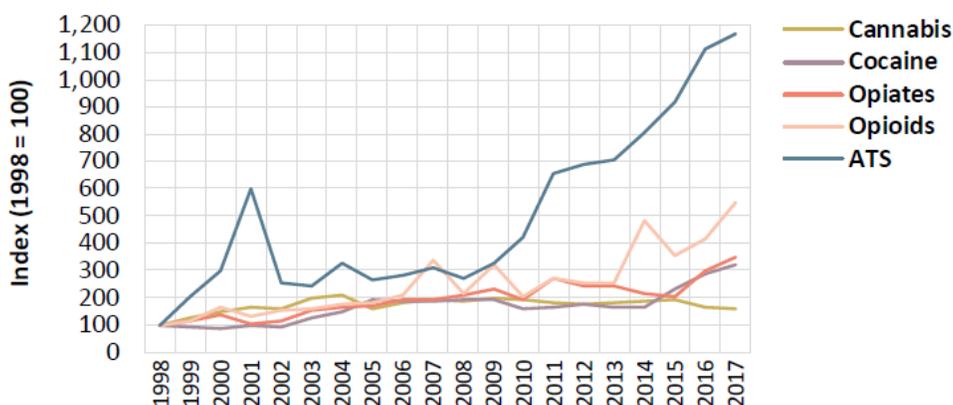
En Colombia, la fabricación de cocaína se cuadruplicó con creces durante el período 2013-2017. La cantidad de hoja de coca producida en Colombia en 2017 aumentó en mayor medida (32 %) que la superficie dedicada al cultivo de coca (17 %), lo que se tradujo en un aumento del 31 % de la fabricación de cocaína, a 1.379 t, equivalentes a alrededor del 70 % de la fabricación mundial de cocaína.

Las incautaciones de drogas han aumentado y el mayor crecimiento se refiere a las drogas sintéticas

Las incautaciones de drogas a nivel mundial siguen estando dominadas por el cannabis, pero el aumento del número de casos se debe en su mayor parte a otras drogas. En total, 71 Estados Miembros comunicaron a la UNODC 2,5 millones de casos de incautación en 2016 y 2,7 millones en 2017, la mitad de los cuales se trataban de cannabis, sobre todo en forma de hierba.

[Figure 23]

Fig. 23 Tendencia a largo plazo de las cantidades de drogas incautadas (en kilogramos equivalentes), 1998-2017



Index (1998 = 100)	Índice (1998 = 100)
Cannabis	Cannabis
Cocaine	Cocaína
Opiates	Opiáceos
Opioids	Opioides
ATS	Estimulantes de tipo anfetamínico

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

Nota:

Cannabis: planta y resina de cannabis

Opiáceos: opio expresado en la cantidad equivalente de heroína, más morfina y heroína

Opioides: opioides, más fármacos opioides y otros opioides

Cocaína: clorhidrato de cocaína, cocaína crack, base, pasta y sales de cocaína, pasta de coca o base de cocaína

Estimulantes de tipo anfetamínico: metanfetamina, anfetamina y éxtasis

El conjunto de datos más amplio de la Oficina es el relativo a las cantidades de drogas incautadas, con información de 202 países acumulada durante el período 1998-2017 (155 países por año en promedio). Si bien la cantidad de cannabis incautada en ese período aumentó en un 60 %¹⁴¹, la cantidad de opiáceos y de cocaína incautados se triplicó, la de opioides (opiáceos y opioides sintéticos) se quintuplicó y la de estimulantes de tipo anfetamínico se decuplicó con creces. Las primeras incautaciones de nuevas sustancias psicoactivas (NSP) sintéticas registradas en la base de datos de la UNODC se realizaron en 2001. En comparación con los volúmenes de incautación de NSP sintéticas notificados en 2001, el volumen de incautación de esas sustancias en 2017 fue más de 400 veces mayor. Todo lo anterior indica que el aumento más pronunciado de las incautaciones de drogas en los dos últimos decenios ha sido el de los productos sintéticos, o sea, las NSP sintéticas, los estimulantes de tipo anfetamínico y los opioides sintéticos.

El mayor aumento de las incautaciones de drogas durante los últimos cinco años se concentra en los opioides, la cocaína y las NSP de origen vegetal

En el período comprendido entre 2013 y 2017, los opioides representaron el mayor aumento de las cantidades incautadas de una droga: su volumen se duplicó en ese período, como reflejo, entre otras cosas, de la crisis actual de los opioides en América del Norte. El siguiente mayor aumento fue el de la cocaína, como consecuencia de la rápida expansión de la oferta de esa droga en los últimos años. Le siguen en orden de importancia los incrementos de las cantidades de NSP de origen vegetal. El volumen total de las incautaciones de NSP de origen vegetal y sintéticas aumentó en un 78 %, la incautación de estimulantes de tipo anfetamínico aumentó en un 65 % y las cantidades de cannabis incautadas disminuyeron en un 12 %.

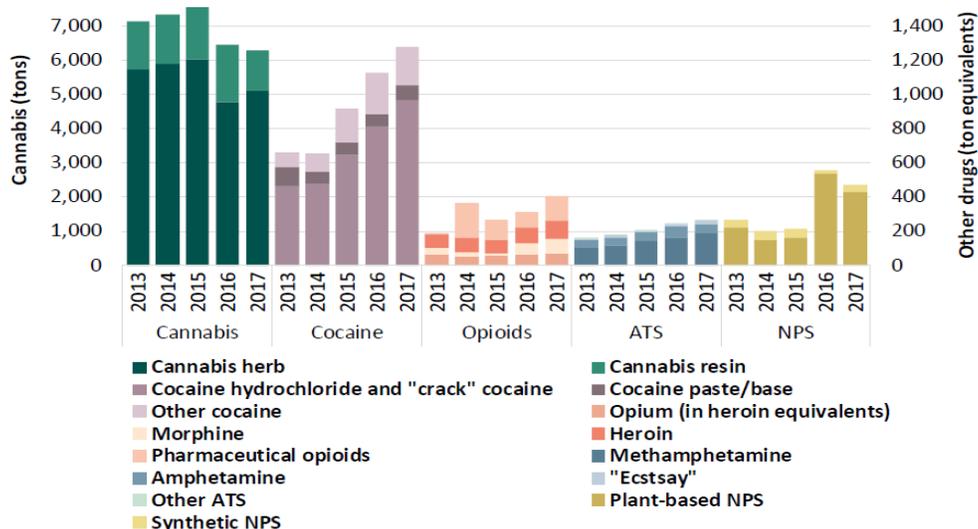
El cannabis es la droga presente en mayores cantidades en las incautaciones mundiales, seguida de la coca y las sustancias relacionadas con la cocaína

A nivel mundial, el cannabis siguió siendo la droga presente en mayores cantidades en las incautaciones en 2017, seguida de la coca y las sustancias relacionadas con la cocaína, los opioides, las nuevas sustancias psicoactivas y los estimulantes de tipo anfetamínico (principalmente la metanfetamina). Las cantidades de hierba de cannabis incautadas fueron mayores que las de resina de cannabis y aceite de cannabis y, a diferencia del año anterior, mayores que las de plantas de cannabis. Por primera vez, las mayores cantidades de hierba de cannabis incautadas en 2017 fueron notificadas por el Paraguay, seguido de los Estados Unidos y México. Las mayores cantidades de resina de cannabis incautadas fueron notificadas por España, seguida del Pakistán y Marruecos.

¹⁴¹ Consistieron en un aumento del 30 % de la cantidad de resina de cannabis incautada y un aumento del 70 % de la cantidad de hierba de cannabis incautada.

[Figure 24]

Fig. 24 Tendencias a corto plazo de las cantidades de drogas incautadas, 2013-2017



Cannabis (tons)	Cannabis (toneladas)
Other drugs (ton equivalents)	Otras drogas (toneladas equivalentes)
Cannabis	Cannabis
Cocaine	Cocaína
Opioids	Opioides
ATS	Estimulantes de tipo anfetamínico
NPS	NSP
Cannabis herb	Hierba de cannabis
Cocaine hydrochloride and "crack" cocaine	Clorhidrato de cocaína y cocaína crack
Other cocaine	Otros tipos de cocaína
Morphine	Morfina
Pharmaceutical opioids	Fármacos opioides
Amphetamine	Anfetamina
Other ATS	Otros estimulantes de tipo anfetamínico
Synthetic NPS	NSP sintéticas
Cannabis resin	Resina de cannabis
Cocaine paste/base	Pasta o base de cocaína
Opium (in heroin equivalents)	Opio (en la cantidad equivalente de heroína)
Heroin	Heroína
Methamphetamine	Metanfetamina
"Ecstasy"	Éxtasis
Plant-based NPS	NSP de origen vegetal

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

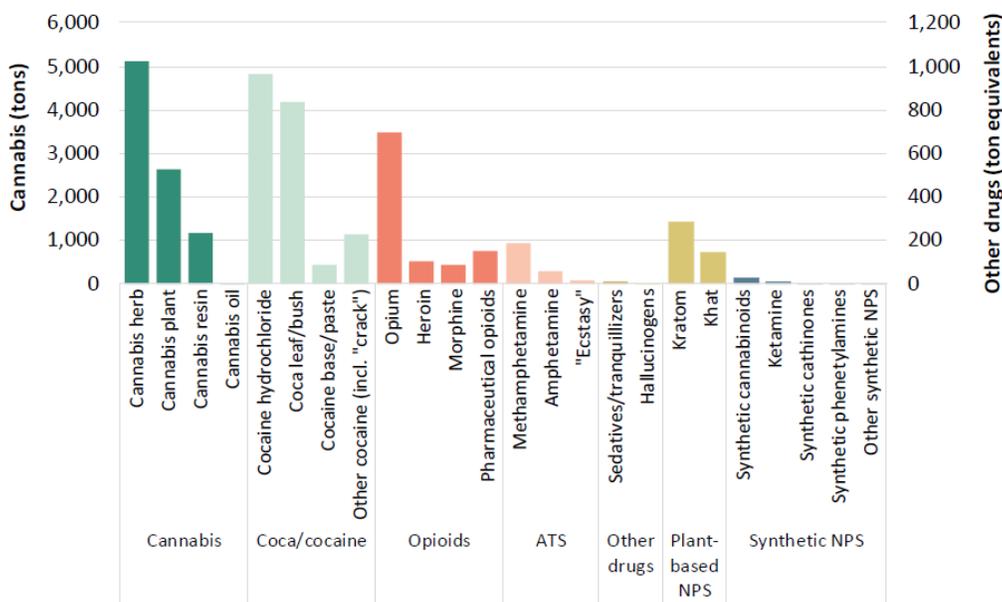
Las cantidades de clorhidrato de cocaína incautadas resultaron ser no solo mayores que las de base de cocaína, pasta de coca y cocaína crack, sino también que las de hoja o arbusto de coca. Las mayores cantidades de cocaína (clorhidrato de cocaína, cocaína crack, base de cocaína y pasta de cocaína) incautadas en 2017 siguieron siendo notificadas por Colombia, seguida de los Estados Unidos y el Ecuador.

Las mayores cantidades de opioides incautados fueron de opio. Sin embargo, cuando solo se consideran los opiáceos y se analizan en la cantidad equivalente de morfina¹⁴², la heroína parece haber sido el opiáceo con que más se trafica. Por segundo año consecutivo, las mayores cantidades de heroína y morfina incautadas en 2017 fueron notificadas por el Afganistán, seguido de la República Islámica del Irán y el Pakistán.

En los últimos decenios, las cantidades de heroína incautadas tendían a ser mayores que las de fármacos opioides, pero los datos indican que las incautaciones de fármacos opioides en 2017 fueron mayores, por tercera vez desde 2014. En cuanto a la cantidad, las mayores incautaciones de opioides sintéticos a nivel mundial volvieron a ser de tramadol, un opioide no sometido a fiscalización internacional, seguido de la codeína y el fentanilo. Nigeria notificó la incautación de las mayores cantidades de opioides sintéticos en 2017, seguida de Egipto; en ambos países, la mayor parte de las incautaciones fueron de tramadol. Dado que se pueden obtener muchas más dosis del fentanilo (y sus análogos) que de cualquier otro opioide, esa droga representó la mayor parte de las dosis de fármacos opioides incautados tanto en 2016 como en 2017¹⁴³. De hecho, si se expresan en “dosis diarias definidas con fines estadísticos”, casi el 80 % de los fármacos opioides incautados en 2017 correspondió al fentanilo (y sus análogos)¹⁴⁴. Al igual que en los dos años anteriores, la mayor parte de las incautaciones de fentanilo (incluidos sus análogos) se produjeron en los Estados Unidos de América, seguido del Canadá y Estonia.

[Figure 25]

Fig. 25 Niveles de las incautaciones mundiales de drogas, 2017



Cannabis (tons)	Cannabis (toneladas)
Other drugs (ton equivalents)	Otras drogas (toneladas equivalentes)
Cannabis herb	Hierba de cannabis

¹⁴² Basado en la conversión de 10 kg de opio como equivalente de 1 kg de morfina o heroína.

¹⁴³ En el anexo metodológico en línea del presente informe figuran los cálculos detallados para expresar las cantidades incautadas en un número estimado de dosis.

¹⁴⁴ Basado en las “dosis diarias definidas con fines estadísticos” establecidas en *Narcotic Drugs: Estimated World Requirements for 2018–Statistics for 2016* (E/INCB/2017/2); y *Sustancias sicotrópicas: Estadísticas de 2016; Previsiones de las necesidades anuales para fines médicos y científicos de las sustancias de las Listas II, III y IV del Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971* (E/INCB/2017/3).

Cannabis plant	Planta de cannabis
Cannabis resin	Resina de cannabis
Cannabis oil	Aceite de cannabis
Cocaine hydrochloride	Clorhidrato de cocaína
Coca leaf/bush	Hoja o arbusto de coca
Cocaine base/paste	Base o pasta de cocaína
Other cocaine (incl. “crack”)	Otras formas de cocaína (incluido el <i>crack</i>)
Opium	Opio
Heroin	Heroína
Morphine	Morfina
Pharmaceutical opioids	Fármacos opioides
Methamphetamine	Metanfetamina
Amphetamine	Anfetamina
“Ecstasy”	Éxtasis
Sedatives/tranquillizers	Sedantes y tranquilizantes
Hallucinogens	Alucinógenos
Kratom	<i>Kratom</i>
Khat	<i>Khat</i>
Synthetic cannabinoids	Cannabinoides sintéticos
Ketamine	Ketamina
Synthetic cathinones	Catinonas sintéticas
Synthetic phenethylamines	Fenetilaminas sintéticas
Other synthetic NPS	Otras NSP sintéticas
Cannabis	Cannabis
Coca/cocaine	Coca o cocaína
Opioids	Opioides
ATS	Estimulantes de tipo anfetamínico
Other drugs	Otras drogas
Plant-based NPS	NSP de origen vegetal
Synthetic NPS	NSP sintéticas

Fuente: UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales, sobre la base de información de 124 países.

Nota: Las cantidades de las incautaciones no están ajustadas en función de la pureza ni de la potencia.

Según los datos notificados en los dos últimos decenios, las mayores cantidades de estimulantes de tipo anfetamínico incautadas en 2017 fueron de metanfetamina, seguida de anfetamina y éxtasis. Las mayores cantidades de estimulantes de tipo anfetamínico incautadas en 2017 fueron notificadas por los Estados Unidos, seguidos de Tailandia, México, China y la Arabia Saudita.

La mayoría de las incautaciones de sedantes y tranquilizantes en 2017 fueron de metacualona y se realizaron principalmente en Sudáfrica, la India y Mozambique; les siguió el GHB, que en su mayor parte fue incautado en los Estados Unidos, seguido de Australia y Noruega.

Las incautaciones de alucinógenos solían estar dominadas por la LSD, pero en 2017 estuvieron dominadas por la dimetiltriptamina (DMT). Las mayores cantidades de DMT incautadas fueron notificadas por los Estados Unidos, seguidos de los Países Bajos, Italia y el Canadá.

Las mayores cantidades de NSP de origen vegetal incautadas en 2017 fueron, por segundo año consecutivo, de *kratom* (*Mitragyna speciosa*), seguidas de *khat* y de cantidades menores del alucinógeno *Datura stramonium*, ninguno de los cuales está sometido a fiscalización internacional. La mayor parte del *kratom*

se incautó en Malasia, seguida de Tailandia y Myanmar. Se informó de que la mayor parte del *khat* se había incautado en los Estados Unidos, seguidos de los Países Bajos y la República Unida de Tanzania.

Las mayores cantidades de NSP sintéticas incautadas en 2017 siguieron siendo de cannabinoides sintéticos, seguidos de ketamina, catinonas sintéticas, triptaminas y fenetilaminas. La mayoría de las NSP sintéticas se incautaron en los Estados Unidos, seguidos de China y la Federación de Rusia. Si bien las incautaciones de NSP sintéticas en los Estados Unidos estaban dominadas por los cannabinoides sintéticos, en China estaban dominadas por la ketamina y en la Federación de Rusia, por las catinonas sintéticas (principalmente la metamfetramona, también conocida como dimetilcatinona).

Las incautaciones de nuevas sustancias psicoactivas pueden estar estabilizándose

Las incautaciones de nuevas sustancias psicoactivas (es decir, de sustancias que, sin estar sometidas a fiscalización internacional, producen los mismos efectos que otras que sí lo están), han seguido una clara tendencia al alza en el último decenio. Una serie cronológica de incautaciones de NSP de origen vegetal notificadas a la UNODC muestra la creciente importancia del *kratom* en 2016 y 2017, a la vez que el volumen de *khat* incautado a nivel mundial se ha mantenido en gran medida estable en los últimos años. Si bien en el último decenio 52 países de todas las regiones realizaron incautaciones de *khat*, seis países comunicaron incautaciones de *kratom*, la mayoría de ellos en Asia Sudoriental. Ello parece indicar que el mercado del *khat* tiene un alcance geográfico más amplio que el del *kratom*, que se concentra principalmente en una sola subregión, aunque en algunas incautaciones pequeñas de *kratom* realizadas en Asia Sudoriental también había remesas cuyo destino final era América del Norte (sobre todo los Estados Unidos) y Oceanía (en particular Australia)¹⁴⁵. En mayo de 2018, la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos envió advertencias a tres distribuidores por vender de forma ilegal en ese país productos farmacéuticos no autorizados que contenían *kratom*¹⁴⁶. Paralelamente, también se incautaron cantidades menores de *kratom* en Europa Occidental y Central.

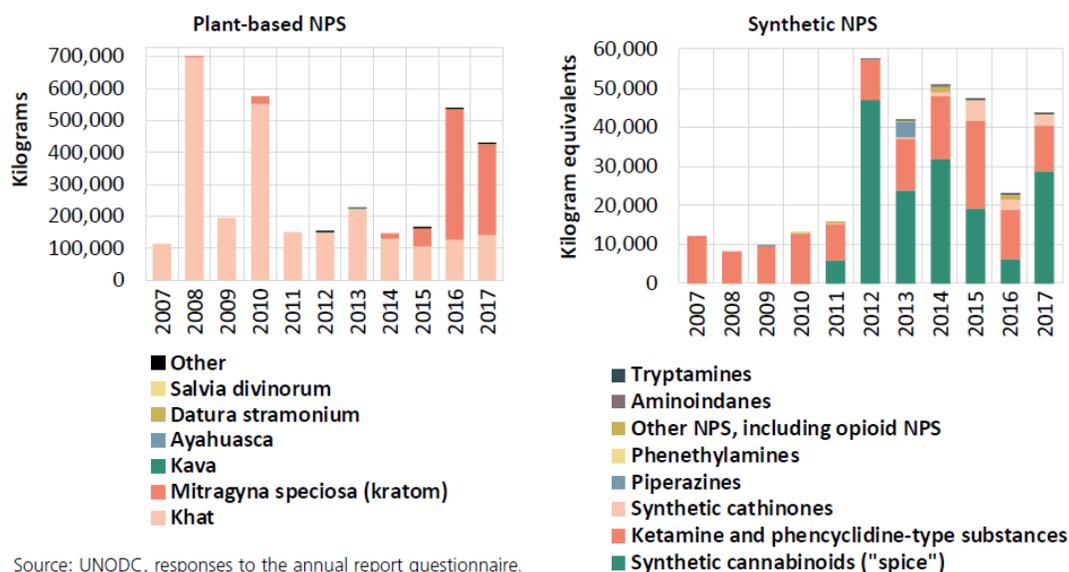
Las cantidades globales de NSP sintéticas incautadas aumentaron notablemente a principios del segundo decenio del nuevo milenio, pero, con independencia del aumento registrado en 2017, no han experimentado un incremento notable desde entonces. Esto puede deberse a que algunas de las nuevas sustancias psicoactivas más perjudiciales han sido sometidas a fiscalización nacional e internacional en los últimos años y, por lo tanto, se producen y trafican menos que en el pasado y ya no forman parte de ninguna categoría de nuevas sustancias psicoactivas.

Un total de 66 países de todas las regiones notificaron a la UNODC incautaciones de NSP sintéticas en el período 2007-2017; esta cifra fue aumentando de 15 países en 2007 a 45 en 2017. La mayor parte de las cantidades de NSP sintéticas incautadas se comunicaron en las Américas (principalmente América del Norte), seguida de Asia (principalmente Asia Oriental y Sudoriental) y Europa (Europa Occidental y Central y Europa Oriental). Los datos también indican el predominio de los cannabinoides sintéticos en las incautaciones de NSP sintéticas durante el segundo decenio del nuevo milenio. Les siguieron la ketamina y las catinonas sintéticas durante el período 2014-2017. Las cantidades de piperazinas, fenetilaminas y triptaminas incautadas en el último decenio han sido inferiores a las de cannabinoides, ketaminas y catinonas sintéticas.

¹⁴⁵ E/INCB/2017/1.

¹⁴⁶ E/INCB/2018/1.

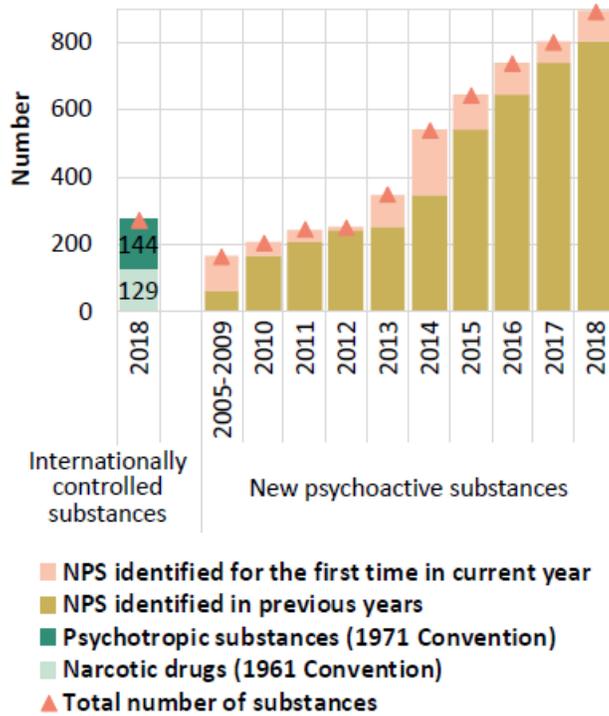
Fig. 26 Niveles de las incautaciones mundiales de nuevas sustancias psicoactivas (NSP), 2007-2017



Plant-based NPS	NSP de origen vegetal
Synthetic NPS	NSP sintéticas
Kilograms	Kilogramos
Kilogram equivalents	Kilogramos equivalentes
Other	Otras
Salvia divinorum	Salvia divinorum
Datura stramonium	Datura stramonium
Ayahuasca	Ayahuasca
Kava	Kava
Mitragyna speciosa (kratom)	Mitragyna speciosa (kratom)
Khat	Khat
Tryptamines	Triptaminas
Aminoindanes	Aminoindanos
Other NPS, including opioid NPS	Otras NSP, incluidas las NSP opioides
Phenethylamines	Fenetilaminas
Piperazines	Piperazinas
Synthetic cathinones	Catinonas sintéticas
Ketamine and phencyclidine-type substances	Ketamina y sustancias del tipo de la fenciclidina
Synthetic cannabinoids ("spice")	Cannabinoides sintéticos (tipo spice)

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

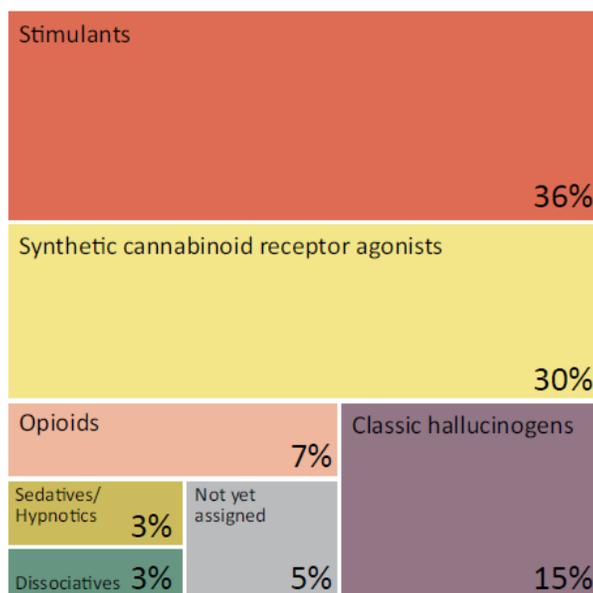
Fig. 27 Sustancias sometidas a fiscalización internacional en 2018 y nuevas sustancias psicoactivas detectadas a nivel mundial, 2005-2018 (acumulativo)



Number	Número
Internationally controlled substances	Sustancias sometidas a fiscalización internacional
New psychoactive substances	Nuevas sustancias psicoactivas
NPS identified for the first time in current year	NPS detectadas por primera vez en el año en curso
NPS identified in previous years	NPS detectadas en años anteriores
Psychotropic substances (1971 Convention)	Sustancias sicotrópicas (Convenio de 1971)
Narcotic drugs (1961 Convention)	Estupefacientes (Convenio de 1961)
Total number of substances	Número total de sustancias

Fuente: Sistema de alerta temprana de la UNODC sobre nuevas sustancias psicoactivas.

Fig. 28 Proporción de nuevas sustancias psicoactivas sintéticas detectadas, por grupo de efectos, a diciembre de 2018 (N = 868)



Stimulants 36%	Estimulantes 36 %
Synthetic cannabinoid receptor agonists 30%	Agonistas de los receptores de cannabinoides sintéticos 30 %
Opioids 7%	Opioides 7 %
Classic hallucinogens 15%	Alucinógenos clásicos 15 %
Sedatives/Hypnotics 3%	Sedantes e hipnóticos 3 %
Not yet assigned 5%	Aún sin asignar 5 %
Dissociatives 3%	Disociativos 3 %

Fuente: Sistema de alerta temprana de la UNODC sobre nuevas sustancias psicoactivas.

Nota: El número total de NSP ascendió a 892 sustancias, incluidas 868 NSP sintéticas. El análisis de los efectos farmacológicos comprende las nuevas sustancias psicoactivas registradas hasta diciembre de 2018 (868 sustancias). Se excluyeron del análisis las sustancias de origen vegetal porque suelen contener un gran número de sustancias diferentes, algunas de las cuales pueden haber sido desconocidas y sus efectos e interacciones no se conocen por completo.

Tras la decisión adoptada por la Comisión de Estupefacientes en marzo de 2018 de incluir otras seis sustancias en las listas de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes enmendada por el Protocolo de 1972 y seis sustancias más en las listas del Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971, a finales de 2018 se encontraban sometidas a fiscalización internacional 273 sustancias psicoactivas. En comparación, el número de NSP detectadas por las autoridades de todo el mundo y notificadas al sistema de alerta temprana de la UNODC¹⁴⁷ es ya tres veces mayor, pues en diciembre de 2018 se había alcanzado un total de 892 sustancias, frente a las 166 de 2009. No obstante, cabe señalar que no todas las nuevas sustancias psicoactivas detectadas merecen ser sometidas a fiscalización internacional, ya que la decisión de adoptar esa medida depende del daño que puedan causar, así como de su persistencia comercial: algunas de ellas solo aparecen en el mercado durante un breve período de tiempo y luego desaparecen.

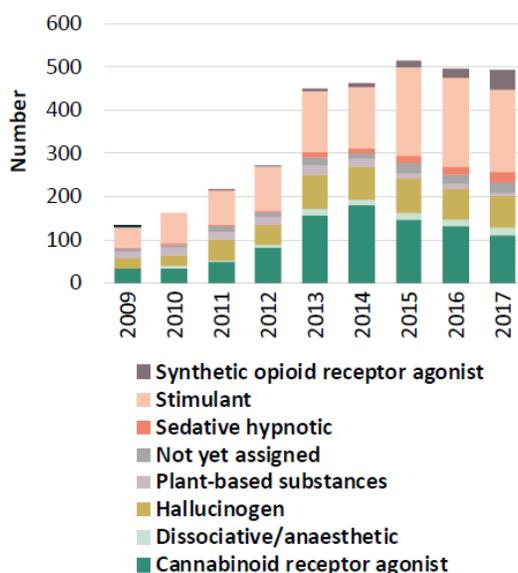
¹⁴⁷ El sistema de alerta temprana de la UNODC sobre nuevas sustancias psicoactivas incluye datos sobre el tipo de NSP detectadas en los laboratorios forenses por las autoridades de todo el mundo.

Los datos muestran que el 36 % de las NSP sintéticas detectadas durante el período 2009-2018 tenían efectos estimulantes. En su mayoría se trataba de catinonas y fenetilaminas. El 30 % de las NSP sintéticas eran agonistas de los receptores de cannabinoides sintéticos y el 15 % podía considerarse que eran alucinógenos clásicos (principalmente triptaminas).

Sin embargo, la principal preocupación de las autoridades de varios países ha sido la aparición en los últimos años de nuevos agonistas de los receptores de opioides sintéticos (nuevas sustancias psicoactivas opioides), que a menudo son análogos del fentanilo. Resultan ser particularmente perjudiciales y provocan un número cada vez mayor de muertes relacionadas con las NSP, en particular en América del Norte y, en menor medida, en Europa. En el período 2009-2018, alrededor del 7 % de las NSP detectadas eran nuevas sustancias psicoactivas opioides.

El análisis de las nuevas sustancias psicoactivas detectadas¹⁴⁸ anualmente por los laboratorios forenses de las autoridades nacionales y notificadas al sistema de alerta temprana de la UNODC indica una proliferación de NSP individuales hasta 2015 y una tendencia subsiguiente hacia la estabilización del número de nuevas sustancias que llegan al mercado, a un ritmo de unas 500 NSP por año (492 en 2017). Lo anterior debe examinarse en el contexto del aumento significativo del número de países que presentan notificaciones al sistema de alerta temprana, lo que significa que la información es ahora más completa.

Fig. 29 Nuevas sustancias psicoactivas sintéticas notificadas anualmente a la UNODC, 2009-2017, por grupo de efectos psicoactivos

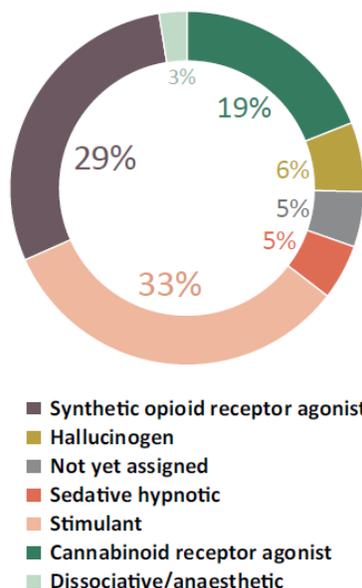


Number	Número
Synthetic opioid receptor agonist	Agonista de los receptores de opioides sintéticos
Stimulant	Estimulante
Sedative hypnotic	Sedante hipnótico
Not yet assigned	Aún sin asignar
Plant-based substances	Sustancias de origen vegetal
Hallucinogen	Alucinógeno
Dissociative/anaesthetic	Disociativo o anestésico
Cannabinoid receptor agonist	Agonista de los receptores de cannabinoides

Fuente: Sistema de alerta temprana de la UNODC sobre nuevas sustancias psicoactivas.

¹⁴⁸ Sustancias que aparecen por primera vez en un país.

Fig. 30 Nuevas sustancias psicoactivas sintéticas notificadas por primera vez a nivel mundial en 2017 (N = 78)



3%	19%	6%	5%	5%	33%	29%	3 %	19 %	6 %	5 %	5 %	33 %	29 %
Synthetic opioid receptor agonist							Agonista de los receptores de opioides sintéticos						
Hallucinogen							Alucinógeno						
Not yet assigned							Aún sin asignar						
Sedative hypnotic							Sedante hipnótico						
Stimulant							Estimulante						
Cannabinoid receptor agonist							Agonista de los receptores de cannabinoides						
Dissociative/anaesthetic							Disociativo o anestésico						

Fuente: Sistema de alerta temprana de la UNODC sobre nuevas sustancias psicoactivas.

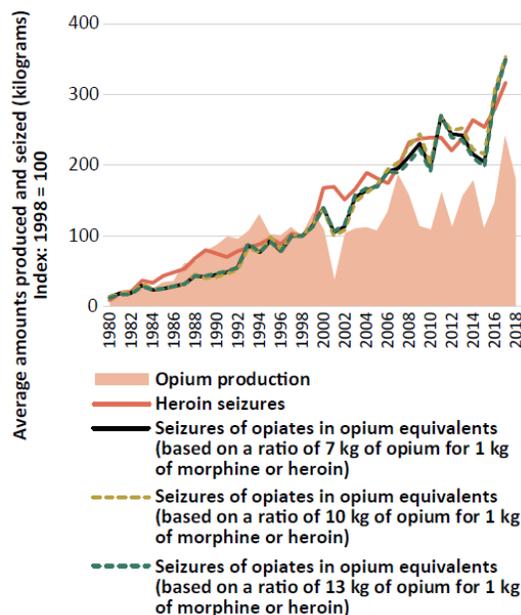
Si bien en los últimos años ha disminuido el número de nuevos cannabinoides sintéticos que llegan al mercado, ha aumentado el número de NSP con efectos estimulantes y, en términos relativos, el número de nuevas sustancias psicoactivas opioides se ha incrementado considerablemente, de una sola sustancia en 2009 a 15 en 2015, 22 en 2016 y 46 en 2017. Ello equivale a un incremento de menos del 1 % de las nuevas sustancias psicoactivas detectadas en 2009, del 4 % en 2016 y del 9 % en 2017.

De las 78 NSP que surgieron por primera vez a nivel mundial en 2017, los agonistas de los receptores de opioides sintéticos representaron el 29 % del total, algo menos que el porcentaje de NSP con efectos estimulantes, que representaron el 33 %, pero más que el porcentaje de agonistas de los receptores de cannabinoides (19 %).

Las incautaciones de cocaína y opiáceos han aumentado

Durante el período 1998-2017 se duplicó la producción mundial de opio y se triplicaron con creces las incautaciones totales de heroína y opiáceos (expresadas en la cantidad equivalente de opio). Durante ese período también se duplicó la fabricación mundial de cocaína y los niveles de incautación de cocaína se triplicaron con creces. Esas tendencias dan a entender que ha habido un aumento a lo largo del tiempo de la incautación a nivel mundial de las cantidades de opiáceos y cocaína producidas, aunque las diferencias también pueden explicarse en parte por las variaciones de pureza.

Fig. 31 Producción mundial de opio y cantidades mundiales de opio, morfina, heroína y opiáceos incautados (en la cantidad equivalente de opio), 1980-2018



Average amounts produced and seized (kilograms) Index: 1998 = 100	Cantidades medias producidas e incautadas (kilogramos) Índice: 1998 = 100
Opium production	Producción de opio
Heroin seizures	Incautaciones de heroína
Seizures of opiates in opium equivalents (based on a ratio of 7 kg of opium for 1 kg of morphine or heroin)	Incautaciones de opiáceos, en la cantidad equivalente de opio (con una ratio de 7 kg de opio por 1 kg de morfina o heroína)
Seizures of opiates in opium equivalents (based on a ratio of 10 kg of opium for 1 kg of morphine or heroin)	Incautaciones de opiáceos, en la cantidad equivalente de opio (con una ratio de 10 kg de opio por 1 kg de morfina o heroína)
Seizures of opiates in opium equivalents (based on a ratio of 13 kg of opium for 1 kg of morphine or heroin)	Incautaciones de opiáceos, en la cantidad equivalente de opio (con una ratio de 13 kg de opio por 1 kg de morfina o heroína)

Fuentes: UNODC, cuestionario para los informes anuales sobre incautaciones y estimaciones de la producción de opio basadas en UNODC, estudios sobre la adormidera, UNODC, cuestionario para los informes anuales y Estados Unidos, Departamento de Estado, *International Narcotics Control Strategy Reports*.

Nota: En general, en la bibliografía se utiliza una ratio de 10 kg de opio por 1 kg de morfina o heroína. Sin embargo, el análisis realizado por la UNODC sobre el Afganistán, el mayor productor de opio del mundo, reveló una ratio de 7:1 en la segunda mitad del decenio de 2000, mientras que de las nuevas investigaciones se infiere una ratio de aproximadamente 13:1 en los últimos años.

Fig. 32 Fabricación mundial de cocaína y niveles de las incautaciones mundiales de cocaína, 1980-2018

[Insert Fig. 32 here]

Amount manufactured and seized Index: 1998 = 100	Cantidad fabricada e incautada Índice: 1998 = 100
Cocaine manufacture (new conversion ratios)	Fabricación de cocaína (ratios de conversión nuevas)
Cocaine manufacture (old conversion ratios)	Fabricación de cocaína (ratios de conversión antiguas)
Cocaine seizures	Incautaciones de cocaína

Fuentes: UNODC, cuestionario para los informes anuales sobre incautaciones y estimaciones de la UNODC sobre la fabricación de cocaína, basadas en UNODC, estudios del cultivo de coca y Estados Unidos, Departamento de Estado, *International Narcotics Control Strategy Reports*.

El tráfico en la web oscura sigue siendo un problema para las autoridades, pese a que los principales grupos de narcotraficantes aún no están implicados en él

Las investigaciones realizadas hasta la fecha han permitido determinar que la mayoría de las transacciones de drogas en la web oscura tienden a ser de 100 dólares o menos y que pocas superan los 1.000 dólares¹⁴⁹. Europol también informa de que los mercados de la web oscura siguen teniendo una importancia limitada para los ciberdelincuentes y grupos delictivos organizados más notorios que se dedican a actividades de tráfico de drogas en gran escala, lo que puede deberse a que esos grupos utilizan redes logísticas que ya están muy afianzadas. Paralelamente, las frecuentes desapariciones de plataformas de comercio en la web oscura en los últimos años, sumadas al gran número de estafas de salida¹⁵⁰, tal vez hayan hecho que el tráfico en la web oscura resulte menos atractivo para algunos grupos. Además, a diferencia de las operaciones que se realizan en el “mundo real”, los grupos de narcotraficantes que operan a través de la web oscura no pueden valerse de las amenazas de violencia para hacer cumplir lo pactado en una transacción de drogas.

Europol también informa de que los productos farmacéuticos falsificados se siguen comercializando principalmente en línea a través de la web visible, a fin de llegar a una base de clientes más amplia que la que accede a la web oscura¹⁵¹.

Las operaciones de los organismos encargados de hacer cumplir la ley contra los principales mercados de la web oscura parecen haber surtido algún efecto

En los últimos años los organismos encargados de hacer cumplir la ley han llevado a cabo una serie de operaciones nacionales e internacionales destinadas a desactivar las principales plataformas del mercado de la web oscura. Como resultado de esas operaciones, en 2013 se cerró Silk Road, que había sido la primera gran plataforma de la web oscura; en noviembre de 2014, la operación internacional Onymous culminó con

¹⁴⁹ Kristy Kruithof *et al.*, *Internet-facilitated Drugs Trade: An Analysis of the Size, Scope and the Role of the Netherlands*, Research Report Series, documento núm. RR-1607-WODC (Santa Monica, California, Rand Corporation, 2016), libro electrónico.

¹⁵⁰ EMCDDA y Europol, *Drugs and the Darknet: Perspectives for Enforcement, Research and Policy*, Joint publications series (Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2017).

¹⁵¹ Europol, Centro Europeo contra la Ciberdelincuencia, *Internet Organised Crime Threat Assessment (IOCTA) 2018* (La Haya, 2018).

la clausura de 33 mercados de la web oscura, incluidas 9 plataformas importantes como Silk Road 2.0, Cloud 9 e Hydra; y en julio de 2017 las operaciones internacionales Bayonet y GaveSac culminaron con el cierre de los tres mercados de la web oscura más grandes de la época, AlphaBay, Russian Anonymous Market place (RAMP) y Hansa, que en ese momento se estimó que representaban el 87 % de toda la actividad del mercado de la web oscura¹⁵².

[Box begins on page 53]

Las transacciones en la web oscura: un modelo de negocio para el mercado de drogas

La característica principal de los mercados de la web oscura es su anonimato, que les confiere una ventaja comparativa. Los clientes que buscan comprar drogas a través de la web oscura suelen acceder a ella mediante el llamado “enrutamiento de cebolla” (TOR), que les permite ocultar su identidad. Los buscadores especializados en la web oscura, como Grams, les permiten acceder a la plataforma de mercado deseada, donde los productos comprados se pagan normalmente en criptomonedas, en particular el bitcoin, que luego pueden utilizarse para comprar otros bienes y servicios, o cambiarse por diversas monedas nacionales. La entrega de las drogas compradas en la web oscura suele efectuarse mediante servicios postales públicos o privados sin su conocimiento, y los paquetes se suelen enviar a apartados de correo anónimos, especialmente a taquillas automáticas o estaciones de paquetería para su recogida en régimen de autoservicio. En las jurisdicciones donde existe una sólida protección legal del secreto de la correspondencia, a menudo las drogas se envían dentro de cartas.

La principal ventaja de la web oscura tanto para los proveedores como para los clientes es el anonimato de la transacción. No requiere contacto físico y, por lo tanto, hace que algunos clientes pierdan su reticencia a interactuar con traficantes de drogas y elimina la necesidad de que el cliente acuda a lugares peligrosos para comprar drogas. Dado que el tráfico a través de la web oscura hace innecesario que los vendedores y compradores coincidan en el mismo lugar, las organizaciones que trafican con drogas en la web oscura no requieren una masa crítica de clientes locales para poder mantener el mercado.

Las plataformas de la web oscura ponen a proveedores anónimos en contacto con clientes anónimos. Los compradores aprovechan también los comentarios y opiniones de otros clientes sobre la calidad de las drogas vendidas, lo que les permite evaluar la fiabilidad del proveedor. Las plataformas de la web oscura pueden garantizar asimismo el pago de las mercancías vendidas, normalmente mediante el uso de sistemas de cuentas de garantía bloqueada, en las que el cliente debe pagar las mercancías solicitadas, pero el pago final al proveedor no se efectúa hasta que el cliente recibe la mercancía.

[Box ends]

A finales de abril de 2019 se cerró otro importante mercado de la web oscura; tras amplias operaciones encubiertas que duraron más de un año por parte de los organismos encargados de hacer cumplir la ley en Alemania, los Países Bajos y los Estados Unidos, y en estrecha cooperación con Europol, el Wall Street Market fue desmantelado y sus principales responsables fueron detenidos cuando se aprestaban a poner en marcha una gran estafa de salida. Establecido en 2016, el Wall Street Market llegó a considerarse el segundo mercado de la web oscura más importante del mundo antes de su cierre. Poseía algunas de las mejores características de seguridad del momento, como un sistema de garantía bloqueada que exigía múltiples firmas para utilizar bitcoins y un sistema de depósito directo en cuentas de garantía bloqueada, así como

¹⁵² *Internet Organised Crime Threat Assessment (IOCTA) 2018.*

un exhaustivo sistema de premios y evaluación para uso de sus clientes. El mercado contaba con más de 5.400 vendedores, que vendían más de 63.000 mercancías ilegales, como drogas y otros productos; además, según se ha informado, tenía más de 1,1 millones de cuentas de clientes¹⁵³.

Poco antes del desmantelamiento de Wall Street Market, otro mercado de la web oscura, Dream Market, fundado a finales de 2013 y considerado el más grande de su tipo en el mundo tras el desmantelamiento de AlphaBay en julio de 2017, anunció que cerraría el 30 de abril de 2019. En el momento en que se redactó el presente informe, aún no se comprendían plenamente las razones en que se basaba ese cierre voluntario. Una de las hipótesis es que podría tener que ver con una serie de ciberataques provenientes de sus competidores.

Se ha afirmado que el desmantelamiento de grandes plataformas de comercio en el pasado no ha tenido efectos duraderos. Si bien ello ha supuesto interrupciones a corto plazo, los clientes y proveedores simplemente se han pasado a otras grandes plataformas de comercio y, en general, se ha mantenido el rápido ritmo de aumento de las ventas de drogas a través de la web oscura¹⁵⁴. Sin embargo, de los resultados de la Encuesta Mundial sobre Drogas (Global Drug Survey) de 2018, acerca de las consecuencias del cierre de AlphaBay y Hansa en 2017, se desprende que un 15 % de los usuarios recurrían a los mercados de la web oscura con menor frecuencia después del cierre y un 9 % dejó de comprar drogas a través de la web oscura.

Después de desconectar temporalmente AlphaBay, las autoridades permitieron que los clientes y vendedores pasaran de AlphaBay a la plataforma Hansa que, en ese momento, ya estaba controlada de forma encubierta por la Policía Nacional de los Países Bajos (con la ayuda de las autoridades de Alemania, Lituania y otros países). De este modo las autoridades neerlandesas pudieron reunir información clave sobre objetivos de alto valor y direcciones de entrega, que posteriormente pusieron a disposición de las autoridades policiales competentes de todo el mundo, con lo que se logró una reducción efectiva de las transacciones de drogas en línea a través de la web oscura. Si bien algunos de los vendedores y clientes restantes migraron al siguiente mercado más grande de drogas en la web oscura, Dream Market, la plataforma angloparlante más grande (en la que los productos anunciados aumentaron un 20 % en tres meses), así como a una serie de mercados más pequeños (en los que los productos anunciados se triplicaron o incluso se octuplicaron en un plazo de tres meses), esos mercados restantes, tomados en conjunto, no alcanzaban la magnitud de AlphaBay, según Europol¹⁵⁵.

Varios Estados miembros de Europol han indicado que esos cierres han tenido otras consecuencias, como un aumento del número de tiendas con un solo proveedor, es decir, plataformas de servicio ocultas creadas por proveedores bien establecidos que inspiran confianza y tienen buena reputación, lo que les permite seguir accediendo a la clientela de los mercados ya desaparecidos. Además, en la web oscura se ha observado un aumento de los mercados secundarios en idiomas distintos del inglés. En general, esos mercados están dirigidos a determinadas nacionalidades o grupos lingüísticos¹⁵⁶. La entrega de drogas a través de cartas, que pueden ser examinadas después de que cruzan las fronteras, pero no dentro del país de envío, también puede haber contribuido a este fenómeno en países que tienen leyes estrictas sobre el secreto de la correspondencia. Paralelamente, también han surgido en la web algunos mercados abiertos y muy complejos que se caracterizan por un alto nivel de anonimato de todos los participantes y por la rápida sustitución de quienes resulten detenidos. Esos mercados funcionan mediante mensajes cifrados; los servicios postales existentes se utilizan no solo para suministrar drogas, sino también para realizar transferencias de dinero.

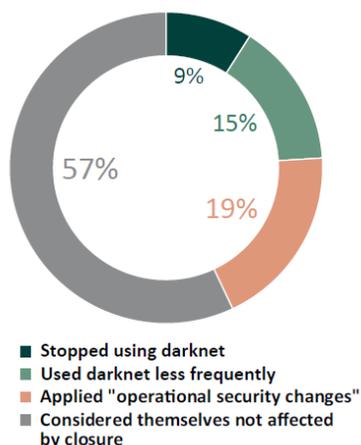
¹⁵³ Alemania, Oficina de la Policía Criminal Federal (BKA), “Festnahme der mutmaßlichen Verantwortlichen des weltweit zweitgrößten illegalen Online-Marktplatzes im Darknet „Wall Street Market“ und Sicherstellung der Server des Marktplatzes”, comunicado de prensa de 3 de mayo de 2019.

¹⁵⁴ Véase *Drugs and the Darknet*.

¹⁵⁵ *Internet Organised Crime Threat Assessment (IOCTA) 2018*.

¹⁵⁶ *Ibid.*

Fig. 33 Consecuencias del cierre de los mercados de la web oscura AlphaBay y Hansa, enero de 2018



9%	15%	19%	57%	9 %	15 %	19 %	57 %
Stopped using darknet				Dejaron de usar la web oscura			
Used darknet less frequently				Recurrieron a la web oscura con menor frecuencia			
Applied "operational security changes"				Aplicaron "cambios de seguridad operacionales"			
Considered themselves not affected by closure				Consideraron que no estaban afectados por el cierre			

Fuente: Cálculos de la UNODC basados en los datos de la Encuesta Mundial sobre Drogas (Global Drug Survey) de 2018: conclusiones detalladas sobre los criptomercados de drogas. Se puede solicitar a la Dra. Monica Barratt, Drug Policy Modelling Program, Centro Nacional de Investigaciones sobre las Drogas y el Alcohol, Australia.

Las nuevas investigaciones confirman en gran medida lo que ya se sabía sobre los patrones de uso de la web oscura para la compra de drogas

Aunque las investigaciones sobre el tráfico y las compras en la web oscura aún son limitadas y los resultados suelen basarse en unos pocos estudios empíricos, resulta interesante observar que los estudios locales tienden a confirmar los resultados existentes.

[Box begins, on page 55]

Resumen de las investigaciones anteriores sobre el tráfico de drogas en la web oscura

En investigaciones realizadas conjuntamente por el EMCDDA y Europol se determinó que, a agosto de 2017, más del 60 % de los productos anunciados en los que hasta ese momento eran los cinco mercados mundiales más importantes de la web oscura se referían a la venta ilícita de drogas, incluidos los productos químicos y fármacos relacionados con las drogas. Las ventas ilícitas de drogas representaban por sí solas casi la mitad de los anuncios. Según una actualización de Europol sobre 2018, vuelve a confirmarse que la actividad esencial del comercio ilícito en la web oscura sigue siendo la venta en línea de drogas, que representan la mayor parte, si no la totalidad, de los productos anunciados en muchos mercados de la web oscura.

Además, las investigaciones indican que en los últimos años se ha registrado un crecimiento sustancial de las ventas de drogas a través de la web oscura. Se constató que tales transacciones habían aumentado alrededor de un 50 % anual durante el período comprendido entre octubre de 2013 y enero de 2016. En comparación, el nivel de las incautaciones mundiales de drogas aumentó en menos del 4 % anual durante el período 2013-2016.

Sin embargo, los análisis del valor estimado de las transacciones realizadas en la web oscura dan a entender que hasta la fecha el volumen de ventas de drogas a través de la web oscura solo ha alcanzado niveles modestos. La investigación conjunta de Europol y el EMCDDA cifró las ventas en 172 millones de euros en todo el mundo durante el período 2011-2015, lo que equivale a 44 millones de dólares anuales. En otro estudio se estimó que los ingresos mensuales relacionados con las drogas de los ocho mayores mercados de la web oscura existentes en ese momento ascendían a un total de entre 14 millones y 25 millones de dólares a comienzos de 2016; ello equivale a entre 170 millones y 300 millones de dólares por año, lo que representa entre el 0,1 % y el 0,2 % de las ventas totales al por menor de drogas en los Estados Unidos de América y la Unión Europea en conjunto. Esa estructura no parece haber cambiado en los años subsiguientes. De hecho, Europol informó en 2018 de que la proporción de drogas que se comercian ilícitamente en línea seguía siendo pequeña en comparación con la que se comercia a través de las redes tradicionales de distribución y tráfico.

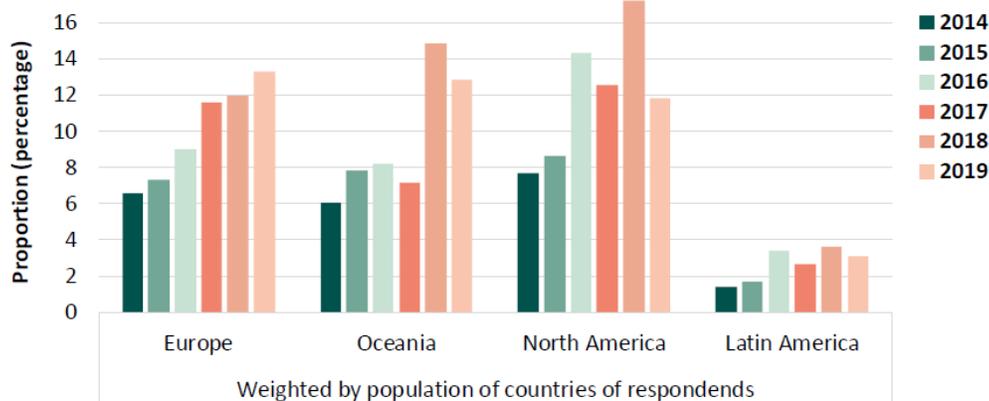
[Box ends]

Un estudio realizado en 2017¹⁵⁷, basado en entrevistas en línea a consumidores de drogas y el análisis de mensajes publicados en foros sobre drogas, con 2.833 participantes principalmente de Alemania, reveló que los consumidores que compran drogas a través de la web oscura son más bien jóvenes (mediana de edad: 24 años); margen de variación: 14 a 66), tienen un nivel de educación relativamente alto y están bien integrados en la sociedad. Alrededor del 20 % de los consumidores entrevistados tenían alguna experiencia en la compra de drogas en línea, siendo más alta la proporción de hombres (21 %) que de mujeres (14 %). En Alemania, la mayor proporción de compras en línea fue de LSD (14 %), seguida de cannabis y éxtasis (12 % cada uno) y *speed* (anfetamina (9 %)). El estudio también indicó que las compras a través de la web oscura todavía no son frecuentes: casi el 70 % de quienes la utilizan para hacer compras en línea informaron de que solo compraban de 1 a 5 drogas por esa vía, mientras que solo el 11 % (en el caso del cannabis) y alrededor del 5 % (en el caso del éxtasis, la anfetamina y la LSD) dijo haber realizado más de 20 compras.

Las principales razones en que se basaba la decisión de comprar drogas en línea fueron “mayor selección” (55 %), “mejor calidad” (54 %) y “precio más bajo” (42 %). Un 93 % de las personas que adquirían drogas a través de la web oscura consideraron que la evaluación dada por otros era muy importante en el momento de elegir a los vendedores de quienes comprarían las drogas. Para reducir el riesgo de detección, la mayoría utilizaba el enrutamiento en cebolla (74 %), el bitc in (66 %) y los sistemas de comunicación cifrados (48 %). En contraste, al menos hasta 2017, no se solían utilizar otros métodos m  sofisticados, como los procesos de firmas múltiples, los sistemas de inicio de sesión cifrados y los mezcladores de bitc in. Los consumidores también indicaron que su nivel subjetivo de seguridad aumentaba cuando utilizaban la web oscura para comprar drogas, sobre todo por lo que respecta a la violencia en los mercados de drogas (84 %), la calidad de los productos y el riesgo para la salud (el 71 % consideraba que así conseguía drogas de mejor calidad), y el riesgo de ser detenidos por la policía (el 38 % se sentía más seguro y el 18 %, menos seguro).

¹⁵⁷ Véase Gerrit Kamphausen, “Drogen online kaufen: quantitative and qualitative Daten aus einem deutsch- sterreichischen Forschungsprojekt zu Drogen und organisierter Kriminalit t”, presentado en Impuls 2018, Symposium for Innovative Drug Research, 19 a 21 de septiembre de 2018.

Fig. 34 Proporción de usuarios de Internet encuestados que consumen drogas (en el último año) y que compraron drogas a través de la web oscura, 2014-2019, en determinadas regiones y subregiones



Proportion (percentage)	Proporción (porcentaje)
Europe	Europa
Oceania	Oceanía
North America	América del Norte
Latin America	América Latina
Weighted by population of countries of respondents	Ponderado según la población de los países de los encuestados

Fuente: Cálculos de la UNODC basados en los datos de la Encuesta Mundial sobre Drogas (Global Drug Survey) de 2019: conclusiones detalladas sobre los criptomercados de drogas. Se puede solicitar a la Dra. Monica Barratt, Drug Policy Modelling Program, Centro Nacional de Investigaciones sobre las Drogas y el Alcohol, Australia.

Nota: En el caso de Europa, el promedio se basa en información de los encuestados de 22 países; en el de Oceanía, se basa en información de los encuestados de Australia y Nueva Zelanda; en el de América del Norte, se basa en información de los encuestados del Canadá y los Estados Unidos; y en el de América Latina, se basa en información de los encuestados del Brasil, Chile, Colombia y México.

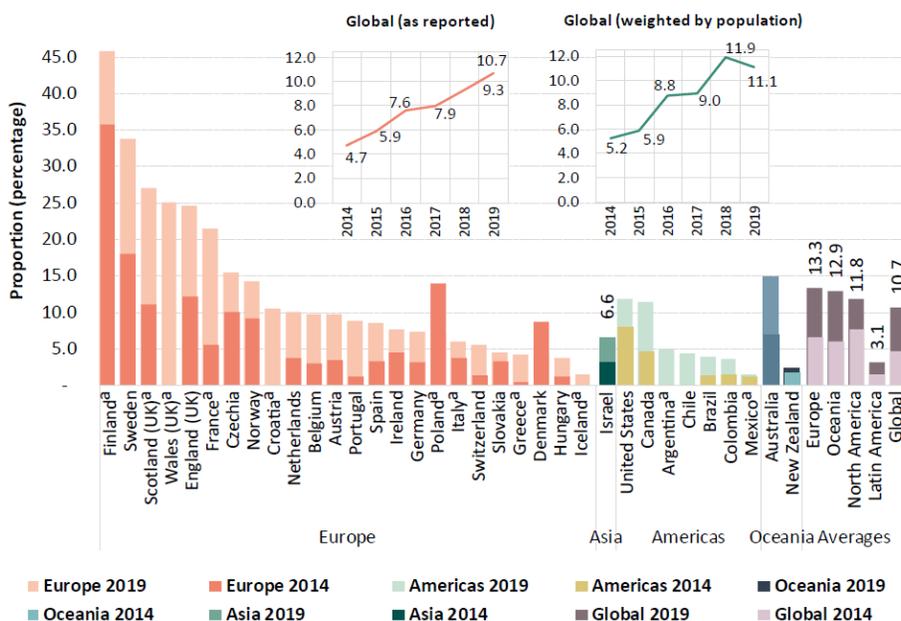
Las compras de drogas en la web oscura van en aumento a largo plazo, aunque tal vez hayan disminuido de 2018 a 2019

La Encuesta Mundial sobre Drogas (Global Drug Survey), basada en una muestra de conveniencia no representativa de unas 100.000 personas autoseleccionadas cada año de más de 50 países, principalmente desarrollados, pone de relieve que la proporción de usuarios de Internet que adquirirían drogas a través de la web oscura se duplicó, del 4,7 % en enero de 2014 al 10,7 % en enero de 2019, con aumentos en todas las subregiones incluidas en la encuesta. No obstante, los datos desglosados dan a entender que la proporción de usuarios de Internet que adquirieron drogas a través de la web oscura disminuyó entre enero de 2018 y enero de 2019 en todas las subregiones, menos las de Europa. Esto puede haber sido consecuencia del desmantelamiento de los principales mercados de drogas a través de la web oscura en julio de 2017. Una vez ponderados los datos según el tamaño de cada país, también se aprecia una disminución a nivel mundial de 2018 a 2019¹⁵⁸.

¹⁵⁸ Cálculos de la UNODC basados en los datos de la Encuesta Mundial sobre Drogas (Global Drug Survey) de 2019. Se puede solicitar a la Dra. Monica Barratt, Drug Policy Modelling Program, Centro Nacional de Investigaciones sobre las Drogas y el Alcohol, Australia.

Además, los datos de la Encuesta Mundial sobre Drogas de 2019 dan a entender que la compra de drogas a través de la web oscura es aún un fenómeno muy reciente, ya que casi la mitad (48 %) de las personas que informaron haber adquirido drogas por esa vía en 2019 habían comenzado a utilizarla para tales fines hacía dos años y un 29 % más lo había hecho en los dos años anteriores.

Fig. 35 Proporción de usuarios de Internet encuestados que consumen drogas (en el último año) y que compraron drogas a través de la web oscura, en determinados países, 2014 y 2019



Proportion (percentage)	Proporción (porcentaje)
Global (as reported)	Mundial (según lo notificado)
Global (weighted by population)	Mundial (ponderado según la población)
Finland ^a	Finlandia ^a
Sweden	Suecia
Scotland (UK) ^a	Escocia (RU) ^a
Wales (UK) ^a	Gales (RU) ^a
England (UK)	Inglaterra (RU)
France ^a	Francia ^a
Czechia	Chequia
Norway	Noruega
Croatia ^a	Croacia ^a
Netherlands	Países Bajos
Belgium	Bélgica
Austria	Austria
Portugal	Portugal
Spain	España
Ireland	Irlanda
Germany	Alemania
Poland ^a	Polonia ^a
Italy ^a	Italia ^a
Switzerland	Suiza
Slovakia	Eslovaquia

Greece ^a	Grecia ^a
Denmark	Dinamarca
Hungary	Hungría
Iceland ^a	Islandia ^a
Israel	Israel
United States	Estados Unidos
Canada	Canadá
Argentina ^a	Argentina ^a
Chile	Chile
Brazil	Brasil
Colombia	Colombia
Mexico ^a	México ^a
Australia	Australia
New Zealand	Nueva Zelandia
Europe	Europa
Oceania	Oceanía
North America	América del Norte
Latin America	América Latina
Global	Mundial
Europe	Europa
Asia	Asia
Americas	América
Oceania	Oceanía
Averages	Promedios
Europe 2019	Europa 2019
Europe 2014	Europa 2014
Americas 2019	América 2019
Americas 2014	América 2014
Oceania 2019	Oceanía 2019
Oceania 2014	Oceanía 2014
Asia 2019	Asia 2019
Asia 2014	Asia 2014
Global 2019	Mundial 2019
Global 2014	Mundial 2014

Fuente: Cálculos de la UNODC basados en los datos de la Encuesta Mundial sobre Drogas (Global Drug Survey) de 2019: conclusiones detalladas sobre los criptomercados de drogas. Se puede solicitar a la Dra. Monica Barratt, Drug Policy Modelling Program, Centro Nacional de Investigaciones sobre las Drogas y el Alcohol, Australia.

Nota: En el caso de Europa, el promedio se basa en información de los encuestados de 22 países; en el de Oceanía, se basa en información de los encuestados de Australia y Nueva Zelandia; en el de América del Norte, se basa en información de los encuestados del Canadá y los Estados Unidos; y en el de América Latina, se basa en información de los encuestados del Brasil, Chile, Colombia y México.

^a No se disponía de datos de 2019 ni de 2014, por lo que en su lugar se utilizaron los datos del año más próximo.

ANEXO

[Annex tables, starting on page 59]

Cuadro 2 Prevalencia anual del consumo de cannabis, opioides y opiáceos, por región y a nivel mundial, 2017

Región o subregión	Cannabis						Opioides (opiáceos y fármacos opioides)						Opiáceos					
	Número (miles)			Prevalencia (porcentaje)			Número (miles)			Prevalencia (porcentaje)			Número (miles)			Prevalencia (porcentaje)		
	Mejor estimación	Inferior	Superior	Mejor estimación	Inferior	Superior	Mejor estimación	Inferior	Superior	Mejor estimación	Inferior	Superior	Mejor estimación	Inferior	Superior	Mejor estimación	Inferior	Superior
África																		
África Oriental																		
África Septentrional																		
África Meridional																		
África Occidental y Central																		
América																		
Caribe																		
Centroamérica																		
América del Norte																		
América del Sur																		
Asia																		
Asia Central y Transcaucasia																		
Asia Oriental y Sudoriental																		
Asia Sudoccidental/ Cercano Oriente y Oriente Medio																		
Asia Meridional																		
Europa																		
Europa Oriental y Sudoriental																		
Europa Occidental y Central																		
Oceanía																		
Australia y Nueva Zelandia																		
Melanesia																		
Micronesia																		
Polinesia																		
ESTIMACIÓN MUNDIAL																		

Fuente: Estimaciones de la UNODC basadas en datos del cuestionario para los informes anuales y otras fuentes oficiales.

Cuadro 3

Prevalencia anual del consumo de cocaína^a, anfetaminas^b y éxtasis, por región y a nivel mundial, 2017

Región o subregión	Cocaína ^a						Anfetaminas ^b y fármacos estimulantes						Éxtasis					
	Número (miles)			Prevalencia (porcentaje)			Número (miles)			Prevalencia (porcentaje)			Número (miles)			Prevalencia (porcentaje)		
	Mejor estimación	Inferior	Superior	Mejor estimación	Inferior	Superior	Mejor estimación	Inferior	Superior	Mejor estimación	Inferior	Superior	Mejor estimación	Inferior	Superior	Mejor estimación	Inferior	Superior
África																		
África Oriental																		
África Septentrional																		
África Meridional																		
África Occidental y Central																		
América																		
Caribe																		
Centroamérica																		
América del Norte																		
América del Sur																		
Asia																		
Asia Central y Transcaucasia																		
Asia Oriental y Sudoriental																		
Asia Sudoccidental/ Cercano Oriente y Oriente Medio																		
Asia Meridional																		
Europa																		
Europa Oriental y Sudoriental																		
Europa Occidental y Central																		
Oceanía																		
Australia y Nueva Zelanda																		
Melanesia																		
Micronesia																		
Polinesia																		
ESTIMACIÓN MUNDIAL																		

Fuente: Estimaciones de la UNODC basadas en datos del cuestionario para los informes anuales y otras fuentes oficiales.

^a La cocaína comprende la sal de cocaína, la cocaína crack y otros tipos como la pasta de coca, la base de cocaína, el "basuco", el "paco" y la "merla".^b Las anfetaminas comprenden la anfetamina y la metanfetamina.

Cuadro 4 Número estimado y prevalencia (porcentaje) de las personas que se inyectan drogas, y de las personas de ese grupo que viven con el VIH, por región, 2017

Región o subregión	Personas que se inyectan drogas							VIH entre las personas que se inyectan drogas				
	Número estimado			Prevalencia (porcentaje)			Cobertura de datos de la población de 15 a 64 años	Número estimado			Prevalencia (porcentaje) Mejor estimación	Cobertura de datos del número estimado de personas que se inyectan drogas
	Baja	Mejor	Alta	Baja	Mejor	Alta		Baja	Mejor	Alta		
África												
América												
América del Norte												
América Latina y el Caribe												
Asia												
Asia Central y Transcaucasia												
Asia Oriental y Sudoriental												
Asia Sudoccidental												
Cercano Oriente y Oriente Medio												
Asia Meridional												
Europa												
Europa Oriental y Sudoriental												
Europa Occidental y Central												
Oceanía												
Mundial												

Fuentes: Respuestas al cuestionario para los informes anuales; informes del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) relativos a los progresos en la lucha mundial contra el sida (varios años); el antiguo Grupo de Referencia de las Naciones Unidas sobre el VIH y el Consumo de Drogas por Inyección; artículos publicados con revisión científica externa; e informes de los Gobiernos.

Nota: La prevalencia de las personas que se inyectan drogas se refiere a la población de 15 a 64 años.

TOTAL (mejor estimación)													
límite inferior													
límite superior													
TOTAL (mejor estimación, redondeada)													

Fuentes: Afganistán, República Democrática Popular Lao y Myanmar: sistema nacional de monitoreo de cultivos ilícitos con el apoyo de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). Colombia: Gobierno de Colombia. México: hasta 2014, estimaciones derivadas de los estudios del Gobierno de los Estados Unidos de América (*International Narcotics Control Strategy Reports*); de 2015 en adelante, proyecto conjunto México/UNODC titulado "Monitoreo de Cultivos Ilícitos en el Territorio Mexicano".

Nota: Las cifras en cursiva son estimaciones preliminares y podrían ser revisadas cuando se disponga de información actualizada. Los dos puntos indican que no se dispuso de datos. La sección sobre metodología de la versión en línea del Informe Mundial sobre las Drogas 2019 contiene información sobre las metodologías utilizadas en la estimación y las definiciones.

^a Límite del intervalo de confianza derivado estadísticamente.

^b Puede incluir superficies que se erradicaron después de la fecha del estudio.

^c Las estimaciones correspondientes a 2014, 2015 y 2018 incluyeron estimaciones relativas a los estados de Kayah y Chin a partir de imágenes satelitales. Por tanto, las estimaciones nacionales correspondientes esos años no son directamente comparables con las de otros años.

^d Hasta 2014, las estimaciones correspondientes a México proceden del Departamento de Estado de los Estados Unidos. El Gobierno de México no valida las estimaciones proporcionadas por los Estados Unidos, porque no forman parte de sus cifras oficiales y no tiene información sobre la metodología utilizada para calcularlas.

^e Incluye países con bajos niveles de cultivo (menos de 400 ha en al menos dos de los últimos tres años) y países con pruebas indirectas del cultivo ilícito (erradicación de adormidera) pero sin mediciones directas. Véase el cuadro titulado "Cultivo de adormidera y producción de opio en otros países y erradicación de adormidera, 2008-2018". Además, para 2016, 2017 y 2018, se incluyen en esta categoría las mejores estimaciones de los países sobre los que no se dispone de datos (República Democrática Popular Lao y Myanmar (2016) y México y Colombia (2018)).

A partir de 2008, se comenzó a utilizar una nueva metodología para estimar el cultivo de adormidera y la producción de opio/heroina en los países en que no existen datos sobre el cultivo ilícito de adormidera. En la sección sobre metodología de la versión en línea del Informe Mundial sobre las Drogas 2019 figura una descripción detallada de esta metodología.

^f Las cifras correspondientes a 2015, publicadas en el Informe Mundial sobre las Drogas 2016 (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.16.XI.7) se han revisado debido a un ajuste estadístico aplicado por la UNODC. Esas cifras se basan en el período de estimación de julio de 2014 a junio de 2015.

^g Las estimaciones preliminares correspondientes a 2018 pueden variar a medida que se disponga de las estimaciones de más países.

^h Las cifras correspondientes a 2016 y 2017 se basan en los períodos de estimación de julio de 2015 a junio de 2016 y de junio de 2016 a julio de 2017, respectivamente.

límite superior												
TOTAL (mejor estimación, redondeada)												

Fuentes: Afganistán, República Democrática Popular Lao y Myanmar: sistema nacional de monitoreo de cultivos ilícitos con el apoyo de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). Colombia: 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 ratios de conversión del Departamento de Estado y la Administración para el Control de Drogas de los Estados Unidos de América. México: hasta 2014, las estimaciones se derivan de los estudios realizados por el Gobierno de los Estados Unidos; de 2015 en adelante, estimaciones de la UNODC.

Nota: Las cifras en cursiva son estimaciones preliminares y podrían ser revisadas cuando se disponga de información actualizada. Los dos puntos indican que no se dispuso de datos. La sección sobre metodología de la versión en línea del Informe Mundial sobre las Drogas 2019 contiene información sobre las metodologías utilizadas en la estimación y las definiciones.

^a Límite del intervalo de confianza derivado estadísticamente.

^b Basada en cifras del cultivo que pueden incluir superficies que se erradicaron después de la fecha del estudio de la zona.

^c Hasta 2014, las estimaciones proceden del Departamento de Estado de los Estados Unidos. El Gobierno de México no valida las estimaciones proporcionadas por los Estados Unidos, porque no forman parte de sus cifras oficiales y no tiene información sobre la metodología utilizada para calcularlas.

^d Incluye países con bajos niveles de cultivo y países con pruebas indirectas del cultivo ilícito (erradicación de adormidera) pero sin mediciones directas. Véase el cuadro titulado "Cultivo de adormidera y producción de opio en otros países y erradicación de adormidera, 2008-2018".

Además, para 2016, 2017 y 2018, se incluyen en esta categoría las mejores estimaciones de los países sobre los que no se dispone de datos (República Democrática Popular Lao y Myanmar (2016) y México y Colombia (2018)).

A partir de 2008, se comenzó a utilizar una nueva metodología para estimar el cultivo de adormidera y la producción de opio/heroina en los países en que no existen datos sobre el cultivo ilícito de adormidera. Estas estimaciones son más altas que las cifras anteriores, pero el orden de magnitud es similar. En la sección sobre metodología de la versión en línea del Informe Mundial sobre las Drogas 2019 figura una descripción detallada de esta metodología.

^e Las cifras correspondientes a 2015, publicadas en el Informe Mundial sobre las Drogas 2016 (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.16.XI.7) se han revisado debido a un ajuste estadístico aplicado por la UNODC. El Gobierno de México no valida las estimaciones de la producción de opio. Las cifras de producción se presentarán una vez que se disponga de los datos sobre rendimiento del proyecto conjunto de México y la UNODC titulado "Monitoreo del cultivo ilícito en territorio mexicano". Las cifras de producción de opio estimadas por la UNODC para 2015-2017 se basan en: a) la superficie de cultivo, establecida por el proyecto conjunto del Gobierno de México y la UNODC; b) datos de cosechas, basados en estudios llevados a cabo por los Estados Unidos en México durante el período 2001-2003. Las cifras de producción de opio consignadas para 2015-2017 son estimaciones preliminares y, por razones metodológicas, no son comparables con las cifras de producción del período 1998-2014.

^f Debido a la realización tardía de las actividades de monitoreo en 2013, es posible que el estudio no haya detectado el cultivo ilícito de ese año en su totalidad.

^g Límite del intervalo de confianza derivado estadísticamente, con la excepción de 2015. Las cifras correspondientes a 2015 representan estimaciones superiores e inferiores derivadas de forma independiente; se utilizó el punto medio para el cálculo del total mundial.

^h Las estimaciones correspondientes a 2014, 2015 y 2018 incluyen estimaciones relativas a los estados de Kayah y Chin. Por tanto, las estimaciones nacionales correspondientes esos años no son directamente comparables con las de otros años.

Cuadro 7 Fabricación mundial de heroína a partir de la producción mundial ilícita de opio, 2007–2018 (toneladas)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Producción potencial total de opio												
Producción potencial de opio no transformado en heroína												
Producción potencial de opio transformado en heroína												
Fabricación potencial total de heroína												

Notas: El cálculo muestra la cantidad potencial de heroína que se podría haber fabricado a partir del opio producido en un año determinado; no se tienen en cuenta las variaciones en las existencias de opio, que pueden hacer que aumente o se reduzca la cantidad de heroína que entra en el mercado ese año. El Afganistán y Myanmar son los únicos países para los que se ha estimado la proporción de la producción potencial de opio que no fue transformado en heroína dentro del país. Para todos los demás países, a los efectos del presente cuadro, se supone que todo el opio producido se transformó en heroína.

La cantidad de heroína producida a partir de opio afgano se calcula mediante dos parámetros que pueden variar: a) la cantidad de opio consumida como opio crudo en la región; y b) la ratio de conversión en heroína. La estimación del primer parámetro se basa en los datos de consumo en el Afganistán y los países vecinos. Para el segundo parámetro, de 2005 a 2013 se utilizó una ratio de conversión de opio en morfina/heroína de 7:1, determinada sobre la base de entrevistas con “cocineros” afganos de morfina/heroína, un ejercicio de fabricación real de heroína realizado por dos “cocineros” de heroína afganos (analfabetos), documentado por el Bundeskriminalamt de Alemania en el Afganistán en 2003 (publicado en el Boletín de Estupefacientes, vol. LVII, núms. 1 y 2, 2005, págs. 11 a 31), y estudios de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) sobre el contenido de morfina del opio afgano (12,3 % en el período 2010–2012, lo que supone una disminución del 15 % con respecto al período 2000-2003). A partir de 2014 se utilizó un enfoque diferente de la conversión que refleja la información actualizada sobre el contenido de morfina, y un método diferente para tener en cuenta la pureza. En el enfoque revisado se utiliza una ratio de 18,5 kg de opio por 1 kg de heroína base 100 % pura (véase Afghanistan Opium Survey 2014, UNODC, noviembre de 2014). Esa cifra se traduce en una ratio de entre 9,2 y 12,9 kg (margen de variación: 9 a 14 kg) de opio por 1 kg de heroína de calidad para exportación con una pureza de entre el 50 % y el 70 %. Para más detalles, véase Afghanistan Opium Survey 2017 – Challenges to sustainable development, peace and security (UNODC, mayo de 2018).

La cantidad de heroína producida en Myanmar en 2018 se calculó restando a la producción total de opio la estimación de opio no transformado para el consumo y utilizando un factor de conversión de 10:1. Se estimó que el opio no transformado en Myanmar alcanzó las 125 t en 2018, sobre la base del total de opio no transformado en Asia Oriental (informe Transnational Organized Crime in East Asia and the Pacific, 2013) y teniendo en cuenta los niveles relativos de cultivo de la República Democrática Popular Lao y Myanmar. Para más información, consúltese el capítulo sobre metodología (sección 4.3) del Myanmar Opium Survey 2018 (UNODC, enero de 2019).

En el caso de países distintos del Afganistán, se utiliza una ratio “tradicional” de conversión de opio en heroína de 10:1. Las ratios se ajustarán cuando se disponga de información mejorada. Las cifras en cursiva son preliminares y podrán revisarse cuando se disponga de información actualizada.

Cuadro 8 Cultivo ilícito mundial de arbusto de coca, 2007-2017 (hectáreas)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Bolivia (Estado Plurinacional de)											
Colombia ^a											
Perú ^b											
Perú ^c											
Total					155.600^d						

Fuentes: Estado Plurinacional de Bolivia: sistema nacional de vigilancia de cultivos ilícitos apoyado por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). Colombia: sistema nacional de vigilancia de cultivos ilícitos apoyado por la UNODC. Perú: sistema nacional de vigilancia de cultivos ilícitos apoyado por la UNODC.

Nota: En el Informe Mundial sobre las Drogas 2012 (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.12.XI.1, págs. 41 a 42) 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 para el Estado Plurinacional de Bolivia representa la superficie dedicada al cultivo de coca obtenida por interpretación de imágenes de satélite.

^a Superficie neta al 31 de diciembre.

^b Las cifras representan la superficie dedicada al cultivo de coca interpretada a partir de imágenes de satélite.

^c Superficie neta al 31 de diciembre, tras deducir la superficie de los cultivos erradicados después de la toma de las imágenes de satélite.

^d La cifra mundial del cultivo de coca se calculó con la "superficie interpretada a partir de imágenes de satélite" en el caso del Perú en 2011.

Cuadro 9 Erradicación de arbusto de coca notificada, 2008-2017

	Método de erradicación	Unidad	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Bolivia (Estado Plurinacional de)	manual	hectárea										
Colombia	manual	hectárea										
	fumigación	hectárea										
Perú	manual	hectárea										
Ecuador	manual	hectárea										
Total		plantas										

Fuente: Cuestionario para los informes anuales de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) e informes de los Gobiernos.

Nota: Los totales correspondientes a Bolivia (Estado Plurinacional de) y al Perú incluyen la erradicación voluntaria y forzosa. Por erradicación notificada se entiende la suma de todas las superficies erradicadas en un año, incluida la erradicación repetida de los mismos campos. Los dos puntos indican que no se dispone de datos.

Cuadro 10 Fabricación potencial de cocaína 100 % pura, 2007-2017 (toneladas)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Bolivia (Estado Plurinacional de)											
Colombia											
Perú											
Total sobre la base de los ratios de conversión “antiguas”^a											
Total sobre la base de los ratios de conversión “nuevas”^a											

Fuentes: Estado Plurinacional de Bolivia: cálculos propios basados en los estudios del rendimiento del cultivo de coca de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) (Yungas de La Paz) y estudios científicos de la Administración para el Control de Drogas de los Estados Unidos de América (Chapare). Colombia: UNODC/Gobierno de Colombia. Perú: cálculos propios basados en la ratio de conversión de hoja de coca en cocaína establecida en los estudios científicos de la Administración para el Control de Drogas. En el *Informe Mundial sobre las Drogas 2010* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.10.XI.13), pág. 249, se puede consultar información detallada sobre la revisión continua de los ratios de conversión y la eficiencia de los laboratorios de cocaína.

^a *Conversión de las superficies dedicadas al cultivo de coca en hoja de coca y posteriormente en clorhidrato de cocaína, teniendo en cuenta el rendimiento, las cantidades de hoja de coca utilizadas con fines lícitos y la eficiencia de los laboratorios de cocaína.*

Notas: Debido a la falta de factores de conversión actualizados en Bolivia (Estado Plurinacional de) y en el Perú, no es posible facilitar estimaciones definitivas del nivel de producción de cocaína.

Con respecto a los datos publicados en el Informe Mundial sobre las Drogas 2016 (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.16.XI.7), se han efectuado las siguientes modificaciones: a) se han revisado los datos correspondientes a Colombia (2005-2008) a fin de garantizar una aplicación sistemática de las revisiones de la metodología, que afectan a la forma en que se calcula la producción de coca, para toda la serie cronológica 2005-2015 (véanse más detalles en el informe del estudio sobre el cultivo de coca en Colombia de 2014 (UNODC, 2015) y el estudio de Colombia de los territorios afectados por los cultivos ilícitos de 2015, anexo 3 (UNODC 2016)); b) los totales de 2009-2012 basados en ratios de conversión “antiguas” y “nuevas” se han revisado para rectificar inexactitudes de menor importancia en el procesamiento de los datos.

Las cifras en cursiva están siendo revisadas. Los dos puntos indican que no se dispone de datos. La sección sobre metodología de la versión en línea del Informe Mundial sobre las Drogas 2019 contiene información sobre las metodologías utilizadas en la estimación y las definiciones.

Cuadro 11 Cultivo, producción y erradicación de cannabis, último año del que se dispone de datos en el período 2012-2017

Año	País	Producto	Al aire libre/ bajo techo	Superficie cultivada (hectáreas)	Superficie erradicada (hectáreas)	Superficie cosechable (hectáreas)	Producción (toneladas)	Plantas erradicadas	Lugares erradicados
2012	Afganistán	resina	al aire libre						
2017	Albania	hierba	bajo techo						
2016	Albania	hierba	al aire libre						
2017	Albania	hierba	al aire libre						
2015	Alemania	hierba	bajo techo						
2017	Alemania	hierba	bajo techo						
2015	Alemania	hierba	al aire libre						
2017	Alemania	hierba	al aire libre						
2014	Argelia	resina	al aire libre						
2016	Armenia	hierba	al aire libre						
2017	Armenia	hierba	al aire libre						
2016	Australia	hierba	bajo techo						
2017	Australia	hierba	bajo techo						
2016	Australia	hierba	al aire libre						
2017	Australia	hierba	al aire libre						
2015	Austria	hierba	al aire libre						
2013	Azerbaiyán	hierba	al aire libre						
2014	Azerbaiyán	hierba	al aire libre						
2017	Azerbaiyán	hierba	al aire libre						
2015	Bahamas	hierba	al aire libre						
2012	Bangladesh	hierba	al aire libre						
2013	Bangladesh	hierba	al aire libre						
2014	Bangladesh	hierba	al aire libre						
2015	Bangladesh	hierba	al aire libre						
2016	Bangladesh	hierba	al aire libre						
2016	Belarús	hierba	bajo techo						
2017	Belarús	hierba	bajo techo						
2016	Belarús	hierba	al aire libre						
2017	Belarús	hierba	al aire libre						
2015	Bélgica	hierba	bajo techo						
2017	Bélgica	hierba	bajo techo						
2015	Bélgica	hierba	al aire libre						
2017	Bélgica	hierba	al aire libre						
2015	Belice	hierba	al aire libre						

2016	Bolivia (Estado Plurinacional de)	hierba	al aire libre						
2017	Bolivia (Estado Plurinacional de)	hierba	al aire libre						
2016	Bosnia y Herzegovina	hierba	bajo techo						
2017	Bosnia y Herzegovina	hierba	bajo techo						
2016	Bosnia y Herzegovina	hierba	al aire libre						
2017	Bosnia y Herzegovina	hierba	al aire libre						
2014	Brasil	hierba	al aire libre						
2017	Brasil	hierba	al aire libre						
2015	Bulgaria	hierba	bajo techo						
2015	Bulgaria	hierba	al aire libre						
2016	Chequia	hierba	bajo techo						
2017	Chequia	hierba	bajo techo						
2016	Chequia	hierba	al aire libre						
2017	Chequia	hierba	al aire libre						
2016	Chile	hierba	bajo techo						
2017	Chile	hierba	bajo techo						
2016	Chile	hierba	al aire libre						
2017	Chile	hierba	al aire libre						
2016	China	hierba	al aire libre						
2016	Colombia	hierba	al aire libre						
2017	Colombia	hierba	al aire libre						
2016	Costa Rica	hierba	bajo techo						
2017	Costa Rica	hierba	bajo techo						
2016	Costa Rica	hierba	al aire libre						
2017	Costa Rica	hierba	al aire libre						
2016	Côte d'Ivoire	hierba	al aire libre						
2017	Côte d'Ivoire	hierba	al aire libre						
2015	Dinamarca	hierba	bajo techo/ al aire libre						
2016	Dinamarca	hierba	bajo techo/ al aire libre						
2017	Dinamarca	hierba	bajo techo/ al aire libre						
2016	Ecuador	hierba	al aire libre						
2017	Ecuador	hierba	al aire libre						
2015	Egipto	hierba/resina	al aire libre						
2017	Egipto	hierba/resina	al aire libre						

2016	El Salvador	hierba	al aire libre						
2016	Eslovaquia	hierba	bajo techo						
2017	Eslovaquia	hierba	al aire libre						
2014	Eslovenia	hierba	bajo techo						
2017	Eslovenia	hierba	bajo techo						
2014	Eslovenia	hierba	al aire libre						
2015	España	hierba	bajo techo						
2015	España	hierba	al aire libre						
2016	Estados Unidos de América	hierba	bajo techo						
2017	Estados Unidos de América	hierba	bajo techo						
2016	Estados Unidos de América	hierba	al aire libre						
2017	Estados Unidos de América	hierba	al aire libre						
2014	Eswatini	hierba	al aire libre						
2016	Federación de Rusia	hierba	bajo techo						
2017	Federación de Rusia	hierba	bajo techo						
2016	Federación de Rusia	hierba	al aire libre						
2017	Federación de Rusia	hierba	al aire libre						
2016	Filipinas	hierba	al aire libre						
2017	Filipinas	hierba	al aire libre						
2014	Francia	hierba	al aire libre						
2017	Georgia	hierba	bajo techo						
2017	Georgia	hierba	al aire libre						
2016	Grecia	hierba	bajo techo						
2017	Grecia	hierba	bajo techo						
2016	Grecia	hierba	al aire libre						
2017	Grecia	hierba	al aire libre						
2016	Guatemala	hierba	al aire libre						
2017	Guatemala	hierba	al aire libre						
2015	Guyana	hierba	al aire libre						
2016	Honduras	hierba	bajo techo						
2016	Honduras	hierba	al aire libre						
2017	Honduras	hierba	al aire libre						
2016	Hong Kong (China)	hierba	bajo techo						
2016	Hungría	hierba	bajo techo						
2016	Hungría	hierba	al aire libre						

2016	India	hierba	al aire libre						
2017	India	hierba	al aire libre						
2016	Indonesia	hierba	al aire libre						
2017	Indonesia	hierba	al aire libre						
2016	Irlanda	hierba	bajo techo						
2017	Irlanda	hierba	bajo techo						
2013	Islandia	hierba	bajo techo						
2017	Italia	hierba	bajo techo						
2017	Italia	hierba	al aire libre						
2014	Italia	hierba	bajo techo						
2014	Italia	hierba	al aire libre						
2012	Jamaica	hierba	al aire libre						
2016	Kazajstán	hierba	al aire libre						
2017	Kazajstán	hierba	al aire libre						
2016	Kenya	hierba	al aire libre						
2017	Kenya	hierba	al aire libre						
2015	Kirguistán	hierba	al aire libre						
2016	Letonia	hierba	bajo techo						
2017	Letonia	hierba	bajo techo						
2016	Letonia	hierba	al aire libre						
2017	Letonia	hierba	al aire libre						
2015	Líbano	hierba	al aire libre						
2017	Líbano	hierba	al aire libre						
2016	Lituania	hierba	bajo techo						
2017	Lituania	hierba	bajo techo						
2017	Lituania	hierba	al aire libre						
2015	Madagascar	hierba	al aire libre						
2017	Madagascar	hierba	al aire libre						
2013	Malta	hierba	bajo techo						
2016	Marruecos	planta	al aire libre						
2017	Marruecos	planta	al aire libre						
2016	Marruecos	hierba	al aire libre						
2017	Marruecos	hierba	al aire libre						
2016	Marruecos	resina	al aire libre						
2017	Marruecos	resina	al aire libre						
2016	México	hierba	al aire libre						
2017	México	hierba	al aire libre						
2013	Mongolia	hierba	al aire libre						

2014	Myanmar	hierba	al aire libre						
2014	Nicaragua	hierba	al aire libre						
2016	Nigeria	hierba	al aire libre						
2017	Nigeria	hierba	al aire libre						
2015	Noruega	hierba	bajo techo						
2016	Nueva Zelanda	hierba	bajo techo						
2017	Nueva Zelanda	hierba	bajo techo						
2016	Nueva Zelanda	hierba	al aire libre						
2017	Nueva Zelanda	hierba	al aire libre						
2016	Países Bajos	hierba	bajo techo						
2017	Países Bajos	hierba	bajo techo						
2013	Panamá	hierba	bajo techo						
2013	Panamá	hierba	al aire libre						
2016	Paraguay	planta	al aire libre						
2017	Paraguay	planta	al aire libre						
2016	Paraguay	hierba	al aire libre						
2016	Paraguay	resina	al aire libre						
2016	Perú	hierba	al aire libre						
2017	Perú	hierba	al aire libre						
2016	Polonia	hierba	bajo techo						
2017	Polonia	hierba	bajo techo						
2016	Polonia	hierba	bajo techo/ al aire libre						
2017	Polonia	hierba	bajo techo/ al aire libre						
2017	Portugal	hierba	bajo techo/ al aire libre						
2017	República Centroafricana	hierba	al aire libre						
2013	República de Corea	hierba	al aire libre						
2014	República de Moldova	hierba	al aire libre						
2017	República de Moldova	hierba	al aire libre						
2014	República de Moldova	hierba	bajo techo						
2014	República Dominicana	hierba	al aire libre						
2016	Rumania	hierba	bajo techo						
2017	Rumania	hierba	bajo techo						
2016	Rumania	hierba	al aire libre						
2017	Rumania	hierba	al aire libre						
2015	Serbia	hierba	al aire libre						

2013	Sierra Leona	hierba	al aire libre						
2014	Sudán	hierba	al aire libre						
2017	Sudán	hierba	al aire libre						
2014	Suecia	hierba	bajo techo						
2015	Suecia	hierba	al aire libre						
2017	Suecia	hierba	al aire libre						
2016	Suiza	hierba	bajo techo						
2017	Suiza	hierba	bajo techo						
2016	Tailandia	hierba	al aire libre						
2012	Tayikistán	hierba	al aire libre						
2015	Trinidad y Tabago	hierba	al aire libre						
2016	Ucrania	hierba	al aire libre						
2017	Ucrania	hierba	al aire libre						
2012	Uganda	hierba	al aire libre						
2016	Uruguay	hierba	bajo techo						
2017	Uruguay	hierba	bajo techo						
2016	Uzbekistán	hierba	al aire libre						
2017	Uzbekistán	hierba	al aire libre						
2015	Viet Nam	hierba	al aire libre						

Fuente: Cuestionario para los informes anuales de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, informes de los Gobiernos e *International Narcotics Control Strategy Reports* de los Estados Unidos de América.

^a Superficie identificada por las autoridades para la erradicación.

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 de drogas problemáticos — Personas que consumen drogas con un alto grado de riesgo, por ejemplo, las que se inyectan drogas, las que las consumen diariamente o las que padecen trastornos por consumo de drogas (uso nocivo o drogodependencia) diagnosticados sobre la base de los criterios clínicos contenidos en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (quinta edición) de la American Psychiatric Association, o en la *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos* (décima revisión) de la OMS.

Dependencia — Concepto definido en la *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos* (décima revisión) como un conjunto de fenómenos fisiológicos, cognitivos y del comportamiento que se desarrollan tras el consumo reiterado de sustancias y que suelen incluir un fuerte deseo de consumir la droga, dificultades para controlar su consumo, consumo persistente a pesar de las consecuencias nocivas, prioridad del consumo de la droga por encima de otras actividades y obligaciones, una mayor tolerancia y, en ocasiones, un estado físico de abstinencia.

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-metilendioxi metanfetamina (MDMA) y sus análogos).

Fentanilos — Fentanilo y sus análogos.

Nuevas sustancias psicoactivas — Sustancias objeto de abuso, 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 opiáceos y a sus análogos sintéticos (principalmente fármacos opioides o sujetos a prescripción médica) y los compuestos sintetizados en el organismo.

Pasta de coca (o base de coca) — Extracto de las hojas del arbusto de coca. La purificación de la pasta de coca produce cocaína (base y clorhidrato de cocaína).

Personas que sufren trastornos por consumo de drogas/personas con trastornos por consumo de drogas — Subconjunto de las personas que consumen drogas. El uso nocivo de sustancias y la dependencia son características de los trastornos por consumo de drogas. Las personas con trastornos por consumo de drogas necesitan tratamiento, atención sanitaria y social y rehabilitación.

Prevalencia anual — Número total de personas de un determinado grupo de edad que ha consumido una determinada 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 por 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 progresión a trastornos por consumo de drogas. Una vez que la persona desarrolla un trastorno por consumo de drogas, esta precisa tratamiento, atención y rehabilitación.

Sal de cocaína — Clorhidrato de cocaína.

Trastornos por consumo de sustancias o drogas — Concepto definido en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (quinta edición) como un conjunto de síntomas causado por el consumo reiterado de una sustancia a pesar de los problemas o las deficiencias que produce en la vida cotidiana. Según el número de síntomas detectados, el trastorno por consumo de sustancias puede ser leve, moderado o grave.

Uso de drogas/consumo de drogas — Uso de sustancias psicoactivas sometidas a fiscalización para fines no médicos y no científicos, a menos que se indique otra cosa.

Uso nocivo de sustancias — Concepto definido en la *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos* (décima revisión) como un patrón de consumo que causa daño a la salud física o mental.

AGRUPACIONES REGIONALES

En el *Informe Mundial sobre las Drogas* se utilizan varias denominaciones regionales y subregionales. Esas denominaciones no revisten carácter oficial y se definen como sigue:

- África Oriental: Burundi, Comoras, Djibouti, Eritrea, Etiopía, Kenya, Madagascar, Mauricio, República Unida de Tanzania, Rwanda, Seychelles, Somalia, Sudán del Sur, Uganda y Mayotte
- África Septentrional: Argelia, Egipto, Libia, Marruecos, Sudán y Túnez
- África Meridional: Angola, Botswana, Eswatini, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibia, Sudáfrica, Zambia, Zimbabwe y Reunión
- 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, Togo y Santa Elena
- Caribe: Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Cuba, Dominica, Granada, Haití, Jamaica, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Trinidad y Tabago, Anguila, Aruba, Bonaire (Países Bajos), Curazao, Guadalupe, Islas Caimán, Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes Británicas, Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Martinica, Montserrat, Puerto Rico, Saba (Países Bajos), San Eustaquio (Países Bajos) y San Martín
- Centroamérica: Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá
- América del Norte: Canadá, Estados Unidos de América, México, Bermudas, Groenlandia y San Pedro y Miquelón
- América del Sur: Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Guyana, Paraguay, Perú, Suriname, Uruguay, Venezuela (República Bolivariana de) e Islas Malvinas (Falkland Islands)
- Asia Central y Transcaucasia: Armenia, Azerbaiyán, Georgia, Kazajstán, Kirguistán, Tayikistán, Turkmenistán y Uzbekistán
- 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, Viet Nam, Hong Kong (China), Macao (China) y Provincia China de Taiwán
- 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
 - Asia Meridional: Bangladesh, Bhután, India, Maldivas, Nepal y Sri Lanka
 - Europa Oriental: Belarús, Federación de Rusia, República de Moldova y Ucrania
 - Europa Sudoriental: Albania, Bosnia y Herzegovina, Bulgaria, Croacia, Macedonia del Norte, Montenegro, Rumania, Serbia, Turquía y Kosovo
 - Europa Occidental y Central: Alemania, Andorra, Austria, Bélgica, Chequia, 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, San Marino, Suecia, Suiza, Gibraltar, Islas Feroe y Santa Sede
- Oceanía (integrada por cuatro subregiones):
- Australia y Nueva Zelanda: Australia y Nueva Zelanda
 - Polinesia: Islas Cook, Islas Wallis y Futuna, Niue, Polinesia Francesa, Samoa, Tonga, Tuvalu y Tokelau
 - Melanesia: Fiji, Islas Salomón, Papua Nueva Guinea, Vanuatu y Nueva Caledonia
 - Micronesia: Islas Marshall, Kiribati, Micronesia (Estados Federados de), Nauru, Palau, Guam e Islas Marianas del Norte